



Número: **0073028-66.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 17ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **13/11/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE CARLOS DUTRA DA SILVA (AUTOR)		JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHAES (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
HENRIQUE AUGUSTO LEITE MARQUES (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
75909977	25/02/2021 17:50	2777323_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 17ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo n.º 00730286620208172001

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

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

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

Ocorre que o laudo pericial ratifica o adimplemento da obrigação com a liquidação do sinistro na esfera administrativa, uma vez que a lesão apurada na esfera judicial através da prova pericial corresponde ao pagamento efetuado administrativamente na monta de **R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, não havendo de se falar em complementação de indenização.

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

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

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RECIFE, 23 de fevereiro de 2021.

JOÃO BARBOSA
OAB/PE 4246

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br





Número: **0073028-66.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 17ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **13/11/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE CARLOS DUTRA DA SILVA (AUTOR)		JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHAES (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
HENRIQUE AUGUSTO LEITE MARQUES (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
75909978	25/02/2021 17:50	ANEXO 1	Outros (Documento)



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

Rio de Janeiro, 03 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200137412

Vítima: JOSE CARLOS DUTRA DA SILVA

Data do Acidente: 03/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALCIONE GOMES DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE CARLOS DUTRA DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15681266

Pag. 0140001470 - carta_01 - INVALIDEZ

00020730





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

Rio de Janeiro, 03 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200137412

Vítima: JOSE CARLOS DUTRA DA SILVA

Data do Acidente: 03/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALCIONE GOMES DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE CARLOS DUTRA DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15681266

Pag. 0140001470 - carta_01 - INVALIDEZ

00020730





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

Rio de Janeiro, 16 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200137412

Vítima: JOSE CARLOS DUTRA DA SILVA

Data do Acidente: 03/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALCIONE GOMES DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE CARLOS DUTRA DA SILVA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos
25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: JOSE CARLOS DUTRA DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000003015

Conta: 0000046842-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Incluir o(s) titular(es) do seguro

☐ DADOS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDIDADE PERMANENTE

☐ ACIDENTE

2 - Nº do título ou AS:

3 - CPF do titular:

034.717.734-92

4 - Nome completo do titular:

JOSE CARLOS DUTRA DA SILVA

INSTRUMENTO DE REGISTRAÇÃO CADASTRAL E FOLHA DE REGISTRO NORMAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/RESPONSÁVEL/ACIDENTE/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUPR. Nº 010/2013

5 - Nome completo:

JOSE CARLOS DUTRA DA SILVA

6 - CPF:

034.717.734-92

7 - Profissão:

MATEMÁTICO

8 - Endereço:

RUA DA LAMPA

9 - Bairro:

HI

10 - Complemento:

11 - Estado:

GOIÁS

12 - Cidade:

JABOATÃO

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

54555-111

15 - E-mail:

034.717.734-92

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PÓS, TUTEL, E CURADOR) PARA VÍTIMA/RESPONSÁVEL ACIDENTE ENTRE 5 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Dados, para todos os fins de direito, reside no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RAZÃO SOCIAL DO TITULAR DO CONTRATO:

☐ RECUSO INFORMAR

☐ R\$1.000,00

☐ R\$2.000,00

☒ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00

☐ R\$2.001,00

21 - DOENÇA DIAGNÓSTICA:

☐ RESPONSABILIDADE DO SEGURADO

☐ RESPONSABILIDADE LEGAL DO SEGURADO

☒ CONTRA POLÍCIA (Prestado para os fins de direito. Anotar uma opção)

☐ CONTRA COBERTURA (reserva de honorários)

☐ Garantia (50%)

☐ Teste (50%)

☐ Seguro de Vida (50%)

☒ Seguro de Vida (50%)

Assinatura: 30.15

CPF: 034.717.734-92

Assinatura: 00046.542

CPF: 034.717.734-92

Assinatura: 00046.542

CPF: 034.717.734-92

Declaro a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUTENTICAÇÃO DO LAUDO DO IML - PRESENCIALMENTE OU POR MEIO DE PROCURAÇÃO DO REPRESENTANTE LEGAL

☒ 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 5.194/74), uma vez que:

- o IML, que atende a região do acidente ou de minha residência, não possui peritos para fins do Seguro DPVAT; ou
- o IML, que atende a região do acidente ou de minha residência, não possui peritos para fins do Seguro DPVAT; ou
- o IML, que atende a região do acidente ou de minha residência, possui peritos com prazo superior a 30 (trinta) dias do pedido.

Solicito o reconhecimento de análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, à custa da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 5.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICO RESPONSÁVEL - PRESENCIALMENTE OU POR MEIO DE PROCURAÇÃO DO REPRESENTANTE LEGAL

23 - Estado civil do titular:

☐ Solteiro

☐ Casado (ou Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do título do titular:

25 - Se é titular de outro seguro:

☐ Sim

☐ Não

26 - Se a vítima possui outro seguro:

☐ Sim

☐ Não

27 - Se a vítima possui outro seguro, informar o nome completo:

28 - Vítima tem filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tem filhos, informar:

30 - Vítima possui outro seguro?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima tem irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tem irmãos, informar:

33 - Vítima possui outro seguro?

☐ Sim

☐ Não

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 5.194/74), uma vez que:

25 - Nome legal de quem assina o pedido (a cargo):

26 - CPF legal de quem assina o pedido (a cargo):

27 - Assinatura de quem assina o pedido (a cargo):

28 - 1º Nome:

CPF:

Assinatura do testemunha

29 - 2º Nome:

CPF:

Assinatura do testemunha

40 - Local e Data, 26 de fevereiro de 2020

JOSE CARLOS DUTRA DA SILVA

41 - Assinatura de vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do procurador (se houver)

43 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

44 - Assinatura



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DEPATRI - DELEGACIA DE POLICIA DE DELITOS DE TRANSITO - DPDT

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E2093000137**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **12/06/2019** às **09:55**

ACIDENTE DE TRANSITO COM VITIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **3/6/2019** no período da **Noite**

Fato ocorrido no endereço: **RUA CAPITAO ZUZINHA, 01 - Bairro: BOA VIAGEM - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
EDIVANIA DUTRA DA SILVA (OUTRO)
JOSE CARLOS DUTRA DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE CARLOS DUTRA DA SILVA**

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

JOSE CARLOS DUTRA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **IVA MARIA DA SILVA** Pai: **ANTONIO DUTRA DA SILVA** Data de Nascimento: **19/3/1981** Naturalidade: **JOAO ALFREDO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **6196210/SSP/PE (RG), 03771778492 (CPF), 03152079006 (CNH)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **2º, GRAU COMPLETO** Profissão: **REPOSITOR** Telefones Celulares: **81994996280**

Endereço Residencial: **RUA DO CAMPO, 41 - CEP: 55000-000 - Bairro: PRAZERES - JABOATAO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL**

EDIVANIA DUTRA DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **RUA DO CAMPO, 41 - CEP: 55000-000 - Bairro: PRAZERES - JABOATAO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **EDIVANIA DUTRA DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE CARLOS DUTRA DA SILVA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 160 FAN** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PGX0346** (PERNAMBUCO/JABOATAO DOS GUARARAPES) Renavam: **115716790** Chassi: **9C2KC2260JR012979**
Ano Fabricação/Modelo: **2018/2018** Combustível: **ALCO/GASOL**

20/02/2021

Boletim de Ocorrência

Complemento / Observação

A VITIMA, INFORMA QUE ESTAVA PARADO NO SEMAFORO E AO DAR PARTIDA UM CICLISTA ATRAVESSOU EM SUA FRENTE, QUE AO FREAR E TENTAR LIVRAR O CICLISTA, A MOTOCICLETA DERRAPOU LEVANDO A VITIMA A CAIR, QUE FOI SOCORRIDO PELO PRIMO PARA A UPA DA IMBIRIBEIRA ONDE RECEBEU O ATENDIMENTO MEDICO CONFORME FICHA DE ATENDIMENTO NUMERO 01236681 APRESENTADO NESTA DP. DIANTE DO FATO A VITIMA VEIO A ESTA DP REGISTRAR O BOLETIM DE OCORRENCIA, CASO AFETO A DELEGACIA DE BOA VIAGEM.

