



Número: **0801061-44.2019.8.15.0181**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **4ª Vara Mista de Guarabira**

Última distribuição : **06/05/2019**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Seguro, Obrigação de Fazer / Não Fazer**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes                                                     |                    | Procurador/Terceiro vinculado                                 |                   |
|------------------------------------------------------------|--------------------|---------------------------------------------------------------|-------------------|
| FELIPE CONSTANTINO DOS SANTOS (AUTOR)                      |                    | ANTONIO TEOTONIO DE ASSUNCAO (ADVOGADO)                       |                   |
| SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU) |                    | SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)                              |                   |
| JANIO DANTAS GUALBERTO (TERCEIRO INTERESSADO)              |                    |                                                               |                   |
| Documentos                                                 |                    |                                                               |                   |
| Id.                                                        | Data da Assinatura | Documento                                                     | Tipo              |
| 34753025                                                   | 25/09/2020 11:11   | <a href="#">Petição</a>                                       | Petição           |
| 34753026                                                   | 25/09/2020 11:11   | <a href="#">2607749_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02</a> | Outros Documentos |
| 34753031                                                   | 25/09/2020 11:11   | <a href="#">2607749_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</a>       | Outros Documentos |

EM ANEXO





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, 03 de Abril de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190226275**

**Vítima: FELIPE CONSTANTINO DOS SANTOS**

**Data do Acidente: 08/09/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), FELIPE CONSTANTINO DOS SANTOS**

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 14139014





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, 03 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190226275

Vítima: FELIPE CONSTANTINO DOS SANTOS

Data do Acidente: 08/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), FELIPE CONSTANTINO DOS SANTOS**

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Boletim de ocorrência incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 01979(01980 - carta\_03 - INVALIDEZ

00050980



Carta nº 14141197





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

|                                                                                                                                |                           |                               |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------------------------|
| NR do sinistro ou ASL:                                                                                                         | CPF da vítima:            | Nome completo da vítima:      |
|                                                                                                                                | 110.735.364-59            | Felipe Constantino dos Santos |
| REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012 |                           |                               |
| Nome completo:                                                                                                                 |                           | CPF:                          |
| Felipe Constantino dos Santos                                                                                                  |                           | 110.735.364-59                |
| Profissão:                                                                                                                     | Endereço:                 | Número:                       |
| Engenheiro                                                                                                                     | Rua Manoel Alves de Sousa | 399                           |
| Bairro:                                                                                                                        | Cidade:                   | Estado:                       |
| Centro                                                                                                                         | Poço de Antas             | PR                            |
| E-mail:                                                                                                                        | CEP:                      | Tel (DDD):                    |
|                                                                                                                                | 58210-000                 | (83) 99373-1041               |

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

|                                          |                                                      |                                                      |                                                       |
|------------------------------------------|------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| RENDIMENTO MENSAL:                       |                                                      |                                                      |                                                       |
| <input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input checked="" type="checkbox"/> ATÉ R. 1.000,00  | <input type="checkbox"/> R. 3.001,00 ATÉ R. 5.000,00 | <input type="checkbox"/> R. 7.001,00 ATÉ R. 10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA       | <input type="checkbox"/> R. 1.001,00 ATÉ R. 3.000,00 | <input type="checkbox"/> R. 5.001,00 ATÉ R. 7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R. 10.000,00        |

### DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

|                                                                                                        |                                                                   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) |                                                                   |
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237)                                                                | <input type="checkbox"/> Itaú (341)                               |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)                                                         | <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

|                                                           |
|-----------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) |
|-----------------------------------------------------------|

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

Autorização de pagamento

|                                |                                |
|--------------------------------|--------------------------------|
| AGÊNCIA: 0042                  | CONTA: 000 000 064 639 4       |
| (Informar o dígito se existir) | (Informar o dígito se existir) |

|                                |                                |
|--------------------------------|--------------------------------|
| AGÊNCIA: _____                 | CO _____                       |
| (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.

### 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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

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

|                                                                               |                                                                                                                                                                                                |                                                                                          |
|-------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| Estado civil da vítima:                                                       | <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorçado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo | Data do óbito da vítima:                                                                 |
| Grau de Parentesco com a vítima:                                              | Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                                                                                                        | Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:                             |
| Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | Se tinha filhos, informar quantos:                                                                                                                                                             | Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| Vivos: _____ Falecidos: _____ nascituro (vai nascer)? _____                   |                                                                                                                                                                                                |                                                                                          |

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.

Local e Data, POÇO DE ANTAS 12/03/2019  
Nome: FELIPE CONSTANTINO DOS SANTOS  
CPF: 110.735.364-59  
FELIPE CONSTANTINO DOS SANTOS  
(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

FELIPE CONSTANTINO DOS SANTOS  
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

#### TESTEMUNHAS

|                  |
|------------------|
| 1º Nome: _____   |
| CPF: _____       |
| Assinatura _____ |
| 2º Nome: _____   |
| CPF: _____       |
| Assinatura _____ |

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

001/2018

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): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h  
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189  
SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06  
Ouvidoria: 0800 021 91 35

**INSTRUÇÕES IMPORTANTES:**

1. Necessário o preenchimento completo de todos os dados, sem rasuras e de forma legível.
2. Os nomes da vítima e dos beneficiários deverão ser informados completos e sem abreviações.
3. Informar a quantidade de filhos, pais e avós vivos e falecidos, \* nascituros (aquele que está sendo gerado, mas ainda não nasceu).
4. Os beneficiários/vítimas com idade entre 0 e 15 anos ou o incapaz com curador deverão ser representados pelos pais, tutor ou curador. A declaração deverá ser preenchida com os dados dos beneficiários/vítimas e assinada somente pelo representante legal.
5. Os beneficiários/vítimas com idade entre 16 e 17 anos deverão ser assistidos pelos pais ou tutor. A declaração deverá ser preenchida com os dados dos beneficiários/vítimas e assinada pelos beneficiários/vítimas e, também, por seu assistente legal, devidamente identificado por meio dos respectivos documentos.
6. Em caso de indenização por morte com mais de um beneficiário, preencher um formulário para cada beneficiário.



CAIXA

CAIXA

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

INA: sorteios de segunda-feira a sábado. Anos

051-727025425-8

20/FEV/2019

HORA DE 18:03:33

LOT. 13.022674-2

TERM 048333

LOCALIDADE: PILÓZINHOS

AD. VINCULADA: 0042

CONTROLE: 61403957

COMPROVANTE DE ABERTURA DE POUP CAIXA FACIL

NOME: FELIPE CONSTANTINO DOS SANTOS

AGÊNCIA: 0042

OPERAÇÃO: 013

CONTA-DV: 000.000.004.639-4

DATA DA ABERTURA: 20/02/2019

CAIXA Loterias

LOTERIAS CAIXA

051-727025425-8

1ª VIA

CAIXA Loterias

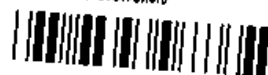




**BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL**

Boletim de ocorrência

Livro nº 001/2019  
Ocorrência nº. 0088/2019



Ao PRIMEIRO dia de FEVEREIRO de DOIS MIL E DEZENOVE, nesta cidade de GUARABIRA/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **JOSINALDO FELIX RIBEIRO** Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrevã(o) do seu cargo, aí, por volta 13h:58 min, compareceu a **PESSOA a seguir qualificada:**

FELIPE COSTANTINO DOS SANTOS, brasileira, natural de JOÃO PESSOA-PB, nascido em 03-0910-1997, ESTADO VIVIL: SOLTEIRO, PROFISSÃO: AGRICULTOR, filho(a) de RAIMUNDO PEREIRA DOS SANTOS E NILZA CONSTANTINO DOS SANTOS, RG Nº: 3.950.446SSP-PB, CPF Nº: 110.735.364-59, residente e domiciliado À RUA: MANOEL ALVES DE SOUSA, Nº: 199, BAIRRO: CENTRO, CIDADE: PILÕESINHO-PB, FONE: 83-9-9371-1041.

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme a seguir enumerado:

- 1) Natureza do fato: ACIDENTE DE MOTO;
- 2) Data do fato: 08-09-2018;
- 4) Local do fato: GUARABIRA-PB;
- 5) Hora do fato: 15:08:08.

**7) Breve resumo do fato:**

Afirma O(a) NOTICIANTE QUE, NO LOCAL, DATA E HORA SUPRACITADOS, FOI VÍTIMA DE ACIDENTE COM MOTOCICLETA; QUE VINHA TRAFEGANDO NA VIA PRINCIPAL QUANDO UM AUTOMÓVEL FIAT UNO SAIU DE VEZ DE UMA RUA TRANSVERSAL, VINDO A COILIDIR NO VEÍCULO; QUE APÓS O ACIDENTE SÓ RETOMOU OS SENTIDOS NA AMBULÂNCIA DO SAMU; QUE FOI SOCORRIDO PELO SAMU PARA O HOSPITAL REGIONAL DE GUARABIRA E LOGO APÓS FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL DE TRAUMA EM JOÃO PESSOA-PB, ONDE PASSOU POR CIRURGIA, CONFORME DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA. MOTIVO PELO QUAL PROCUROU ESTA DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL.

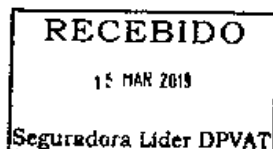
**OBSERVAÇÕES DA UNIDADE POLICIAL:**

Não há.

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrevã(o) que digitei.

FELIPE CONSTANTINO DOS SANTOS  
FELIPE CONSTANTINO DOS SANTOS  
Comunicante

Escrivã(o)/Agente MTR.: 181.839-2



TOSCANO DE SALES - SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL  
WARDRIA TOSCANO DE SALES - Tely  
ArDom Pedro II, nº 43 - Centro - Guarabira - PB, CEP: 58200-000 - Fone: (83) 3271-4502

Autentico a presente copia, reproducao fiel do original apresentado. Em testemunho da verdade.  
Guarabira-PB 25/02/2019 08:39:04  
Rogero Fernandes Costa Filho - Escrevente  
[2019-002004] ENCL:R\$ 2,48 FAPEN:R\$ 0,29 FEPJ:R\$ 0,50 TOS:R\$ 0,12  
SELO DIGITAL: AEF01289-4LR0  
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 25/09/2020 11:11:40

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA – SAMU 192 – GUARABIRA



ATO

FICHA DE REGULAÇÃO ENFERMAGEM E TÉCNICOS / ATENDIMENTO  
USB 49

11:00  
16:00

IDENTIFICAÇÃO/QCORRÊNCIA

|                                                       |                           |                                         |                             |                                                                                 |
|-------------------------------------------------------|---------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| DATA<br>02-09-19                                      | OCCORRÊNCIA Nº<br>2183435 | PACIENTE/USUÁRIO<br>Júlio P. dos Santos | IDADE<br>2                  | SEXO<br><input checked="" type="checkbox"/> MASC. <input type="checkbox"/> FEM. |
| LOCAL DE OCORRÊNCIA<br>Pólo 1 em local que o Bombeiro |                           | Bairro                                  | MÉDICO REGULADOR<br>G. Lima |                                                                                 |
| Apoio no Local                                        | PM                        | Resgate/Bombeiros                       | Resgate/PM                  | SPTAPIS                                                                         |
| QTA                                                   | Socorrido por terceiros   | Recebeu atendimento                     | Socorrido pelo Bombeiro     | Local não encontrado                                                            |
|                                                       |                           | Outro                                   |                             |                                                                                 |

TEMPO RESPOSTA – HORÁRIOS: ANEXAR FICHA DA CENTRAL DE REGULAÇÃO

ANTECEDENTES

TIPO DE AGRAVO (NATUREZA DA OCORRÊNCIA)

