

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, 24 de Julho de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190441680**

**Vítima: LEANDRO BATISTA DE LIMA**

**Data do Acidente: 25/04/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

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

**Senhor(a), LEANDRO BATISTA DE LIMA**

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



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, 08 de Agosto de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190441680**

**Vítima: LEANDRO BATISTA DE LIMA**

**Data do Acidente: 25/04/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

**Senhor(a), LEANDRO BATISTA DE LIMA**

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Não foi verificada a existência de sequela permanente prevista na tabela da Lei nº 6.194, de 1974, razão pela qual o dano pessoal não possui cobertura pelo Seguro DPVAT.

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 orientações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do strato ou ASI:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:		
0248444189	04156416402	Leonardo Batista de Lima		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUPER N° 645/2012				
Nome completo:		CPF:		
Leonardo Batista de Lima		04156416402		
Profissão:	Endereço:	Número:		Complemento:
Agente de Transporte	Sítio Brizzi	S/N		
Bairro:	Cidade:	CEP:		
Zona Rural	Alcantil	58460000		
E-mail:	Tel.(DDD): 8333341289			
mocis.bruno.sdu@gmail.com				

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

## DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:  
 RECUSO INFORMAR  ATÉ R\$1.000,00  R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00  R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00  R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00  R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00  ACIMA DE R\$10.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

AGÊNCIA: 6637 X CONTA: 12340 (Informar o dígito se existir) (Informar a dígito se existir)

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

Autorizo a Seguradora Lider a credor 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 atende 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 Lider 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:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado (temporariamente)  Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_ Seletivos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou filhos (não haverá herança):  Sim  Não Vítima deixou netos (não haverá herança):  Sim  Não

Fiz sou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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: Campina Grande 23/05/2019  
 Nome: \_\_\_\_\_

## TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A RODO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)



Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

23 JUL. 2019

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 RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe cópia do ínterio teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.  
 NECESSÁRIO ANEXAR CóPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



BOLETIM DE OCORRÊNCIA



Versando sobre: ACIDENTE DE TRÂNSITO

Hora e data do fato: 25/04/2019 Por volta das 15:40 h.

Hora e data em que a Delegacia tomou conhecimento: Às 09:31 Hrs de 10 de junho de 2019.

COMUNICANTE: A PRÓPRIA VÍTIMA

VÍTIMA: LEANDRO BATISTA DE LIMA, Brasileiro, Solteiro, agricultor, ensino fundamental incompleto, CPF: 041.564.164-02, Nascido em 01/12/1981, Filho de Maria do socorro batista de lima, Sítio Brizio, zona rural da cidade ce Alcantil-PB, Fone: (83) 9 8671-0876.

HISTÓRICO: QUE na data acima o declarante tinha se deslocado da sua residência em sua motocicleta com destino a fazenda de UREIA, que fica nas proximidades da sua casa, quando em percurso derrapou chegando cair da motocicleta sofrendo fratura na perna esquerda e ferimentos leves, o mesmo foi encontrado pela população que acionaram o SAMU da cidade e em seguida foi levado para o HOSPITAL DO TRAUMA EM CAMPINA GRANDE -PB, ficando 16 dias internado, passando por cirurgia na perna esquerda e tendo alta no dia 09/05/2019. QUE o mesmo estava utilizando a motocicleta HONDA CG 125 TITAN, de placa KIB 2618 - Surubim/PE, registrada em nome de Adelison Barbosa dos Santos CPF 846.153.114-00

AUTORIDADE

JOÃO JOALDO FERREIRA

COMUNICANTE

LEANDRO BATISTA DE LIMA

ESCRIVÃO AD HOC :

JOANA INÉS PEREIRA DA COSTA



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do strato ou ASL: <b>02484-44/89</b>	CPF da vítima: <b>041 564 164 02</b>	Nome completo da vítima: <b>Leomir Batista de Lima</b>		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUPER N° 645/2012				
Nome completo: <b>Leomir Batista de Lima</b>		CPF: <b>04156416402</b>		
Profissão: <b>Agente de Transporte</b>	Endereço: <b>Sítio Brizzi</b>	Número: <b>S/N</b>	Complemento:	
Bairro: <b>Zona Rural</b>	Cidade: <b>Alcantil</b>	Estado: <b>PB</b>	CEP: <b>58460-000</b>	Tel.(DDD): <b>8333341289</b>
E-mail: <b>meus_bons_adios@gmail.com</b>				

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

**DADOS CADASTRAIS**

RENDA MENSAL:  
 RECUSO INFORMAR  ATÉ R\$1.000,00  R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00  R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00  R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00  R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00  ACIMA DE R\$10.000,00

**DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA**

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

AGÊNCIA: **6637** X CONTA: **12340** 0  
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

Autorizo a Seguradora Lider a credor 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 atende 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 Lider 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:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado (temporariamente)  Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_ Seletivos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou filhos vivos?  Sim  Não Vítima deixou filhos/vivos?  Sim  Não

Fiz sou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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: **Campina Grande - 23/05/2019**  
 Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A RODO

**TESTEMUNHAS**

1º | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_  
 Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