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

JOSE CARLOS DUTRA DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por:  KEIBER GOMES - Matrícula: 350961-3





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Incluir o(s) titular(es) do seguro

☐ INAP (DESPESA DE AGÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ ACIDENTE

2 - Nº do título ou AS:

3 - CPF do titular:

034.717.734-92

4 - Nome completo do titular:

JOSE CARLOS DUTRA DA SILVA

INSTRUMENTO DE REGISTRAÇÃO CADASTRAL E FOLHA DE RENDA NORMAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/RESPONSÁVEL/ACIDENTADO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUPR. Nº 010/2013

5 - Nome completo:

JOSE CARLOS DUTRA DA SILVA

6 - CPF:

034.717.734-92

7 - Profissão:

MATEMÁTICO

8 - Endereço:

RUA DA LAMPA

9 - Bairro:

HI

10 - Complemento:

11 - Bairro:

GUARAPUAVA

12 - Cidade:

JABOATÃO

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

54505-111

15 - E-mail:

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PÓS, TUTEL E CURADOR) PARA VÍTIMA/RESPONSÁVEL/ACIDENTADO ENTRE 5 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Dados, para todos os fins de direito, reside no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DO CONTRATO:

☐ RECUSO INFORMAR

☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.000,00 A R\$5.000,00

☒ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 A R\$2.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DOAÇÃO DE BENS:

☐ RESPONSABILIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO RESPONSABILIZADO (PÓS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTRA POUPEIRIA (destinado para as despesas do acidente. Anotar uma opção)

☐ CONTRA CORRUPÇÃO (valor de honorários)

Nome do SAQUE:

☐ Banco (CPF)

☐ Test (CPF)

☐ Banco do Brasil (CPF)

☒ Caixa Econômica Federal (CPF)

ANÁLISE: 30.15

CPF: 034.717.734-92

CONTRATO: 00046.542

0

ANÁLISE: 30.15

CPF: 034.717.734-92

CONTRATO: 00046.542

0

Antes de assinar a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUTENTICAÇÃO DO LAUDO DO IML - PRESENCIALMENTE OU POR MEIO DE PROCURAÇÃO DO RESPONSÁVEL PERMANENTE

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 5.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou de minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou de minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou de minha residência realiza perícias com prazo superior a 30 (trinta) dias do pedido.

Solicito o reconhecimento de análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, à critério da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 5.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS RESPONSÁVEIS - PRESENCIALMENTE OU POR MEIO DE PROCURAÇÃO DO RESPONSÁVEL PERMANENTE

23 - Estado civil do titular:

☐ Solteiro

☐ Casado (ou Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do título do titular:

25 - Se é Parente com a vítima:

26 - Vítima deixou comprovado(a):

☐ Sim

☐ Não

27 - Se a vítima deixou comprovado(a), informar o como comprovado:

28 - Vítima tem filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se filhos vivos, informar:

30 - Vítima deixou comprovado(a):

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima tem irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se filhos vivos, informar:

33 - Vítima deixou comprovado(a):

☐ Sim

☐ Não

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 5.194/74), uma vez que:

34 - Nome legal de quem assina o pedido (a cargo):

35 - CPF legal de quem assina o pedido (a cargo):

36 - Assinatura de quem assina o pedido (a cargo):

37 - 1º Nome:

CPF:

Assinatura do testemunha

38 - 2º Nome:

CPF:

Assinatura do testemunha

40 - Local e Data, 26 de fevereiro de 2020

JOSE CARLOS DUTRA DA SILVA

41 - Assinatura de vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do procurador (se houver)

43 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/02/2021 17:50:49

https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21022517504942600000074389657

Número do documento: 21022517504942600000074389657

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: 09/04/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE CARLOS DUTRA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03015

CONTA: 000000046842-0

Nr. da Autenticação D93C37A57E1791D5



Data: 25/02/2021 17:50:49 - 1443 15 - 1443 15 - 1443 15

marisa



XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

JOSE CARLOS DUTRA DA SILVA
R DO CAMPO 00041
GUARARAPES
54325-171 JABOATAO DOS GUARAR PE



que a sua
sua futura por e-mail



que a sua
sua futura por e-mail

que a sua
sua futura por e-mail

marisa

(181) 9.8488-7131





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradorelida.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 0800-1536 / Outras regiões: 0800-022-12-04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800-022-81-89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800-022-12-06 | Central Ouidor: 0800-022-91-35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível na endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASP?ATTPO=1&CODIGO=28636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da fonte de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF¹.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA, APOSENTADORIA, CAPITALIZAÇÃO E RESCUEBOND. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Alexsane Gomes Da Silva
inscrito (a) no CPF/CNPJ 028.466.664 / 58, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
José Carlos Dutra Da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 054.717.784 / 92
do sinistro de DPVAT cobertura incapacidade da vítima José Carlos Dutra Da Silva
inscrito (a) no CPF sob o Nº 054.717.784 / 92, conforme determinação da Circular Susep 445/12;
Declaro Profissão: Receita-me Renda: Receita-me e apresento os documentos comprobatórios:
☒ Recusa Informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora LIDER-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>AV. Prof. Agamenon Magalhães</u>	Número: <u>473</u>	Complemento:
Bairro: <u>Vila Popular</u>	Cidade: <u>Olinda</u>	Estado: <u>PE</u>
CEP: <u>53230-010</u>		Tel (DDD): <u>(81) 98486-7131</u>

Local e Data:

Olinda 28 de janeiro de 2020

Alexsane Gomes da Silva
Assinatura do Declarante



Queixa Principal / História

PACIENTE RELATA QUEDA DE MOTO HOJE, EVOLUI COM DOR EM REGIÃO DE PUNHO ESQUERDO E ESCORIAÇÕES EM MÃO E JOELHO DIREITO. NEUROVASCULAR PRESERVADO.

Antecedentes

DM: ☒ SIM ☐ NÃO

HAS: ☒ SIM ☐ NÃO

Alergia: ☒ SIM ☐ NÃO

Medicamentos: ☒ SIM ☐ NÃO

Exame Físico

EG Bom:	Consciente	Orientado e Consciente	Hidratado
Músculo:	Corado	Acianótico	Anticético
Eupneico	Afebril	Sem Edemas	

ACV: ☒ NÃO EXAMINADO ☐ NORMAL ☐ ALTERADA

AR: ☒ NÃO EXAMINADO ☐ NORMAL ☐ ALTERADA

AD: ☒ NÃO EXAMINADO ☐ NORMAL ☐ ALTERADA

SN: ☒ NÃO EXAMINADO ☐ NORMAL ☐ ALTERADO

SQU: ☒ NÃO EXAMINADO ☐ NORMAL ☐ ALTERADA

ORL: ☒ NÃO EXAMINADO ☐ NORMAL ☐ ALTERADA

Pele: ☒ NÃO EXAMINADO ☐ NORMAL ☐ ALTERADA

AP. Locomotor: ☐ EDEMA ☐ DOR A MOVIMENTAÇÃO ☐ EQUIMOSE ☐ HEMATOMA ☐ DEFORMIDADE ÓSSEA

OUTROS:

ferições:	PAS	PAD	FR	FC	P (KG)	T	AEL (cm)	SAT O ₂
			16					

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/02/2021 17:50:49



Prescrição: 1740434 Data: 03/06/2019 21:25

Usuário: JORGEFAS

Atendimento: 1234561 Dt Nasc: 15/03/1991 (35e 2m 22d)

Convênio: SUS - AMBULATORIO

Paciente: 225758 - JOSE CARLOS DUTRA DA SILVA

Peso: Altura: Sup. Corporal:

Internação: 03/06/2019 20:54 0 Dias(s) Int

Médico: JOSE SERGIO SANTOS DE SOUZA Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Unid. Int.: Lata: Cobertura:

Cid.: M796 DOR EM MEMBRO Ciclo: /

Diagnóstico:

Protocolo:

Classificação de Risco: URG

PRESTADOR RESP. PELO DOCUMENTO: JORGE FERRAZ ARAUJO DA SILVA - CRM - null - 24967

FUNÇÃO: MEDICO(A)

1ª VIA

Rubrica do Responsável



Classificação de Risco: URGENTE

Alérgias: ABCIXIMAS, NEGA ALERGIAS

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MEDICAMENTOS	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data/Horário
DIPIRONA SÓDICA SOL.INJ. 1G - 3ML	1	AMP		IV	Agora	03/06/2019 21:25
[-> ESCALPE N. 21	1	UN				
[-> AGULHA 25X7 DESCARTAVEL	1	UN				
[-> AGUA BIDESTILADA SOL.INJ.	1	AMP				
10ML						
[-> SERINGA DESCARTAVEL 10	1	UN				
CC S/ AGULHA						

JORGE FERRAZ ARAUJO DA SILVA
CRM 24967

Dr. Marcello Silva

MV 2000 - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

UPA_IMBIRIBEIRAmarcellojcs



MATERIAL DE SALA CIRÚRGICA

PACIENTE:	MRS. CARLOS ALBERTO DA SILVA			DATA:	04/06/14
URGIAO:	DR. EDUARDO BUENO			RO:	112165
ESTESISTA:	DR. DEBORA	AUXILIAR:			
URGIA:	HCR: VITRINA DE RADIO DENTAL			ANESTESIA:	Bloqueio + Sedação
TRUMENTADOR:	Jadione	COORDENAÇÃO DO BLOCO:		Jiana	
ICULANTE:	Bella	HORARIO INICIAL:	11:00	COREN:	
FERNEIRA:	CRICA	HORARIO FINAL:	17:10		

