



Número: **0104007-74.2021.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 18ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **26/10/2021**

Valor da causa: **R\$ 4.425,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
HUMBERTO FERREIRA DANTAS (AUTOR)		GABRIELLA MARIA VÉRAS SOARES (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
97870881	31/01/2022 16:45	<a href="#">ANEXO 2 PARTE 1</a>	Outros (Documento)

# BANCO DO BRASIL S.A.

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: DOC / TED

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

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

---

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 28/04/2021

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

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

CLIENTE: HUMBERTO FERREIRA DANTAS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02719

CONTA: 000000021180-2

---

---

Nr. da Autenticação 94D62E0BDB42F288



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3210088743 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** HUMBERTO FERREIRA DANTAS **Data do acidente:** 02/11/2020 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

### PARECER

**Diagnóstico:** Fratura exposta do fêmur esquerdo. Ferimento no 5º dedo da mão esquerda.

**Descrição do exame físico:** Ao exame físico do joelho esquerdo apresenta joelho varo, flexão aos 70°, extensão aos 110°, ausência de derrames articulares, presença de atrofia no segmento, sem amputação, marcha com claudicação, agachamento alterado, sem encurtamento. Apresenta na região observada mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente, sensibilidade anormal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme apurado através do exame físico, o conjunto das sequelas repercute em todo o membro inferior.

**Resultados terapêuticos:** Submetido a tratamento cirúrgico em 03/11/2020 com desbridamento e lavagem exaustiva, e com colocação de fixador externo em fêmur esquerdo, e sutura do ferimento do 5º dedo da mão esquerda. Em 05/11/2020 realizada nova cirurgia com retirada do fixador, com osteossíntese da fratura com uso de placa bloqueada, 03 parafusos corticais e 07 parafusos de bloqueio, evoluindo sem complicações, com alta hospitalar. Realizada fisioterapia, não comprova data da alta médica.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do membro inferior esquerdo em grau moderado.

**Sequelas:** Com seqüela

**Data do exame físico:** 15/04/2021

**Conduta mantida:**

**Observações:** NOTA DO REVISOR: APESAR DA VALORAÇÃO DO EXAMINADOR EM 75% DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO, TENDO EM VISTA A DESCRIÇÃO DO EXAME FÍSICO, O REVISOR OPTOU POR ALTERAR A ESTIMATIVA DA SEQUELA PARA 50% DO MEMBRO INFERIOR.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

### DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
<b>Total</b>			<b>35 %</b>	<b>R\$ 4.725,00</b>





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 05 de Maio de 2021**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3210088743**

**Vítima: HUMBERTO FERREIRA DANTAS**

**Data do Acidente: 02/11/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ALAIDE ELAINE LOPES DE ALBUQUERQUE**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), HUMBERTO FERREIRA DANTAS**

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\$ 4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

Recebedor: **HUMBERTO FERREIRA DANTAS**

Valor: **R\$ 4.725,00**

Banco: **104**

Agência: **000002719**

Conta: **000000021180-2**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:  DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)  INVALIDEZ PERMANENTE  MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ 3 - CPF da vítima: 327.829.694-04 4 - Nome completo da vítima: HUMBERTO FERREIRA SANTOS

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: HUMBERTO FERREIRA SANTOS 6 - CPF: 327.829.694-04  
7 - Profissão: ELETRICITARIO 8 - Endereço: RUA PROFESSOR LUIZ GONZAGA FOLIO 9 - Número: 711 10 - Complemento: CAIA  
11 - Bairro: SAN MARTIN 12 - Cidade: RECIFE 13 - Estado: PE 14 - CEP: 50760-670  
15 - E-mail: \_\_\_\_\_ 16 - Tel.(DDD): (81) 98864-9869

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: \_\_\_\_\_  
18 - CPF do Representante Legal: \_\_\_\_\_ 19 - Profissão do Representante Legal: \_\_\_\_\_

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:  RECLUSO INFORMAR  R\$1.00 a R\$1.000,00  R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00  ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:  BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO  REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)  
 CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
 Bradesco (237)  Itaú (941)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)  
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: CAIXA ECONOMICA FEDERAL

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_ AGÊNCIA: 2719 CONTA: 00021180  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo 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 AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ 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 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da 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, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

25 - Grau de Parentesco com a vítima: \_\_\_\_\_ 26 - Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

28 - Vítima teve filhos?  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 30 - Vítima deixou herdeiros (filhos/netos)?  Sim  Não 31 - Vítima teve irmãos?  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, \_\_\_\_\_ 5 de MARÇO 2021

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

11 V002/2019





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 004ª CIRCUNSCRIÇÃO - ESPINHEIRO - DP4ª CIRC DIM/2ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **21E0094000380**



Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **17/02/2021** às **11:55**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)** que aconteceu no dia **2/11/2020** às **18:20**

Fato ocorrido no endereço: **RUA DOUTOR SEVERINO PINHEIRO, 1, LOGO APOS A PONTE ESTACIO COIMBRA.** - Bairro: **MADALENA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL** - CEP: **50720-535** - Ponto de Referência: **PERTO DO QUARTEL DO DERBY.**  
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

**Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:**

DESCONHECIDO ( AUTOR \ AGENTE )  
DAMIANA JOSEFA BARBOSA ( OUTRO )  
HUMBERTO FERREIRA DANTAS ( VITIMA )

**Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:**

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **HUMBERTO FERREIRA DANTAS**  
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

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

**HUMBERTO FERREIRA DANTAS (presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Mãe: **LAURINETE FERREIRA DANTAS** Pai: **ISMAR DANTAS DA SILVA** Data de Nascimento: **4/3/1961** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **1991231/SDS/PE (RG), 32782969404 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2°. GRAU COMPLETO** Profissão: **TECNICO (OUTROS)**

Telefones Fixos:

- **8131321288**

Telefones Celulares:

- **81986181713**

Endereço Residencial: **RUA PROFESSOR LUIZ GONZAGA PORTO, 111 - CEP: 55000-000 - Bairro: SAN MARTIN - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL, HOTEL FADA.**

**DAMIANA JOSEFA BARBOSA (não presente ao plantão)** - Sexo: **Feminino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

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

**MOTOCICLETA (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **DAMIANA JOSEFA BARBOSA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **HUMBERTO FERREIRA DANTAS**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/YAMAHA/FAZER 250** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **AZUL** - Quantidade: **1,000 (UNIDADE)**

Placa: **PDJ7920 (PERNAMBUCO/RECIFE)**



**AUTOMOVEL (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**  
Quantidade: **1,000 (UNIDADE)**

### Complemento / Observação

**RELATOU O SENHOR HUMBERTO QUE GUIAVA SUA MOTOCICLETA, DE FORMA TRANQUILA, SEGUIA PELA RUA CITADA (SEVERINO RAMOS), SENTIDO CLUBE INTERNACIONAL...SUBIRIA A PONTE. SEGUIA PELA FAIXA DA ESQUERDA, QUANDO, REPENTINAMENTE, UM CARRO, NÃO IDENTIFICADO, QUE VINHA PELA FAIXA DA DIREITA, MUDOU DE FAIXA (PARA A DA ESQUERDA) DE FORMA ABRUPTA, SEM O DEVIDO CUIDADO..."TRANCOU" A VÍTIMA QUE BATEU NUM "GELO BAIANO" QUE FICA NO CENTRO DA VIA.. O MESMO FOI SOCORRIDO PELO "SAMU" PARA O HOSPITAL ESPERANÇA. QUEBROU O FÊMUR ESQUERDO E FICOU, APROXIMADAMENTE, 08 DIAS INTERNADO. POR FIM, CONTOU QUE O AUTOR DO ACIDENTE SE EVADIU DO LOCAL SEM PRESTAR O DEVIDO SOCORRO, TAMPOUCO PRESTOU ESCLARECIMENTOS ÀS AUTORIDADES COMPETENTES.**

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

**HUMBERTO FERREIRA DANTAS**  
**(VITIMA)**

B.O. registrado por: **HELIO RICARDO BORGES SAMARY** - Matrícula: **221260-9**  
(Liberado em **17/02/2021** às **12:36**)



**DECLARAÇÃO - Registro Estatístico Nº 79937**

Número de Registro:	79937
Av. / Rua:	RUA DR SEVERINO PINHEIRO
Bairro:	Derby
Data:	02/11/2020
Hora:	
Natureza do acidente:	Choque Objeto Fixo
Vítima(s):	HUMBERTO FERREIRA DANTAS
Placa e condutor (V1):	PDJ 7920 - HUMBERTO FERREIRA DANTAS

Declaramos para os fins que se fizerem necessários, que consta em nossos arquivos, o registro de um acidente com vítima com os dados acima referidos, não podendo a CTTU emitir cópia do Registro Estatístico, tendo em vista que, em acidentes com vítima, a competência não é desta Autarquia, sendo o registro realizado apenas para fins estatísticos.