Comprovação de ato declaratório

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> TRAUMA <input type="checkbox"/> CLÍNICO <input type="checkbox"/> GINECO OBSTÉTRICO<br><input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA PROCEDENTE DO: _____<br><input type="checkbox"/> OUTRO<br>CINEMÁTICA: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | MEDICAMENTOS: _____<br>PATOLOGIA (S): _____<br>ÚLTIMA ALIMENTAÇÃO: _____<br>VACINAS: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| EXAME FÍSICO<br><input checked="" type="checkbox"/> PALIDO <input type="checkbox"/> CIANÓTICO <input type="checkbox"/> ICTÉRICO <input type="checkbox"/> SUDOREICO <input type="checkbox"/> PELE FRIA<br><input type="checkbox"/> PELE ÚMIDA <input checked="" type="checkbox"/> SOCÓRICO <input type="checkbox"/> ANISOCÓRICO <input type="checkbox"/> MIÓTICO<br><input checked="" type="checkbox"/> DOR LOCAL<br><input type="checkbox"/> DISPNEIA <input type="checkbox"/> TAQUIPNEIA <input type="checkbox"/> HEMATÊMESE <input type="checkbox"/> HEMOPTISE | <input type="checkbox"/> TCM <input type="checkbox"/> TRM <input type="checkbox"/> FRATURA <input type="checkbox"/> CONTUSÃO <input type="checkbox"/> ENTORSE<br><input checked="" type="checkbox"/> LUXAÇÃO <input type="checkbox"/> FACE <input type="checkbox"/> PCR <input type="checkbox"/> FAB <input type="checkbox"/> AFOGAMENTO<br><input type="checkbox"/> ATROPELAMENTO <input type="checkbox"/> QUEIMADURA <input type="checkbox"/> ELETRICIDADE<br><input type="checkbox"/> DESABAMENTO / SOFOCAMENTO <input type="checkbox"/> QUEDA DA PRÓPRIA ALTURA<br><input type="checkbox"/> QUEDA MOTO <input type="checkbox"/> QUEDA ALTURA _____ metros |
| TIPO DE FERIMENTO E LOCAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |

DESTINO  
Local 1: HETSUL Responsável: \_\_\_\_\_ Função: médico  
Local 2: \_\_\_\_\_ Responsável: \_\_\_\_\_ Função: \_\_\_\_\_

DADOS VITAIS  
VIA: ☒ Livre ☐ Obstruída / RESPIRAÇÃO: ☐ <30irpm ☐ >30irpm / PERFUSÃO CAPILAR: ☐ Retardada ☒ Normal / PAS: ☐ 90mmHg  
☐ < 90mmHg / PA: \_\_\_\_\_ PC: 89 FR: 16 TEMPERATURA: \_\_\_\_\_ GLICEMIA 135 E. COIMA: 3

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:  
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM: \_\_\_\_\_

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO: Deixado internado na Unidade Hospitalar  
por trauma (causado pelo acidente)

EVOLUÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM: \_\_\_\_\_

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE (NOME E NÃO ASSINATURA)  
ENFERMEIRO: Genesys COREN: 55017 TÊC. DE ENFERMAGEM: \_\_\_\_\_ COREN: \_\_\_\_\_  
CONDUTOR: Wellington

RECUSA  
NOME: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_  
ASSINATURA: \_\_\_\_\_ TESTEMUNHA: \_\_\_\_\_



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL\* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

**Casos com vítima entre 0 a 15 anos** - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

**Casos com vítima entre 16 e 17 anos** - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima interditada com curador** - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima: Felipe Constantino dos Santos CPF da Vítima: 310.735.264-59 Data do Acidente: 08.09.18

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal

E-mail

Declaração de Inexistência de IML



CPF do Representante legal

Telefone (DDD)

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:

**Assinalar uma das opções abaixo:**

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

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

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

Pubezinhos, 12 de março de 2019  
Local e Data

FELIPE CONSTANTINO DOS SANTOS

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Rev. 1.0/01 V001/2017



[illegible]

TAREX Socialista Enrique Barrios, TAREX Socialista de Colombia 10-4226, de 29 de febrero 2003.  
 Querido hermano: A continuación TAREX Socialista de Colombia le porta un saludo de la TAREX Socialista de Colombia. Así como le informo de nuestra organización y de nuestra labor, le informo de los trabajos que se han realizado y de los que se están realizando.

[illegible]

COI Control - Controle de Ingresso

Medida Antidrogas (MAD) - 15,00

**PAGAMENTO**

01/02/2018

**TOTAL A PAGAR**

R\$ 15,95

20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31

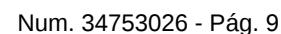
JAN 2018 FEVER JANEIRO ABRIL MAIO JUNHO JULHO AGOSTO SETEMB OUTUB NOVEMB DEZEMB

[illegible]**ATENÇÃO:**

|       |       |        |
|-------|-------|--------|
| Total | 12,89 | 100,00 |
|-------|-------|--------|

Valor do US\$ 0,00 (12/2016) R\$ 3,00

Parcelas em atraso



## DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

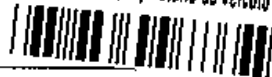
Para mais informações, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através dos canais abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 0800-1596 / 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

Declaração do proprietário do veículo



Eu, Maria Pereira Gomes Da Costa

RG nº 30.11.46 data de expedição     /     /    

Órgão SSP PB portador do CPF nº 096.221.444-20

com domicílio na cidade de Guarabira no Estado de

Paraíba onde residu na (Rua/Avenida/Estrada)

João Epaminondas nº 583

complemento Rua União declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

Felipe Constantino Dos Santos cujo o condutor era

Felipe Constantino Dos Santos

Veículo: Moto Modelo: Honda/CG 125I Fan Ano: 2016

Placa: OF6 0371 Chassi: 9E2JE69006R303946

Data do Acidente: 08/09/18

Local e Data:



*Maria Pereira Gomes da Costa*  
Assinatura do Declarante

FELIPE CONSTANTINO DOS SANTOS

Assinatura do Condutor  
( caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro )



TOSCANO DE SALES - SERVICIO NOTARIAL E REGISTRAL

WARDIRIA TOSCANO DE SALES - TEJAP

Av Dom Pedro II, nº 43 - Centro - Guarabira - PB, CEP: 58200-000 - Fone: (83) 3271-6502

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) de:

MARIA PEREIRA GOMES DA COSTA

Em test.da verdade. Guarabira-PB 18/02/2019 10:42:37

Wardiria Toscano de Sales - Titular

(2019-001246)TENDL:R\$ 19,91 FARPEN:R\$ 0,29 FEPO:R\$ 1,98/199R\$ 0,50

SELO DIGITAL: A1F33993-B0R8

Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>



TOSCANO DE SALES - SERVICIO NOTARIAL E REGISTRAL

WARDIRIA TOSCANO DE SALES - TEJAP

Av Dom Pedro II, nº 43 - Centro - Guarabira - PB, CEP: 58200-000 - Fone: (83) 3271-6502

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) de:

FELIPE CONSTANTINO DOS SANTOS

Em test.da verdade. Guarabira-PB 18/02/2019 10:46:34

Wardiria Toscano de Sales - Titular

(2019-001247)TENDL:R\$ 19,91 FARPEN:R\$ 0,29 FEPO:R\$ 1,98/199R\$ 0,50

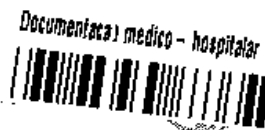
SELO DIGITAL: A1F33994-F075

Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA  
DIVISÃO MÉDICA



## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE Felipe Constantino dos Santos  
DATA DE NASCIMENTO 03/09/97  
NOME DA MÃE Nilza Constantino dos Santos

### DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º 110914  
BOLETIM DE ENTRADA N.º 1107014  
DATA DO ATENDIMENTO 08/09/18  
HORA DO ATENDIMENTO 15:08  
MOTIVO DO ATENDIMENTO Acidente de moto  
DIAGNÓSTICO (S) Fratura de acetábulo + luxação de quadril D  
CID 10 S32.4 S73.0

### AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de acidente de moto, trazido pelo SAMU, apresentando dor em membro inferior direito com limitação de movimentos e edema periorbital bilateral, nega perda da consciência ou vômitos, glasgow 15, pupilas iso/foto. Avaliado pela Cirurgia Geral, Traumatologia e internado para tratamento cirúrgico.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX tórax, bacia, articulação coxo-femoral D.  
USG(fast)

### RESULTADOS DOS EXAMES:

RX: fratura luxação de quadril D

### TRATAMENTO:

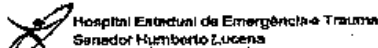
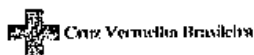
Redução incruenta de luxação do quadril direito. Tratamento cirúrgico de fratura de acetábulo D.

ALTA HOSPITALAR: 22/09/18  
DATA DA EMISSÃO: 29/11/18

Dr. Juan-Jaime Alcoba Arce  
CRM: 3323/PB

**ATENÇÃO:** Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO





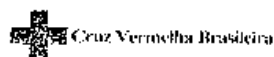
RUA PEDRO GONDIM, S/N - CNES: 122343 - Tel

Boletim de Atendimento: 1107014

| Identificação do paciente                                 |                                                  |                                        |                                     |
|-----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------|
| ID<br>1324264                                             | Nome<br>FELIPE CONSTANTINO DOS SANTOS            | Sexo<br>Masculino                      |                                     |
| Data de nascimento<br>03/09/1997                          | Idade<br>21 anos 24 dias                         | Estado civil                           | Religião                            |
| Mãe<br>MILZA CONSTANTINO DOS SANTOS                       |                                                  | Pai<br>RAIMUNDO PEREIRA DOS SANTOS     |                                     |
| Escolaridade                                              |                                                  | Responsável (Parentesco)<br>- PRIMO(A) |                                     |
| DDD Móvel<br>83                                           | Fone Móvel<br>993098622                          | DDD Fixo<br>83                         | Fone Fixo<br>991615138              |
| Tipo documento<br>RG (IDENTIDADE)                         | Número documento<br>3950448                      | Nº Cns<br>700003899610807              |                                     |
| Local de procedência<br>PILOEZINHOS                       |                                                  | Tipo<br>MUNICIPIO                      | UF<br>PB                            |
| Email                                                     | Naturalidade<br>JOAO PESSOA                      | CBOR                                   |                                     |
| Endereço                                                  |                                                  |                                        |                                     |
| CEP<br>58210000                                           | Município de residência<br>PILOEZINHOS           | UF<br>PB                               | Logradouro<br>MANOEL ALVES DE SOUSA |
| Número<br>190                                             | Complemento                                      |                                        | Bairro<br>CENTRO                    |
| Admissão                                                  |                                                  |                                        |                                     |
| Data e Hora<br>08/09/2018 15:08:08                        | Número da pulseira<br>1000006936289              | Convênio<br>SUS                        |                                     |
| Especialidade<br>CIRURGIA GERAL                           |                                                  | Clinica                                |                                     |
| Classificação de risco                                    |                                                  | Origem do paciente<br>RUA              |                                     |
| Caráter de atendimento                                    | Motivo do atendimento<br>ACIDENTE DE MOTOCICLETA | Detalhe do acidente<br>VEICULO X MOTO  |                                     |
| Indicadores e Transporte                                  |                                                  |                                        |                                     |
| Caso potencial<br>Não                                     | Plano de saúde<br>Não                            | Veio de ambulância<br>Não              | Trauma<br>Não                       |
| Meio de transporte<br>SAMU                                |                                                  | Quem transportou                       |                                     |
| Sinais Vitais                                             |                                                  |                                        |                                     |
| PA<br>X mmHg                                              |                                                  | Pulso                                  | Temperatura                         |
| Exames complementares                                     |                                                  |                                        |                                     |
| Rato X [ ]                                                | Sangue [ ]                                       | Urina [ ]                              | TC [ ]                              |
|                                                           |                                                  |                                        | Liquor [ ]                          |
|                                                           |                                                  |                                        | ECG [ ]                             |
|                                                           |                                                  |                                        | Ultrasonografia [ ]                 |
| Dados clínicos                                            |                                                  |                                        |                                     |
|                                                           |                                                  |                                        |                                     |
| Diagnóstico                                               |                                                  |                                        |                                     |
| CID                                                       |                                                  |                                        |                                     |
| Atendido por<br>FLAVIA MARIA RODRIGUES SILVEIRA DE MORAIS |                                                  |                                        |                                     |
| Tempo<br>01min 51seg                                      |                                                  |                                        |                                     |