DESCRIÇÃO MATERIAL USADO EM SALA 01

AGULHAS			
13X4,5	25X7	25X8	40X12
TRIPLÉXICA	STIMULPLEX	RAQUIL 25	RAQUIL 27
ATADURAS			
REPE 15CM	CREPE 15CM	CREPE 20CM	CREPE 30CM
SEADA 15CM	SEADA 15CM	SEADA 20CM	
CANULAS			
AQUEOST 7,0	TRAQUEOST 7,5	TRAQUEOST 8,0	TRAQUEOST 8,5
AQUEOST 8,0			
CATETER			
NASAL	CENTRAL PVC	EPIDURAL 16	SUBCLAVIA 16
EPIDURAL 17	JELCO 18	JELCO 16	JELCO 18
JELCO 20	JELCO 22	JELCO 24	
LIMPADORES			
CLIP 100	CLIP 200	CLIP 300	CLIP 400
CURATIVOS			
ADAFIC	KERLIX	PURILON	TELA MARLEX
EQUIPOS			
BOMBA	BOMBA FOTO	P/SANGUE	P/SORO MACRO
EXTENSORES			
20CM	40CM	60CM	120CM
LAMINAS			
BISTURI 11	BISTURI 12	BISTURI 15	BISTURI 20
BISTURI 22	BISTURI 24	DERMATOMO 6	
LUVAS			
LUVA 7,0	LUVA 7,5	LUVA 8,0	LUVA 8,5
SERINGAS			
1ML	3ML	5ML	10ML
20ML	40ML	60ML CATETER	
MATERIAL CIRURGICO			
ENTRAL CIRUR.	BS. COLOSTOMIA	COMPRESSAS	CAPA P/ VIDEO
ILET. ABERTO	COLET. FECHADO	CONEXÃO 2VIAS	CONEXÃO 4VIAS
ELETRODOS	FILTRO UNIDIF.	GAZES	GELFOAM
IT CIRURGICO	LATEX	TORNEIRA 3VIAS	PRESERV. URINA
SCALP 21	SCALP 23	TRANSOFIX	TRANS. PRESSAO

DESCRIÇÃO MATERIAL USADO EM SALA 02

DRENOS			
KHER 8	KHER 10	KHER 12	KHER 14
KHER 16	SUCCÃO 3,2	SUCCÃO 4,8	SUCCÃO 6,4
BLAKER 19FR	BLAKER 24FR	TORAX 20	TORAX 26
TORAX 28	TORAX 30	TORAX 32	TORAX 36
SONDAS			
ENTERAL 10	ENTERAL 12		
ASPIRAÇÃO 16	ENDOTRAQ. 2,0	ENDOTRAQ. 2,8	ENDOTRAQ. 3,6
ENDOTRAQ. 3,2	ENDOTRAQ. 4,0	ENDOTRAQ. 4,8	ENDOTRAQ. 5,6
ENDOTRAQ. 5,2	ENDOTRAQ. 6,0	ENDOTRAQ. 6,8	ENDOTRAQ. 7,6
ENDOTRAQ. 7,5	ENDOTRAQ. 8,0	ENDOTRAQ. 8,5	ENDOTRAQ. 9,0
FOLEY 3VIAS 14	FOLEY 3VIAS 16	FOLEY 3VIAS 18	FOLEY 3VIAS 20
FOLEY 2VIAS 06	FOLEY 2VIAS 08	FOLEY 2VIAS 10	FOLEY 2VIAS 12
FOLEY 2VIAS 14	FOLEY 2VIAS 16	FOLEY 2VIAS 18	FOLEY 2VIAS 20
NASO 10	NASO 12	NASO 14	NASO 16
NASO 18	NASO 20	NASO 22	URETRAL 4
URETRAL 6	URETRAL 8	URETRAL 10	URETRAL 12
URETRAL 14	URETRAL 16	URETRAL 18	URETRAL 20
FIOS CIRURGICOS			
ALGODÃO 0	ALGODÃO 2-0	ALGODÃO 3-0	FITA CARDIACA
CROMADO 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 POSSO	MARCAPASSO	VALVET
SEDA 2-0	SEDA 3-0	MONOCRYL 3-0	MONOCRYL 4-0
SURGIGEL 5X75	ACO 1	ACO 4	ACO 6

COD. 38407



RESUMO DE ALTA

DATA DA ALTA - 04/06/2019 07:16:00

IDENTIFICAÇÃO

NOME: JOSE CARLOS DUTRA DA SILVA

RG:

PESO:

IDADE: 38 Anos

SEXO: MASCULINO

ALTURA:

Data de Nascimento: 190V1981

PRESTADOR ASSISTENTE: JOSE SERGIO SANTOS DE SOUZA

DATA DE ATENDIMENTO: 03/06/2019 20:54:56

ATENDIMENTO: 1238881

TEMPO DE PERMANÊNCIA: 1 Dia(s)

CONVÊNIO: SUS - AMBULATORIO

PLANO: PLANO UNICO

DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: M796 - DOR EM MEMBRO

DIAGNÓSTICO(S) SECUNDÁRIO(S):

DIAGNÓSTICO INICIAL: M796 - DOR EM MEMBRO

DIAGNÓSTICO DE ALTA: M796 - DOR EM MEMBRO

CONDUTA DE ALTA:

MOTIVO DA ALTA: ALTA APÓS CONSULTA

PROCEDIMENTO DE ALTA:

JOSE SERGIO SANTOS DE SOUZA
CRM-8500

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/02/2021 17:50:49
https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21022517504942600000074389657
Número do documento: 21022517504942600000074389657

Esta conta foi paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais

MV 2000 - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

UPA_IMBIRIBEIRamarcellojcs



FICHA DE INTERNAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento do Paciente: 503686

Data e Hora do Atendimento: 04/06/2019 01:09

Usuário do Atendimento: NEICYCCO

Convênio: SUS - INTERNACAO

Nome do Paciente: JOSE CARLOS DUTRA DA SILVA

Prontuário: 117186

Nome da Mãe: IVA MARIA DA SILVA

Nome do Pai: ANTONIO DUTRA DA SILVA

Data do Nascimento: 19/03/1981

Idade: 38 anos Sexo: MASCULINO

Estado Civil: SOLTEIRO

RG: 8196210

SSP PE Data Emissão:

CPF: 03771778482

Certidão de Nascimento:

Data Emissão:

Naturalidade: JOAO ALFREDO

Escolaridade: MEDIO (2º GRAU) COMPLETO

Carteira Nacional SUS:

Ocupação Habitual: MOTORISTA

Endereço: RUA DO CAMPO

41 GUARARAPES

Cidade: JABOATAO DOS GUARARAPES

PE CEP: 54325171

Fone: 994995280

DADOS DO ATENDIMENTO

Origem: UPA IMBIRIBEIRA

Médico: IJACIEL SOARES DE OLIVEIRA

CRM: 17726

Especialidade: ORTÓPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Acomodação: SALA VERDE/AMARELA - CARDIO

Leito: LEITO 07

H.M. - Hospital Dom Helder Câmara
Evangeliz C. Dias de Souza
Atendimento/SAME

10 JUN 2019

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, 04/06/2019

Assinatura e R.G. do Responsável: JOSE CARLOS

SUMÁRIO DE ALTA

Condições de Alta: Melhorado

Diagnóstico: Fratura de rádio distal E

Procedimento: Placa e parafusos

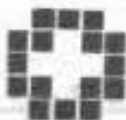
Alta em: 05/06/2019 Hora: 14h

Médico e C.R.M.:

Responsável pela retirada do paciente - Nome:

Assinatura e R.G.:





HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA



GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

1. Identificação

Leito da SRPA: 08

Nome: José Carlos Dutra data: 04/06/19 Hora: 13:00 Registro: 117185
Leito de origem: _____

2. Procedimento cirúrgico

Cirurgia: Plt. artéria de nódulo distal
Tipo de anestesia: bloqueio de plexo
Equipe: Dr. Eduardo Anestesiista: Dr. Debara

3. Admissão

Estado geral: () Bom (x) Regular () Torporoso () Grave^o
Respiração: (x) Espontânea () Assistida não invasiva () Entubado () Traqueostomizado
Sonda: () SVD () SNG () SNE
Acesso Venoso Periférico: () Não (x) Sim Onde: _____
Acesso Venoso Central: (x) Não () Sim Onde: _____
Drenos: (x) não () sim Onde: _____
Sinais vitais: PA: 113 x 84 mmHg FR: — p/min FC: 95 p/min SaPO2: 100
Glasgow: —

4. Monitorização

SSVV/ Horário	15'	30'	60'	1:30 h	2:00 h	3:00 h
PA	<u>113 x 84</u>	<u>112 x 78</u>	<u>115 x 91</u>	<u>117 x 79</u>	<u>117 x 81</u>	
FR						
FC	<u>67</u>	<u>62</u>	<u>65</u>	<u>63</u>	<u>65</u>	
SaPO2	<u>94%</u>	<u>96%</u>	<u>96%</u>	<u>97%</u>	<u>97%</u>	
Glasgow						