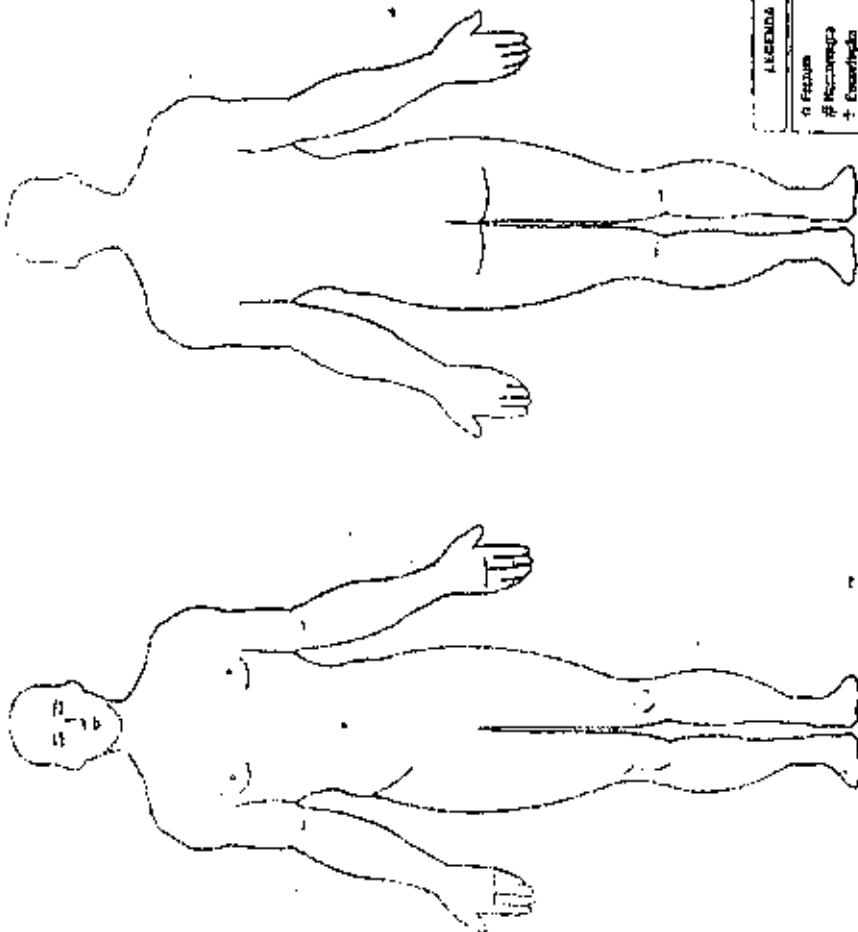
Assinatura do Representante Legal (se houver)

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 RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe cópia do ínterio teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.  
 NECESSÁRIO ANEXAR CóPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

Alcantarilla-PB

SISTEMA DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGENCIA







Data da Internação: 25/04/2019 Hora: 18:51:20

SUS	Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR				
Identificação do Estabelecimento de Saúde							
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES				2 - CNES 2362856			
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES				4 - CNES 2362856			
Identificação do Paciente							
5 - NOME DO PACIENTE LEANDRO BATISTA DE LIMA				6 - N° DO PRONTUÁRIO 1882918			
7 - CARTÃO DO SUS 701806274757770				8 - DATA DE NASCIMENTO 01/12/1981		9 - SEXO Masculino Fem	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL MARIA DO SOCORRO BATISTA DE LIMA				11 - TELEFONE DE CONTATO 83 88810505			
12 - ENDEREÇO IRIA, N°, BAIRRO RUA PROJETADA , 33 , CENTRO				13 - CÓDIGO MUNICÍPIO-15 - UF 250053 PB		14 - CEP 58460000	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO							
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS  <i>Dor anterior e pecto episódio de moto</i>							
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO  <i>TTQ suspeita</i>							
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS E RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS  <i>Exame direto de TAC</i>							
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL				21 - CID 10 PRINCIPAL		22 - CID 10 SECUNDÁRIO	
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS							
PROCEDIMENTO SOLICITADO							
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO  <i>710</i>				25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO			
26 - CLÍNICA		27 - CARATER DA INTERNAÇÃO 02		28 - DOCUMENTO EX-CNIS I CPF		29 - N° DOCUMENTO (CNIS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 980016004346719	
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE ANDRE RIBEIRO ARAUJO MENEZES				31 - DATA DA SOLICITAÇÃO-32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) 25/04/2019 Trauma no Dorsal/Abdômen			
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)							
33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO		35 - CNPJ DA SEGURADORA		37 - N° DO BRINDE		39 - SÉRIE	
34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO							
35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		39 - CNPJ EMPRESA		40 - CNPJ DA EMPRESA		41 - CBOF	
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA I EMPREGADO I EMPREGADOR		I AUTÔNOMO		I DESEMPREGADO		I APSENTADO I NÃO SEGURADO	
AUTORIZAÇÃO							
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				44 - COD. ORGÃO EMISSOR		45 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO	
46 - DOCUMENTO I CNIS I CPF		47 - N° DOCUMENTO (CNIS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR					
48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)					
							

PEDIDO DE FATURAMENTO

NOME DO HOSPITAL

HOSPITAL DE CAMPIÑA

TEL / FAX / E-MAIL:

CIDADE

Campina Grande

NOME DO PACIENTE

LÉA M. S. TERTIARIA DA LIMA

Nº DO PRONTUÁRIO

Nº ALH

CÓD. PROCEDIMENTO

CONVÉNIO

PROCEDIMENTO REALIZADO

TEST CIRURGICO DE AVULSAÇÃO DO TIST

PRODUTO

REF.

QUANT.

COD. ROMP.