Imprimir





Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



Documento de Alta

|                                                                                                                          |                           |                                                   |                                             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|---------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| <b>Nome:</b><br>FELIPE CONSTANTINO DOS SANTOS                                                                            |                           | <b>Número Prontuário:</b><br>110947               |                                             |
| <b>Data de:</b><br>03/09/1997                                                                                            | <b>Sexo:</b><br>Masculino | <b>Data de Internação:</b><br>08/09/2018 22:49:16 | <b>Data de Alta:</b><br>22/09/2018 15:13:06 |
| <b>Motivo da alta:</b><br>ALTA HOSPITALAR                                                                                |                           |                                                   |                                             |
| <b>Conduta:</b><br>TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO ACETABULO DIREITO REALIZADO POR DR JANSEN COM PLACA 3X2.           |                           |                                                   |                                             |
| <b>Resumo da Internação:</b><br>EVOLUINDO CLINICAMENTE BEM, SEM INTERCORRENCIAS.                                         |                           |                                                   |                                             |
| <b>Resultado de Exames:</b>                                                                                              |                           |                                                   |                                             |
| <b>Tratamento:</b><br>TRATAMENTO CIRURGICO DE ACETABULO DIREITO.                                                         |                           |                                                   |                                             |
| <b>Diagnóstico:</b><br>S32.4 - Fratura do acetábulo                                                                      |                           |                                                   |                                             |
| <b>Recomendações:</b><br>REPOUSO. ANALGESIA. RETORNO AMBULATORIAL NO HTOP COM DR JANSEN. NÃO PISAR ATE O DIA DO RETORNO. |                           |                                                   |                                             |

Data: 22/09/2018

Dr. Francineia de Sousa Freitas  
Médico  
CNS 704158-8  
FRANCINEIA DE SOUSA FREITAS  
CRM: 9603





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBA

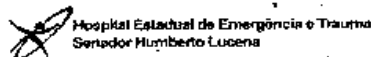
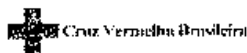
AV. ORESTES LISBOA, s/n - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 6332166700

Boletim de Atendimento: 1107014

| Identificação do paciente                                                                       |                                                                  |                                       |                                     |                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|----------------------|
| ID<br>1324264                                                                                   | Nome<br>FELIPE CONSTANTINO DOS SANTOS                            |                                       |                                     | Sexo<br>Masculino    |
| Data de nascimento<br>03/09/1997                                                                | Idade<br>21 anos 5 dias                                          | Estado civil                          | Religião                            | Proteção             |
| Mãe<br>NILZA CONSTANTINO DOS SANTOS                                                             | Pai<br>RAIMUNDO PEREIRA DOS SANTOS                               |                                       |                                     |                      |
| Escolaridade                                                                                    | Responsável (Parentesco)<br>ELISANDRO VIEIRA DA SILVA - PRIMO(A) |                                       |                                     |                      |
| DDD Móvel<br>83                                                                                 | Fone Móvel<br>993099622                                          | DDD Fixo                              | Fone Fixo                           |                      |
| Tipo documento<br>RG (IDENTIDADE)                                                               | Número documento<br>3950446                                      | Nº Cns                                |                                     |                      |
| Local de procedência<br>PILOEZINHOS                                                             | Tipo<br>MUNICÍPIO                                                |                                       | UF<br>PB                            |                      |
| Email                                                                                           | Naturalidade<br>JOÃO PESSOA                                      | CBO/R                                 |                                     |                      |
| Endereço                                                                                        |                                                                  |                                       |                                     |                      |
| CEP<br>58210000                                                                                 | Município de residência<br>PILOEZINHOS                           | UF<br>PB                              | Logradouro<br>MANOEL ALVES DE SOUSA |                      |
| Número<br>199                                                                                   | Complemento                                                      |                                       | Bairro<br>CENTRO                    |                      |
| Admissão                                                                                        |                                                                  |                                       |                                     |                      |
| Data e Hora<br>08/09/2018 15:08:08                                                              | Número da pulseira<br>1000006936289                              | Convênio<br>SUS                       |                                     |                      |
| Especialidade<br>CIRURGIA GERAL                                                                 | Clínica                                                          |                                       |                                     |                      |
| Classificação de risco                                                                          | Origem do paciente<br>RUA                                        |                                       |                                     |                      |
| Caráter de atendimento                                                                          | Motivo do atendimento<br>ACIDENTE DE MOTOCICLETA                 | Detalhe do acidente<br>VEICULO X MOTO |                                     |                      |
| Indicadores e Transporte                                                                        |                                                                  |                                       |                                     |                      |
| Caso policial<br>NÃO                                                                            | Plano de saúde<br>NÃO                                            | Veio de ambulância<br>NÃO             | Trauma<br>NÃO                       |                      |
| Meio de transporte<br>SAMU                                                                      | Quem transportou                                                 |                                       |                                     |                      |
| Sinais Vitais                                                                                   |                                                                  |                                       |                                     |                      |
| PA<br>X mmHg                                                                                    | Pulso                                                            | Temperatura                           |                                     |                      |
| Exames complementares                                                                           |                                                                  |                                       |                                     |                      |
| Rato X [ ]                                                                                      | Sangue [ ]                                                       | Urina [ ]                             | TC [ ]                              | Líquor [ ]           |
| ECG [ ]                                                                                         |                                                                  | Ultrassonografia [ ]                  |                                     |                      |
| Dados clínicos<br>Paciente chegou no acidente de moto, chegou no hospital e exames saíram bons. |                                                                  |                                       |                                     |                      |
| Diagnóstico<br>Caudal de                                                                        |                                                                  |                                       |                                     | CID                  |
| Atendido por<br>FLAVIA MARIA RODRIGUES SILVEIRA DE MORAIS                                       |                                                                  |                                       |                                     | Tempo<br>01min 51seg |

Imprimir





AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1107014

|                                                                                                            |                                                  |                                                                  |                                     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| <b>Identificação do paciente</b>                                                                           |                                                  |                                                                  |                                     |
| ID<br>1324264                                                                                              | Nome<br>FELIPE CONSTANTINO DOS SANTOS            | Sexo<br>Masculino                                                |                                     |
| Data de nascimento<br>03/09/1997                                                                           | Idade<br>21 anos 5 dias                          | Estado civil                                                     | Religião                            |
| Mãe<br>NILZA CONSTANTINO DOS SANTOS                                                                        |                                                  | Pai<br>RAIMUNDO PEREIRA DOS SANTOS                               |                                     |
| Escolaridade                                                                                               |                                                  | Responsável (Parentesco)<br>ELISANDRO VIEIRA DA SILVA - PRIMO(A) |                                     |
| DDD Móvel<br>83                                                                                            | Fone Móvel<br>993088622                          | DDD Fixo                                                         | Fone Fixo                           |
| Tipo documento<br>RG (IDENTIDADE)                                                                          |                                                  | Nº Cns                                                           |                                     |
| Local de procedência<br>PILOEZNHOS                                                                         |                                                  | Tipo<br>MUNICIPIO                                                | UF<br>PB                            |
| Email                                                                                                      |                                                  | Naturalidade<br>JOAO PESSOA                                      |                                     |
| <b>Endereço</b>                                                                                            |                                                  |                                                                  |                                     |
| CEP<br>58210000                                                                                            | Município de residência<br>PILOEZNHOS            | UF<br>PB                                                         | Logradouro<br>MANOEL ALVES DE SOUSA |
| Número<br>190                                                                                              | Complemento                                      | Bairro<br>CENTRO                                                 |                                     |
| <b>Admissão</b>                                                                                            |                                                  |                                                                  |                                     |
| Data e Hora<br>08/09/2018 15:08:08                                                                         | Número de pulseira<br>1000006936289              | Convênio<br>SUS                                                  |                                     |
| Especialidade<br>CIRURGIA GERAL                                                                            | Clínica                                          |                                                                  |                                     |
| Classificação de risco                                                                                     | Origem do paciente<br>RUA                        |                                                                  |                                     |
| Caráter do atendimento                                                                                     | Motivo do atendimento<br>ACIDENTE DE MOTOCICLETA | Detalhe do acidente<br>VEICULO X MOTO                            |                                     |
| <b>Indicadores e Transporte</b>                                                                            |                                                  |                                                                  |                                     |
| Caso policial<br>Não                                                                                       | Plano de saúde<br>Não                            | Veio de ambulância<br>Não                                        | Trauma<br>Não                       |
| Meio de transporte<br>SAMU                                                                                 |                                                  | Quem transportou                                                 |                                     |
| <b>Sinais Vitais</b>                                                                                       |                                                  |                                                                  |                                     |
| PA<br>X mmHg                                                                                               | Pulso                                            | Temperatura                                                      |                                     |
| <b>Exames complementares</b>                                                                               |                                                  |                                                                  |                                     |
| Raio X []                                                                                                  | Sangue []                                        | Urina []                                                         | TC []                               |
| Liquor []                                                                                                  | ECG []                                           | Ultrassonografia []                                              |                                     |
| Dados clínicos<br>Pto segue com HT controlado com medicação<br>segue a realce e tomar segue<br>dos exames. |                                                  |                                                                  |                                     |
| Diagnóstico                                                                                                |                                                  |                                                                  | CD                                  |
| Atendido por<br>FLAVIA MARIA RODRIGUES SILVEIRA DE MORAIS                                                  |                                                  |                                                                  | Tempo<br>01min 51seg                |

Imprimir

\* Pto recebe seu atestado na mesma Medicação!