5. Intercorrências/observações:

6. Alta da SRPA

Sinais vitais: PA: 110 x 79 FC: 59 FR: C SaPO2: 97 Glasgow: —

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

Data: _____ Horário: _____ Responsável pelo encaminhamento: _____

Alta da SRPA pelo médico: _____

16:00 sem furacões Aldete
10



 HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA		SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA BLOCO CIRÚRGICO - SRPA		 GESTÃO IMIP HOSPITALAR	
Nome: <u>Jose Carlos de Brito da Silva</u>		Registro: <u>117185</u>		Leito: _____	
Procedimento cirúrgico: _____		Data: <u>04/06/19</u>		Hora: _____	
DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM				HORÁRIOS
1. Ansiedade ()	☒ Encorajar verbalização dos sentimentos e medos ☒ Proporcionar apoio emocional ☒ Dar informação ao paciente e familiares ☒ Outros _____				
2. Ventilação prejudicada ()	☒ Manter decúbito elevado ☒ Aspirar vias aéreas superiores sempre que necessário ☒ Ensinar o paciente a tossir de forma eficaz ☒ Manter o paciente em posição de Fowler ☒ Anotar horário/valor de queda da saturação. FC e FR ☒ Instalar () Manter () Anotar oximetria de pulso ☒ Outros _____				
3. Padrão de eliminação urinária () Diminuído () Aumentado	☒ Registrar frequência, volume e aspecto da diurese de ____/____h ☒ Estimular eliminações por meios físicos (ligar torneira, ou usar compressas frias no abdômen) ☒ Colocar o paciente em posição de Fowler ☒ Orientar o aumento da ingestão hídrica, se não houver restrição ☒ Registrar se: () Dor ao urinar ☒ Abaulamento em região suprapúbica () Ausência de diurese espontânea ☒ Outros _____				
4. Dor () Local: <u>FO</u> () Leve () Moderada () Severa	☒ Verificar qual posição adequada do paciente ☒ Avaliar a localização e a intensidade da dor ☒ Reavaliar a dor após 30 min. Da administração da medicação ☒ Identificar fatores desencadeantes da dor ☒ Registrar características e intensidades da dor ☒ Outros _____				
5. Integridade tissular prejudicada ()	☒ Descrever características da lesão ☒ Realizar curativo a cada ____/____h ☒ Realizar mudança de decúbito a cada 3 horas caso não haja contra-indicação ☒ Medir débito de dreno de ____/____h ☒ Manter curativo oclusivo por <u>24h</u> ☒ Outros _____				
6. Sangramento () Local: <u>FO</u> () Leve () Moderada () Severo	☒ Aferir pressão arterial de ____/____min ☒ Manter elevado: _____ ☒ Realizar curativo oclusivo ☒ Outros _____				
7. Imobilidade no leito prejudicada ()	☒ Pinçar dreno ao manusear o paciente ☒ Avaliar mobilização de dreno (Tracionado) ☒ Manter repouso no leito em posição: _____				

CÓD. 38805



HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA
MV 2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico
Ficha de Cirurgia Descritiva

Página: 0001
Data: 04/06/2019
Hora: 12:28

Atendimento de Cirurgia: 41557
Paciente: 117185
Convênio Atend.: 1
Leito: 657
Dt. Início:
Cid Pré-Operatório:
Cid Pós-Operatório:

Sala: 0001 SALA 01
JOSE CARLOS DUTRA DA SILVA
SUB - INTERNACAO
LEITO 07
Dt. Fim: 04/06/2019 12:35

Atendimento: 503888
Carteira:
Idade: 38 Anos

Procedimento: 0408020431
Convênio: 001
Anestesia: 39

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISARIA ÚNICA DO RÁDIO / DA ULNA (PRINCIPAL)
SUB - INTERNACAO
BLOQ DE PLEXO BRAQUIAL + SEDACAO

KCH - Hospital Dom Helder Câmara
R. Anacleto C. Dias da Silva

QUIRURGIÃO
ANESTESISTA

14508 EDUARDO JOSE FARIAS DE QUEIROZ
15883 DEBORA SPENCER DE CASTRO LEITAO

04 JUN 2019

Descrição Cirúrgica:

PROGNOSTICO PESSIMO, LESAO DE ALTÍSSIMA GRAVIDADE GRANDE CHANCE DE PERDA DEFINITIVA DA ADM, ARTROSE PC TRAUMÁTICA, NECROSE E INFECCAO

AO RECEBER ALTA, A PACIENTE ESTÁ ORIENTADO A FAZER FISIOTERAPIA COM URGÊNCIA DO CONTRÁRIO HÁ GRANDE PROBABILIDADE DE PIORAR DRASTICAMENTE O RESULTADO, DE UMA FRATURA JÁ COM MAU PROGNÓSTICO.

01. INCISÃO TANGENTE AO FRC APX 06CM
02. SEPARAÇÃO POR PLANOS
03. ABORDAGEM INTERPLANOS ART RADIAL / FRC
04. DESINSERÇÃO DE PRONADOR QUADRADO
05. REDUÇÃO DA FRATURA
06. APOSIÇÃO COM PLACA DE APOIO 3 X 3 COM 6 PARAFUSOS CORTICAIS
07. RESINSERÇÃO DE PRONADOR QUADRADO
08. LIMPEZA COM SF 0,9%
09. SUTURA POR PLANOS CURATIVO E TALA

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

Eduardo de Queiroz
Ortopedista
CRM 14508 TEOT 10552

DR(A): EDUARDO JOSE FARIAS DE QUEIROZ
CRM: 14508

HOSPITAL METROPOLITANO SUL - DOM HELDER CAMARA



HISTÓRIA CLÍNICA

Identificação

Nome: Jose Carlos Dutra da Silva Registro: 157185 N° Atendimento: _____
Idade: _____ Sexo: _____ Estado Civil: _____ Cor: _____ Acompanhante: () Sim - () Não
Clínica: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____ Ocupação: _____

Queixa Principal e Duração:

História da Doença Atual:

Paciente refere sintoma (aa) motor distônico logo
com tremor no pulso e

Interrogatório Sintomático:



HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 03/06/2019 23:10



Nome Paciente: JOSE CARLOS DUTRA DA SILVA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 19/03/1981
Sexo: Masculino
Idade: 38
Senha: 0062
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 03/06/2019 23:18 - 03/06/2019 23:21

LUANA TORRES LINS MARQUES - COREN: 309416 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: **URGÊNCIA - AMARELO**

Cor: **AMARELO**

Queixa Principal: PACIENTE ENCAMINHADO DA UPA IMBIRIBEIRA COM RECURSO PRÓPRIO, SENHA: 5698309. RELATA QUEDA DE MOTO COM DOR EM MSE + MIE. NEGA EMESE/CEFALEIA OU DESMAIO.

Observação: HAS-
DM-
P.Z: 120/90MMHG

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - DOR MODERADA (4-7/10)

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

[Handwritten signature]
Luana Torres Lins Marques
COREN-PE 309416 - 187

Acolhido(a) por: LUANA TORRES LINS MARQUES - COREN: 309416 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 03/06/2019 23:21

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1





HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA



Atendimento: 503880

Data e Hora: 03/06/2019 23:26

Senha da Classificação:

0062

Paciente: 117185 JOSE CARLOS DUTRA DA SILVA

Sexo: MASCULINO

Data do Nascimento: 19/03/1981

Idade: 38 anos

Convenio: 2

SUS/SIA AMB/URG

Nome da Mãe: IVA MARIA DA SILVA

Nome do Pai: ANTONIO DUTRA DA SILVA

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: IJACIEL SOARES DE OLIVEIRA

CRM: 17726

Endereço: RUA DO CAMPO

41

Bairro: GUARARAPES

Cidade/UF: JABOATAO DOS GUARARAPE PE

Usuário Atendimento: EDJANE PB

RG (Identidade): 6198210

SSP PE

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física): 03771778492

Fone: 994996280

Cartão SUS:

Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

Altura: Temperatura: Hora:

Queixa Principal

Paciente refere dor no membro superior direito com trauma recente. Dor no local.

Exame Físico

Obs limitação de ADM do membro E.
Membro superior direito.

Diagnóstico

Fratura articular rádio distal E

Conduta Terapêutica

Internar.

Prescrição Médica

1) TAC membro E

Vinícius S. Costa
CRM 17726

Carimbo/Médico

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR

UNIDADE:

LEITO DO PACIENTE:

409100



Exame Físico: Don e exame em qual E.