Recife, 18 de janeiro de 2021

Celso Rodrigues  
Chefe do SPM  
Mat. 8688-6  
CTTU/Recife

**Nilton Prazeres dos Santos**

Diretor de Trânsito



AUTENTICAÇÃO PELA CTTU/GPC

Ass. Resp. 32589 Mat. Nº 8688-6

CTTU (Autarquia de Trânsito e Transporte Urbano)  
Av. Cruz Cabugá, nº 304 - Santo Amaro - Recife/PE - CEP: 50040-000  
CNPJ/MF 10.846.103/0001-20 - Fone: 0800 081 10 78 / 3355 5300  
E-mail: cttu@recife.pe.gov.br





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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.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: 4020-1596 / 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 Ouvidoria: 0800 021 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 no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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 faixa 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 COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> 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 Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Alaide Elaine Gomes de Albuquerque  
inscrito (a) no CPF/CNPJ 050.419.044 / 05, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário  
Humberto Fernando Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 327.829.694 / 04  
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Humberto Fernando Santos,  
inscrito (a) no CPF sob o Nº 327.829.694 / 04, conforme determinação da Circular Susep 445/12:  
Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:  
 Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-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>Rua Pio XII</u>	Número: <u>665</u>	Complemento: <u>caso</u>
Bairro: <u>Centro</u>	Cidade: <u>Canaryac</u>	Estado: _____
E-mail: _____	CEP: <u>57762-622</u>	Tel.(DDD): <u>(81) 98869-9869</u>

Local e Data: Canaryac 05 de MARÇO 2021

Alaide Elaine Gomes de Albuquerque  
Assinatura do Declarante

DLDR1.001 V001/2017





## RELATÓRIO DE CIRURGIA

NOME	HUMBERTO FERREIRA DANTAS					REGISTRO	1966938
DATA DA CIRURGIA	03/11/2020	INICIO	00:00:00	TÉRMINO	01:00:00	LEITO	412
CIRURGIÃO	DANIEL CAMPOS	1AUXILIAR		LUCAS SEVERO			
2AUXILIAR	MARCOS HENRIQUES	3AUXILIAR	LUCAS MOUSINHO	INSTRUMENTADOR	LIDIANE ROCHA		
ANESTESISTA	ANA PAULA SIMÕES						
DIAGNOSTICO PRÉ OPERATORIO	FRATURA EXPOSTA DO FEMUR ESQUERDO						
DIAGNOSTICO PÓS OPERATORIO	O MESMO						
CIRURGIA PROPOSTA	TRAT.CIRURGICO DE FRATURA EXPOSTA DO FEMUR ESQUERDO COM FIXADOR EXTERNO (3072516-0) + DESBRIDAMENTO CIRURGICO DE FERIDAS (3073003-1) + SUTURA DE PEQUENOS FERIMENTOS (3010179-4) + RADIOSCOPIA (4081102-6)						
CIRURGIA REALIZADA	TRAT.CIRURGICO DE FRATURA EXPOSTA DO FEMUR ESQUERDO COM FIXADOR EXTERNO (3072516-0) + DESBRIDAMENTO CIRURGICO DE FERIDAS (3073003-1) + SUTURA DE PEQUENOS FERIMENTOS (3010179-4) + RADIOSCOPIA (4081102-6)						
RELATÓRIO IMEDIATO DO PATOLOGISTA	Não houve						
EXAME RADIOLÓGICO NO ATO	INTENSIFICADOR DE IMAGEM						
INTERCORRÊNCIAS	Não houve						
DESCRIÇÃO							

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB RAQUIANESTESIA;
2. ASSEPSIA E ANTI-SEPSIA DO MIE;
3. INCISÃO LATERAL EM COXA ESQUERDA NO SITIO DE EXPOSIÇÃO + DESBRIDAMENTO E LAVAGEM EXAUSTIVA COM 6L DE SF 0,9%;
4. COLOCAÇÃO DE 02 PINOS SCHANZ PROXIMAIS + 02 PINOS DE SCHANZ DISTAIS EM DIÁFISE DE FEMUR ESQUERDO;
5. REALIZADO REDUÇÃO DE FRATURA GUIADO POR INTENSIFICADOR DE IMAGEM;
6. MONTAGEM DE 01 FIXADOR EXTERNO LINEFIX;
7. SUTURA E CURATIVO ADAPTIC EM FEMUR ESQUERDO;
8. SUTURA DE PEQUENO CORTE EM MÃO ESQUERDA + CURATIVO;

Dr. Lucas Mousinho  
 MÉDICO  
 CREMERE 29797





## RELATÓRIO DE CIRURGIA

NOME	HUMBERTO FERREIRA DANTAS						REGISTRO	1966938
DATA DA CIRURGIA	05/11/2020	INICIO	11:00	TÉRMINO	12:30	LEITO	412	
CIRURGIÃO	DANIEL CAMPOS	1AUXILIAR		EDUARDO AKEL				
2 AUXILIAR	MARCOS HENRIQUES	3 AUXILIAR	RANILSON PINTO	INSTRUMENTADOR	LIDIANE ROCHA			
ANESTESISTA	RODRIGO CARVALHO							
FACHESF/ESPECIAL								
DIAGNOSTICO PRÉ OPERATORIO	FRATURA DIÁFISE DE FEMUR ESQUERDO							
DIAGNOSTICO PÓS OPERATORIO	O MESMO							
CIRURGIA PROPOSTA	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE FEMUR (3072512-7) + ARTROTOMIA (3072600-0) + RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO (3071005-7) + RADIOSCOPIA (4081102-6)							
CIRURGIA REALIZADA	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE FEMUR (3072512-7) + ARTROTOMIA (3072600-0) + RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO (3071005-7) + RADIOSCOPIA (4081102-6)							
RELATÓRIO IMEDIATO DO PATOLOGISTA	Não houve							
EXAME RADIOLÓGICO NO ATO	INTENSIFICADOR							
INTERCORRÊNCIAS	Não houve							
DESCRIÇÃO								

- 1-PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB ANESTESIA;
- 2- RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO EM COXA ESQUERDA;
- 3-ASSEPSIA E ANTI-SEPSIA;
- 4-INCISÃO LATERAL DE FEMUR E EM CICATRIZ PREVIA DIVULSÃO POR PLANOS ATE VISUALIZAÇÃO DE FRATURA + ARTROTOMIA;
- 5-REDUÇÃO DA FRATURA ;
- 6- COLOCAÇÃO DE PLACA ANATÔMICA PARA FÊMUR DISTAL BLOQUEADA ESQ 14 FUROS + 3 PARAFUSOS CORTICAIS + 7 PARAFUSOS DE BLOQUEIO;
- 7- VISUALIZADO BOA REDUÇÃO SOB AUXÍLIO DE INTENSIFICADOR DE IMAGEM;
- 8-IRRIGAÇÃO C/ SF E SUTURA DE PELE C/ NYLON 3.0 + CURATIVO
- 9- COLOCADO CURATIVO ADATIC EM FERIMENTOS NA PERNA ESQUERDA;

Dr. Lucas Mousinho  
 MÉDICO  
 CREMEPE 29797





# FICHA DE ANESTESIA

F.ANS.01

Data: 02/11/2020

Acomodação: APTO

Reg: 1966938

Paciente: **HUMBERTO FERREIRA DANTAS** Sexo: **M** Cor: **Pauca** Idade: **59a** Risco: **ASA II**

CRM: **MAYARA PAULINA SIMÕES** Nome do Anestesiologista Nome do Cirurgião: **DIAMIELI CAMPOS**

Medicação Pré-anestésica: **conv: FACHESF ESPECIAL** Urgência:  NÃO  SIM

Cirurgia: **T+9 Cing. de fratura exposta do fêmur com fixador externo + desbridamento cirúrgico + sutura de pequenos ferimentos +**

Horário: **08:30h** **09:45h** **10:55h** Radiação: **60s** Drogas usadas: Quantidade

O<sub>2</sub>: **100%** N<sub>2</sub>O: **0%**

Líquidos: **500 ml** **500 ml**

SaO<sub>2</sub>: **98** **98** **98** **98** **98** **98**

ETCO<sub>2</sub>: **35** **35** **35** **35** **35** **35**

ECG: **RS** **RS** **RS** **RS** **RS** **RS**

240

220

200

180

160

140

120

100

80

60

40

20

0

Notações: **X** **X**

Notações

Notações

Notações

Notações

Notações

Notações

Notações

Notações

Notações

Notações

Notações

Notações

Notações

Notações

Notações

Notações

Notações

Notações

- Monitorização**
- Cardioscópio
  - Oxímetro
  - PNI
  - Sonda Vesical
  - Capnógrafo
  - Estet. Pré-cordial
  - Outros
  - BIS
  - Temperatura
  - Swan-Ganz
  - Analisador Gases
  - PVC
  - Estimulador de Nervo
  - Linha Arterial
  - Volemia IBP Plus

- Encaminhado**
- Acordado
  - Sonolento
  - Entubado
- Destino**
- SRPA
  - UTI
  - Externo
  - Apart/ Enf.
- Caso encaminhamento para apartamento  
Paciente preenche critérios de alta SRPA?
- SIM  NÃO
- Escore de Aldrete:

Intercorrência:  NÃO  SIM

Descrever:

Observações:

**HUMBERTO FERREIRA DANTAS**

Nasc: 04/03/1961 - 59a7m29d  
Reg: 1966938 - Pront: 00059418  
FACHESF/ESPECIAL - Sexo: M  
Entrada: 02/11/2020 - Hora: 22:27  
Matricula: 011953290000  
N. Soc:

ORTOPEDIA  
Leito: 412

Ana Paula Simões  
Médica Anestesiologista  
CRM 11989  
Assinatura do Anestesiologista

- Verificação do funcionamento antes do procedimento:**
- Carro de Anestesia  SIM  NÃO
  - Material de Assistência Ventilatória  SIM  NÃO
  - loqueio Anestésico  SIM  NÃO



**FICHA DE ADMISSÃO NA SRPA**

Data: 03/11/2020 Hora: 01:20h  
 ASA: II

Internado:  Sim  Não  
 Urgência:  Sim  Não

**HUMBERTO FERREIRA DANTAS**

Nasc: 04/03/1961 - 59a7m29d  
 Reg: 1966938 - Prof: 000059418  
 FACHESF/ESPECIAL - Sexo: M  
 Entrada: 02/11/2020 - Hora: 22:27  
 Matrícula: 011853290000  
 N. Soc:



ORTOPEDIA  
 Leito: 412

Patologias prévias e medicações em uso:

HAAS / OM

Intercorrências no transoperatório:

~

**Parâmetros na saída da SO e evolução na SRPA**

Hora/Parâmetro	H: 01:20h ADMISSÃO	H: 01:30h	H: 01:45h	H: 02:00h	H: _____	H: _____	H: _____	H: _____	H: _____ Alta SRPA
PA	96/57	97/50	93/54	90/53					
SpO2	97%	95%	96%	96%					
Consciência	1	2	2	2					
Atividade	1	1	1	1					
Respiração	2	2	2	2					
Freq. Resp.	12	16	16	16					
Diurese	-	-	-	-					
Freq. Card.	72	75	77	73					
Aval. Numér. DOR	0	0	0	0					
Temp °C	Afebril	Afebril	Afebril	Afebril					

Evolução Médica:

Paciente estável, sem queixas

**Prescrição Médica:**

Monitorização / Medicação	Horário	Enfermagem
4) PNE, Cardioscopia, oxímetro de pulso	01:20h	
5) Ringier lactato - com E/A em J		
3) vigilância	atenuado	

Uso de:  Manta térmica  Meias elásticas  Compressa gelo curativo  Outros:

Intercorrências:

~

Condições de Alta/Escore Aldrete e Kroulik modificada:

(9)

Alta Médica da SRPA: Data: 03/11/2020 Hora: 02:00h Destino:  Apt/Enf.  UTI  Residência

Ana Paula Simões  
 Médica Anestesiologista  
 CRM 11989

Ana Paula Simões MORGAN  
 Assinatura / carimbo

**Escala de Aldrete e Kroulik modificada**

Item	Nota	Item	Nota	Item	Nota	Item	Nota	Item	Nota
<b>Atividade</b>		<b>Respiração</b>		<b>Consciência</b>		<b>Circulação (PA)</b>		<b>SpO2</b>	
Move 4 membros	2	Profunda, tosse	2	Completamente acordado	2	±20% nível pré-anestésico	2	Mantém SpO2 > 92% em ar ambiente	2
	1	Limitada, dispnéia	1	Despertando ao chamado	1	±20% a 49% nível pré-anestésico	1	Mantém SpO2 > 90% com O2	1
	0	Apnéia	0	Não responde ao chamado	0	±50% nível pré-anestésico	0	Mantém SpO2 < 90% com O2	0



REDE POR SÃO JUIZ	FORMULÁRIO DE ATENDIMENTO MÉDICO			Página 2/2	ESPERANÇA
	Vigência 20/09/2022	Revisão 02	Código RES.ING.FOR.050		

FORMULÁRIO DE ATENDIMENTO MÉDICO

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

Diabetes + Refluxo esofágico  
sem IF sem E  
Ferimento na E.

CONDUTA / PLANO TERAPÊUTICO

reforço curativo de  
refluxo esofágico, fazer  
sutura ferimento e cur

PROTOCOLOS

<input type="checkbox"/> SEPSIS	<input type="checkbox"/> DOR TORÁCICA	<input type="checkbox"/> AVC	<input type="checkbox"/> PAC	<input type="checkbox"/> ITU
<input type="checkbox"/> ASSISTÊNCIA AO PARTO	<input type="checkbox"/> HEMORRAGIA DIGESTIVA	<input type="checkbox"/> IDOSO FRÁGIL	<input type="checkbox"/> CUIDADOS PALIATIVOS	
<input type="checkbox"/> CONTROLE GLICÊMICO	<input type="checkbox"/> TEV	<input type="checkbox"/> ALERGIA	<input type="checkbox"/> PHM NA CRIANÇA	<input type="checkbox"/> ASMA NA CRIANÇA

EXAMES SOLICITADOS

<input type="checkbox"/> USG	<input type="checkbox"/> TC	<input type="checkbox"/> RM	<input type="checkbox"/> ECO	<input type="checkbox"/> EDA
<input type="checkbox"/> BRONCOSCOPIA	<input type="checkbox"/> LABORATÓRIO	<input type="checkbox"/> CINTILOGRAFIA	<input type="checkbox"/> SWABS DE VIGILÂNCIA	

MEDIDAS DE PRECAUÇÃO

<input type="checkbox"/> ISOLAMENTO DE CONTATO	<input type="checkbox"/> ISOLAMENTO RESPIRATÓRIO	<input type="checkbox"/> PADRÃO
--	--	---------------------------------

MEDICAÇÕES PRESCRITAS

<input type="checkbox"/> DROGA VASOATIVA	QUAL (AIS):	
<input type="checkbox"/> ANTIBIÓTICO	QUAL (AIS):	PREVISÃO DE TÉRMINO: DIAS

Marcus André C. Ferreira  
Cirurgião da Coluna Vertebral  
CRM: 10.910  
Mol: 197192-2

MÉDICO  
(ASSINATURA E CARIMBO)

ELABORAÇÃO	APROVAÇÃO
Setor: Comissão de Prontuários	Setor: Diretoria Médica
Nome: Adriana Passos Pequeno	Nome: Adriana Passos Pequeno
Assinatura:	
Vigência : 20/09/2022	



<b>IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE</b>	Nome: _____
NOME COMPLETO: _____	Data de nascimento: _____
DATA DE NASCIMENTO: / /	Registro: _____
REGISTRO: _____	Data: / /
DATA DA ADMISSÃO: 02/11/2022	Hora: _____

**ANAMNESE**

MÉDICO ASSISTENTE: *Dr. Daniel Campos* FONE: \_\_\_\_\_

QUEIXA PRINCIPAL/DURAÇÃO: \_\_\_\_\_

H.D.A.: *peito em dor, leve*

*coce E qd qual de*  
*do. Coce E qd pericard*  
*pericardite S-ped.*

**EXAME FÍSICO:**

*Mao E qd pericard*

AR: FR \_\_\_\_\_ irpm SaTO<sub>2</sub>: \_\_\_\_\_

TEMPERATURA: \_\_\_\_\_ °C

ACV: PA \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ mmHg FC \_\_\_\_\_ bpm

ABD: \_\_\_\_\_

SNC: \_\_\_\_\_

EXTREMIDADES: \_\_\_\_\_

**RECONCILIAÇÃO MEDICAMENTOSA - MEDICAÇÃO EM USO DOMICILIAR**


\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**MEDICAÇÕES SUSPENSAS NO INTERNAMENTO - (FAVOR JUSTIFICAR MOTIVO)**

*S-sbra + hidroxicloro*  
*qd.*



EVOLUÇÃO CLÍNICA MULTIDISCIPLINAR

Data / Hora	Cada registro deve ser assinado e carimbado	<p><b>HUMBERTO FERREIRA DANTAS</b>                  Nasc: 04/03/1961 - 59 anos                  Reg: 1966881 - Pront: 000059418                  FACHESF/ESPECIAL                  Entrada: 02/11/2020 - Hora: 20:08                  Matrícula: 011853290000                  N. Soc   Leito: URGEN</p>
02/11/20	# Enfermagem #	
22h00	Paciente atendido na emergência vítima de acidente de moto, trazido pelo SAMU.	
	Atendido inicialmente pelo cirurgião que pediu parecer da ortopedia que solicitou internação à	
	cirurgia de urgência por fratura de fêmur. Refere hipertensão e diabetes mellitus, nega	
	alergia medicamentosa. Evolue EG Comprometido, consciente, orientado, hipocorado,	
	acardíaco, anurético, eupneico em ar ambiente, dieta zerada para realizar procedimento cirúrgico de urgência. Apresenta	
	lesão em MIE e deformidade. Eliminações fisiológicas espontâneas. Segue aguardando os trâmites de autorização. Risco e condutas em prescrições de enfermagem.	
	MA: Daniel Campos	<p>Elielma Ramos de Oliveira Ferreira Coren-PE 465130 ENF</p>
	Preparação cirurgia para 22h30.	
		<p>Elielma Ramos de Oliveira Ferreira Coren-PE 465130 ENF</p>

Daniel Campos dos Santos  
Ortopedia/Traumatologia  
CRM-15126



Data/Hora	Cada registro deve ser assinado e carimbado
	# ENFERMAGEM #
05/11/2020 02:10h	<p>PACIENTE ADMITIDO NESTE SETOR PROCEDENTE DO          PÓI TIO URGENTE DE FRATURA DO FEMUR (E) C/          EXTERNO REFERE HAS E DM NENA ALERGICAS. EXTERNO          CONSCIENTE, ORIENTADO EM REPOUSO NO LEITO. CURVEL          NODULOZADO, HIDRATADO, AUP EM NBO TROCA P/ O/SI SEM          SINAIS FLORESTAS, FO EM COXA (E) COM FIXADOR EX-          TERNO, PENA (E) E MÃO (E) DIETA LIBERADA. RISCO DE          Queda + FLEBITE + INFEÇÃO + TVM. + BRONCOPNEUMONIA + UPP.          CO: CURETE E TRATAR GRADIS TROCAR AUP A CADA 72 HORAS          UNIDADES COM AUP + FO PREVENIR ANTICOAGULANTE, MANEJO          DEBILIDADE CUMANDO 30-45° COLCHÃO COLCHÃO PNEUMÁTICO          RECEBO PACIENTE SEM ACOMPANHANTE</p>
03/11/2020	<p># Ortopedia (fixador externo femur (E))          DR: Daniel Lopes</p> <p>fluka recebeu a procedência cirurgia para          colocação de fixador externo femur (E) após          avaliação em dor, melhora após          administração analgésica p/ 05/11/2020 p/ cirurgia          de fratura</p> <p>CO: Solicitar exames pré-op e P. sendo</p>

RE  
SI

Fabrya C. dos Santos  
 Coren-PE 328.353-ENF


Lucas Mousinho  
 Médico  
 CREMEPE 28797

<b>LABORAÇÃO</b>	<b>APROVAÇÃO</b>
Setor: Comissão de Prontuário	Setor: Diretoria Médica
Nome: Isabella Lobato, Janny Leonor.	Nome: Adriana Passos Pequeno
Assinatura:	