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBA

## AREA AMARELA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, , JOAO PESSOA - PB, 58031090.

Tel: 32165700

CNES: 454554

|                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                          |                                           |                                                    |                                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------------------|----------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| Paciente<br><b>FELIPE CONSTANTINO DOS SANTOS</b>                                                                                                                                                                                                                  |                                          | BAE<br><b>1107014</b>                     | Data/Hora Entrada<br><b>08/09/2018 15:08:08</b>    | Date Baixa                                   |
| Data de nascimento<br><b>03/09/1997</b>                                                                                                                                                                                                                           | Idade<br><b>21a 0d</b>                   | Sexo<br><b>Masculino</b>                  | CNS                                                | Telefone de Contato<br><b>(83) 993098622</b> |
| Mãe<br><b>NILZA CONSTANTINO DOS SANTOS</b>                                                                                                                                                                                                                        |                                          |                                           | Prontuário                                         |                                              |
| Endereço<br><b>MANOEL ALVES DE SOUSA, 190</b>                                                                                                                                                                                                                     |                                          | Bairro<br><b>CENTRO</b>                   | Município<br><b>PILÕESINHOS</b>                    | UF<br><b>PB</b>                              |
| Acidente<br><b>VEICULO X MOTO</b>                                                                                                                                                                                                                                 | Motivo<br><b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b> | Profissional<br><b>BRUNO DE LUNA ROMA</b> | Nº Cons. Regional<br><b>10075/PB</b>               |                                              |
| Data/Hora Classificação<br><b>08/09/2018 15:08:08</b>                                                                                                                                                                                                             |                                          |                                           | Data/Hora Prescrição<br><b>08/09/2018 22:04:38</b> |                                              |
| <b>Anamnese</b>                                                                                                                                                                                                                                                   |                                          |                                           |                                                    |                                              |
| Feito redução inconflua da luxação do quadril direito sem intercorrência feito por Dr. Thales Seabra<br>- tificado estabilidade do quadril direito pós-redução<br>- solicito TC da bacia para avaliação<br>- internação hospitalar orientado por Dr. Edson Tinoco |                                          |                                           |                                                    |                                              |
| <b>DIETA</b>                                                                                                                                                                                                                                                      |                                          |                                           |                                                    |                                              |
| DIETA LIVRE, VIA ORAL                                                                                                                                                                                                                                             |                                          |                                           |                                                    |                                              |
| <b>MEDICAÇÃO</b>                                                                                                                                                                                                                                                  |                                          |                                           |                                                    |                                              |
| AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H                                                                                                                                                                                                  |                                          |                                           |                                                    |                                              |
| Diluir                                                                                                                                                                                                                                                            |                                          |                                           |                                                    |                                              |
| DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 6/6H                                                                                                                                                                                                |                                          |                                           |                                                    |                                              |
| AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 8/8H                                                                                                                                                                                                  |                                          |                                           |                                                    |                                              |
| Diluir                                                                                                                                                                                                                                                            |                                          |                                           |                                                    |                                              |
| ONDANSETRONA 8MG/4ML (AMPOLA 4ML), ADMINISTRAR 8,0 ML VIA E.V., 8/8H, SE NECESSÁRIO SE NAUSEAS (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 24,0)                                                                                                                                         |                                          |                                           |                                                    |                                              |
| PTOPRIL 25 MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 25,0 MG VIA ORAL, AGORA, (OBSERVAÇÕES: SE PAS > 160 OU PAD > 110 ;<br>ISAR PLANTONISTA DE PAS > 200)                                                                                                                        |                                          |                                           |                                                    |                                              |
| SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 2000,0 ML VIA E.V., 24H, 0,0 (MGTSM)                                                                                                                                                                         |                                          |                                           |                                                    |                                              |
| OMEPRAZOL 20MG CÁPSULA, ADMINISTRAR 40,0 MG VIA ORAL, 1X AO DIA, (OBSERVAÇÕES: EM JEJUM, PELA MANHÃ) *                                                                                                                                                            |                                          |                                           |                                                    |                                              |
| GLICOSE 50% SOLUÇÃO INJETÁVEL (AMPOLA 10ML), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., AGORA, 0,0 (MGTSM) (OBSERVAÇÕES: SE<br>HGT <60)                                                                                                                                        |                                          |                                           |                                                    |                                              |
| SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V., 8/8H, 0,0 (MGTSM)                                                                                                                                                                         |                                          |                                           |                                                    |                                              |
| Diluir                                                                                                                                                                                                                                                            |                                          |                                           |                                                    |                                              |
| TRAMADOL 50MG /ML INJETÁVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 8/8H, SE NECESSÁRIO SE DOR INTENSA<br>(DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 6,0)                                                                                                                            |                                          |                                           |                                                    |                                              |
| SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V., 12/12H, 0,0 (MGTSM)                                                                                                                                                                       |                                          |                                           |                                                    |                                              |
| Diluir                                                                                                                                                                                                                                                            |                                          |                                           |                                                    |                                              |
| CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., 12/12H                                                                                                                                                                                         |                                          |                                           |                                                    |                                              |
| HEPARINA SODICA 5.000UI/0,25ML (AMPOLA 0,25 A 0,30ML) - ALTO RISCO, ADMINISTRAR 0,25 ML VIA S.C., 12/12H, 0,0 (MGTSM)                                                                                                                                             |                                          |                                           |                                                    |                                              |
| <b>CUIDADOS</b>                                                                                                                                                                                                                                                   |                                          |                                           |                                                    |                                              |
| CURATIVO (OBSERVAÇÕES DIÁRIAS)                                                                                                                                                                                                                                    |                                          |                                           |                                                    |                                              |
| Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES em 08/09/2018 15:09:59                                                                                                                                                                                        |                                          |                                           |                                                    |                                              |
| HGT 6/6HS                                                                                                                                                                                                                                                         |                                          |                                           |                                                    |                                              |



|                                                                                    |
|------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIO E MOTORA</b>                                          |
| INSULINA REGULAR CONFORME HGT                                                      |
| SSVV + CCGG                                                                        |
| <b>EXAME LABORATORIAL</b>                                                          |
| HEMOGRAMA COMPLETO                                                                 |
| COAGULOGRAMA COMPLETO                                                              |
| UREIA                                                                              |
| CREATININA                                                                         |
| <b>EXAME DE IMAGEM</b>                                                             |
| TOMÓGRAFIA COMPUTADORIZADA DE BACIA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: COM RECONSTRUÇÃO EM 3D) |
| <b>Conduta</b>                                                                     |
| Internar Paciente                                                                  |

FÉLYPE CONSTANTINO DOS SANTOS

BRUNO DE LIMA ROMA  
(CRM: 100757/6)



08/09/2018

172.16.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&amp;imprimirDadosAnteriores=N&amp;perform=imprimir&amp;id=383149&amp;pesquisa=S&amp;pe...



Área Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBA

## ÁREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel:

CNES: 6121221

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                    |                                                       |                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| Paciente<br><b>FELIPE CONSTANTINO DOS SANTOS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | BAE<br><b>1107014</b>                              | Data/Hora Entrada<br><b>08/09/2018 15:08:08</b>       | Data Baixa                        |
| Data de nascimento<br><b>03/09/1997</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Idade<br><b>21a 5d</b>                             | Sexo<br><b>Masculino</b>                              | CNS                               |
| Mãe<br><b>NIIZA CONSTANTINO DOS SANTOS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Telefone de Contato<br><b>(83) 993096622</b>       |                                                       | Prontuário                        |
| Endereço<br><b>MANOEL ALVES DE SOUSA, 190</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Bairro<br><b>CENTRO</b>                            | Município<br><b>PILOEZINHOS</b>                       | UF<br><b>PB</b>                   |
| Acidente<br><b>VEICULO X MOTO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Motivo<br><b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>           | Profissional<br><b>CICERO LUDGERO ALCINDO DE MELO</b> | Nº Cons. Regional<br><b>6311/</b> |
| Data/Hora Classificação<br><b>08/09/2018 15:08:08</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Data/Hora Prescrição<br><b>08/09/2018 15:20:14</b> |                                                       |                                   |
| <b>Anamnese</b><br>PACIENTE VITIMA DE COLISAO CARRO X MOTO, TRAZIDO PELO SAMU, EM USO DE CAPACETE, RESENTANDO DOR EM MID. NEGA PERDA DA CONSCIENCIA, VOMITOS E NAUSEAS.<br>A: VIAS AEREAS PERVEAS<br>EM AR AMBIENTE<br>HEMODINAMICAMENTE ESTAVEL<br>D: GCS: 15, PUPILAS FOTORREAGENTES, COM EDEMA PERIORBITAL BILATERAL<br>E: DOR EM MID, SEM MOBILIZAÇÃO, COM LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS, SEM QUEIXAS NOS OUTROS APARELHOS.<br>CD: SOLICITO RX DE BACIA<br>SOLICITO RX DE COXO-FEMURAL DIREITA<br>AVALIAÇÃO DA ORTOPEDIA<br>ALTA DA CIRURGIA GERAL |                                                    |                                                       |                                   |
| <b>CUIDADOS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                    |                                                       |                                   |
| SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                    |                                                       |                                   |
| <b>EXAME DE IMAGEM</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                    |                                                       |                                   |
| RADIOGRAFIA DE BACIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                    |                                                       |                                   |
| RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO COXO-FEMORAL DIREITA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                    |                                                       |                                   |
| <b>CID10</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                    |                                                       |                                   |
| Código                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Descrição                                          |                                                       |                                   |
| T14.9                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Traumatismo não especificado                       |                                                       |                                   |
| <b>Conduta</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                    |                                                       |                                   |
| Em observação                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                    |                                                       |                                   |

FELIPE CONSTANTINO DOS SANTOS

CICERO LUDGERO ALCINDO DE MELO  
(CRM: 6311/)

Boletim registrado por: FLAVIA MARIA RODRIGUES SILVEIRA DE MORAIS em 08/09/2018 15:09:59

http://172.16.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&amp;imprimirDadosAnteriores=N&amp;perform=imprimir&amp;id=383149&amp;pesquisa=S&amp;perform=im... 1/1



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 25/09/2020 11:11:40

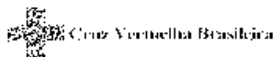
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092511114035800000033223439

Número do documento: 20092511114035800000033223439

Num. 34753026 - Pág. 18

08/09/2018

172.16.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&amp;imprimirDadosAnteriores=N&amp;perform=imprimir&amp;id=383176&amp;pesquisa=S&amp;po...

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBA

## AREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel:

CNES: 6121221

|                                                                          |                                          |                                                       |                                                 |                                              |
|--------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| Paciente<br><b>FELIPE CONSTANTINO DOS SANTOS</b>                         |                                          | BAE<br><b>1107014</b>                                 | Data/Hora Entrada<br><b>08/09/2018 15:08:08</b> | Data Baixa<br>.                              |
| Data de nascimento<br><b>03/09/1997</b>                                  | Idade<br><b>21a 5d</b>                   | Sexo<br><b>Masculino</b>                              | CNS                                             | Telefone de Contato<br><b>(83) 993098622</b> |
| Mãe<br><b>NILZA CONSTANTINO DOS SANTOS</b>                               |                                          |                                                       |                                                 | Prontuário                                   |
| Endereço<br><b>MANOEL ALVES DE SOUSA, 190</b>                            |                                          | Bairro<br><b>CENTRO</b>                               | Município<br><b>PILOEZINHOS</b>                 | UF<br><b>PB</b>                              |
| Acidente<br><b>VEICULO X MOTO</b>                                        | Motivo<br><b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b> | Profissional<br><b>CICERO LUDGERO ALCINDO DE MELO</b> | Nº Cons. Regional<br><b>63117</b>               |                                              |
| Data/Hora Classificação<br><b>08/09/2018 15:08:08</b>                    |                                          | Data/Hora Prescrição<br><b>08/09/2018 16:10:39</b>    |                                                 |                                              |
| <b>Anamnese</b>                                                          |                                          |                                                       |                                                 |                                              |
| SOLICITO FAST + RX DE TÓRAX<br>AVALIAÇÃO PELA CIRURGIA GERAL APÓS EXAMES |                                          |                                                       |                                                 |                                              |
| <b>EXAME DE IMAGEM</b>                                                   |                                          |                                                       |                                                 |                                              |
| _TRASSONOGRAFIA - FAST                                                   |                                          |                                                       |                                                 |                                              |
| RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)                                                |                                          |                                                       |                                                 |                                              |
| <b>Conduta</b>                                                           |                                          |                                                       |                                                 |                                              |
| Em observação                                                            |                                          |                                                       |                                                 |                                              |

FELIPE CONSTANTINO DOS SANTOS

CICERO LUDGERO ALCINDO DE MELO  
(CRM: 63117)

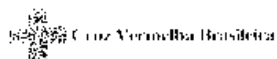
Boletim registrado por FLAVIA MARIA RODRIGUES SILVEIRA DE MORAIS em 08/09/2018 15:09:59

http://172.16.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&amp;imprimirDadosAnteriores=N&amp;perform=imprimir&amp;id=383176&amp;pesquisa=S&amp;perform=im... 1/1



18/09/2018

172.16.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&amp;imprimirDadosAnteriores=N&amp;perform=imprimir&amp;id=383302&amp;pesquisa=S&amp;pe...