Antecedentes Pessoais: /

Medicações em Uso: /

Antecedentes Familiares: /

Hipótese Diagnóstica Principal: Fratura de raio lateral E

Hipóteses Diagnósticas Secundárias: /

Plano Terapêutico: Intervenir

Cabo de Santo Agostinho, 09/06/18

Assinatura e Carimbo

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



RAIO-X		
DATA	LOCAL DO CORPO	QUANTIDADE DE VIEWS
04/06/19	PUNHO (E)	02



	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	HORÁRIOS
8. Desidratação (/)	☐ Registrar frequência, volume e aspectos da diurese a cada / h ☒ Avaliar e registrar umidade de mucosa ☐ Registrar a existência de distúrbios de eliminação urinária ☒ Registrar turgor e elasticidade da pele ☐ Outros	
9. Êmese (/) Náusea (/)	☒ Registrar aspectos e quantidade de episódios ☐ Verificar posicionamento da SNG/SNE ☒ Manter decúbito lateral ou semi-fowler com a cabeça lateralizada ☐ Outros	
10. Temperatura Corporal (/) Diminuída () Elevado	☐ Aferir temperatura de / h e comunicar se estiver abaixo de 35°C ou acima de 37°C ☒ Em caso de hipotermia aquecer o paciente com cobertor ou manta térmica ☐ Em caso de hipertermia retirar cobertor e avaliar a temperatura do ambiente ☐ Outros	
11. Choque Hipovolêmico (/)	☐ Aferir sinais vitais a cada / min. ☒ Avaliar coloração e umidade da pele ☒ Avaliar e comunicar sinais de sangramento em F.O. Verificar sinais como: ☐ Taquicardia; ☒ Palidez cutânea; ☐ Pulso irregular; ☒ Pele fria; ☐ Perda da Consciência ☐ Outros	
12. Risco de Infecção (/)	☒ Identificar procedimentos invasivos logo após sua realização ☒ Registrar e anotar sinais flogísticos Local: <u>FO - AVIP.</u> ☒ Examinar F.O. e registrar alterações ☒ dor; ☒ Calor; ☒ Rubor; ☒ Edema. ☐ Outros	
	☐ Outros	

G - Sonda Nasogástrica

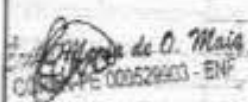
PA - Pressão Arterial

FC: Frequência Cardíaca

SNE - Sonda Naso Enteral

HGT - Hemoglicoteste

AVP - Acesso Venoso Periférico

 ENFERMEIRO(A) - D -	ENFERMEIRO(A) - N -	TÊC. EM ENFERMAGEM - D -	TÊC. EM ENFERMAGEM - N -
---	---------------------	--------------------------	--------------------------

ASSINATURA E CARIMBO

ASSINATURA E CARIMBO







HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA



GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

1. Identificação

Leito da SRPA: **08**

Nome: José Carlos Dutra data: 04/06/19 Hora: 13:00 Registro: 444-185
Leito de origem: _____

2. Procedimento cirúrgico

Cirurgia: Ft. fratura de rádio distal
Tipo de anestesia: bloqueio de plexo
Equipe: Dr. Eduardo Anestesista: Dr. D. L. B. B.

3. Admissão

Estado geral: () Bom (x) Regular () Torporoso () Grave^o
Respiração: (x) Espontânea () Assistida não invasiva () Entubado () Traqueostomizado
Sonda: () SVD () SNG () SNE
Acesso Venoso Periférico: () Não (x) Sim Onde: _____
Acesso Venoso Central: (x) Não () Sim Onde: _____
Drenos: (x) Não () Sim Onde: _____
Sinais vitais: PA: 113 x 84 mmHg FR: - p/min FC: 95 p/min SaPO2: 100
Glasgow: _____

4. Monitorização

SSVV/ Horário	15'	30'	60'	1:30 h	2:00 h	3:00 h
PA	113 x 84	112 x 78	125 x 91	117 x 79	117 x 81	
FR						
FC	67	62	65	63	65	
SaPO2	94%	96%	96%	97%	97%	
Glasgow						

5. Intercorrências/observações:

6. Alta da SRPA

Sinais vitais: PA: 110 x 80 FR: 6 SaPO2: 97 Glasgow: 10

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

Data: _____ Horário: _____ Responsável pelo encaminhamento: _____

Alta da SRPA pelo médico: _____



TRANSFERÊNCIA DE PACIENTE

Formulário de Transferência de Paciente

Nome do Paciente: JOSE CARLOS DUTRA DA SILVA

Data de Nascimento: 19/03/1981 Data Atendimento: 03/06/2019

Prontuário: 0000225788 Cód. Atendimento: 01238681

Nome do Hospital: Hospital dom helder

Senha: 5698309

Transporte: ☐ Ambulância Básica ☐ Ambulância Avançada ☒ Próprio

☐ Acompanhamento Médico

Observação: PACIENTE RELATA QUEDA DE MOTO HOJE, EVOLUI COM DOR EM REGIÃO DE PUNHO ESQUERDO E ESCORIAÇÕES EM NAO E JOELHO DIREITO, NEUROVASCULAR PRESERVADO.

raio X: fratura de radio distal e fechada

Recife, 03 de Junho de 2019

Médico: JORGE FERRAZ ARAUJO DA SILVA

CRM: 24967

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/02/2021 17:50:49



MEDICAMENTOS DA SALA CIRURGICA

DESCRIÇÃO MEDICAMENTO USADO EM SALA	QUANTIDADE	DESCRIÇÃO MEDICAMENTO USADO EM SALA	QUANTIDADE
ÁGUA BIDEUTILADA C/10ML		METRONIDAZOL 5MG/100ML	
ÁGUA BIDEUTILADA C/500ML		MIDAZOLAM 5MG/3ML	
ALFENTANIL 0,5MG/5ML		MILRINONA 1MG/20ML (PRIMACOR)	
ATACURIN 25MG/2,5ML		MORFINA 0,2MG/1ML	
ATROPINA 0,25 MG/1ML		MORFINA 10MG/1ML	
BICARBONATO DE SÓDIO 8,4% C/10ML		MORFINA 1MG/2ML	
BICARBONATO DE SÓDIO 8,4% C/250ML		NALOXONA 0,4MG/1ML	
SUPIVACAÍNA C/ADRENALINA 0,5% C/20ML		NEOMICINA + BACITRACINA POMADA	
SUPIVACAÍNA ISOBARICA 0,5% C/4ML		NEOSTIGMINA 0,5MG/1ML	
SUPIVACAÍNA PESADA 0,5% C/4ML		NIPRIDE 25MG/2ML	
SUPIVACAÍNA S/ADRENALINA 0,5% C/20ML		NORADRENALINA 4MG/4ML	
CEFALOTINA 1G IV/IM		OMEPRAZOL 40MG IV	
CEFAZOLINA 1G IV		ONDASETRONA 8MG/4ML	
CEFTRIAXONA 1G IV		PANCURONIO 2MG/2ML	
CETOPROFENO 100MG IV		PAPAVERINA 50MG/2ML	
CIPROFLOXACINA 200MG/100ML		PETIDINA 50MG/2ML	
CLONIDINA 150MCG/1ML		PROPOFOL 10MG/20ML	
CLONIDINA 150MCG/1ML		PROTAMINA 1% C/5ML	
CLORETO DE POTÁSSIO 10% C/10ML		REMIFENTANIL 2MG (ULTIVA)	
CLORETO DE SÓDIO 0,9% C/1000ML		RINGER C/LACTATO 500ML	
CLORETO DE SÓDIO 0,9% C/100ML		RONCURONIO 50MG/5ML	
CLORETO DE SÓDIO 0,9% C/250ML		SEVOFLURANO 100ML	
CLORETO DE SÓDIO 0,9% C/500ML		SOLUÇÃO CARDIO PLEGICA C/10ML	
DEXAMETAZONA 4MG/2,5ML		SULFATO DE MAGNÉSIO 50% C/10ML	
DEXTROCEAMINA 10ML (CETAMINA 8+)		SULFENTANIL CITRATO 5MCG/2ML	
DIASEPAM 10MG/2ML		SUXAMETONIO 100MG	
DIFENIDRAMINA 50MG/1ML		TRAMADOL 50MG/1ML	
DIPIRONA 500MG/2ML		TRIGLICÉRIDOS CADEIA (TCM) 200ML	
DIBUTAMINA 250MG/20ML		VITAMINA C 500MG/5ML	
DOPAMINA 50MG/10ML		VOLUVEN 6% C/500ML	
EPINEFRINA 1MG/1ML			
ETILEFRINA 10MG/1ML			
ETOMIDATO 3MG/10ML			
FENTANIL 0,075MG/10ML			
FENTANIL 0,075MG/2ML			
FLUMAZENIL 0,1MG/5ML			
FUROSEMIDA 10MG/2ML			
GENTAMICINA 80MG/2ML			
GLICOSE 10% C/500ML			
GLICOSE 5% C/500ML			
GLICOSE 50% C/10ML			
GLUCONATO DE CÁLCIO 10% C/10ML			
HEPARINA SÓDICA 5.000U/ML C/5ML			
HIDROCORTISONA 500MG			
IPSILOM 4G C/10ML			
LIDOCAÍNA 2% C/ADRENALINA C/20ML			
LIDOCAÍNA 2% S/ADRENALINA C/20ML			
LIDOCAÍNA 2% GEL			
MANITOL 20% C/250ML			
METARAMINOL 10MG (ARAMIN)			
NETIL PREDNISOLONA 500MG			
METOCLOPRAMIDA 10MG/2ML			
METOPROLOL 5MG/5ML (SELOKEN)			