17/05/2022



EVOLUÇÃO CLÍNICA MULTIDISCIPLINAR

Data/Hora	Cada registro deve ser assinado e carimbado	Nome: <b>HUMBERTO FERREIRA DANTAS</b> Nasc: 04/03/1961 - 59a7m30d Reg: 1968938 - Pront: 000059418 FACHESF/ESPECIAL - Sexo: M Entrada: 02/11/2020 - Hora: 22:27 Matrícula: 011953290000 N. Soc:  ORTOPEDIA Leito: 412
03/11/2020	Confermagem 13hs	
	<p>Paciente com HA: 1º DPO                      + TO Fratura exposta fêmur                      (E) + fixador externo evoluindo                      em EGR conciente, orientado, restitudo ao                      leito, oral, eufórico, normotenso, SSW está-                      vel. AV P em MSD com teste para 05/11 em                      Anéis plásticos. Dieta por via oral com me-                      dicação bactericida adequada. Pele limpa                      do curativo em FO MIE + fixador externo                      utilizando: 05 gaze, 01 compressa algodão                      de 10x10, 02 algodão de 15cm, álcool 70%, mi-                      crospore, FO presente conjuntamente em local                      de inserção do fixador e em FO. Curativo                      em MÃO (E) com sutura, sem rompimento.                      MIE com adaptação. Eliminações espontâneas                      presentes. Sem queixas de dor. Ingerido nos                      protocolos de queda, fleite, infecção, lesão                      de pele. Conduta: manter com curativos e                      gases elevados. Teste de AV a cada 72 horas                      Observar de mãos. mudança de decúbito                      2/3 horas. Segue aos cuidados da equipe.</p>	
		Paulina Santos COBEN-PE 005500-ENE
03.11.20	Amolância Nutricional	
	<p>Paciente admitido para realização de procedimento                      cirúrgico (Fratura exposta fêmur E), pronto para SPEI                      05/11. Regem por dietético, hipertensão. Regem alguns                      alimentos, para poucas ingestões regulares.                      Deido Antiparasitários:                      Rex (apenas) = 72hp / Aléna = 1,60m (Tx = 20).                      Diagnóstico Nutricional: Sobrepeso (205,94).                      Risco Nutricional: Presente (res, 02).                      Clamfício em NAO = Secundário.                      Balança Nutricional: 1800 kcal/d (20 kcal/kg/d) / 108g Prot/d (1,2g/kg/d)                      Plano terapêutico                      - Dieta Banda Diabéticos, hipercálica, hiperprotéica                      frequência 3/3 horas;</p>	



ta/Hora Cada registro deve ser assinado e carimbado

- observação glicemia, PA e acetona alimentar;
- segue em acompanhamento nos próximos 48h;
- Reavaliação nos próximos 7 dias (se continuar)

Isabella Lobato  
Nacional  
CRM 17.747

Intervenção 1 hora  
03/01/2022  
16h45

Equipe SUS  
CRM 17.747

Em tempo: 15h30

Paciente abriu o placar  
do de sua emergência, par-  
ticipando por 10 minutos  
cada hora a pedido do Dr. [nome]  
que entende que se ele  
vem sentir que ele não  
para a emergência para cha-  
mar a assistência social  
para o paciente, então ele se  
re-encontra neste trabalho

Equipe SUS  
CRM 17.747

21/3/21 #Intervenção  
03/01/2022

Paciente apresentando sintomas  
Culito K=30.

Sem outros sintomas associados ou  
alteração de suas vital  
Col: @ Demo leow K

Amândia Cantarelli  
Médica  
CRM: 24588

**ABORAÇÃO** **APROVAÇÃO**

tor: Comissão de Prontuário  
me: Isabella Lobato, Janny Leonor.  
sinatura:

Setor: Diretoria Médica  
Nome: Adriana Passos Pequeno

R

05/2022



EVOLUÇÃO CLÍNICA MULTIDISCIPLINAR

Data/Hora	Cada registro deve ser assinado e carimbado	<p>HUMBERTO FERREIRA DANTAS</p> <p>Nasc: 04/03/1961 - 59a8m0d</p> <p>Res: 1865838 - Pront: 000059418</p> <p>FACHESF/ESPECIAL - Sexo: M</p> <p>Entrada: 02/11/2020 - Hora: 22:27</p> <p>Matrícula: 011853290000</p> <p>N. Soc: _____</p> <p>ORTOPEDIA</p> <p>Leito: 412</p>
04/10/2020	# Ortopedia (Fx Dx Fêmur E) M: Dr. Daniel Campos.	
	Paciente evoluiu com melhora da mobilidade em arco de movimento. Não queixas, mas hiperdistensão, sem queixas agudas. Exame Laboratorial (03/10): K3,0 / Vc 80 / FNE 1,17 / AE 69% Hb 9,7 / HT 28,4 / Leucos 11700 / Plaag 250000	
	Apresentando sangramento em F.O. sem.	
	CO: Progressão de sangramento em 18h. Zona de lesão a partir de análise à 10h. Suspender citome amarelo Ar. P. líquido. Início Mariposa.	<p>Dr. Yves Mousinho</p> <p>MEDICO</p> <p>CRIMEPE 29797</p>
04/10/2020	<p>20:00 Fx Dx fêmur fratura</p> <p>em arco de movimento, sem queixas agudas.</p> <p>M: Daniel Campos.</p> <p>Paciente evoluiu com melhora da mobilidade em arco de movimento. Não queixas, mas hiperdistensão, sem queixas agudas.</p> <p>Exame Laboratorial (03/10): K3,0 / Vc 80 / FNE 1,17 / AE 69% Hb 9,7 / HT 28,4 / Leucos 11700 / Plaag 250000</p> <p>Apresentando sangramento em F.O. sem.</p> <p>CO: Progressão de sangramento em 18h. Zona de lesão a partir de análise à 10h. Suspender citome amarelo Ar. P. líquido. Início Mariposa.</p>	



ta/Hora

Cada registro deve ser assinado e carimbado

17:20  
Hepatite crônica da  
doença hepática crônica. Res  
p: queda de peso, cansaço,  
na parte superior do abdome,  
glóbulo rodado e tórax; contos  
já do e observou parafar-  
to e aguentar. Separa  
cidade.

Edilaine Souza  
CRM: 32.175/DF

04

Cláudio

11  
17:20

Sexo ♂, 59.

17:20

Sua Anamne de descompensação Crônica  
Hipertensão e Diabetes melito refra-  
cente. Passado limpa e referenciado -  
Capeto 5 Sinais hepáticos sintoma  
do fulminante.

REC 02/11/2022: 140x80

At seu Absoluto em  
sem hepática Hepática

Edilaine Souza + scad

Caracteristicamente Compensado.  
Não limpa (D)

Dr. Carlos Roberto  
CRM: 5881

4/11/2020

# Intoxicação

17:48h

CP: Seleção para de sangue  
Zerou dueto a perda de veia neste  
análise com o 9h.

LIBORAÇÃO

or: Comissão de Prontuário  
ne: Isabella Lobato, Janny Leonor.  
inatura:

APROVAÇÃO

Setor: Diretoria Médica  
Nome: Adriana Passos Pequeno

Dr. Luis  
CRM: 5881

5/2022





Número: **0104007-74.2021.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 18ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **26/10/2021**

Valor da causa: **R\$ 4.425,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
HUMBERTO FERREIRA DANTAS (AUTOR)		GABRIELLA MARIA VÉRAS SOARES (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
97870880	31/01/2022 16:45	<a href="#">ANEXO 2 PARTE 2</a>	Outros (Documento)

gina  
1/5

Vigência  
01/03/2023

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM UNIDADE DE INTERNAÇÃO ( ) CLÍNICO ( ) CIRÚRGICO

Data: 31/01/2022  
Hora: \_\_\_\_\_

Nome do paciente: \_\_\_\_\_  
Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Registro: \_\_\_\_\_

HUMBERTO FERREIRA DANTAS

Nasc: 04/03/1963 - 59a7m30d  
Rg: 1966938 - Print: 000056A1B  
PACHEF/ESPECIAL - Sexo: M  
Entrada: 02/11/2020 - Hora: 22:27  
Matrícula: 011853290000  
N. Soc: \_\_\_\_\_



ORTOPEDIA  
Leito: 412

DIAGNÓSTICOS	FATORES RELACIONADOS	INTERVENÇÕES / PRESCRIÇÕES	APRAZAMENTO
( ) Risco para eventos adversos na terapia medicamentosa	( ) Utilização de medicamentos de alta vigilância ( ) Anestésicos ( ) Polifarmácia ( ) Heparinas de alta dosagem ( ) Quimioterápicos ( ) Hemoderivados ( ) KCl	Atenção: Confirmar identificação do paciente na presença do puiseira, conferir prescrição antes da administração dos medicamentos e perguntar ao paciente sobre alergia. ( ) Verificar SSV / Oximetria de pulso / NEWS ( ) Realizar dupla checagem ( ) Monitorar e comunicar presença de sangramentos antes da administração dos anticoagulantes ( ) Realizar notício do local de aplicação das medicações subcutâneas. ( ) Monitorar reações adversas durante a administração de hemoderivados	
( ) Risco para Tromboembolismo Venoso (TEV) relacionado aos fatores intrínsecos e/ou complexidade do procedimento	( ) Cirurgia de porte médio e alto ( ) Cirurgia de risco alto ( ) Obesidade ( ) Infecção ( ) Varizes/insuficiência venosa ( ) História de TEV/TVP e/ou Embolia pulmonar ( ) DPOC, IAM, AVC, Câncer ( ) Cálculos venosos, central) ( ) Internação em UTI ( ) Gravidez/Puerpério. Não considerar cesárea ) ( ) Mobilidade reduzida	( ) Monitorar e comunicar reações adversas a medicamentos: Dispneia, alterações glicêmicas, instabilidade, visão turva, tonturas, confusão mental, taquicardia, bradicardia, febre, calafrios, náuseas e vômitos, cefaleia, alterações de PA, prurido. ( ) Avaliar e comunicar presença de dor e/ou edema nos MMII ( Sinal de Homans) ( ) Administrar a profilaxia medicamentosa ( ) Monitorar e comunicar ocorrências de sangramento gengival, equimoses, petéquias, epistaxe e hematúria. ( ) Deambular conforme orientação médica. ( ) Monitorar alterações no padrão respiratório (Bredpneia / taquidispnéia) conforme o Protocolo de NEWS e comunicar alterações. ( ) Instalar a profilaxia mecânica ( botas pneumáticas / meias elásticas )	