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBA

## CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/n, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

|                                                                                                                                                                 |                                          |                                                    |                                                 |                                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| Paciente<br><b>FELIPE CONSTANTINO DOS SANTOS</b>                                                                                                                |                                          | BAE<br><b>1107014</b>                              | Data/Hora Entrada<br><b>08/09/2018 15:08:08</b> | Data Saída                                   |
| Data de nascimento<br><b>03/09/1997</b>                                                                                                                         | Idade<br><b>21a 5d</b>                   | Sexo<br><b>Masculino</b>                           | CNS                                             | Telefone de Contato<br><b>(83) 993098622</b> |
| Mãe<br><b>NILZA CONSTANTINO DOS SANTOS</b>                                                                                                                      |                                          |                                                    |                                                 | Prontuário                                   |
| Endereço<br><b>MANOEL ALVES DE SOUSA, 190</b>                                                                                                                   |                                          | Bairro<br><b>CENTRO</b>                            | Município<br><b>PILÔZINHOS</b>                  | UF<br><b>PB</b>                              |
| Acidente<br><b>VEICULO X MOTO</b>                                                                                                                               | Motivo<br><b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b> | Profissional<br><b>RAIFF LEITE SOARES</b>          | Nº Cons. Regional<br><b>9350/PB</b>             |                                              |
| Data/Hora Classificação<br><b>08/09/2018 15:08:08</b>                                                                                                           |                                          | Data/Hora Prescrição<br><b>08/09/2018 19:57:22</b> |                                                 |                                              |
| <b>Anamnese</b>                                                                                                                                                 |                                          |                                                    |                                                 |                                              |
| SOLICITO FAST + RX DE TÓRAX<br>AVALIAÇÃO PELA CIRURGIA GERAL APÓS EXAMES                                                                                        |                                          |                                                    |                                                 |                                              |
| # Ortopedia<br>Paciente de acidente de moto, com dor em quadril dir.<br>RX com fratura-luxação do quadril dir.<br>Conduta: solicito sala para redução inconflua |                                          |                                                    |                                                 |                                              |
| <b>CID10</b>                                                                                                                                                    |                                          |                                                    |                                                 |                                              |
| Código                                                                                                                                                          | Descrição                                |                                                    |                                                 |                                              |
| S73.0                                                                                                                                                           | Luxação da articulação do quadril        |                                                    |                                                 |                                              |
| <b>Conduta</b>                                                                                                                                                  |                                          |                                                    |                                                 |                                              |
| Em observação                                                                                                                                                   |                                          |                                                    |                                                 |                                              |

FELIPE CONSTANTINO DOS SANTOS

Dr. Raiff Leite Soares  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PB 9350  
Tel: 15943RAIFF LEITE SOARES  
(CRM: 9350/PB)

Boletim registrado por: FLAVIA MARIA RODRIGUES SILVEIRA DE MORAIS em 08/09/2018 15:09:58

http://172.16.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&amp;imprimirDadosAnteriores=N&amp;perform=imprimir&amp;id=383302&amp;pesquisa=S&amp;perform=im... 1/1



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 25/09/2020 11:11:40

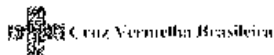
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092511114035800000033223439

Número do documento: 20092511114035800000033223439

Num. 34753026 - Pág. 20

08/09/2018

172.16.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?control=7&amp;imprimirDadosAnteriores=N&amp;perform=imprimir&amp;id=383149&amp;pesquisa=S&amp;pa...

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBA

## AREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB. 58031090

Tel:

CNES: 6121221

|                                                       |                                          |                                                       |                                                 |                                              |
|-------------------------------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| Paciente<br><b>FELIPE CONSTANTINO DOS SANTOS</b>      |                                          | BAE<br><b>1107014</b>                                 | Data/Hora Entrada<br><b>08/09/2018 15:08:08</b> | Data Baixa                                   |
| Data de nascimento<br><b>03/09/1997</b>               | Idade<br><b>21a 5d</b>                   | Sexo<br><b>Masculino</b>                              | CNS                                             | Telefone do Contato<br><b>(83) 993098622</b> |
| Mãe<br><b>NILZA CONSTANTINO DOS SANTOS</b>            |                                          |                                                       | Proibido                                        |                                              |
| Endereço<br><b>MANOEL ALVES DE SOUSA, 190</b>         |                                          | Bairro<br><b>CENTRO</b>                               | Município<br><b>PILÕESINHOS</b>                 | UF<br><b>PB</b>                              |
| Acidente<br><b>VEICULO X MOTO</b>                     | Motivo<br><b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b> | Profissional<br><b>CICERO LUDGERO ALCINDO DE MELO</b> | Nº Cons. Regional<br><b>63111</b>               |                                              |
| Data/Hora Classificação<br><b>08/09/2018 15:08:08</b> |                                          | Data/Hora Prescrição<br><b>08/09/2018 15:20:14</b>    |                                                 |                                              |

## Anamnese

PACIENTE VITIMA DE COLISAO CARRO X MOTO, TRAZIDO PELO SAMU, EM USO DE CAPACETE, RESENTANDO DOR EM MID. NEGA PERDA DA CONSCIENCIA, VOMITOS E NAUSEAS.

A. VIAS AEREAS PERVEAS

B. EM AR AMBIENTE

C. HEMODINAMICAMENTE ESTAVEL

D. GCS: 15, PUPILAS FOTORREAGENTES, COM EDEMA PERIORBITAL BILATERAL

E. DOR EM MID, SEM MOBILIZAÇÃO, COM LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS, SEM QUEIXAS NOS OUTROS APARELHOS.

CD: SOLICITO RX DE BACIA

SOLICITO RX DE COXO-FEMURAL DIREITA

AVALIAÇÃO DA ORTOPEDIA

ALTA DA CIRURGIA GERAL

## CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA

## EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE BACIA

RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO COXO-FEMORAL DIREITA

## CID10

| Código | Descrição                    |
|--------|------------------------------|
| I14.9  | Traumatismo não especificado |

## Conduta

Em observação

FELIPE CONSTANTINO DOS SANTOS

CICERO LUDGERO ALCINDO DE MELO  
(CRM: 63111)

Boletim registrado por: FLAVIA MARIA RODRIGUES SILVEIRA DE MORAIS em 08/09/2018 15:09:59

http://172.16.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?control=7&amp;imprimirDadosAnteriores=N&amp;perform=imprimir&amp;id=383149&amp;pesquisa=S&amp;perform=im... 1/1



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 25/09/2020 11:11:40

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092511114035800000033223439

Número do documento: 20092511114035800000033223439

Num. 34753026 - Pág. 21



REGISTRO DE UTILIZAÇÃO DE MATERIAIS  
ÓRTESES PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME

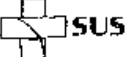
Número: 1107014 Data: 19/09/18  
Paciente: Felipe Constantino dos Santos Reposição: 1  
Procedimento: TC acetabulo MTO  
SUS: ☒ Não SUS ☐  
Médico: DRE Jensen + Pedro

| DISPENSACÃO CME |                                                                                      |                              |            |       |
|-----------------|--------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|------------|-------|
| FORNECEDOR      | DESCRIÇÃO DO PRODUTO                                                                 | QUANTIDADE                   | CÓDIGO SUS | MARCA |
| TMC             | CX 35 =<br>Placa em T 3x2<br>Parafuso central N° 26<br>Paraf. Lateral N° 45<br>N° 35 | (01)<br>(02)<br>(01)<br>(01) |            |       |
|                 |                                                                                      |                              |            |       |
|                 |                                                                                      |                              |            |       |
|                 |                                                                                      |                              |            |       |
|                 |                                                                                      |                              |            |       |
|                 |                                                                                      |                              |            |       |
|                 |                                                                                      |                              |            |       |

| DISPENSACÃO - FARMÁCIA |                       |            |            |       |
|------------------------|-----------------------|------------|------------|-------|
| FORNECEDOR             | DESCRIÇÃO DO PRODUTO  | QUANTIDADE | CÓDIGO SUS | MARCA |
| B. Brown               | Aguilha de Placa A 50 | (01)       |            |       |
|                        |                       |            |            |       |
|                        |                       |            |            |       |
|                        |                       |            |            |       |
|                        |                       |            |            |       |
|                        |                       |            |            |       |
|                        |                       |            |            |       |

ASSINATURA DO MÉDICO - CRM: 26628 ASSINATURA DO FARMACÊUTICO: [assinatura]  
ASSINATURA DO CIRCULANTE RESPONSÁVEL: [assinatura]

F(NG)/APC.013-2

|                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                               |                                                                                                         |                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|
|                                                                                                                                                                                      | Sistema Único de Saúde<br>Ministério da Saúde | <b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)</b> | Folha<br>1/2           |
| <b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b>                                                                                                                                                                                                                      |                                               |                                                                                                         |                        |
| 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE                                                                                                                                                                                                                               |                                               | 2 - CNES                                                                                                |                        |
| 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXISTENTE                                                                                                                                                                                                                                 |                                               | 4 - CNES                                                                                                |                        |
| <b>Identificação do Paciente</b>                                                                                                                                                                                                                                      |                                               |                                                                                                         |                        |
| 5 - NOME DO PACIENTE                                                                                                                                                                                                                                                  |                                               | 6 - Nº DO PRONTUÁRIO                                                                                    |                        |
| 7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)                                                                                                                                                                                                                                    |                                               | 8 - DATA DE NASCIMENTO                                                                                  |                        |
| 9 - SEXO                                                                                                                                                                                                                                                              |                                               | 10 - Nº DO TELEFONE DE CONTATO                                                                          |                        |
| 11 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL                                                                                                                                                                                                                                       |                                               | 12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)                                                                         |                        |
| 13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA                                                                                                                                                                                                                                          |                                               | 14 - CDD. IBGE, MUNICÍPIO                                                                               |                        |
| 15 - UF                                                                                                                                                                                                                                                               |                                               | 16 - CEP                                                                                                |                        |
| 17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)                                                                                                                                                                                                             |                                               |                                                                                                         |                        |
| <b>MUDANÇA DE PROCEDIMENTO</b>                                                                                                                                                                                                                                        |                                               |                                                                                                         |                        |
| 18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR                                                                                                                                                                                                                  |                                               | 19 - CDD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR                                                                    |                        |
| 20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA                                                                                                                                                                                                                   |                                               | 21 - CDD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA                                                                     |                        |
| 22 - DIAGNÓSTICO INICIAL                                                                                                                                                                                                                                              |                                               | 23 - CID 10 PRINCIPAL                                                                                   | 24 - CID 10 SECUNDÁRIO |
|                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                               | 25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS                                                                           |                        |
| <b>SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)</b>                                                                                                                                                                                                                   |                                               |                                                                                                         |                        |
| 26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL                                                                                                                                                                                                                              |                                               | 27 - CDD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL                                                                     |                        |
| 28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTILIZAÇÃO DIÁRIA DE ACOMPANHANTE<br><input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTILIZAÇÃO I <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTILIZAÇÃO II <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTILIZAÇÃO III |                                               |                                                                                                         |                        |
| 29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL                                                                                                                                                                                                                               |                                               | 30 - CDD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL                                                                      | 31 - CDD.              |
| 32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL                                                                                                                                                                                                                               |                                               | 33 - CDD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL                                                                      | 34 - CDD.              |
| 35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL                                                                                                                                                                                                                               |                                               | 36 - CDD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL                                                                      | 37 - CDD.              |
| 38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO<br>Agulha de Fleco A-50 (ca).<br>Cx 3,5 = Placa em T 3x2<br>Parafuso cortical Nº 26 (02)<br>" " " Nº 45 (01)<br>" " " Nº 35 (01)                                                                                                    |                                               |                                                                                                         |                        |
| <b>PROFISSIONAL SOLICITANTE</b>                                                                                                                                                                                                                                       |                                               |                                                                                                         |                        |
| 39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE                                                                                                                                                                                                                                 |                                               | 40 - DATA DA SOLICITAÇÃO                                                                                |                        |
| 41 - DOCUMENTO                                                                                                                                                                                                                                                        |                                               | 42 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE                                              |                        |
| 43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)                                                                                                                                                                                                                |                                               | 44 - DATA DA AUTORIZAÇÃO                                                                                |                        |
| <b>AUTORIZAÇÃO</b>                                                                                                                                                                                                                                                    |                                               |                                                                                                         |                        |
| 45 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR                                                                                                                                                                                                                                 |                                               | 46 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR                                              |                        |
| 47 - DOCUMENTO                                                                                                                                                                                                                                                        |                                               | 48 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR                                              |                        |
| 49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)                                                                                                                                                                                                                |                                               | 50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO                                                                                |                        |





## RELATÓRIO DE CIRURGIA

H.E.T.S.H.