Placa de fibra óptica 12x12 mm 1000

01

1000

01

Anel de 2 mm

01

TOL IMPLANTES LTDA

Modelo Comercial:

PR ANCORA-ICL 5,0

MM 2 FIBER

Código: 40085000020

Lote: 02257/17

ANVISA: 10223680071

TOL IMPLANTES LTDA

Modelo Comercial:

PR ANCORA-ICL 5,0

MM 2 FIBER

Código: 40085000020

Lote: 02257/17

ANVISA: 10223680071

DATA DA UTILIZAÇÃO

DATA DA COMUNICAÇÃO

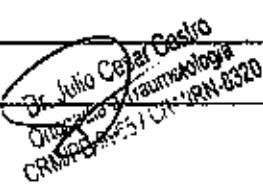
MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

OBSERVAÇÕES

CAIXA 2500 PCT-LINHA 001 154

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

A. M. C.



Emissão: 29 JUL 2019



jo-3



GOVERNO  SEQUE  
DA PARAIBA  o trabalho LIST PRÉ-OPERATÓRIO- ALAS

SETOR DE ORIGEM:	União - Topédia I		
NOME:	Bianinho Batista		
PROCEDIMENTO:			
<input checked="" type="checkbox"/> AVP: LOCALIZADO	GELCO Nº:	20	AVC <input type="checkbox"/> JEJU <input type="checkbox"/>
BANHO PRÉ-OPERATÓRIO: <input type="checkbox"/> COM CLOREXIDINA <input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA			
RETIRADO:	<input checked="" type="checkbox"/> PRÓTESE DENTÁRIA	<input type="checkbox"/> ADORNOS	<input type="checkbox"/> PERTENÇES
ENCAMINHADO:	<input type="checkbox"/> HEMOG	<input type="checkbox"/> USG	<input type="checkbox"/> TOMOGRAFIA <input type="checkbox"/> RESSONÂNCIA
<input type="checkbox"/> TERMO DE CONSENTIMENTO <input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA			
<input type="checkbox"/> RESERVA DE HEMODERIVADO <input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA			
ENFERMEIRO RESPONSÁVEL:	Janine		COREN: 3415-715

AV. Marechal Floriano Peixoto, 4700 – Malvinas

Campina Grande – PB CEP: 58.432-309

Email: chefiarhtrauma.cg@hotmail.com hospitalregionalcg@hotmail.com

CNPJ: 08.778.268-0001-60





Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

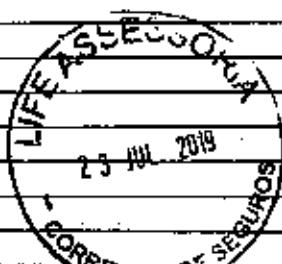
Paciente:	Claudio Prati da Silva	Idade:	37 anos
Governador:	mag. 18612446	Data:	08/10/2019
Procedimento:	Exoscopia de avaliação de tuberculose adic. anterior da glândula e coluna.		
Cirurgião:	D. Fábio	Auxiliar:	D. Paula + D. Bruna D.
Início:	5:50	Término:	9:15
		Anestesia:	Daque + sedação

Assinatura Anestesista

*Relatório de Operação*

Circulante

2019



MOD-103



**TABELA DE ALDRETE E KROULIK MODIFICADA**  
(Critérios para altas da SRPA)

Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico	Hora entrada	Hora saída
Nenhum Movimento = 0 Movimenta 2 membros = 1 Movimenta 4 membros = 2		2
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispnéia = 1 Respiração profunda e tosse = 2		2
PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0 PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1 PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2		2
Sat 02 < 90 com oxigênio = 0 Sat 02 > 90 com oxigênio = 1 Sat 02 > 92% sem oxigênio = 2		2
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		2
<b>TOTAL DE PONTOS:</b>		10

Assinatura do anestesista



## NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

C = C (Chemical and

08/05/2019

HTCG-Painel Administrativo

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES  
Av. Mst. Bernardo Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB  
NOME: Euler Fabricio Alves Cruz

CNPJ: 08.778.268/0038-52  
Data: 08/05/2019



LÍNEA OPERATÓRIA

GOVERNO  
DA PARAÍBA

Número do Prontuário: 42671

DATA DA CIRURGIA: 08/05/2019

Número do Atendimento: 1882918 Clin: ORTOPEDIA I / Enf: 10 / Lei: 1

## DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: LEANDRO BATISTA DE LIMA

Data da Internação: 25/04/2019

Atendimento: 1882918

Diagnóstico Pré-Operatório: *Fratura do TAT e MI*

Diagnóstico Pós-Operatório: *O* *Y* *Y* *Y* *Y*

Cirurgia: OSTEOSINTSE

Data da Cirurgia: 08/05/2019

Equipe:

Cirurgião: BRUNO BEZERRA BRILHANTE

Aux 1: JULIO CESAR RIBEIRO DE CA

Aux 2: EULER FABRICIO ALVES CRUZ

Aux 3:

Instrumentador: ANDRÉ

Anestesista: JAQUELINE

Tipo de anestesia: RAQUIANESTESIA

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no Ato: NÃO

Acedente Durante Operação: NÃO

Descrição da Operação:

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL HORIZONTAL SOB ANESTESIA;
2. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS;
3. INCISÃO LONGITUDINAL EM FACE ANTERIOR DE JOELHO ESQUERDO + DISSECÇÃO POR PLANOS + HEMOSTASIA;
4. REDUÇÃO CRUENTA DO FOCO DE FRATURA;
5. OSTEOSINTSE COM PARAFUSO 3,5 ESPOÑOSO COM ARRUELA E 2 ÂNCORAS Nº 5,0;
6. LAVADO DE FERIDA OPERATÓRIA + SUTURA POR PLANOS + CURATIVO.