PRESERVAÇÃO DE ENFERMAGEM UNIDADE DE INTERNAÇÃO ( ) CLÍNICO ( ) CIRÚRGICO

DIAGNÓSTICOS	FATORES RELACIONADOS	INTERVENÇÕES / PRESCRIÇÕES	APRAZAMENTO
<p><input checked="" type="checkbox"/> Risco de instabilidade hemodinâmica (ex.: Sangramentos)</p>	<p>Uso de drenos:  <input type="checkbox"/> Penrose  <input type="checkbox"/> Portovac  <input type="checkbox"/> Torácico  <input type="checkbox"/> Jackson Pratt  <input type="checkbox"/> Blake  <input type="checkbox"/> Diagnóstico de HDL/HDB  <input checked="" type="checkbox"/> Pós-operatório  <input type="checkbox"/> Uso de anti-coagulantes</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Monitorar sinais vitais conforme protocolo de NEWS e avaliar sinais de choque. Comunicar se alterações nos valores de: FC &lt;40 ou &gt; 110; FR &lt;10 ou &gt;20; PA &lt;80x60 ou &gt; 140x90; Temp &lt;35 ou &gt;37; Escala de Glasgow, eliminações de urina &lt;50mL/h</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Inspeccionar o local da incisão cirúrgica a cada 24 h;</p> <p><input type="checkbox"/> Atentar para volume de drenagem e comunicar ao médico no caso de alterações.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Comunicar os resultados dos exames com limite crítico.</p> <p><input type="checkbox"/> Mensurar/avaliar débito de dreno a cada 12 horas</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Atentar para presença de sangramentos</p> <p><input type="checkbox"/> Atentar para realização da troca de reservatório de água conforme protocolo institucional</p>	
<p><input type="checkbox"/> Risco de queda decorrente do uso de Morse Utilização de medicamentos que potencializam o risco de queda.</p>	<p><input type="checkbox"/> Idade &gt;65 anos ou &lt;5 anos</p> <p><input type="checkbox"/> Utilização de medicamentos que potencializam o risco de queda</p> <p><input type="checkbox"/> História de queda nos últimos 3 meses</p> <p><input type="checkbox"/> Risco de Delirium</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Pós-operatório imediato</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Orientar quanto a distribuição de objetos</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Manter portas e janelas fechadas no nível mais baixo, luzes acesas</p> <p><input type="checkbox"/> Instalar protetores laterais na cama</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sinalizar em pulseira de identificação o risco de queda</p> <p><input type="checkbox"/> Usar calçados/meias antiderrapantes</p> <p><input type="checkbox"/> Realizar transposição cirúrgica conforme protocolo</p> <p><input type="checkbox"/> Adotar a avaliação de fisioterapia para verificação de controle de tronco/orientação motora, e orientação aos familiares quanto a deambulação assistida</p> <p><input type="checkbox"/> Acionar assistente social quando o paciente com risco alto para queda encontrar-se sozinho em apartamento</p>	



<b>PLANO DE CUIDADOS</b>	<b>TOURNAIÁRIO / INSITUCIONAL</b>	<b>ESPERANÇA</b>
01/03/2023	RUBRICA 02	Página 3/5
095	Código HES.INS.FOR.095	Cirurgião ( )

DIAGNÓSTICO	FATORES RELACIONADOS	INTERVENÇÃO ES / PRESCRIÇÃO S	APAZAMENTO
<input type="checkbox"/> Risco de infecção ou hipótese diagnóstica <input type="checkbox"/> ITU <input type="checkbox"/> ITR <input type="checkbox"/> IPCS	<input type="checkbox"/> Insuficiência Renal <input type="checkbox"/> Diabete Mellitus <input type="checkbox"/> Imunodeficiência <input type="checkbox"/> Leucopenia ou Leucocitose <input type="checkbox"/> História prévia de infecção <input type="checkbox"/> Tosse produtiva/produtivo / Nutrição Parenteral / Enteral <input type="checkbox"/> Presença de AVP- PICC, CVC, CTL, CDL, OTI <input type="checkbox"/> Intenamento de longa permanência <input type="checkbox"/> SVD/SVA	<p><i>Atenção: Seguir protocolo institucional de higienização das mãos, cumprindo as medidas preventivas.</i></p> <input type="checkbox"/> Higienizar as mãos sempre antes e após contato com o paciente; <input type="checkbox"/> Utilizar EPI's de acordo com a classificação da medida de proteção do paciente <input type="checkbox"/> Orientar o paciente e familiar quanto as medidas de prevenção de infecção <input type="checkbox"/> Monitorar sinais vitais conforme protocolo de NEWS e avaliar a presença de sintomas de infecção; <input type="checkbox"/> Realizar troca de equipamentos, conexões e extensões a cada 72 horas ou sempre que necessário Troca ___ <input type="checkbox"/> Avaliar registrar todas as vas invasivas a cada 24 horas e comunicar se sinais flogísticos. <input type="checkbox"/> Manter acesso com cobertura estéril conforme protocolo da instituição. <input type="checkbox"/> Desligar orela por SNE/GTT durante manipulação do paciente <input type="checkbox"/> Limpar e desinfetar a saída de fixação de SNE e realizar aspiração se necessário <input type="checkbox"/> Manter fixação adequada ao SVD e as outras bolhas coletar ac atingir até 2/3 do volume, verificando o fluxo uritário a cada 72 horas <input type="checkbox"/> Realizar SVA conforme prescrição médica e registrar o procedimento	
<input type="checkbox"/> Risco de Broncoaspiração	<input type="checkbox"/> Sedação <input type="checkbox"/> Pós-operatório <input type="checkbox"/> Convulsão <input type="checkbox"/> Obesidade <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> Presença de sondas / tubos <input type="checkbox"/> Paraplegia hemiplegia <input type="checkbox"/> Demência pré-senil	<input type="checkbox"/> Manter paciente em decúbito a 45° <input type="checkbox"/> Avaliar retenção de alimentos/líquidos na cavidade oral. <input type="checkbox"/> Se paciente utilizar TQT, aspirar conforme a necessidade; Troca de fixação a cada 24 horas. <input type="checkbox"/> Lavar a SNE / GTT antes e após administração de medicações <input type="checkbox"/> Verificar pela marcação da fixação ( ) da SNE (não administrar se extensorizada). <input type="checkbox"/> Registrar o escore de EVA ( 0 a 10 ), registrando em evolução intensidade, local e características da dor. <input type="checkbox"/> Administração de analgésicos escalonados conforme prescrição médica <input type="checkbox"/> Reavaliar queixas algicas após administração dos medicamentos, de acordo com o tempo da ação de cada droga ( max de reavaliação em até 60 minutos) <input type="checkbox"/> Acionar TRR nos casos em que não houver resolução das queixas algicas	
<input type="checkbox"/> Risco de dor aguda relacionado aos fatores intrínsecos/extrínsecos evidenciados pelo escore de EVA	<input type="checkbox"/> Algias <input type="checkbox"/> Pós-operatório <input type="checkbox"/> Curativos extensos/doloroso		



<p><input checked="" type="checkbox"/> Risco de infecção relacionada ao procedimento cirúrgico</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Procedimento cirúrgico</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Realizar banho com agente antisséptico 2h antes da cirurgia com direcionamento degermanar a 2%</p> <p><input type="checkbox"/> Realizar triclonia caso necessário no mesmo momento do banho</p> <p><input type="checkbox"/> Realizar higiene oral com solução padronizada antes do procedimento cirúrgico</p> <p><input type="checkbox"/> Higienizar as mãos antes e após procedimentos</p> <p><input type="checkbox"/> Realizar curativo conforme técnica asséptica</p> <p><input type="checkbox"/> Monitorar ferida operatória e informar da vermelhidão, calor e presença de secreção.</p> <p><input type="checkbox"/> Realizar assepsia de dispositivos</p>	<p><input type="checkbox"/> Conferir o uso contínuo de adesivos descoláveis</p> <p><input type="checkbox"/> Conferir as travas das janelas</p> <p><input type="checkbox"/> Conferir o recolhimento da chave do apt</p> <p><input type="checkbox"/> Manter porte de higiene pessoal no apt da enfermagem (preferencialmente)</p> <p><input type="checkbox"/> Realizar quarentena material do apartamento que o/a paciente ocupou (Ex.: Seringas, equipamentos perfuro-cortantes)</p>
<p><input type="checkbox"/> Risco de Suicídio</p>	<p><input type="checkbox"/> História prévia de tentativas de suicídio</p> <p><input type="checkbox"/> Presença de transtornos psiquiátricos</p> <p><input type="checkbox"/> Uso de drogas ilícitas</p>	<p><input type="checkbox"/> Monitorar e registrar temperatura corpórea</p> <p><input type="checkbox"/> Manter paciente aquecido</p>	<p><input type="checkbox"/> Monitorar e registrar temperatura corpórea</p> <p><input type="checkbox"/> Manter paciente aquecido</p>
<p><input type="checkbox"/> Risco para Hipertemia</p>	<p><input type="checkbox"/> Procedimento cirúrgico</p> <p><input type="checkbox"/> Coagulopatias no intraoperatório</p> <p><input type="checkbox"/> Perdas Sanguíneas</p> <p><input type="checkbox"/> Infusões Endovenosas</p> <p><input type="checkbox"/> Tempo cirúrgico &gt; 60 min</p> <p><input type="checkbox"/> Neonatos, crianças &lt; 6 anos e idosos &gt; 80 anos</p>	<p><input type="checkbox"/> Monitorar e registrar temperatura corpórea</p> <p><input type="checkbox"/> Manter paciente aquecido</p>	<p><input type="checkbox"/> Monitorar e registrar temperatura corpórea</p> <p><input type="checkbox"/> Manter paciente aquecido</p>
<p><input type="checkbox"/> Risco de Glucose Instável (Hipoglicemia / Hiperglicemia)</p>	<p><input type="checkbox"/> História prévia de diabetes</p> <p><input type="checkbox"/> Uso de insulina</p>	<p><input type="checkbox"/> Monitorar e registrar temperatura corpórea</p> <p><input type="checkbox"/> Manter paciente aquecido</p>	<p><input type="checkbox"/> Monitorar e registrar temperatura corpórea</p> <p><input type="checkbox"/> Manter paciente aquecido</p>