NOME: **ANTONIO CARNEIRO** BE/PRONTUÁRIO: **1101690**  
IDADE: **40** SEXO: ☒ MASC ☐ FEM COR: **BRANCO** DATA: **19/9/2018**  
CLÍNICA / SETOR: **ORTOPEDIA** EMP: **LR**  
CIRURGIA: **TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE ACETABULO DIREITO**  
CIRURGIÃO: **DR UMBERTO JANSEN** 1ª ASS: **DR SANTINO**  
2ª ASS: **MRZ PEDRO HENRIQUE** 3ª ASS:   
INSTRUMENTADOR:  ANESTESISTA: **DRA. GIZEUDA**  
TIPO DE ANESTESIA: **RAQUIANESTESIA** HORÁRIO INÍCIO:  TÉRMINO:

| DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO   | CID |
|------------------------------|-----|
| FRATURA DE ACETABULO DIREITO |     |
|                              |     |
|                              |     |
|                              |     |
|                              |     |

| PROCEDIMENTOS CIRURGICOS                             | CÓDIGO |
|------------------------------------------------------|--------|
| TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE ACETABULO DIREITO |        |
|                                                      |        |
|                                                      |        |
|                                                      |        |
|                                                      |        |

ACIDENTE PRECEDENTE AO CIRÚRGICO: ☐ SIM ☒ NÃO  
DESCRIÇÃO:   
BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO: ☐ SIM ☒ NÃO

## ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

☒ ENFERMARIA ☐ TERAPIA INTENSIVA  
☐ REABILITAÇÃO ☐ OUTRO DESENVOLVIMENTO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM:  DATA: **19/9/2018**

Dr. Suelio Moreira Torres  
Médico  
CRM: 10575





## RELATÓRIO DE CIRURGIA

| DESCRIÇÃO DA CIRURGIA                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------------|
| Posição e Preparo:                                                            |
| PACIENTE EM DECUBITO DORSAL LATERAL ESQUERDO SOB ANESTESIA                    |
| ASSEPSIA E ANTISSEPSIA                                                        |
| APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS                                                 |
| Incisão:                                                                      |
| VIA DE ACESSO POSTERIOR DO QUADRIL DIREITO                                    |
| AVULSAO, DIVULSAO E DISSECCAO POR PLANOS ANATOMICOS                           |
| HEMOSTASIA                                                                    |
| Achados:                                                                      |
| FRATURA DE ACETÁBULO DIREITO                                                  |
| Condução:                                                                     |
| REDUÇÃO CRUENTA DA FRATURA                                                    |
| FIXAÇÃO E ESTABILIZAÇÃO COM PLACA EM T 3X2 DA CAIXA 3,5 + PARAFUSOS CORTICAIS |
| REVISÃO DE HEMOSTASIA                                                         |
| LAVAGEM EXAUSTIVA COM SF 0,9%                                                 |
| FECHAMENTO POR PLANOS ANATOMICOS                                              |
| CURATIVOS                                                                     |
| RX DE CONTROLE                                                                |
| Fechamento:                                                                   |
| Observação:                                                                   |

Médico/CRM:

*Suelio Moreira Torres*  
Médico  
CRM-PB 10575

João Pessoa,

23/3/2018



[illegible]

FCI-XG1 ASCTM 1121.



10000000

FICHA DE ANESTESIA

DATA: 19/09/18

PRONTUÁRIO: 1109014

PACIENTE: Felipe Constantino dos Santos SEXO: M COR: IDADE: 21 anos

PRESSÃO ARTERIAL: 70/40 PULSO: 70 RESPIRAÇÃO: Espontânea TEMPERATURA: 36,5 PESO: 70 GRUPO SANGÜÍNEO: B

ESTADO GERAL: ( ) BOM (X) REGULAR ( ) MAU ( ) PÉSSIMO RISCO CIRÚRGICO: ( ) BOM (X) REGULAR ( ) MAU ( ) PÉSSIMO

EXAMES COMPLEMENTARES: VNP

AP. RESPIRATÓRIO: Espontâneo AP. CIRCULATÓRIO: Estável

AP. DIGESTIVO: Bom ESTADO MENTAL: L.O.T.6 DROGAS EM USO: Nenhum

PRÉ-ANESTÉSICO: Nenhum ESTADO FÍSICO (ASA): ASA I

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura da acetábula (B)

CIRURGIA REALIZADA: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE ACETÁBULO

CIRURGIÃO: Dr. Jansen AUXILIARES: Dr. Santos

INÍCIO DA ANESTESIA: 13:30 TÉRMINO DA ANESTESIA: 15:00 DURAÇÃO DA ANESTESIA: 1h 30min

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: QUANT. DE CH.: VALORES RS:

ANESTESISTA: Dr. Gusmão / RCF Lusa CRM-PB

| TEMPO      | 13:30  | 14:30  | 15:30  | 16:30  | 17:30  | 18:30  | 19:30  | 20:30  | 21:30  | 22:30  | 23:30  | 24:30  |
|------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| PA         | 100/60 | 100/60 | 100/60 | 100/60 | 100/60 | 100/60 | 100/60 | 100/60 | 100/60 | 100/60 | 100/60 | 100/60 |
| FC         | 70     | 70     | 70     | 70     | 70     | 70     | 70     | 70     | 70     | 70     | 70     | 70     |
| SpO2       | 100%   | 100%   | 100%   | 100%   | 100%   | 100%   | 100%   | 100%   | 100%   | 100%   | 100%   | 100%   |
| ETCO2      | 35     | 35     | 35     | 35     | 35     | 35     | 35     | 35     | 35     | 35     | 35     | 35     |
| TEMP       | 36,5   | 36,5   | 36,5   | 36,5   | 36,5   | 36,5   | 36,5   | 36,5   | 36,5   | 36,5   | 36,5   | 36,5   |
| DIAPHRAGMA | 10     | 10     | 10     | 10     | 10     | 10     | 10     | 10     | 10     | 10     | 10     | 10     |
| AVERTORES  |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |

ANESTESIA GERAL ☒ RAQUIDIANA ☐ GERAL ☐ BLOCO PLEXO ☐ BLOCO NERVOS ☐ OUTROS ☐  
 Bloqueio femoral + Raquidiana Lomber (sentada)  
 MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

|    |                       |    |
|----|-----------------------|----|
| 1  | Bupivacaína 0,5% 20ml | 13 |
| 2  | Artropia 20mg         | 14 |
| 3  | Lidocaína 2%          | 15 |
| 4  | Bupivacaína 0,5% 10mg | 16 |
| 5  | Clonitazema 10mg      | 17 |
| 6  | Diazepam 10mg         | 18 |
| 7  | Clonitazema 10mg      | 19 |
| 8  |                       | 20 |
| 9  |                       |    |
| 10 |                       |    |

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO: Anestesia geral com bloqueio raquidiano Lomber (sentada). Indução com etomidato 0,3mg/kg e manutenção com etomidato 0,2mg/kg. Bloqueio raquidiano com bupivacaína 0,5% e artropia 20mg. Monitorização com SpO2, ETCO2, PA, FC, TEM. Anestesia mantida com etomidato 0,2mg/kg. Anestesia terminada com naloxona 0,4mg. Paciente acordado e estável.





Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim  
João Pessoa - PB - CEP: 58031-090  
CNES: 2593262  
Telefone: (83) 3216-5736 / (83) 3216-5775

Sr(a): **FELIPE CONSTANTINO DOS SANTOS**  
Idade: **21 ANOS**  
RA: **0010002103 BE: 1107014** Dt Coleta: **18/09/2018 - 07:30:17**  
Dr(a): **FRANCINELIO DE SOUSA FREITAS/9603**  
Setor: **POSTO 1B - ENF 12**  
Emissão: **18/09/2018 - 11:27:12**

# **HEMOGRAMA COMPLETO**

## **ERITROGRAMA**

|             | VALORES ENCONTRADOS | VALOR DE REFERÊNCIA                                                          |                  |
|-------------|---------------------|------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| Eritrócitos | 4,5                 | Homens:<br>1 a 12 anos: 3,8 - 5,4<br>13 ou maior: 4,4 - 6,1                  | /mm <sup>3</sup> |
| Hemoglobina | 13,6                | Mulheres:<br>1 a 12 anos: 3,8 - 5,4<br>13 ou maior: 4,2 - 5,4<br>12,0 - 15,0 | g/dL             |
| Hematócrito | 40,3                | 36 - 45                                                                      | %                |
| V.C.M.      | 89,5                | Crianças: 77 - 95<br>Adultos: 80 - 98                                        | u3               |
| H.C.M.      | 30,1                | 25,0 - 35,0                                                                  | pg               |
| C.H.C.M.    | 34,0                | 31,0 - 36,0                                                                  | g/dL             |
| RDW         | 10,3                | 11,5 - 14,5                                                                  |                  |

## **LEUCOGRAMA**

|             |       |              |                  |
|-------------|-------|--------------|------------------|
| Leucócitos  | 6710  | 3800 - 10000 | /mm <sup>3</sup> |
| Bastonetes  | 0,00  | 0 - 5        | 0 - 500          |
| Segmentados | 69,07 | 46-67        | 1.020-6.700      |
| Eosinófilos | 3,36  | 225          | 36 - 500         |
| Basófilos   | 0,00  | 0            | 0 - 220          |
| linfócitos  | 19,85 | 1332         | 900 - 3500       |
| monócitos   | 7,72  | 518          | 2-10 - 72-1000   |

Série Branca: Leucócitos morfológicamente conservados.

PLAQUETAS 293,000 140.000 - 450.000 /mm<sup>3</sup>

Resultados Anteriores: 09/09/18 (224,000)

Método: AUTOMACAO URIT  
Material: SANGUE TOTAL (XHM EDTA)

Liberado por: FLAVIO GONÇALVES DA SILVA - CRBM: 4942

18/09/2018 11:28:20

Assinado por: FLAVIO GONÇALVES DA SILVA - CRBM: 4942

A interpretação de qualquer resultado laboratorial requer correlação de dados clínico-epidemiológicos, devendo ser realizada apenas pelo(a) médico(s), em contato com o laboratório.





Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim  
João Pessoa - PB - CEP: 58031-090  
CNPJ: 2593262  
Telefone: (83) 3216-5736 / (83) 3216-5775

Página 1/3

Sr(a): **FELIPE CONSTANTINO DOS SANTOS**  
Idade: 21 ANOS  
RA: 0010002103 BE: 1107014 Dt Coleta: 18/09/2018 - 07:30:17  
Dir(a): FRANCINELIO DE SOUSA FREITAS/9603  
Setor: POSTO 1B - ENF 12  
Emissão: 18/09/2018 - 11:27:12

| GLICEMIA                                  |     | Valor(es) de referência                              |                     |
|-------------------------------------------|-----|------------------------------------------------------|---------------------|
| Resultado                                 | 106 | 60,0 a 99,0                                          | mg/dL               |
| Método: AUTOMAÇÃO - PKL<br>Material: SORO |     |                                                      |                     |
|                                           |     | Liberado por: FLAVIO GONÇALVES DA SILVA - CRBM: 4942 | 18/09/2018 11:28:20 |

| IONOGRAMA                           |       | Valor(es) de referência                                                 |                     |
|-------------------------------------|-------|-------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| ÍNDICE                              | 140,0 | 133 a 150                                                               | mmol/L              |
| Método: ELETRÔDO ION SELETIVO (ISE) |       |                                                                         |                     |
| POTÁSSIO                            | 4,1   | 3,5 a 5,1                                                               | mmol/L              |
| Método: ELETRÔDO ION SELETIVO (ISE) |       |                                                                         |                     |
| CÁLCIO                              | 8,9   | 8,5 a 11,0                                                              | mg/dL               |
| Método: AUTOMAÇÃO (PKL)             |       |                                                                         |                     |
| CLORETO                             | 105,6 | 95 a 105                                                                | mEq/L               |
| Método: ELETRÔDO ION SELETIVO (ISE) |       |                                                                         |                     |
| FÓSFORO                             | 4,3   | Menores de 1 ano: Até 13,0<br>Crianças: 3,0 a 7,0<br>Adultos: 2,5 a 4,8 | mg/dL               |
| Método: AUTOMAÇÃO (PKL)             |       |                                                                         |                     |
| MAGNÉSIO                            | 1,3   | 1,9 a 2,5                                                               | mg/dL               |
| Método: AUTOMAÇÃO (PKL)             |       |                                                                         |                     |
| Material: SORO                      |       |                                                                         |                     |
|                                     |       | Liberado por: FLAVIO GONÇALVES DA SILVA - CRBM: 4942                    | 18/09/2018 11:28:20 |

| UREATININA                             |      | Valor(es) de referência                              |                     |
|----------------------------------------|------|------------------------------------------------------|---------------------|
| Resultado                              | 1,12 | Homens: 0,7 a 1,2<br>Mulheres: 0,5 a 1,0             | mg/dL               |
| Resultados Anteriores: 09/09/18 (0,83) |      |                                                      |                     |
| Método: AUTOMAÇÃO (PKL)                |      |                                                      |                     |
| Material: SORO                         |      |                                                      |                     |
|                                        |      | Liberado por: FLAVIO GONÇALVES DA SILVA - CRBM: 4942 | 18/09/2018 11:28:20 |

| UREIA                                |    | Valor(es) de referência                              |                     |
|--------------------------------------|----|------------------------------------------------------|---------------------|
| Resultado                            | 45 | 10 a 45                                              | mg/dL               |
| Resultados Anteriores: 09/09/18 (44) |    |                                                      |                     |
| Método: AUTOMAÇÃO (PKL)              |    |                                                      |                     |
| Material: SORO                       |    |                                                      |                     |
|                                      |    | Liberado por: FLAVIO GONÇALVES DA SILVA - CRBM: 4942 | 18/09/2018 11:28:20 |