Prescrição.: 1746433 - Data: 03/06/2019 21:25

Usuário.: JORGEFAS

Atendimento: 1238881 Dt Nasc: 19/03/1981 (38a 2m 22d)

Convênio.: SUS - AMBULATORIO

Paciente.: 225788 - JOSE CARLOS DUTRA DA SILVA

Peso.: Altura: Sup. Corporal:

Informação.: 03/06/2019 20:54 0 Dias(a) Int

Médico.: JOSE SERGIO SANTOS DE SOUZA Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Unid. Int.: Leito.: Cobertura:

Cid.: M790 DOR EM MEMBRO Cód.: /

Diagnóstico:

Protocolo:

Classificação de Risco:URG

PRESTADOR RESP. PELO DOCUMENTO.: JORGE FERRAZ ARAUJO DA SILVA - CRM - null - 24967

FUNÇÃO: MEDICO(A)

1ª VIA

Rubrica do Responsável



Classificação de Risco:URGENTE

Alergias: ABCIXIMAB, NEGA ALERGIAS

PRESCRIÇÃO DE PROC EXAMES

PROCEDIMENTOS-MEDICOS	Qtd	Unidade	SN	Api	Frequência	Data/Horário
3 TALA GESSADA AXILO PALMAR M	1					03/06/21:25
-> ATADURA CREPE 20CM X 4,5M 11FIOS	1	UN				
-> ATADURA CREPE 10CM X 4,5M 11FIOS	4	UN				
-> ATADURA CREPE 15CM X 4,5M 11FIOS	2	UN				
-> ATADURA GESSADA 10CM X4,0M BRANCA	1	UN				
-> ATADURA GESSADA 20CM X4,0M BRANCA	1	UN				

PROCEDIMENTOS ENFERMAGEM	Qtd	Unidade	SN	Api	Frequência	Data/Horário
4 CURATIVO ADULTO					Agora	

JORGE FERRAZ ARAUJO DA SILVA
CRM 24967

Dr. Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior

MV 2000 - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

UPA_IMBIRIBEIRAmarcellojc



Prescrição: 1740426 Data: 03/06/2019 21:14

Usuário: JORGEFAS

Atendimento: 1238651 Dt Nasc: 16/03/1981 (38a 2m 22d)

Convênio: SUS - AMBULATORIO

Paciente: 225788 - JOSE CARLOS DUTRA DA SILVA

Peso: Altura: Sup. Corporal:

Internação: 03/06/2019 20:54 0 Dias(s) Int

Médico: JOSE SERGIO SANTOS DE SOUZA Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Unid. Int.: Leito: Cobertura:

Cid: M796 DOR EM MEMBRO Cidc:

Diagnóstico:

Protocolo:

Classificação de Risco: URG

PRESTADOR RESP. PELO DOCUMENTO: JORGE FERRAZ ARAUJO DA SILVA - CRM - nuf - 24967

FUNÇÃO: MEDICO(A)

1ª VIA

Assinatura do Responsável



Classificação de Risco: URGENTE

Alergias: ABCIXIMAB, NEGA ALERGIAS

PRESCRIÇÃO DE PROC EXAMES

EXAMES IMAGEM

	Ctx	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
2. RX PUNHO ESQUERDO A.P. / PERFIL						03/06/21:14
Exame: 317183						

JORGE FERRAZ ARAUJO DA SILVA
CRM 24967


Dr. Marcellino Silva

MV 2000 - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

UPA_IMBIRIBEIRAmarcellojcs





Solicitação de Radiografia

Paciente: JOSE CARLOS DUTRA DA SILVA
Registro: 117185 Data da Alta: 05/06/2019

Solicito Radiografia:

PUNHO ESQUERDO AP E PERFIL

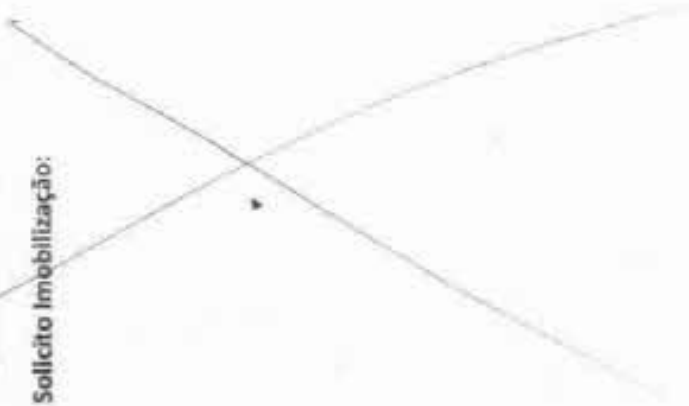
Motivo: Controle



Imobilização

Paciente: JOSE CARLOS DUTRA DA SILVA
Registro: 117185 Data da Alta: 05/06/2019

Solicito Imobilização:



TRANSFERÊNCIA DE PACIENTE

Nome do Paciente: JOSE CARLOS DUTRA DA SILVA
Data de Nascimento: 19/03/1981 Data Atendimento: 03/06/2019
Prontuário: 0000225768 Cód. Atendimento: 01238681
Nome do Hospital: Hospital Dom Helder
Senha: 5698309
Transporte: ☒ Ambulância Básica ☐ Ambulância Avançada ☐ Próprio
☐ Acompanhamento Médico
Observação: PACIENTE RELATA QUEDA DE MOTO HOJE, EVOLUI COM DOR EM REGIÃO DE PUNHO ESQUERDO E ESCORIAÇÕES EM MÃO E JOELHO DIREITO. NEUROVASCULAR PRESERVADO.
raio x: fratura de rádio distal e fechada

Recife, 03 de Junho de 2019

Médico: JORGE FERRAZ ARAÚJO DA SILVA
CRM: 24967

Dr. Jorge Ferraz
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE 24.967



EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO			
Nome:	SOL CARLOS DUTRA		
Registro:	117165		
Clínica:	Enfermaria:	Leito:	
Diagnóstico:	Data:	03/06 Hora:	
Plantão Noturno			
1 - Queixas do paciente:	Sem queixas		
2 - Estado Geral/Nível de consciência:	Regular, consciente		
3 - Pele/mucosa:	Hiperemica		
4 - Aparelho cardiovascular:	HR:	PA:	
5 - Aparelho respiratório:	FR:	Oxigenoterapia:	
6 - Aparelho gastrointestinal:	Dor leve Semi-flores		
7 - Aparelho Geniturinário:	Sem alterações		
8 - Aparelho locomotor:			
9 - Exames laboratoriais:			
10 - Exames de imagem:			
11 - Lesões/Curativos:			
12 - Observações:			
13 - Prescrição de Enfermagem:	Sem ficar SEM a cada 6/6 horas.		
14 - Alta: Transferência () Local () Melhorada () Óbito () Evasão ()	Hora:		
Enfermeiro/ assinatura e carimbo:			

COD. 38283



Anotações do Técnico em Enfermagem

Nome: José Carlos Registro: 137185

Clinica: Enfermaria Leito: 137185

Diagnóstico: Data:

Plantão Diurno

Estado Geral: Regular

Dieta: VO () SNE () GTT () Dieta zero ()

Padrão respiratório: espontâneo (✓) AVM () VNI () Cat. 02 () Venturi ()

Acesso Venoso: Periférico (✓) Central () Local: Data de troca:

Drenos: Sim () Não (✓)

Diurese: Espontânea (✓) SVD () Outros:

Evacuação: Presente (✓) Ausente ()

Observações:

Alta: Transferência () Local Melhorada () Óbito () Evasão ()

Técnico em enfermagem:

Horário	SINAIS VITAIS					CONTROLE HÍDRICO								
	HGT	FC	PA	Sat. O2 e FR	TEMP.	GANHOS					PERDAS			
						DIETA	NPT	HDT	MEDIC.	Transfusão	DRENO	DIUR.	EVAC.	HDL
08														
09														
10														
11														
12														
13														
14														
15														
16														
17														
18														
19														
20														



LAUDO MÉDICO

Data de Atendimento:

19/6/19

Nº PRONTUÁRIO:

117125

NOME DO PACIENTE:

João Carlos Dutra do Siqueira

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

Ex op de dentes de realme
CID: dentose (E), fratura em
562 avulsão

OBS.:

Nº DIAS

1

AFASTAMENTO DO TRABALHO

Assinatura do Médico
Carimbo

COD. 38391





HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA



Anotações do Técnico em Enfermagem	
Nome: <u>Apri Pontes Lourenço da Silva</u>	Registro: <u>11.185</u>
Clínica: <u>107</u>	Enfermaria: <u>Verde</u> Leito: <u>103/06/14</u>
Diagnóstico:	Data: <u>103/06/14</u>
Plantão Noturno	
Estado Geral: <u>Regular</u>	
Dieta: VO (☒) SNE () GTT () Dieta zero ()	
Padrão respiratório: espontâneo (☒) AVM () VNI () Cat. 02 () Venturi ()	
Acesso Venoso: Periférico (☒) Central () Local: _____ Data da troca: _____	
Drenos: Sim () Não (☒)	
Diurese: Espontânea (☒) SVD () Outros: _____	
Evacuação: Presente () Ausente (☒)	
Observações: _____	
Alta: Transferência () Local _____ Melhorada () Óbito () Evasão ()	
Técnico em enfermagem: <u>A. G. Almeida</u>	

Horário	SINAIS VITAIS					CONTROLE HÍDRICO									
	HGT	FC	PA	Sat. O2 e FR	TEMP.	GANHOS					PERDAS				
						DIETA	NPT	HDT	MEDIC.	Transfusão	DRENO	DIUR.	EVAC.	HOL	Sond. gástrica
20															
21															
22															
23															
24															
01															
02															
03															
04															
05															
06															
07															
08															





SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM-SAE
HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA



EMERGÊNCIA

Nome: Son Carlos Dutra da Silva Registro: 117185
Clínica: Urologia Setor: Urologia Lator: 03/06
Diagnóstico: Data: 03/06 Hora: 12

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	HORÁRIO
1. Padrão Ventilatório () Normal () Prejudicada	☒ Manter decúbito elevado a <u>45</u> graus. ☐ Aspirar VAS com técnica asséptica S/N ☐ Monitorar e registrar condição respiratória. ☐ Manter VAS Perfeitas. ☐ Outros:	
2. Padrão Alimentar () Normal () Diminuído () Aumentado	☐ Solicitar Avaliação Nutricional ☐ Peser Diariamente ☐ Registrar Acalação Alimentar ☐ Outros:	
3. Padrão Arterial () Normal () Diminuído () Aumentado	☒ Verificar e Registrar pressão arterial de <u>66</u> <u>06</u> <u>12</u> ☐ Manter restrição no leito ☐ Instalar Monitorização Cardíaca ☐ Outros:	
4. Edema Local: () Leve () Moderado () Severo	☐ Registrar presença de inflamação / infecção ☐ Controle de Balanço Hídrico ☐ Outros:	
5. Regulação Térmica () Normal () Hipotermia () Hipertermia	☒ Verificar e registrar temperatura corporal de <u>36,5</u> <u>06</u> <u>12</u> e comunicar se estiver abaixo de $\leq 36^{\circ}\text{C}$ ou $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$ ☐ Aquecer o paciente com cobertor ou manta térmica em caso de hipotermia ☐ Retirar o cobertor e avaliar a temperatura do ambiente em caso de hipertermia ☐ Outros:	
6. Glicose Sanguínea () Normal () Baixo () Alto	☒ Verificar e registrar Glicose Sanguínea de <u>66</u> <u>06</u> <u>12</u> ☐ Outros:	
7. Náuseas ()	☐ Orientar/Manter decúbito elevado por 2 horas após as refeições ☐ Registrar e comunicar frequência e características do vômito ☐ Outros:	
8. Vômitos ()	☐ Registrar e comunicar frequência e características do vômito ☐ Outros:	
9. Integridade de Pele () Prejudicada () Normal	☐ Avaliar, Registrar e comunicar alterações. ☐ Realizar higiene íntima após eliminação ☐ Realizar troca de curativos do <u></u> ☐ Acompanhamento nutricional ☐ Outros:	
10. Depressão ()	☐ Manter vigilância constante ☐ Supervisionar e registrar nível de agitação do cliente ☐ Manter grades elevadas ☐ Acompanhamento Psicológico ☐ Outros:	
11. Abuso de Álcool ()	☐ Manter decúbito a 45° ☐ Testar funcionamento da SNG/SNE antes da medicação ☐ Outros:	
12. Risco de Aspiração ()	☐ Manter decúbito a 45° ☐ Testar funcionamento da SNG/SNE antes da medicação ☐ Outros:	
13. Risco de Infecção ()	☐ Evitar manuseio excessivo do paciente ☐ Anotar e comunicar alteração de temperatura $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$ ☐ Registrar e avaliar presença de sinais fisiológicos ☐ Auxiliar na mobilidade ☐ Outros:	



GERÊNCIA DE ENFERMAGEM
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

1 - IDENTIFICAÇÃO:

Nome: Jose Carlos Dutra da Silva Data: 04/06/19 Hora: 11:00 Registro: 117185
Convênio: Não Lado: --- Pac: --- Altura: ---

2 - EQUIPE MÉDICA:

Cirurgião: Dr. Eduardo Gomes Anestesiologista: Dr. Roberto Madjano
Assistente: --- 2º Auxiliar: --- Instrumentador: ---

3 - LADOS DA CIRURGIA:

Cirurgia: Ataque: Sutura de Radio Dextra Início: 11:45 Término: 12:20
Anestesia: Torácica de Perna Início: 11:15 Término: 12:20

4 - PRE-OPERATÓRIO:

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

5 - TRANS-OPERATÓRIO:

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

5.1 - EQUIPAMENTOS:

Oxímetro de Pulso (X) Monitor Cardíaco (X) PNI (X) Bomba CEC () Aspirador ()
Cabo de Fio () Sonda Ultrasônica () Artroscópio () Microscópio () Capnógrafo ()
Bisturi Elétrico (X) Local da Peça: Perna
Cabo de Anestesia () Difusor () Intensificador (X) Nº: ---
Ap. Vídeo () Bomba de Infusão ()
Origem: () Início: --- Término: ---
Protótipo: () Início: --- Término: ---
Gás Carbônico: () Início: --- Término: ---
Outros: ---

5.1 - PROCEDIMENTOS:

Cateter Urinário: Sim () Não (X)
Sonda Vesical de Demora: Sim () Não (X)
Drenagem (Tipo e Local): Sim () Não (X)
Cateter (Tipo e Local): Sim (X) Não () NS (P)

5.2 - MEDICAÇÕES E MATERIAIS USADOS:

ANESTESIA: Ataque usado em Anestesia Torácica de Perna, ao
procedimento do paciente.
CIRURGIA: Materiais usados em Perna
para ataque ao procedimento
do paciente.

6 - OBSERVAÇÕES:

Início da cirurgia às 11:45
às 12:20

7 - PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO

Paciente: Acordado (V) Marcado () Entubado () Traqueostomizado ()
Encaminhado para: SRPA (V) E Intensiva () LICOR () UTI () Apr () Residência ()

Data: 04/06/19 Hora: --- Enfermeiro: Enica Circulante: Bethy

COD. 38697







Hospital Metropolitano Sul Dom Helder Câmara
IMIP Hospitalar
CNPJ: 09.039.744/0008-50

HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

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

CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA

FUND. MARTINIANO FERNANDES

Registro: 117185

Nome: JOSE CARLOS DUTRA DA SILVA

Mãe: IVA MARIA DA SILVA

End: RUA DO CAMPO

Enferm.: LEITO 07

Atendimento: 503888

Leito: 657

Dt. Cad: 03/08/2018

Dt. Nasc: 19/03/1981

Bairro: GUARARAPES

Cidade: JABOATÃO DOS GUARARAPES

CNS:

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

- ☒ Confirmação sobre o paciente
 - Identificação do paciente
 - Local da cirurgia a ser feita
 - Procedimento a ser realizado
 - Consentimento informado realizado

- ☒ Site cirúrgico do lado correto / ou não se aplica
- ☒ Checagem do equipamento anestésico
- ☒ Oxímetro de pulso instalado e funcionando

O paciente tem alguma alergia?

☒ Não

☐ Sim

Há risco de via aérea difícil / broncoaspiração?

☐ Não

☐ Sim e há equipamento disponível

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

☐ Não

☐ Sim e há equipamento disponível

ANTES DE INICIAR A CIRURGIA

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

Antecipação de eventos críticos:

- ☒ Revisão do cirurgião: Há passos críticos na cirurgia?
Qual sua duração estimada? Há possíveis perdas sanguíneas? *2 h*

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

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

O antibiótico profilático foi dado nos últimos 60 minutos?

☐ Sim

☐ Não se aplica

Exames de imagem estão disponíveis?