<p>1) Alterar as indicações de peso prejudicada associado à diminuição da mobilidade em todos os membros da cama; Escala de Braden / Escala de PO.</p>	<p>2) Uso de dispositivos (sondas, d. etc);                  ( ) Imobilidade;                  ( ) Parafixações;                  ( ) Empilhamento / Reanulação;                  ( ) Obesidade;                  ( ) Diabetes;                  ( ) Câncer / Doença terminal;                  ( ) Insuficiência Renal;</p>	<p>3) Realizar avaliação funcional do paciente a cada 24h e seguir as medidas preventivas indicadas, visando a prevenção de lesões de pele e lesões de membros superiores e inferiores;                  ( ) Instalar colchão pneumático e fazer transposição em proximidades ósseas;                  ( ) Aceitar controle de prevenção de LPP ( se necessário )</p>	<p>UB 11 14 14 20 23 02 03                  07h-19h 19h-07h</p>
<p>4) Alteração vascular oentérica ( ) Inalação a vapor;                  ( ) Uso de aparelho de tração Ortopédica;                  ( ) Posicionamento Cirúrgico;</p>	<p>5) Realizar avaliação funcional do paciente a cada 24h e seguir as medidas preventivas indicadas, visando a prevenção de lesões de pele e lesões de membros superiores e inferiores;                  ( ) Instalar colchão pneumático e fazer transposição em proximidades ósseas;                  ( ) Aceitar controle de prevenção de LPP ( se necessário )</p>	<p>6) Realizar avaliação funcional do paciente a cada 24h e seguir as medidas preventivas indicadas, visando a prevenção de lesões de pele e lesões de membros superiores e inferiores;                  ( ) Instalar colchão pneumático e fazer transposição em proximidades ósseas;                  ( ) Aceitar controle de prevenção de LPP ( se necessário )</p>	
<p>7) Verificar a avaliação dos dispositivos conforme Protocolo;                  ( ) Transposição cirurgias conforme protocolo</p>			

Assinatura enfermeiros (as)

Manhã: \_\_\_\_\_  
 Tarde: \_\_\_\_\_  
 Noturno: \_\_\_\_\_

Assinatura do técnico de enfermagem

Diurno: \_\_\_\_\_  
 Noturno: \_\_\_\_\_

**ELABORAÇÃO:**

Sector: Unidade de Internação  
 Nome: Nayana Lavor, Ana Rita Braga, Bárbara Carvalho  
 Assinatura:

Vigência: 01/03/2023

**APROVAÇÃO:**

Sector: Coordenação de Enfermagem  
 Nome: Taciana Diniz

Vigência  
01/03/2023

Revisão  
02

Código  
HES.INS.FOR.095

Página  
1/5

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM UNIDADE DE INTERNAÇÃO ( ) CLÍNICO (X) CIRÚRGICO

Data: 02/11/20  
Hora: 22:00

Nome do paciente: Humberto Ferreira Dantas  
Data de nascimento: 04/03/1961  
Registro: 19608871

HUBERTO FERREIRA DANTAS

Nasc: 04/03/1961 - 59 anos  
Reg: 19608871 - Pront: 000059418  
FACHESP/ESPECIAL  
Entrada: 02/11/2020 - Hora: 20:08  
Matrícula: 01185329000  
N. Soc.



Leito: URGEM

DIAGNÓSTICOS	FATORES RELACIONADOS	INTERVENÇÕES / PRESCRIÇÕES	APRAZAMENTO
<p>( ) Risco para eventos adversos na terapia medicamentosa</p>	<p>( ) Utilização de medicamentos de alta vigilância</p> <p>( ) Anestésicos</p> <p>( ) Polifarmácia</p> <p>( ) Heparinas de alta dosagem</p> <p>( ) Quimioterápicos</p> <p>( ) Hemoderivados</p> <p>( ) KCL</p>	<p>Atenção: Confirmar identificação do paciente na presença da enfermeira, conferir prescrição antes da administração dos medicamentos e perguntar ao paciente sobre alergia.</p> <p>( ) Verificar SSV / Oximetria de pulso / NEWS</p> <p>( ) Realizar duplo check-out</p> <p>( ) Monitorar e comunicar presença de sangramentos antes da administração dos anticoagulantes</p> <p>( ) Realizar rotulão do local de aplicação das medicações subcutâneas.</p> <p>( ) Monitorar reações adversas durante a administração de hemoderivados.</p> <p>( ) Monitorar e comunicar reações adversas à medicações: Dispneia, alterações glicêmicas, instabilidade, visão turva, tonturas, confusão mental, taquicardia, bradicardia, febre, calafrios, náuseas e vômitos, cefaleia, alterações de PA, prurido.</p>	
<p>(X) Risco para Tromboembolismo Venoso (TEV) relacionado aos fatores intrínsecos e/ou complexidade do procedimento</p>	<p>(X) Cirurgia de curta duração e alto risco de risco alto</p> <p>( ) Obesidade</p> <p>( ) Infecção</p> <p>( ) Varizes/insuficiência venosa</p> <p>( ) História de TEV/TVP e/ou Embolia pulmonar</p> <p>( ) DPOC, IAM, AVC, Câncer</p> <p>( ) Cateteres venosos (centrais)</p> <p>( ) Internação em UTI</p> <p>( ) Gravidez/Parceria não consensual (gestação)</p> <p>( ) Mobilidade reduzida</p>	<p>(X) Avaliar e comunicar presença de dor e/ou edema nos MMII ( Sinal de Homans)</p> <p>(X) Administrar a profilaxia medicamentosa</p> <p>(X) Monitorar e comunicar ocorrências de sangramento gengival, equimoses, petéquias, epistaxe e hematúria.</p> <p>( ) Desambular conforme orientação médica.</p> <p>(X) Monitorar alterações no padrão respiratório (Bradipnéia / taquidismnéia) conforme o protocolo de NEWS e comunicar alterações.</p> <p>( ) Realizar a profilaxia mecânica ( botas pneumáticas / meias elásticas )</p>	

Vigência  
01/03/2023

Revisão  
02

Código  
HES.INS.FOR.095

Página  
2/5

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM UNIDADE DE INTERNAÇÃO ( ) CLÍNICO ( ) CIRÚRGICO

DIAGNÓSTICOS	FATORES RELACIONADOS	INTERVENÇÕES / PRESCRIÇÕES	APRAZAMENTO
( ) Risco de instabilidade hemodinâmica (ex.: Sangramentos)	<p>Uso de drenos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>( ) Pentose</li> <li>( ) Portovac</li> <li>( ) Torácico</li> <li>( ) Jackson Pratt</li> <li>( ) Blake</li> <li>( ) Diagnóstico de HDA/HDB</li> <li>( ) Pós-operatório</li> <li>( ) Uso de anti-coagulantes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>( ) Monitorar sinais vitais conforme protocolo de NEWS e avaliar sinais de choque. Comunicar se alterações nos valores de: FC &lt;40 ou &gt; 110; FR &lt;10 ou &gt;20; PA &lt;60x80 ou &gt; 140x90; Temp &lt;35 ou &gt;37; Escala de Glasgow, eliminações de urina &lt;50ml/h.</li> <li>( ) Inspeccionar o local da incisão cirúrgica a cada 24 h;</li> <li>( ) Atentar para volume de drenagem e comunicar ao médico no caso de alterações.</li> <li>( ) Comunicar os resultados dos exames com limite crítico.</li> <li>( ) Mensurar/amolhar débito de dreno a cada 12 horas</li> <li>( ) Atentar para presença de sangramentos</li> <li>( ) Atentar para realização da troca de reservatório Iselo d'água conforme protocolo institucional</li> </ul>	
( ) Risco de Queda associado ao escorço de Morse/ Utilização de medicamentos que potencializam o risco de queda	<ul style="list-style-type: none"> <li>( ) Idade &gt;65 anos ou &lt;5 anos</li> <li>( ) Utilização de medicamentos que potencializam o risco de queda</li> <li>( ) História de queda nos últimos 3 meses</li> <li>( ) Risco de Delírium</li> <li>( ) Pós-operatório imediato</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>( ) Orientar quanto a deambulação assistida</li> <li>( ) Manter grades elevadas; cama travada no nível mais baixo; luzes acesas</li> <li>( ) Instalar proteções laterais na cama</li> <li>( ) Sinalizar em pulseira de identificação o risco de queda</li> <li>( ) Utilizar calçados/méias antideslizantes</li> <li>( ) Realizar transposição cirúrgica conforme protocolo</li> <li>( ) Adonar a avaliação da fisioterapia para verificação de controle de tônus/coordenação motora, e orientar às familiares quanto a deambulação assistida</li> <li>( ) Ativar assistência social quando o paciente com risco alto para queda encostar-se sozinho em apartamento.</li> </ul>	



PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM UNIDADE DE INTERNAÇÃO ( ) CLÍNICO (X) CIRÚRGICO

DIAGNÓSTICOS	FATORES RELACIONADOS	INTERVENÇÕES / PRESCRIÇÕES	APRAZAMENTO
<p><input checked="" type="checkbox"/> Risco de Infecção ou hipótese diagnóstica</p> <p>( ) ITU ( ) ITR <input checked="" type="checkbox"/> IPCS</p>	<p>( ) Insuficiência Renal ( ) Diabetes Mellitus ( ) Imunodeficiência ( ) Leucopenia ou Leucocitose ( ) História prévia de Infecção ( ) Tosse prolongada/produziva / <input checked="" type="checkbox"/> Nutrição Parenteral / Enteral <input checked="" type="checkbox"/> Presença de AVP, PICC, CVC, CTL, CDL, CIT ( ) Internamento de longa permanência ( ) SVD/SA</p>	<p><b>Atenção: Seguir protocolo Institucional de higienização das mãos, cumprindo as medidas preventivas.</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Higienizar as mãos sempre antes e após contato com o paciente;</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Utilizar EPI's de acordo com a classificação da medida de precaução do paciente.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Orientar o paciente e familiar quanto as medidas de prevenção de infecção .</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Monitorar sinais vitais conforme protocolo de NEWS e avaliar a presença de sintomas de infecção;</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Realizar troca de equipamentos simples, conectores e extensão a cada 72 horas ou sempre que necessário. Troca <u>05/11</u></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Avaliar registrar todas as vias invasivas a cada 24 horas e comunicar se sinais flogísticos;</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Manter acesso com cobertura estéril conforme protocolo de insuflação.</p> <p>( ) Desligar dieta por SNE/GTT durante manipulação do paciente</p> <p>( ) Monitorar e comunicar presença de hipersecreção de vias aéreas e realizar aspiração se necessário.</p> <p>( ) Manter fixação adequada da SVD e esvaziar bolsa coletora ao atingir até 2/3 do volume, verificando o fluxo urinário a cada 12 horas</p> <p>( ) Realizar SVA conforme prescrição médica, e registrar o procedimento.</p> <p>( ) Manter paciente em decúbito a 45°.</p> <p>( ) Avaliar retenção de alimentos/líquidos na cavidade oral.</p> <p>( ) Se paciente utilizar TQT, aspirar conforme a necessidade. Troca de fixação a cada 24 horas.</p> <p>( ) Lavar a SNE / GTT antes e após administração de medicações</p> <p>( ) Verificar pela marcação da fixação ( ) da SNE (não administrar se estiverizada).</p>	
<p>( ) Risco de Dronocapiração</p>	<p>( ) Sedação ( ) Pós - operatório ( ) Convulsão ( ) Obesidade ( ) AVC ( ) Presença de sondas / tubos ( ) Paraplegia / hemiplegia ( ) Demência pro - senil</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Registrar o escore de EVA ( 0 a 10 ), registrando em evolução intensidade, local e características da dor.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Administração de analgésicos escalonados conforme prescrição médica.</p> <p>( ) Reavaliar queixas algicas após administração dos medicamentos, de acordo com o tempo de ação de cada droga ( máx. de reavaliação em até 50 minutos)</p> <p>( ) Acionar TRR, nos casos em que não houver resolução das queixas algicas.</p>	
<p>( ) Risco de dor aguda relacionado aos fatores intrínsecos/extrínsecos pelo escore de EVA</p>	<p>( ) Algas ( ) Pós-operatório ( ) Curativos extensos/doloroso</p>		