Data 08/05/2019

Assinatura/Carimbo  
Euler Fabricio Alves Cruz

Dr. Euler Fabricio A. Cruz  
M. ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA  
CRM-PB 9907



## SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECG

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA  
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

ENFERMARIA

LEITO

Nº PRONTO-SOCORRO

1892880

FOLHA DE  
ANESTESIANOME  
*Isacardo Batista de Leires*

IDADE

32

SEXO

mas-

COR  
branca

DATA

08/05/1989

PESO MATERIAL

135Kg

PULSO

80 bpm

RESPIRAÇÃO

16 bpm

TEMPERATURA

PESO

ALTURA

TIPO SANGUÍNEO

HEMOCRITOS

HEMOGLÓBINA

LEUCOCRITOS

GLICEMIA

UREIA



## PRESCRIÇÃO MÉDICA

OK OK

## DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 1882918 Paciente: LEANDRO BATISTA DE LIMA Idade: 037 Sexo: M

Nome da Mie: MARIA DO SOCORRO BATISTA DE LIMA Data de Nascimento: 01/12/1981 Admissão: 25/04/2019

Clínica: ORTOPEDIA | Enfermaria: 10 Leito: 1 Diagnóstico: FX JOELHO E

DIA: 07/05/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE: Wagner Luiz Egito De Araújo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE DICTM 200 A 00-00	10/05
2	JELOCO SALINIZADO	"
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. AMPOLA, 60/60	10/05 24/06
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. IFRA AMP. 120/120 Reconstituir 2ML ABD.	10/05 24
5	OMEPRAZOL 20 MG V.O. ICAPS. ANTES DO CAFÉ	10/05 08
6	HEPARINA SODICA 5000 UI/ 0,25 ML SUBCUTANEA S.C. AMPOLA, 120/120	10/05 24 (H) F
7	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	10/05

## EVOLUÇÃO

DATA: 07/05/2019 HORA: 10:22:10

PACIENTE CONSCIENTE, ORIENTADO, ANICTERICO, ACIANOTICO, AFEBRIL,

COM FRATURA AVULSAO DA TAT, AGUARDANDO TTO CIRÚRGICO

MIE: BEM PERFUNDIDO, PULSOS PALPÁVEIS, APRESENTANDO ESCORIAÇÕES LIMPAS, EDEMA

FERIMENTO LIMPO

PACIENTE SEM QUEIXAS NO MOMENTO

CD: CURATIVO

ASSINATURA + CARIMBO  
Wagner Luiz Egito De Araújo /





08/05/2019

HPM-Painel Administrativo

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 08/05/2019

Horas: 09:23:42

Médico (a) Diarista : Euler Fabrício Alves Cruz

GOVERNO  
DA PARAÍBA

# PRESCRIÇÃO MÉDICA

**DADOS DO PACIENTE :**

Nº do prontuário: 1882918 Paciente: EDANDRO BATISTA DE LIMA Idade: 037 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA DO SOCORRO BATISTA DE LIMA Data de Nascimento: 01/12/1981 Admissão: 25/04/2019

Clínica: ORTOPEDIA 1 Enfermaria: 10 Leito: 1 Diagnóstico: FX JOELHO E

DIA 08/05/2019  
MÉDICO(A) ASSISTENTE : Euler Fabrício Alves Cruz /  
Prescrição

Agravamento

Item	Prescrição	Agravamento
1	DIETA LIVRE	34 26
2	SORO FISIOLOGICO 0,9% 500ML E.V. IFRASCO, 12h/12h	36 34
3	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. 1FRA AMP, 12h/12h	32 38 34 36
4	OD/3D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	36 44
5	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	
6	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h	
7	Reconstituir 2ML ABD.	
8	OMEPRAZOL 20 MG V.O. 1CAPS, ANTES DO CAFÉ	ciente
9	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITais	

**EVOLUÇÃO**

DATA: 08/05/2019 HORA: 09:22:55

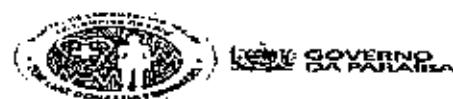
PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO SEM INTERCORRÊNCIAS.

CONDUTA: VIDE PRESCRIÇÃO MÉDICA; SOLICITADO RX DE CONTROLE.

ASSINATURA + CARIMBO  
Euler Fabrício Alves Cruz

Dr. Euler Fabrício A. Cruz  
Ortopedista - Traumatologista  
CIRUL-PR 9907





CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 06/05/2019

Horas: 09:05:30

Médico (a) Diarista : Wagner Luiz Egito De Araujo

# PRESCRIÇÃO MÉDICA

8
6
**DADOS DO PACIENTE :**

Nº de prontuário: 1882918 Paciente: LEANDRO BATISTA DE LIMA Idade: 037 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA DO SOCORRO BATISTA DE LIMA Data de Nascimento: 01/12/1981 Admissão: 25/04/2019

Clínica: ORTOPEDIA I Enfermaria: 10 Leito: 1 Diagnóstico: FX JOELHO E

DIA 06/05/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Wagner Luiz Egito De Araujo /

Item	Prescrição	Agravamento
1	DIETA LIVRE	
2	JELCO SALINIZADO	
3	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. AMPOLA, 6h/6h	32 38 34 36
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. TIRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	34 34
5	OMEPRAZOL 20 MG V.O. ICAPS. ANTES DO CAFÉ	32
6	HEPARINA SÓDICA 5000 UI/ 0,25 ML SUBCUTÂNEA S.C. AMPOLA, 12h/12h	34
7	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITais	

**EVOLUÇÃO**

DATA: 06/05/2019 HORA: 09:05:16

PACIENTE CONSCIENTE, ORIENTADO, ANICTERICO, ACANOTICO, AFEBRIL.