Assinado por: FLAVIO GONÇALVES DA SILVA - CRBM: 4942

A interpretação de qualquer resultado laboratorial requer correlação de dados clínico-epidemiológicos, devendo ser realizada apenas pelo(a) médico(a). Juvénis, entre em contato com o laboratório





Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim  
João Pessoa - PB - CEP: 58031-090  
CNES: 2593262  
Telefone: (83) 3216-5736 / (83) 3216-5775

Página 1/3

Sr(a): **FELIPE CONSTANTINO DOS SANTOS**  
Idade: **21 ANOS**  
RA: **0010002103 BE: 1107014** Dt Coleta: **18/09/2018 - 07:30:17**  
Dr(a): **FRANCINELIO DE SOUSA FREITAS/9603**  
Setor: **POSTO 1B - ENF 12**  
Emissão: **18/09/2018 - 11:27:12**

#### GLICEMIA

Resultado **106** Valor(es) de referência **60,0 a 99,0** mg/dL

Método: AUTOMAÇÃO - PKL  
Material: SORO

Liberado por: FLAVIO GONÇALVES DA SILVA - CRBM: 4942

18/09/2018 11:28:20

#### IONOGRAMA

ODIO **140,0** Valor(es) de referência **133 a 150** mmol/L

Método: ELETRODO ION SELETIVO (ISE)

POTÁSSIO **4,1** Valor(es) de referência **3,5 a 5,1** mmol/L

Método: ELETRODO ION SELETIVO (ISE)

CÁLCIO **8,9** Valor(es) de referência **8,5 a 11,0** mg/dL

Método: AUTOMAÇÃO (PKL)

CLORETO **105,6** Valor(es) de referência **95 a 105** mEq/L

Método: ELETRODO ION SELETIVO (ISE)

FÓSFORO **4,3** Menores de 1 ano: Até 13,0 mg/dL

Crianças: 3,0 a 7,0

Adultos: 2,5 a 4,8

Método: AUTOMAÇÃO (PKL)

MAGNÉSIO **1,3** Valor(es) de referência **1,9 a 2,5** mg/dL

Método: AUTOMAÇÃO (PKL)

Método: AUTOMAÇÃO (PKL)

Material: SORO

Liberado por: FLAVIO GONÇALVES DA SILVA - CRBM: 4942

18/09/2018 11:28:20

#### UREIA

Resultado **1,12** Valor(es) de referência **Homens: 0,7 a 1,2** mg/dL

Resultados Anteriores: 09/09/18 (0,92)

Método: AUTOMAÇÃO (PKL)

Material: SORO

Liberado por: FLAVIO GONÇALVES DA SILVA - CRBM: 4942

18/09/2018 11:28:20

#### UREIA

Resultado **45** Valor(es) de referência **10 a 45** mg/dL

Resultados Anteriores: 09/09/18 (44)

Método: AUTOMAÇÃO (PKL)

Material: SORO

Liberado por: FLAVIO GONÇALVES DA SILVA - CRBM: 4942

18/09/2018 11:28:20

Assinado por: FLAVIO GONÇALVES DA SILVA - CRBM: 4942

A interpretação de qualquer resultado laboratorial requer corre.

Je de dados clínico-epidemiológicos, devendo ser realizada apenas pelo(a) médico.

Unidas, entre em contato com o laboratório



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 25/09/2020 11:11:40

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092511114035800000033223439>

Número do documento: 20092511114035800000033223439

Num. 34753026 - Pág. 30



Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim  
João Pessoa - PB - CEP: 58031-090  
CNES: 2593262  
Telefone: (83) 3216-5736 / (83) 3216-5775

Página 23

Sr(a): **FELIPE CONSTANTINO DOS SANTOS**  
Idade: **21 ANOS**  
RA: **0010002103 BE: 1107014** Dt Coleta: **18/09/2018 - 07:30:17**  
Dr(a): **FRANCINELIO DE SOUSA FREITAS/9603**  
Setor: **POSTO 1B - ENF 12**  
Emissão: **18/09/2018 - 11:27:12**

#### COAGULOGRAMA COMPLETO

Valor(es) de referência

##### TEMPO DE PROTROMBINA

|                      |      |         |      |
|----------------------|------|---------|------|
| Paciente             | 13,8 | 11 a 16 | Seg. |
| TP - Controle Normal | 13,5 |         | Seg. |

Atividade Protrombínica 94,10 70 a 120 %

INR 1,02

Resultados Anteriores: 09/09/18 (1,10)

##### TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL

|                        |      |              |      |
|------------------------|------|--------------|------|
| Paciente               | 21,0 | 21 a 32      | Seg. |
| TTPA - Controle Normal | 32,0 |              | Seg. |
| Diferença              | -11  | Inferior a 8 |      |

Método: QUICK

Material: PLASMA COM CITRATO

Librado por: FLAVIO GONÇALVES DA SILVA - CRBM: 4942

18/09/2018 11:28:10

Assinado por: FLAVIO GONÇALVES DA SILVA - CRBM: 4942

A interpretação de qualquer resultado laboratorial requer correlação com dados clínico-epidemiológicos, devendo ser realizada apenas pelo(s) médico(s). Juntos, entre em contato com o laboratório.



# RELATÓRIO DE CIRURGIA

RECIBO

Nome: Felipe Contreiras dos Santos BE/Prontuário: \_\_\_\_\_  
 Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: ( ☒ ) Masculino ( ) Feminino Cor: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Clínica/Sector: Ortopedia EMP: \_\_\_\_\_ LR: \_\_\_\_\_  
 Cirurgia: Redução incremental de luxação do quadril  
 Cirurgião: M. Edson Diniz 1º Assistente: M. Thales Sampaio  
 2º Assistente: \_\_\_\_\_ 3º Assistente: \_\_\_\_\_  
 Instrumentador: \_\_\_\_\_ Anestesista: \_\_\_\_\_  
 Tipo de Anestesia: \_\_\_\_\_ Horário: Início \_\_\_\_\_ Término \_\_\_\_\_

| Diagnóstico Pós-Operatório        | CID |
|-----------------------------------|-----|
| <u>luxação do quadril direito</u> |     |
|                                   |     |
|                                   |     |
|                                   |     |
|                                   |     |
|                                   |     |

| Procedimentos Cirúrgicos                                 | Código |
|----------------------------------------------------------|--------|
| <u>Redução incremental de luxação do quadril direito</u> |        |
|                                                          |        |
|                                                          |        |
|                                                          |        |
|                                                          |        |

Acidente durante Ato Cirúrgico: ( ) Sim ( ) Não. Descrição: \_\_\_\_\_

Biopsia de Congelação: ( ) Sim ( ) Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

( ) Enfermaria ( ) Terapia Intensa ( ) Residência ( ) Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM: \_\_\_\_\_

João Pessoa, 08/09/2020



# RELATÓRIO DE CIRURGIA

*[Handwritten signature]*  
DEFEITO

| DESCRIÇÃO DA CIRURGIA                                                                                                        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Posição e Preparo: <i>Posição em DDH na ventral</i></p>                                                                   |
| <p>Incisão:</p>                                                                                                              |
| <p>Achados:</p>                                                                                                              |
| <p>Conduta: <i>Falta redução imediata da luxação do quadril direito. Verificação da estabilidade do quadril direito.</i></p> |
| <p>Fechamento:</p>                                                                                                           |
| <p>Observação: <i>Pós e contab. Solicito TC para avaliação e definição de conduta.</i></p>                                   |

*[Handwritten signature]*

João Pessoa, 08/09/2018

Médico/CRM:



REF: 1591

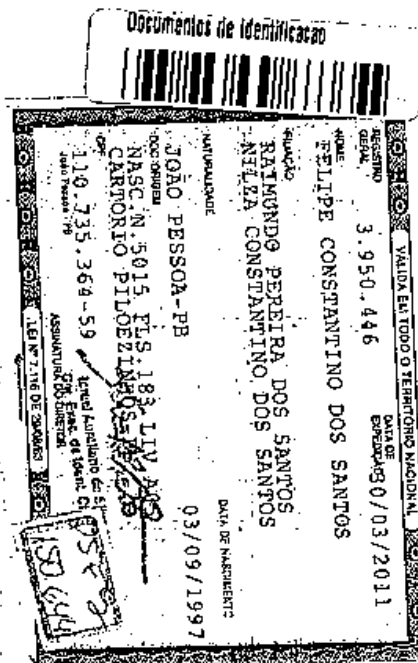
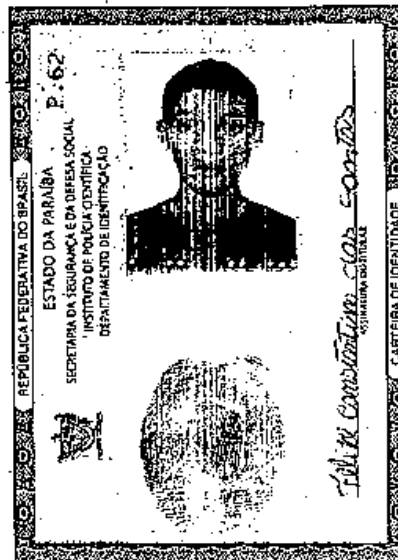
# FICHA DE ANESTESIA