☒ Sim

☐ Não se aplica

ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA CIRÚRGICA

A enfermeira confirma verbalmente com a equipe:

- ☒ Nome do procedimento realizado *Prot. Bng de Rodo Ristal*
- ☒ A contagem de compressas, instrumentos e agulhas está correta (ou não se aplica) *Sim*
- ☒ Biópsias estão identificadas com o nome do paciente *PC*
- ☒ Houve algum problema com equipamentos que devam ser resolvido *Não*
- ☒ O cirurgião, o anestesista e a enfermagem analisam os pontos mais importantes na recuperação pós-anestésica e pós-operatória desse paciente *Sim*

Enfermeira de O. Maria
CCB-RE-000000000 - ENF



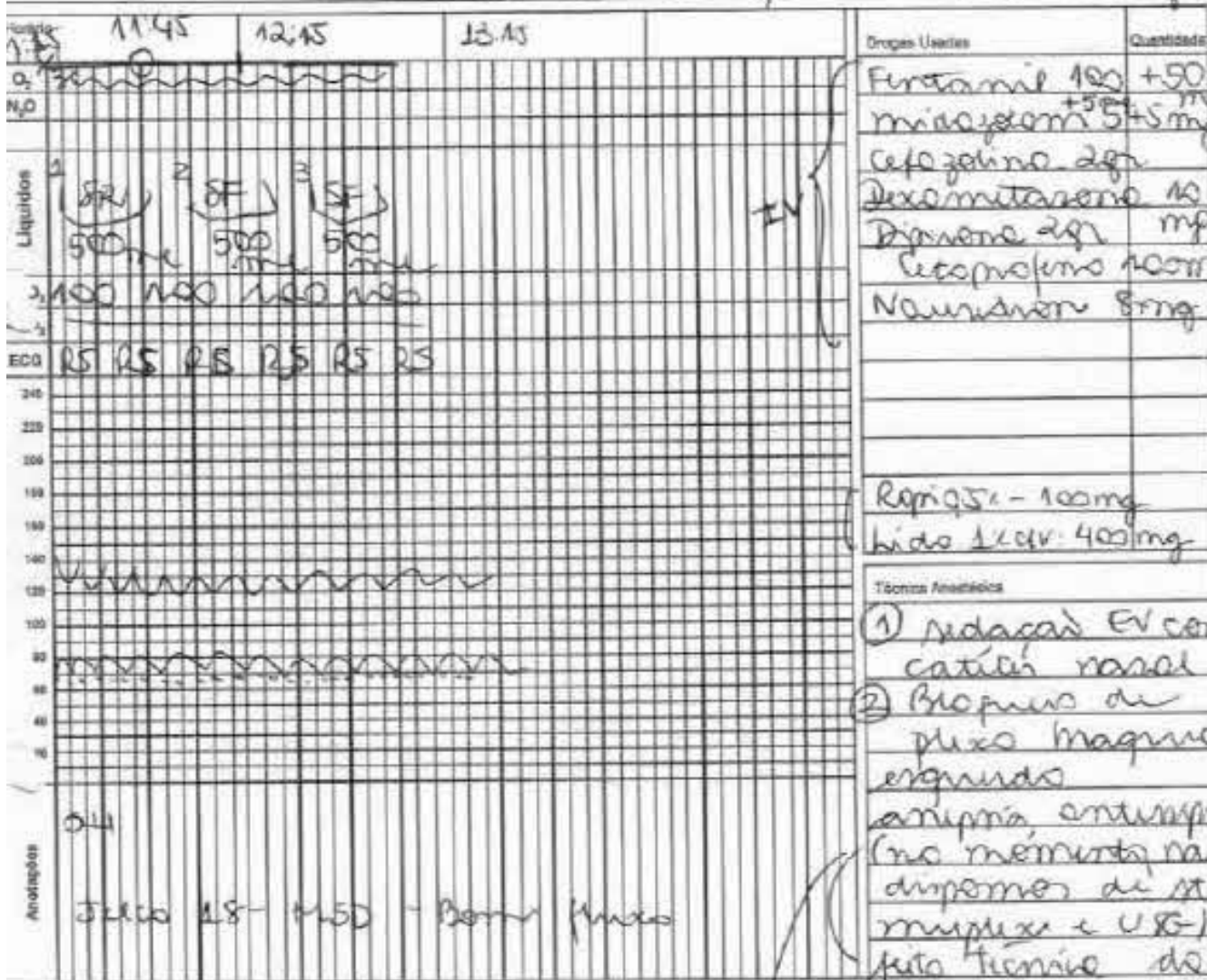
04/06/19

Paciente: João Carlos Dutra de Sá Sexo: M Cor: P Idade: 38 Risco: I

Nome do Anestesiologista: Dr. Eduardo Nome do Cirurgião: Dr. Spencer

Medicação Pré-anestésica: 0 Urgência: ☐ NÃO ☒ SIM

Diagnóstico: tratamento cirúrgico de fratura de antebraço distal reg 117185 Peso 88kg



Drugs Usadas

Fentanyl 100 + 50
midazolam 5 + 5mg
cefazolin 2gr
Dexametasona 10
Diprione 2gr
Cetoprofeno 100mg
Nauseivon 8mg

Ropivac - 100mg
Lido 1% 400mg

Técnicas Anestésicas

① Sedação EV com cateter nasal
② Bloqueio de plexo braquial esquerdo
anestesia enteral
(no momento da dissecção de estruturas + USG) foto técnica de

Monitorização

☒ Cardíaco ☐ BIS ☐ Temperatura ☐ Swan-Ganz ☐ Analisador Gases ☐ PVC ☐ Estimulador de Nervo ☐ Linha Arterial ☐ Volante BIP Plus

Encaminhado

☒ Acetato ☐ Sonda ☐ Intubado ☐ Deitado ☒ SRPA ☐ Apert/Ent ☐ UTI ☐ Extremo

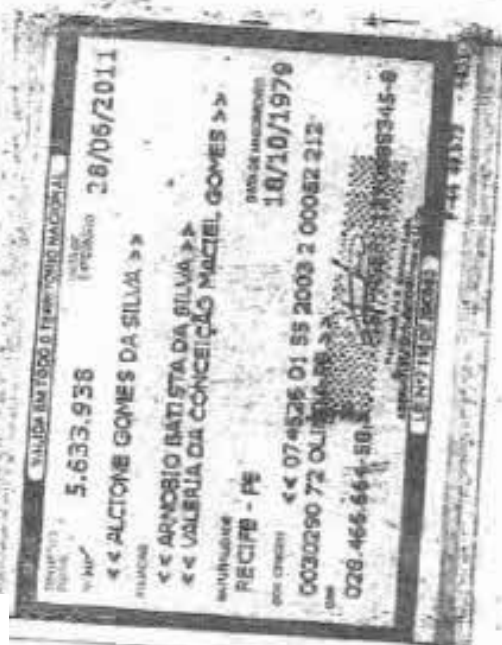
Intercorrência: ☒ NÃO ☐ SIM

Descrever: no INTRAOP, refluxo de
leve em alguma p
Obs: Ltra do braço apara
aos testes, comparamento
com sedação
Uyim no 10h / um augm
na cerna
midazol

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/02/2021 17:50:49

Número do documento: 21022517504942600000074389657





PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200137412 Cidade: Recife Natureza: Invalidez Permanente
 Vítima: JOSE CARLOS DUTRA DA SILVA Data do acidente: 03/06/2019 Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE - PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. PÁG 8.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento
faltante:

Apontamento do Laudo
do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO ESQUERDO.

Documentos
complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200137412

Cidade: Recife

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE CARLOS DUTRA DA SILVA

Data do acidente: 03/06/2019

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA
DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE - PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. PÁG 8.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento
faltante:Apontamento do Laudo
do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das
sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO ESQUERDO.Documentos
complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



OUTORGANTE: OSCAR DOS SANTOS DA SILVA
brasileiro (a), estado civil: CASADO, profissão: ANALISTA
portador(a) do RG nº: 6196210, órgão expedidor: SS, inscrito (a)
no CPF sob o nº: 0377177892, residente na
RUA DO CAMPO - 41
cidade: PARAIBA, Estado: PE, CEP: 54325-141
telefone: 994996280 / 88889972 / (90) 9.3483-7333
e-mail:

OBS: é de inteira responsabilidade do (a) outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados à outorgada.

Olinda, 17 de 02 de 2020

JOSE GILLOSTRADA SILVA

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

AUTORIDADE DO 1º DISTRITO JUDICIAL DO Povo de BOA VISTA
 (Tribunal Comarcário do Povo de Boa Vista)
 O Juiz de Direito do 1º Distrito Judicial do Povo de Boa Vista, no uso de suas atribuições legais, vem por meio desta, **REVOGAR** a sentença de fls. 01, proferida em 14/05/2010, no processo nº 0000000-09.2009.1.01.0001, em razão de não ter sido apresentada a defesa escrita pelo réu, conforme consta no relatório de fls. 02.

Assim, a sentença de fls. 01 é **REVOGADA** e o processo segue para a fase de julgamento da defesa escrita pelo réu.

Boa Vista, 14 de maio de 2010.

 Juiz de Direito do 1º Distrito Judicial do Povo de Boa Vista