COM FRATURA AVULSAO DA TAT, AGUARDANDO TTO CIRÚRGICO

MIE: BEM PERFUNDIDO, PULSOS PALPÁVEIS, APRESENTANDO ESCORIAÇÕES LIMPAS, EDEMA

FERIMENTO LIMPO

PACIENTE SEM QUEIXAS NO MOMENTO

CD: CURATIVO

ASSINATURA:   
 WAGNER LUIZ EGITO DE ARAUJO  
 CRIMBO





# LIBERAÇÃO DE LEITO

Nome do Paciente: LEANDRO BATISTA DE LIMA

Data da Internação: 25/04/2019 Data da Alta: 09/05/2019

Registro: 1882918

Tempo de Permanência: 18012

Diagnóstico Inicial: Fraturam /Avulsão da TAI da MTC

Diagnóstico Final:

Principais Exames: EXAME DE IMAGEM + EXAMES LABORATORIAIS + EXAME CLÍNICO

Cirurgião: OSTEOSINTESE Data: 09/05/2019

Equipe:

Cirurgião: BRUNO BEZERRA BRILHANTE

Aux 1: JULIO CESAR RIBEIRO DE CA

Aux 2: EULER FABRICIO ALVES CRUZ

Aux 3:

Aux 4:

Anestesista:

Medicamentos:

Infecção E.O:

Coleta de Material:

Bacteriologia:

Anatomopatológico:

**Resumo Clínico (História, Evolução, Terapêutica e Complicações): PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO, COM DOR LIMITAÇÃO E DEFORMIDADE EM MIE, FFOI REALIZADO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO SEM INTERCORRÊNCIAS**

Orientações: SOLICITO FISIOTERAPIA MOTORA, RETORNO PARA CONSULTA AMBULATORIAL, ORIENTAÇÕES ORTOPEDICAS E DE LIMPEZA D PO, ATESTADO 03 JUL. 2015 MEDICO, CASO INTERCORRENCIAS RETORNAR

Dietas:

Medicações para Casa: PRESCRESCO CIPROFLOXACINO 500MG VO 12/12H POR 07 DIAS, ARFLEX 200MG VO IX AO DIA POR 06 DIS, DEOCIL 01 COM SL 8/8H CASO DOR

**CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: LAVAR COM ÁGUA E SABÃO DUAS VEZES AO DIA. SE APRESENTAR FEBRE, DOR, VERMELHIDÃO OU INCHAÇO RETORNAR IMEDIATAMENTE AO HOSPITAL!**

Retorno ao Ambulatório de : em : para retirada de pontos

ao Ambulatório de : em: para revisão Repouse0dias

Condições de Alta::Melhorado

Data 09/05/2019

Assinatura/Carimbo  
Wagner Luiz Egito De Araujo

OBS:LIBERAÇÃO CONFERIDA NO RESUMO DE ALTA! RESPONSÁVEL : Wagner Luiz  
Egito De Araujo

CRM - PB 6926  
01/05/2019 - 01/06/2019





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Ficha de Acolhimento

(SAMU)

Nome: Leonardo Batista de Lima	
End:	R. Manoel Julian de Oliveira, 199
Bairro:	Alcântara - PB
Data de Nascimento:	01/02/1982
Documento de Identificação:	
Queixa:	AC. Mots
Data do Atend.:	25/04/09
Hora:	17:40
Documento:	
Acidente de trabalho?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Classificação de Risco

Nível de consciência: <input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Baixo	Aspecto: <input type="checkbox"/> Calmo <input type="checkbox"/> Fáceis de dor <input type="checkbox"/> Gemente
Frequência respiratória:	Frequência cardíaca:
Pressão arterial:	Temperatura axilar:
Dosagem de HGT:	Mucosas: <input type="checkbox"/> Normocorada <input type="checkbox"/> Pálida
Deambulação: <input type="checkbox"/> Livre <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Maca	

MOD. 110

Estratificação



LIFE  
20/04/2011

- Vermelho - atendimento imediato  
 Verde - atendimento até 4 horas

- Amarelo - atendimento até 1 hora  
 Azul - atendimento ambulatorial

*Lima*

Assinatura e carimbo do profissional

25/04/2019

GOVERNO  
DA PARAÍBA  
SECRETARIA DE SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



## ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº: 1882880

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNP: 08.778.268/0038-52  
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Mairinque, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 25/04/2019  
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: Thalia Silva Souza

PACIENTE: LEANDRO BATISTA DE LIMA CEP: 58460000 Nascimento: 01/12/1981

Endereço: RUA PROJETADA Sexo: M Telefone: 88810505

Cidade: Alcântil Idade: 037 Bairro: CENTRO

Nome da Mãe: MARIA DO SOCORRO BATISTA DE LIMA RG: 2649478 N°: 33

CPF: 04156416402 Profissão: COSTUREIRO

Responsável: Data de Atend.: 25/04/2019

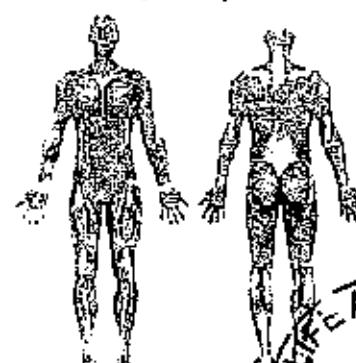
Estado Civil: Solteiro(a) Atend.: 25/04/2019

Motivo: ACIDENTE DE MOTO Hora: 17:41:23 CONVÉNIO: SUS

Médico: CRM:

OBS FICHA: EXAMES SOLECITADOS:

MECANISMOS DO TRAUMA LOCAL DA LESÃO (Identifique o local com o número correspondente ao lado)



1. Abrasão
2. Amputação
3. Avulsão
4. Contusão
5. Croptação
6. Dor
7. Edema
8. Empolamento
9. Enfisema subcutâneo
10. Esgamamento
11. Equimose
12. F. Arma branca
13. F. Arma de fogo
14. F. Corte
15. F. Corto-composta
16. F. Contato
17. F. Perfuro-composta
18. F. Perfuro-contato
19. Fratura óssea fechada
20. Fratura óssea aberta
21. Hematoma
22. Inurguramento venoso
23. Laceração
24. Lesão contundencial
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento torácico paradoaxal
28. Objeto Extravado
29. Otorragia
30. Parafilia
31. Parese
32. Parastesia
33. Quimadura
34. Rinorrágia
35. Sinal da Isquemia
- 36.