Vigência  
01/03/2023

Código  
HES.INS.FOR.095

Página  
4/5

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM UNIDADE DE INTERNAÇÃO ( ) CLÍNICO ( ) CIRÚRGICO

<p><input checked="" type="checkbox"/> Risco de Infecção relacionado ao procedimento cirúrgico</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Procedimento cirúrgico</p>	<p>( ) Realizar banho com agente antisséptico 2 horas antes da cirurgia com clorexidina degermante a 2%, ( ) Realizar tricotomia caso necessário no mesmo momento do banho ( ) Realizar higiene oral com solução padronizada antes do procedimento cirúrgico. ( ) Higienizar as mãos antes e após procedimentos ( ) Realizar curativo conforme técnica asséptica ( ) Monitorar ferida operatória e informar: dor, vermelhidão, calor e presença de secreção. (X) Realizar assepsias dispostivos</p>	<p>( ) Realizar banho com agente antisséptico 2 horas antes da cirurgia com clorexidina degermante a 2%, ( ) Realizar tricotomia caso necessário no mesmo momento do banho ( ) Realizar higiene oral com solução padronizada antes do procedimento cirúrgico. ( ) Higienizar as mãos antes e após procedimentos ( ) Realizar curativo conforme técnica asséptica ( ) Monitorar ferida operatória e informar: dor, vermelhidão, calor e presença de secreção. (X) Realizar assepsias dispostivos</p>
<p>( ) Risco de Suicídio</p>	<p>( ) História prévia de tentativas de suicídio ( ) Presença de transtornos psicológicos ( ) Uso de drogas lícitas/ilícitas</p>	<p>( ) Conferir o uso contínuo de lathetes desmontáveis ( ) Conferir as travas das janelas ( ) Conferir o recolhimento da chave do apt ( ) Manter paciente internado próximo ao posto de enfermagem (preferencialmente). ( ) Recolher qualquer material do apartamento que ofereça risco ao paciente ( Ex.: Seringas, equibos, perfuros-cortantes)</p>	<p>( ) Conferir o uso contínuo de lathetes desmontáveis ( ) Conferir as travas das janelas ( ) Conferir o recolhimento da chave do apt ( ) Manter paciente internado próximo ao posto de enfermagem (preferencialmente). ( ) Recolher qualquer material do apartamento que ofereça risco ao paciente ( Ex.: Seringas, equibos, perfuros-cortantes)</p>
<p>( ) Risco para Hipotermia</p>	<p>( ) Procedimento cirúrgico ( ) Coagulopatias no anepareatório ( ) Perdas Sang-ínicas ( ) Infusões Endovenosas ( ) Tempo cirúrgico &gt; 60 min ( ) Neonatos, crianças &lt; 6 anos e idosos &gt; 60 anos.</p>	<p>( ) Monitorar e registrar temperatura corpórea ( ) Manter paciente aquecido</p>	<p>( ) Monitorar e registrar temperatura corpórea ( ) Manter paciente aquecido</p>
<p><input checked="" type="checkbox"/> Risco de Glicemia Instável (Hipoglicemia / Hiperglicemia)</p>		<p>(X) Monitorar sinais e sintomas de hipoglicemias / hiperglicemias e comunicar alterações (cefaleia, pele fina, palidez, hipotensão, taquicardia, outros)</p>	<p>(X) Monitorar sinais e sintomas de hipoglicemias / hiperglicemias e comunicar alterações (cefaleia, pele fina, palidez, hipotensão, taquicardia, outros)</p>



Vigência  
01/03/2023

Código  
HES.INS.FOR.095

Página  
5/5

Isão  
02

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM UNIDADE DE INTERNAÇÃO ( ) CLÍNICO ( ) CIRÚRGICO

<input type="checkbox"/> Risco de integridade da pele prejudicada associado à diminuição da mobilidade no leito, evidenciado pela escala de Braden / Escala ELPO.	<input type="checkbox"/> Uso de dispositivos (sondas, drenos) <input type="checkbox"/> Imobilidade <input type="checkbox"/> Desidratação <input type="checkbox"/> Emagrecimento / Desnutrição <input type="checkbox"/> Obesidade <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Câncer / Doença terminal <input type="checkbox"/> Insuficiência Renal <input type="checkbox"/> Alteração vascular periférica <input type="checkbox"/> Idade avançada <input type="checkbox"/> Uso de aparelho de tração Ortopédica <input type="checkbox"/> Posicionamento Cirúrgico.	<p><b>Atenção:</b> Avaliar e reavaliar o risco conforme protocolo institucional de prevenção de lesão e seguir as medidas preventivas</p> <input type="checkbox"/> Realizar mudança de decúbito a cada 3 h, inspecionar a pele e comunicar se presença de vermelhidão, flictena, bolhas, alterações da sensibilidade, calor e edema <input type="checkbox"/> Instalar colchão pneumático e filmes transparente em proeminências ósseas <input type="checkbox"/> Acionar comissão de prevenção da LPP ( se necessário ) <input type="checkbox"/> Conferir assinatura do Termo de consentimento sobre as orientações realizadas sobre medidas preventivas, com o envolvimento de paciente/familiares no autocuidado. <input type="checkbox"/> Realizar troca de curativos preventivo _____ a cada _____ dias ou S/N antes do prazo justificar. <input type="checkbox"/> Verificar fixação dos dispositivos conforme Protocolo. <input type="checkbox"/> Transposição cirúrgica conforme protocolo	08 11 14 17 20 23 02 05 07h-19h 19h-07h

Assinatura enfermeiros (as)

Assinatura do técnico de enfermagem

Manhã: \_\_\_\_\_

Diurno: \_\_\_\_\_

Tarde: \_\_\_\_\_  
**Elaine Ramos de Oliveira Ferreira**  
COREN-PE 465130 ENF

Noturno: \_\_\_\_\_

Noturno: \_\_\_\_\_

<p><b>ELABORAÇÃO:</b> Setor: Unidade de Internação Nome: Nayana Lavor, Ana Rita Braga, Bárbara Corvelho Assinatura: _____</p>	<p><b>APROVAÇÃO:</b> Setor: Coordenação de Enfermagem Nome: Teciara Dine</p>
<p>Vigência: 01/03/2023</p>	



126

**AVALIAÇÕES - O paciente deverá ser avaliado a cada 15 minutos na primeira hora pós op.**

		15 min.	30 min.	45 min.	60 min.	1 h 30 min.	2 h
Hora	12:55	13:10	13:25	13:40			
Temperatura	37,0	37,3	37,0	37,0			
Pulso	70	89	91	89			
Respiração	18	17	15	15			
Sat O <sub>2</sub>	98	98	100	96			
PA (mmHg)	150x60	128x62	130x68	137x72			

**BALANÇO HÍDRICO**

HORA	ENTRADAS							SAÍDAS					TOTAL
	SG	SLR	SF	Manitol	Albumina	Conc. Hemácias	Plasma Fresco	Perdas / Horas	Diurese	Sangramento	Dreno	SNG	

**ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM**

Paciente admitido na SR, vindo da S.O. F.O.R. Comente: orientado, S.S.O. estáveis, AOP em nível de 14,50 curativo limpo e seco, sem queixas, segue os cuidados usuais.

**DESTINO DO PACIENTE**

UTI     Unidade de Internação     Residência    Hora: \_\_\_\_ : \_\_\_\_



Vigência  
06/05/2022

ASSISTÊNCIA  
ENFERMAGEM

Assistente:  
da Cirurgia:

**AVALIAÇÕES - O paciente deverá ser avaliado a cada 15 minutos na primeira hora pós op.**

	15 min.	30 min.	45 min.	60 min.	1 h 30.
Hora	01:20	01:35	01:50	02:05	
Temperatura	34,4	34,8	35,1	35,4	
Pulso	72	74	73	73	
Respiração	12	15	13	16	
Sat O <sub>2</sub>	97	95	93	96	
PA (mmHg)	96/57	97/52	93/34	90/33	

**BALANÇO HÍDRICO**

HORA	ENTRADAS							SAÍDAS				TOTAL	
	SG	SLR	SF	Manitol	Albumina	Conc. Hemácias	Plasma Fresco	Perdas / Horas	Diurese	Sangramento	Dreno		SNC

**ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM**

Paet. admitido em SURT por insuficiência cardíaca congestiva. Doct. trat. diurético de manutenção expresso. P. em estado de alerta, lúcido, hidratado. Exame físico: Mucosas úmidas, RR rales crepitantes bibasais, FC 72 bpm, PA 96/57 mmHg. Muc. cor-de-rosa. Exame de pulso PAT terminal, normotérmico. Exame de urina: negativo. Exame de fezes: negativo.