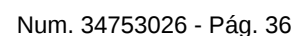
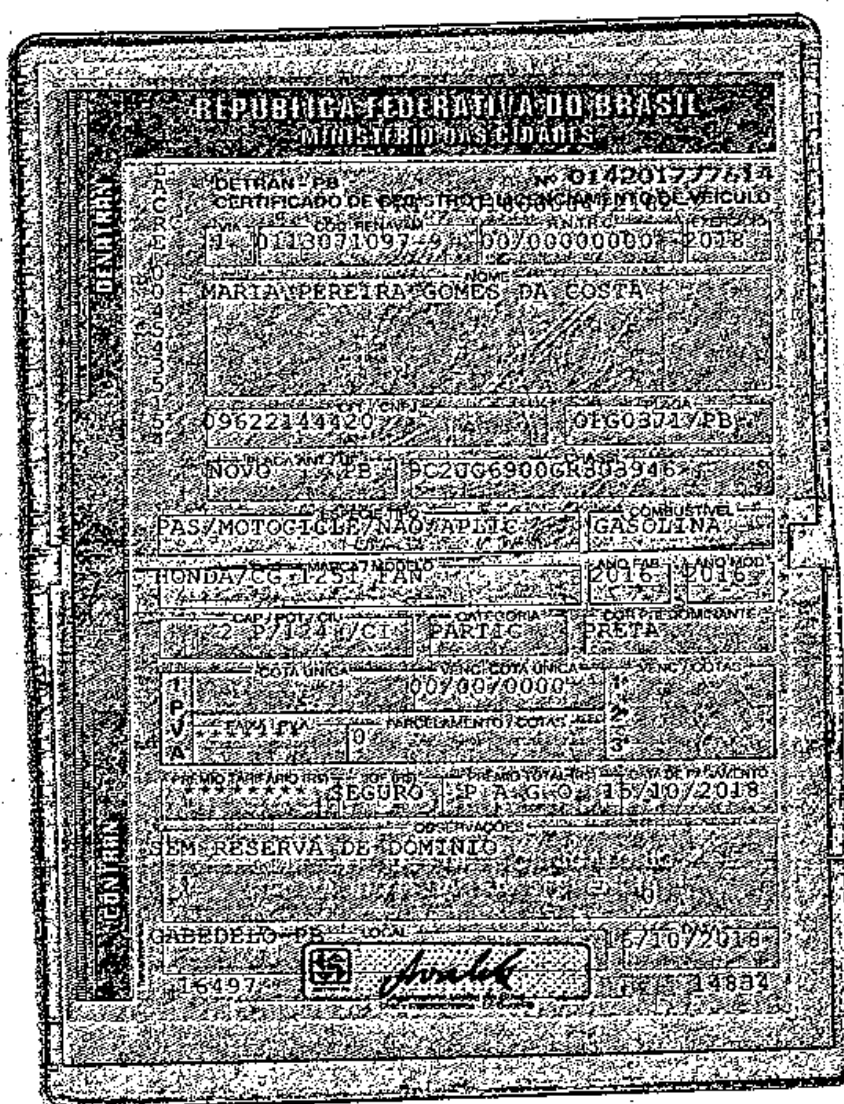
8



|                                                                                                                                                                                                                                                                               |          |                                                         |            |                                 |                   |               |   |                  |    |                 |          |         |            |             |        |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|---------------------------------------------------------|------------|---------------------------------|-------------------|---------------|---|------------------|----|-----------------|----------|---------|------------|-------------|--------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| PACIENTE: <u>Felipe Gonçalves</u>                                                                                                                                                                                                                                             |          | DATA: <u>25/09/20</u>                                   |            | PRONTUÁRIO: <u>SENHA</u>        |                   | COR: <u>B</u> |   | IDADE: <u>15</u> |    |                 |          |         |            |             |        |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| PRESSÃO ARTERIAL                                                                                                                                                                                                                                                              |          | PULSO                                                   |            | RESPIRAÇÃO                      |                   | TEMPERATURA   |   | PESO             |    |                 |          |         |            |             |        |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| ESTADO GERAL ( ) BOM ( ) REGULAR ( ) MAL ( ) PÉSSIMO                                                                                                                                                                                                                          |          | RISCO CIRÚRGICO ( ) BOM ( ) REGULAR ( ) MAL ( ) PÉSSIMO |            | GRUPO SANGÜÍNEO                 |                   |               |   |                  |    |                 |          |         |            |             |        |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| EXAMES COMPLEMENTARES                                                                                                                                                                                                                                                         |          |                                                         |            |                                 |                   |               |   |                  |    |                 |          |         |            |             |        |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| AP. RESPIRATÓRIO                                                                                                                                                                                                                                                              |          |                                                         |            |                                 | AP. CIRCULATÓRIO  |               |   |                  |    |                 |          |         |            |             |        |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| AP. DIGESTIVO                                                                                                                                                                                                                                                                 |          |                                                         |            |                                 | ESTADO MENTAL     |               |   |                  |    |                 |          |         |            |             |        |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| PRÉ-ANESTÉSICO                                                                                                                                                                                                                                                                |          |                                                         |            |                                 | DROGAS EM USO     |               |   |                  |    |                 |          |         |            |             |        |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| DOSE AGORA                                                                                                                                                                                                                                                                    |          |                                                         |            |                                 | ESTADO FÍSICO (A) |               |   |                  |    |                 |          |         |            |             |        |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO                                                                                                                                                                                                                                                    |          |                                                         |            |                                 |                   |               |   |                  |    |                 |          |         |            |             |        |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| CIRURGIA REALIZADA: <u>Retirada de tecido do maxilar inferior</u>                                                                                                                                                                                                             |          |                                                         |            |                                 |                   |               |   |                  |    |                 |          |         |            |             |        |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| CIRURGIÃO                                                                                                                                                                                                                                                                     |          |                                                         |            |                                 |                   |               |   |                  |    |                 |          |         |            |             |        |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| AUXILIARES                                                                                                                                                                                                                                                                    |          |                                                         |            |                                 |                   |               |   |                  |    |                 |          |         |            |             |        |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| INÍCIO DA ANESTESIA <u>10:10</u>                                                                                                                                                                                                                                              |          | TÉRMINO DA ANESTESIA <u>20:00</u>                       |            | DURAÇÃO DA ANESTESIA <u>10'</u> |                   |               |   |                  |    |                 |          |         |            |             |        |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| CÓDIGO DO PROCEDIMENTO                                                                                                                                                                                                                                                        |          | QUANT. DE CH.                                           |            | VALORES R\$                     |                   |               |   |                  |    |                 |          |         |            |             |        |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| ANESTESISTA                                                                                                                                                                                                                                                                   |          | CPF                                                     |            | CRM-PB                          |                   |               |   |                  |    |                 |          |         |            |             |        |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| <table border="1"> <tr> <td>ANESTESIA GERAL</td> <td>RACLOMOL</td> <td>ENDORAL</td> <td>BLOO PLEXO</td> <td>BLOO NERVOS</td> <td>OUTROS</td> </tr> </table>                                                                                                                   |          |                                                         |            |                                 |                   |               |   |                  |    | ANESTESIA GERAL | RACLOMOL | ENDORAL | BLOO PLEXO | BLOO NERVOS | OUTROS |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| ANESTESIA GERAL                                                                                                                                                                                                                                                               | RACLOMOL | ENDORAL                                                 | BLOO PLEXO | BLOO NERVOS                     | OUTROS            |               |   |                  |    |                 |          |         |            |             |        |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| <table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> <td>7</td> <td>8</td> <td>9</td> <td>10</td> <td>11</td> <td>12</td> <td>13</td> <td>14</td> <td>15</td> <td>16</td> <td>17</td> <td>18</td> <td>19</td> <td>20</td> </tr> </table> |          |                                                         |            |                                 |                   |               |   |                  |    | 1               | 2        | 3       | 4          | 5           | 6      | 7  | 8  | 9  | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                                             | 2        | 3                                                       | 4          | 5                               | 6                 | 7             | 8 | 9                | 10 | 11              | 12       | 13      | 14         | 15          | 16     | 17 | 18 | 19 | 20 |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| <p>ASSINATURA DO ANESTESISTA</p>                                                                                                                                                                                                                                              |          |                                                         |            |                                 |                   |               |   |                  |    |                 |          |         |            |             |        |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |







REGISTRO GERAL

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

3.950.446

DATA DE EMISSÃO 03/03/2011

FELIPE CONSTANTINO DOS SANTOS

RAIMUNDO PEREIRA DOS SANTOS

NILZA CONSTANTINO DOS SANTOS

DATA DE NASCIMENTO 03/09/1997

JOÃO PESSOA-PB.

NASC N.5015 FLS.183 LIV.103

CARTÓRIO PILCOEZIAROS

110.735.364-59

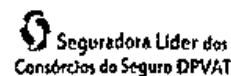
Assinatura do Diretor

LEI Nº 118 DE 2005

150.644



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0100187/19

Vítima: FELIPE CONSTANTINO DOS SANTOS

CPF: 110.735.364-59

Seguradora: MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

Data do acidente: 08/09/2018

Titular do CPF: FELIPE CONSTANTINO DOS SANTOS

CPF de: Próprio

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

Outros



FELIPE CONSTANTINO DOS SANTOS : 110.735.364-59

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancele ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 25/03/2019  
Nome: FELIPE CONSTANTINO DOS SANTOS  
CPF: 110.735.364-59

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/03/2019  
Nome: Cristina Limeira Alves  
CPF: 041.380.364-31

FELIPE CONSTANTINO DOS SANTOS

Cristina Limeira Alves



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0100187/19

**Vítima:** FELIPE CONSTANTINO DOS SANTOS

**CPF:** 110.735.364-59

**Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

**Data do acidente:** 08/09/2018

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** FELIPE CONSTANTINO DOS SANTOS

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

**FELIPE CONSTANTINO DOS SANTOS : 110.735.364-59**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

- 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.

**Documentação recebida sem conferência.**

**A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.**

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

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 25/03/2019  
Nome: FELIPE CONSTANTINO DOS SANTOS  
CPF: 110.735.364-59

\_\_\_\_\_  
FELIPE CONSTANTINO DOS SANTOS

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/03/2019  
Nome: Cristina Limeira Alves  
CPF: 041.380.364-31

\_\_\_\_\_  
Cristina Limeira Alves





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 4ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE GUARABIRA/PB

Processo: 08010614420198150181

**SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, 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 **FELIPE CONSTANTINO DOS SANTOS**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.<sup>a</sup>, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

**DO REQUERIMENTO DE DEPOIMENTO PESSOAL DA PARTE AUTORA**

**DAS DIVERGÊNCIAS DE INFORMAÇÕES NO BOLETIM DE OCORRÊNCIA**

Conforme dispõe o art. 385, NCPC/15, caberá à parte interessada pugnar pela realização da prova de depoimento pessoal, quando não determinada de ofício pelo magistrado.

A Ré informa a necessidade de ser ouvida, pessoalmente, a parte autora sobre os fatos narrados na inicial, bem como toda documentação juntada aos autos, em especial o BOLETIM DE OCORRÊNCIA, haja vista que a narrativa dos fatos, não foi exposta de forma clara, não há testemunhas, não há informações sobre a suposta motocicleta conduzida pela parte Autora, constando apenas relatos, totalmente unilaterais da parte Autora para sua própria conveniência, 5 meses após o alegado acidente.

Portanto, para que não paire qualquer dúvida sobre a autenticidade do Boletim de Ocorrência apresentado aos autos, a Ré pugna a este d. Juízo que seja expedido ofício à Delegacia de Polícia na qual fora registrada a ocorrência, a fim de que sejam prestados os devidos esclarecimentos pelos responsáveis, sem prejuízo do colhimento do depoimento pessoal da autora.

**DO LAUDO**

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente. Assim, supostamente na posse de todos os documentos pleiteia em esfera judicial indenização referente à INVALIDEZ PERMANENTE.

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



Em que pese o caráter social do Seguro Obrigatório DPVAT, o beneficiário legal da indenização tem que, necessariamente, preencher os requisitos legais para recebimento do referido seguro.

Após a análise da documentação fornecida pelo beneficiário legal da indenização é de suma importância, a fim de concluir se o sinistro é indenizável ou não, cumprindo ressaltar que o Seguro Obrigatório DPVAT é alvo dos mais diversos tipos de fraude.

Neste sentido, o sinistro foi cancelado administrativamente, tendo em vista que a parte não cumpriu as exigências da Lei que regula a matéria.

Noutro giro, após a nomeação de perito as partes apresentaram quesitos para que fosse verificado qual o grau de comprometimento da Invalidez apurada.

Nota-se que o i. perito utilizou 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 fixada o quantum indenizatório. Assim, requer que o N. Magistrado acolha o descrito no laudo apresentado pelo EXPERT PERITO.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

GUARABIRA, 23 de setembro de 2020.

**JOÃO BARBOSA**  
**OAB/PB 4246-A**

**SUELIO MOREIRA TORRES**  
**15477 - OAB/PB**