OBS:

23 JUL 2019

## QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada: % Grau Grau ( ) 2º Grau ( ) 3º Grau

DIAGNÓSTICO / CID:

Trauma por corte com janela  
Fratura de mandíbula com janela

HTCG-Painel Administrativo

## EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

PACIENTE: Leandro Batista de Lima, com vidro de garrafa, mela  
xada na comissão, violado na mandíbula, mela  
da de mandíbula. Nehata dor e hir  
tado no movimento da janela

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO:

PUPILAS ( ) Fotoreagentes ( ) Isocônicas ( ) Anisocôricas ( )

Pupilar: 15 PA: MGT: Sat02

( ) Cervical, intenso, via Atrial, venoso  
( ) Adrenomedular extensa, bilateral, (+) em 4/4.  
( ) Nervos ciácos via a sangue estriado, ruim.  
Mucosa: mucosa oral, conjuntiva, ORL, rinofaringe, TEP, I/S.  
( ) ECO: 15, COTE, S/DESENT, CINTO M.  
( ) Narinas: contuso em janela ( )

EXAMES SOLICITADOS:

- ( ) Laboratoriais ( ) Ultrassonografia:  
( ) Gasometria arterial ( ) Radiografia:  
( ) Tomografia Computadorizada ( )

## SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: ORTOPEDIA / às 18:00 Dia 25/04/19

Especialista: / às : Dia / /

## MÉDICO SOLICITANTE:

## PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	Dipirona 500 mg + AD, ev, reforço	
2	Ginstrol 40mg + AP, ev, reforço	
3	Alta da cirurgia geral	
4		
5		
6		

## ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Manoel André Diniz  
Médico Cirurgião  
CRM-PB 14477





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

### Ficha de Acolhimento

(SAU)

Nome:	Leandro Batista de Lima	
End:	R. Manoel Julian de Oliveira	Bairro: Alcoutim - PB
Data de Nascimento:	01/12/1982	Documento de Identificação:
Queixa:	AC - M	Data do Atend.: 25/10/19 Hora: 17:40 Documento:
Acidente de trabalho?	( ) Sim	( ) Não

### Classificação de Risco

Nível de consciência: ( ) Bom ( ) Regular ( ) Baixo	Aspecto: ( ) Calmo ( ) Fáceis de dor ( ) Gemente
Frequência respiratória:	Frequência cardíaca:
Pressão arterial:	Temperatura axilar:
Dosagem de HGT:	Mucosas: ( ) Normocorada ( ) Pálida
Deambulação: ( ) Livre ( ) Cadeira de rodas ( ) Maca	

MOD. 110

### Estratificação



Lima  
vermelho - atendimento imediato  
verde - atendimento até 4 horas

- ( ) Amarelo - atendimento até 1 hora  
( ) Azul - atendimento ambulatorial

Assinatura e carimbo do profissional

09/05/2019

ao Ambulatório de : em: para revisão Repouso 0 dias

Condições de Alta::Melhorado

Data 09/05/2019

Assinatura/Carimbo  
Wagner Luiz Egito De Araujo

OBS:LIBERAÇÃO CONFERIDA NO RESUMO DE ALTA! RESPONSÁVEL : Wagner Luiz  
Egito De Araujo

CRM - PB 6926  
DR. EGITO EGITO DE ARAUJO  
CRM-PB 6926



Pele: () Corada () Hipocorada () Clanose () Sudorese () Fria () Aquecida.

Tempo de enchimento capilar: () ≤ 3 segundos; () >3 segundos. () Turgência jugular: ()

Precordialgia ()

Drogas vasoativas: () Quais?

Auscultação cardíaca: () Rítmica () Arritmica () Sopro () Outro. Marca passo: () Transitório () Definitivo

Cateter vascular: () Periférico () Central () Dissecção. Localização: MSO Data da punção: 29/04/14

Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarcina. Observações:

#### ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)

Tipo somático: () Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.

Doença: () Completa () Incompleta () Prótese.

Alimentação: () VO () SNG () SNE () Gastrostomia () Jejunostomia () NPT; Hora: Data: / /

Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:

Abdômen: () Normotônico () Distendido () Teno () Ascítico () Outros:

RHA: () Normoativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados

Eliminação intestinal: () Normal () Líquida () Constipado há dias () Outros:

Eliminação urinária: () Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematuria () SVD: Débito ml/h

Aspecto: () Outros: Observações:

#### INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA

Condição da pele: () Integra () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escorições () Outro:

Coloração da pele: () Normocorada () Hipocorada () Iclérica () Gianótica Turgor da pele: () Preservado

Condições das mucosas: () Úmidas () Secas Manifestações de sede: ()

Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto: Curativo em: / /

Draino: () Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em: / /

Úlcera de pressão: () Estágio: Local: Descrição: Curativo: / /

#### CUIDADO CORPORAL

Cuidado corporal: () Independente () Dependente () Parcialmente dependente. Observações:

Higiene corporal: () Satisfatória () Insatisfatória Higiene Corporal: () Satisfatória () Insatisfatória.