\_\_\_\_\_  
DO PACIENTE



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 MINISTÉRIO DA JUSTIÇA  
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO  
 CARTEIRA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

NOME: **ALAIDE ELAINE LOPES DE ALBUQUERQUE**  
 UDE IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF: **5599341 SDS PE**  
 CPF: **050.419.044-05** DATA NASCIMENTO: **05/06/1984**  
 FILIAÇÃO: **LOURIVAL FREIRE DE ALB  
 UQUERQUE FILHO  
 GILSA LOPES CORDEIRO**  
 Nº REGISTRO: **05746609099** VALIDADE: **25/10/2024** 1ª HABILITAÇÃO: **04/04/2013**

OBSERVAÇÕES:

ASSINATURA DO PORTADOR: *Alaide Elaine Lopes de Albuquerque*  
 LOCAL: **RECIFE, PE** DATA EMISSÃO: **09/12/2019**  
 Assinatura do Emissor: *Roberto Fontelles*  
 CPF: **04442415837**  
**PERNAMBUCO**

1933572603



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 MINISTÉRIO DAS CIDADES  
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
 CATEGORIA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

1107320996

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

NOME  
 HUMBERTO FERREIRA DANTAS

DOC. IDENTIDADE / CRLD. EMISSOR / UF  
 1991231 RDS PE

CPF  
 327.829.694-04

DATA NASCIMENTO  
 04/03/1961

FUNÇÃO  
 ISMAR DANTAS DA SILVA

LAURIMITE FERREIRA  
 DANTAS

PERMISSÃO  
 ACC CAT. HABIL  
 AB

Nº REGISTRO  
 02328585227

VALIDADE  
 25/09/2020

1ª HABILITAÇÃO  
 11/10/1982

OBSERVAÇÕES  
 A

ASSINATURA DO HABILITADO

LOCAL  
 RECIPM - PE

DATA EMISSÃO  
 01/10/2015

REGISTRO DO VEÍCULO  
 81325048069  
 DPO68134622

PROIBIDO PLASTIFICAR

1107320996

DETRAN - PE - PERNAMBUCO



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº **014803119674**  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: **1** COD. RENAVAM: **1169082170** R.N.T.R.C.: \*\*\*\*\* EXERCÍCIO: **2019**

NOME: **DAMIANA JOSEFA BARBOSA**  
RECIFE-PE

CPF / CNPJ: **921.197.974-04** PLACA: **EDJ7920**

PLACA ANT. / UF: \*\*\*\*\* PE CHASSI: **9C6RG5010K0014356**

ESPECIE TIPO: **235 / MOTOR** COMBUSTIVEL: **9**

MARCA / MODELO: **YAMAHA / FZ25 FAZER** ANO FAB: **2018** ANO MOD: **2019**

CAP. POT. / CL: **2P / 249CL** CATEGORIA: **PARTIC** COR PREDOMINANTE: **AGDI**

COTA ÚNICA		VENC. COTA ÚNICA		VENC. / COTAS	
I	IPVA 2019	QUITADO	1	*****	
P			2	*****	
V	FAIXA LIVRA	PARCELAMENTO / COTAS	3	*****	
A					

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$): **80.11** IOF (R\$): **0.32** PRÊMIO TOTAL (R\$): **84.58** DATA DE PAGAMENTO: **27/02/19**

OBSERVAÇÕES: **AL. FID. BANCO YAMAHA MOTOR DO BRA**

RECIFE **Roberto F. D. Alves** DATA: **23/03/19**  
Roberto Carlos Moreira F. Alves

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA, A PESSOA TRANSPORTADA OU NAO - SEGURO DPVAT

PE Nº **014803119674** BILHETE DE SEGURO DPVAT  
DAMIANA JOSEFA BARBOSA

AVENIDA PROFESSOR ARTUR DE SA 68 50140-5  
CASA - A CID. UNIVERSITARIA RECIFE-PE

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  
[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)  
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO: **2019** DATA EMISSÃO: **23/03/19**

VIA: **1** COD. RENAVAM: **1169082170** R.N.T.R.C.: \*\*\*\*\* PLACA: **EDJ7920**

MARCA / MODELO: **YAMAHA / FZ25 FAZER** ANO FAB: **2018** ANO MOD: **2019**

CAP. POT. / CL: **2P / 249CL** CATEGORIA: **PARTIC** COR PREDOMINANTE: **AGDI**

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$): <b>36.05</b>	DEMATRAN (R\$): <b>4.01</b>	CUSTO DO SEGURO (R\$): <b>40.06</b>
CUSTO DO BILHETE (R\$): <b>4.15</b>	IOF (R\$): <b>0.32</b>	TOTAL SERVIÇOS DO SEGURO (R\$): <b>84.58</b>

PAGAMENTO:  COTA ÚNICA  PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO: **27/02/19**

SEURADORA LÍDER - DPVAT  
CNPJ 09.048.608/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT



**LAUDO DE AVALIAÇÃO MÉDICA PARA FINS DE VERIFICAÇÃO E  
QUANTIFICAÇÃO DE LESÕES PERMANENTES EM VÍTIMAS DO SEGURO DPVAT**

*Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.*

Número do Sinistro: [3210088743](#)

Nome do(a) Examinado(a): [HUMBERTO FERREIRA DANTAS](#)

Endereço do(a) Examinado(a): [Rua Professor Luiz Gonzaga Porto, 111, , Recife/PE](#)

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: [SDS-PE / 1991231](#)

Data e local do acidente: [02/11/2020 - Recife/PE](#)

Data e local do exame: [15/04/2021 - Recife/PE](#)

Coordenadas Geográficas: [latitude: -8.05046 , longitude: -34.89397](#)

**RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA**

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

[Fratura exposta do fêmur esquerdo. Ferimento no 5° dedo da mão esquerda.](#)

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

[osteossíntese da fratura, fez fisioterapia, não comprova data da alta médica.](#)

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

[Ao exame físico do joelho esquerdo apresenta joelho varo, flexão aos 70°, extensão aos 110°, ausência de derrames articulares, presença de atrofias no segmento, sem amputação, marcha com claudicação, agachamento alterado, sem encurtamento. Apresenta na região observada mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente, sensibilidade anormal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme apurado através do exame físico, o conjunto das sequelas repercute em todo o membro inferior.](#)

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[Sim](#)

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)

[Sim](#)

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente

[limitação grave de membro inferior esquerdo, com bloqueio de joelho, claudicação da marcha.](#)

**Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a".**

**Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".**

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*)

"Vítima em tratamento"

"Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica).



b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Membro Inferior Esquerdo - Intenso - 75%

VIII. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal:



LEONARDO RAYER  
Médico  
CRM/SP 17748



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3210088743 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** HUMBERTO FERREIRA DANTAS **Data do acidente:** 02/11/2020 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

### PARECER

**Diagnóstico:** Fratura exposta do fêmur esquerdo. Ferimento no 5º dedo da mão esquerda.

**Descrição do exame físico:** Ao exame físico do joelho esquerdo apresenta joelho varo, flexão aos 70°, extensão aos 110°, ausência de derrames articulares, presença de atrofia no segmento, sem amputação, marcha com claudicação, agachamento alterado, sem encurtamento. Apresenta na região observada mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente, sensibilidade anormal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme apurado através do exame físico, o conjunto das sequelas repercute em todo o membro inferior.

**Resultados terapêuticos:** Submetido a tratamento cirúrgico em 03/11/2020 com desbridamento e lavagem exhaustiva, e com colocação de fixador externo em fêmur esquerdo, e sutura do ferimento do 5º dedo da mão esquerda. Em 05/11/2020 realizada nova cirurgia com retirada do fixador, com osteossíntese da fratura com uso de placa bloqueada, 03 parafusos corticais e 07 parafusos de bloqueio, evoluindo sem complicações, com alta hospitalar. Realizada fisioterapia, não comprova data da alta médica.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do membro inferior esquerdo em grau moderado.

**Sequelas:** Com seqüela

**Data do exame físico:** 15/04/2021

**Conduta mantida:**

**Observações:** NOTA DO REVISOR: APESAR DA VALORAÇÃO DO EXAMINADOR EM 75% DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO, TENDO EM VISTA A DESCRIÇÃO DO EXAME FÍSICO, O REVISOR OPTOU POR ALTERAR A ESTIMATIVA DA SEQUELA PARA 50% DO MEMBRO INFERIOR.

### DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
<b>Total</b>			<b>35 %</b>	<b>R\$ 4.725,00</b>



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3210088743 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** HUMBERTO FERREIRA DANTAS **Data do acidente:** 02/11/2020 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 07/04/2021

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DO FÊMUR ESQUERDO. P5

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO) E ALTA MÉDICA.P11

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:**

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** %SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

### DANOS

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



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3210088743 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** HUMBERTO FERREIRA DANTAS **Data do acidente:** 02/11/2020 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 07/04/2021

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTO DO FÊMUR ESQUERDO. P5

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO) E ALTA MÉDICA.P11

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR 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 LEVE DO MEMBRO INFERIOR 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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
<b>Total</b>			<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0075803/21

**Vítima:** HUMBERTO FERREIRA DANTAS

**CPF:** 327.829.694-04

**Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 02/11/2020

**Titular do CPF:** HUMBERTO FERREIRA DANTAS

**CPF de:** Próprio

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

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

#### ALAIDE ELAINE LOPES DE ALBUQUERQUE : 050.419.044-05

Comprovante de residência  
Declaração Circular SUSEP 445/12  
Documentos de identificação  
Procuração

#### HUMBERTO FERREIRA DANTAS : 327.829.694-04

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

#### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 12/03/2021  
Nome: ALAIDE ELAINE LOPES DE ALBUQUERQUE  
CPF: 050.419.044-05

ALAIDE ELAINE LOPES DE ALBUQUERQUE

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/03/2021  
Nome: RAPHAELLA CRISTINA CAVALCANTI DA SILVA  
CPF: 703.646.014-85

RAPHAELLA CRISTINA CAVALCANTI DA SILVA