Limitação física: () Acamado () Cadeira de rodas () Outro:

#### SONHO E REPOUSO

() Preservado () Inônia () Dorme durante o dia () Sono interrompido. Observações:

COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL

Comunicação: () Preservada () Prejudicada Sentimentos e comportamentos: () Cooperativo () Med

Ansiedade: () Ausência de familiaridade/volta () Outros:

RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE

Tipo: () Praticante () Não praticante. Observações:

#### INTERCORRÊNCIAS

Carimbo é Assinatura do Enfermeiro:

Joséfa S. Cruz Confin  
ENFERMEIRA  
CERTIFICO: 008.860

DATA: 29/04/14

HORA:

8:53



08/05/2019

HTCG-Painel Administrativo

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES  
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malmouca, Campina Grande - PB  
NOME : Euler Fabrício Alves Cruz

CNPJ: 08.778.248/0038-52

Data: 08/05/2019



GOVERNO  
DA PARAÍBA

Número do Prontuário: 42671

DATA DA CIRURGIA: 08/05/2019

Número do Atendimento: 1882918 Clin: ORTOPEDIA / Enf: 10 / Lei: 1

## DESCRÍÇÃO CIRÚRGICA

Data da Internação: 25/04/2019

Atendimento: 1882918

Diagnóstico Pré-Operatório: Fratura de TOT L4-H5

Diagnóstico Pós-Operatório: Osteossíntese

Cirurgia: OSTEOSÍNTSE Data da Cirurgia: 08/05/2019

Equipe:

Cirurgião: BRUNO BEZERRA BRILHANTE

Aux 1: JULIO CESAR RIBEIRO DE CA

Aux 2: EULER FABRICIO ALVES CRUZ

Aux 3:

Instrumentador: ANDRÉ

Anestesista: JAQUELINE

Tipo de anestesia: RAQUIANESTESIA

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no Ato: NÃO

Acidente Durante Operação: NÃO

Descrição da Operação:

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL HORIZONTAL SOB ANESTESIA;
2. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS;
3. INCISÃO LONGITUDINAL EM FACE ANTERIOR DE JOELHO ESQUERDO + DISSECÇÃO POR PLANOS + HEMOSTASIA;
4. REDUÇÃO CRUENTA DO FOCO DE FRATURA;
5. OSTEOSÍNTSE COM PARAFUSO 3,5 ESPONJOSO COM ARRUELA E 2 ÂNCORAS Nº 5,0;
6. LAVADO DE FERIDA OPERATÓRIA + SUTURA POR PLANOS + CURATIVO.

Data: 08/05/2019

Assinatura/Carimbo  
Euler Fabrício Alves Cruz



Euler Fabrício A. Cruz  
CRM-PB 1400770004  
CRM PB 9907



BRITISH JOURNAL OF

விவேகாநு அம்பி தெரு முடி எழவாகி  
செல்ல வேண்டும் கூட செல்ல வேண்டும்  
அம்பி தெரு முடி எழவாகி வேண்டும்  
அம்பி தெரு முடி எழவாகி வேண்டும்

માત્રાંગિક  
સાહિત્ય

united,





**TABELA DE ALDRETE E KROULIK MODIFICADA**  
(Critérios para altas da SRPA)

Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico	Hora entrada	Hora saída
Nenhum Movimento = 0 Movimenta 2 membros = 1 Movimenta 4 membros = 2		2
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispnéia = 1 Respiração profunda e tosse = 2		2
PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0 PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1 PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2		2
Sat 02 < 90 com oxigênio = 0 Sat 02 > 90 com oxigênio = 1 Sat 02 > 92% sem oxigênio = 2		2
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		2
<b>TOTAL DE PONTOS:</b>		10

Assinatura do anestesista





Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente:	Claudio Batista de Lima	Idade:	37 anos
Convênio:	Bras. 1882890	Data:	08/05/39
Procedimento:	Ressecção de avarella de tuberculose antiga da tibia e do PTE.		
Cirurgião:	D. Júlio	Auxiliar:	D. Euler + Dr. Bruno D.
Início:	4:50	Término:	2:35
		Anestesia:	Vagus + Baclof.

**Observações:**



**Assinatura Anestesista** **Circulante**  
**Relatório de Operação**

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal  
Centro de Pequenas Fazendas



SECRETARIA DA FAZENDA  
DEPARTAMENTO DE INVESTIMENTOS  
DEPARTAMENTO DE INVESTIMENTOS

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Nº 16  
041.584.164-02

Nome:  
**LEANDRO BATISTA DE LIMA**

Nascimento:  
01/02/1981

Válido para fins de comprovação de identificação



CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE  
EC9E.A8AB.F9B1.9F19

A quem interessar黎明此证明为我所用  
或其复印件在任何情况下有效。

[www.receitafederal.gov.br](http://www.receitafederal.gov.br)

Correio e-mail:

Scans: [www.receitafederal.gov.br](http://www.receitafederal.gov.br)

03-16-2019 - 10:45:00 - 108.100.10.100 - 00000000000000000000000000000000

03-16-2019 - 10:45:00 - 108.100.10.100 - 00000000000000000000000000000000



**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA**

ОСТРАВИ - РЕ

**CONTRATO DE REGISTRO DE VEHICULO**

**AUTORIZAÇÃO PARA TRANSFERÊNCIA DE VEÍCULO**

ANTES DE DEPARTAR ESTÁ O AL DE TRÂNSITO-DETRAN.  
TRANSFERIR O REGISTRO DESTE VÉHICULO, PARA...

VALCA-RS 29000

NAME DO COMPRADOR: Fábio W. Freitas Residência

5-1252-251-55? current 920483824-87

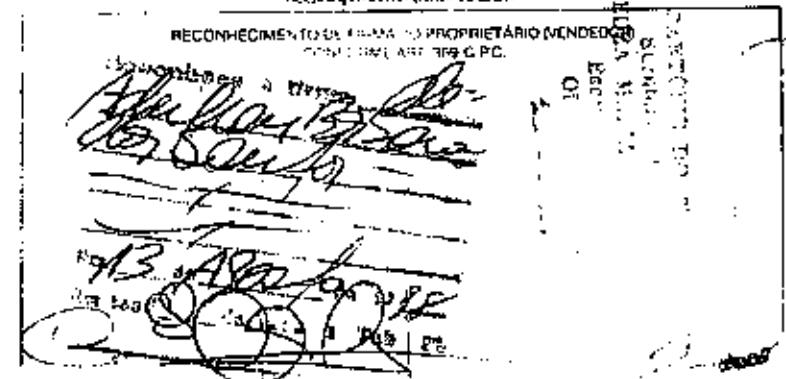
LEGAL P. DATA *Surf 5372* 05/08/98

2 Adelino B de Castro

**AVISO**  
O VENDEDOR SE ASENTE DE QUAISQUER DIREITOS SOBRE A PROPRIEDADE ADMINISTRATIVA, CIVIL OU CRIMINAL, A PARTIR DA DATA ACIMA ANTES DA COMPRADOR A IMEDIATA TRANSFERÊNCIA DE REGISTRO DO VEÍCULO PARA O SEU NOME.  
A TRANSFERÊNCIA DE REGISTRO PODERÁ SER COMUNICADA PELO VENDEDOR, RETENTENDO COPIA DESTE DOCUMENTO AO DETRAN, APÓS LIVREMENTE PREENCHIDO E FIRMADO.

DE ACORDO / Raul Siqueira de Souza  
ASSINA LURA DO COMPRADOR

RECONHECIMENTO DE TERRAS E PROPRIETADES



**IDENTIFICAÇÃO**

VÍTIMA José Andrade Batista da Silva

DATA DO ACIDENTE 25/10/2019 CPF DA VÍTIMA 011.564.164-02

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO José Andrade Batista da Silva I) REPRESENTANTE LEGAL, CUIJO PARANTESCO COM

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR 4-VITIMA I) REPRESENTANTE LEGAL, CUIJO PARANTESCO COM

A VÍTIMA É José Andrade Batista da Silva

ENDERECO DO PORTADOR Sítio Parque BAIRRO Centro Rural CIDADE Alvorada UF PR CEP 53460-000

E-MAIL  TELEFONE (83) 3354-1284

MARQUE  PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

**DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE**

REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE

TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

CÓPIA DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

INFOS. IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSENÇA DE LAUDO DO IML

(ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA

COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

(ORIGINAL)

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (CÓPIA ORIGINAL) COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM

OS DADOS BANCÁRIOS, Tais como Cópia de FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

**DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS**

CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO

DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE É GERALMENTE O QUE PRESENTA A VÍTIMA MÉDIO DE 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

VALORES DE INDENIZAÇÃO

\*MORTE = R\$ 11.500,00

\*INVALIDEZ PERMANENTE - ATÉ R\$ 11.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABUA DE SEGURADO PREVISTA NA LEI 6.194/74.

\*DESPESAS MÉDICAS (DAMS) O BEM MEIO LOURO ATÉ R\$ 2.700,00 (REFUNDOS) ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS

\* O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA.

\* COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO

\* PARA ACOMPANHAR O PRAZO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE [WWW.DPVATSEGURADOS.COM.BR](http://WWW.DPVATSEGURADOS.COM.BR) OU LIGUE 61 3210 0221 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE —

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURO

DATA 23/05/2019 DATA 23/05/2019

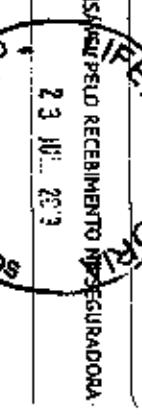
IDENTIDADE 26.494.28 NOME

ASSINATURA R. JOSÉ ANDRADE BATISTA DA SILVA ASSINATURA R. JOSÉ ANDRADE BATISTA DA SILVA

DESEJA REPRESENTANTE LEGAL E QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MÉDIO DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

DASSE, REPRESENTANTE LEGAL E QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MÉDIO DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

Número: 3190441680  
Vítima: LEANDRO BATISTA DE LIMA

Cidade: Alcantil  
Data do acidente: 25/04/2019

Natureza: Invalidez Permanente  
Seguradora: Investprev Seguradora S/A

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

Data da análise: 01/08/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TUBEROSIDADE ANTERIOR DE TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (REDUÇÃO + OSTEOSÍNTESE - ARRUELA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. PÁG 7

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

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

Documentos complementares:

Observações: VÍTIMA JÁ INDENIZADA EM SINISTRO ANTERIOR Nº 3160278404 EM NÍVEL MODERADO PARA O MEMBRO INFERIOR ESQUERDO. SINISTRO ATUAL LESIONADO NO MESMO SEGMENTO CORPORAL. SEQUELA JÁ INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 0 %	0%	R\$ 0,00
<b>Total</b>			<b>0 %</b>	<b>R\$ 0,00</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190441680      **Cidade:** Alcantil      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** LEANDRO BATISTA DE LIMA      **Data do acidente:** 25/04/2019      **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

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

**Data da análise:** 01/08/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE TUBEROSIDADE ANTERIOR DE TÍBIA ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (REDUÇÃO + OSTEOSÍNTESE - ARRUELA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. PÁG 7

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das**

**sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** VÍTIMA JÁ INDENIZADA EM SINISTRO ANTERIOR Nº 3160278404 EM NÍVEL MODERADO PARA O MEMBRO INFERIOR ESQUERDO. SINISTRO ATUAL LESIONADO NO MESMO SEGMENTO CORPORAL. SEQUELA JÁ INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

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

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 0 %	0%	R\$ 0,00
<b>Total</b>			<b>0 %</b>	<b>R\$ 0,00</b>