
Rio de Janeiro, 08 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190570607

Vítima: ROSIVALDO CASSIANO DA SILVA

Data do Acidente: 18/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ROSIVALDO CASSIANO DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 23 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190570607

Vítima: ROSIVALDO CASSIANO DA SILVA

Data do Acidente: 18/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ROSIVALDO CASSIANO DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50
Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%	
Graduação: Em grau médio 50%	
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%	
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$ 1.687,50

Recebedor: **ROSIVALDO CASSIANO DA SILVA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000000041**

Conta: **00000557883-9**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: **0347135109** 3 - CPF da vítima: **047.240.494-64** 4 - Nome completo da vítima: **ROSIVALDO CASSIANO DA SILVA**

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

5 - Nome completo: **ROSIVALDO CASSIANO DA SILVA** 6 - CPF: **047.240.494-64**
7 - Profissão: **AUTÔNOMO** 8 - Endereço: **RUA JOSÉ SOARES DE OLIVEIRA** 9 - Número: **342** 10 - Complemento: **CASA**
11 - Bairro: **RAMADINHA** 12 - Cidade: **CAMPINHA GRANDE** 13 - Estado: **PB** 14 - CEP: **58433-800**
15 - E-mail: **(83)98651-8167**

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATE R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATE R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (somente para bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: **0041** CONTA: **005578 83** 9 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha total responsabilidade, o valor da indenização, em nome do(a) beneficiário(a), desde que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a elevação do crédito, quitação total da dívida recebida.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que 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 período.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, para confirmação das conclusões da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei nº 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (vencer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte, desde que eu estiver vivo e saudável nesta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá acarretar a desistência do pedido e a consequente responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo): _____

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rgo): _____

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo): _____

38 - 1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, _____

X

JOÃO PESSOA 07/10/2019
Rosivaldo Cassiano da Silva
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (debitante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura da Seguradora Líder



CAIXA POUANÇA

CAIXA

POUPANÇA



5067 2251 9824 6433

5067

VALIDATE
03/24

ROSIVALDO C DA SILVA
0041 013 00557883-S

e/c



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº07098.01.2019.2.00.401

OCORRÊNCIA(S)

Suposto(s) Autor(es):

Tipificação 1: LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO

Data da Ocorrência: 18/05/2019

Hora: 19:22:00

Forma da Comunicação: Verbal

Endereço: Av. Portugal, Bodocongó, Campina Grande, PB.

Ponto de referência: Hiper Motel

PARTE(S)

COMUNICANTE

Nome: Reginaldo Severino da Silva%

Conhecido por: Não informado

Filiação: Maria das Dores Silva e Severino Marcolino da Silva

Idade: 67

Data de Nascimento: 13/03/1952

Identidade de Gênero: masculino

Nacionalidade: brasileira

Naturalidade: Campina Grande

Estado Civil: casado(a)

Escolaridade: Não informado

Profissão: Aposentado

Cargo: Não informado

Matrícula: Não informado

Documentos(s) de Identificação: CPF nº 533.840.597-00, RG nº 3305369 SSP/RJ

Endereço: Rua José Soares de Oliveira, 342, Ramadinha, Campina Grande, PB

Complemento: Não informado

Ponto de referência: Assembléia de Deus

Telefone: (83) 98624-4517

VITIMA

Nome: Rosivaldo Cassiano da Silva

Conhecido por: Não informado

Filiação: Valdeci Cassiano da Silva e Reginaldo Severino da Silva

Idade: 37

Data de Nascimento: 21/03/1982

Identidade de Gênero: masculino

Nacionalidade: brasileira

Naturalidade: Campina Grande

Estado Civil: solteiro(a)

Escolaridade: Não informado

Profissão: Autônomo

Cargo: Não informado

Matrícula: Não informado

Documentos(s) de Identificação: CPF nº 047.240.494-64, RG nº 2814808 SSP/PB

Endereço: Rua José Soares de Oliveira, 342, Ramadinha, Campina Grande, PB

Complemento: Não informado

Ponto de referência: Igreja Assembleia de Deus

Telefone: (83) 98624-4517



TESTEMUNHA

Nome: Carlos Antonio Leopoldino da Silva
Conhecido por: Não informado
Filiação: Maria de Lourdes Leopoldino e Pedro Severino da Silva
Idade: 45 Data de Nascimento: 07/05/1974 Identidade de Gênero: masculino
Nacionalidade: brasileira Naturalidade: Campina Grande
Estado Civil: casado(a)
Escolaridade: Não informado Profissão: Encanador
Cargo: Não informado Matrícula: Não informado
Documentos(s) de Identificação: CPF nº 014.833.604-31, RG nº 3271247 SSDS/PB
Endereço: Rua Manoel Mota, Bodocongó, Campina Grande, PB
Complemento: Não informado
Ponto de referência: Hiper Motel
Telefone: (83) 98895-7257

TESTEMUNHA

Nome: Maria do Socorro Souza Alves
Conhecido por: Não informado
Filiação: Maria Gorete de Souza Alves
Idade: 43 Data de Nascimento: 15/11/1975 Identidade de Gênero: feminino
Nacionalidade: brasileira Naturalidade: Campina Grande
Estado Civil: casado(a)
Escolaridade: Não informado Profissão: Doméstica
Cargo: Não informado Matrícula: Não informado
Documentos(s) de Identificação: RG nº 3317583 SSP/PB
Endereço: Rua Manoel Mota, Bodocongó, Campina Grande, PB
Complemento: Não informado
Ponto de referência: Hiper Motel
Telefone: (83) 98631-1588

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

DILIGÊNCIAS ADOTADAS/EXAMES REQUISITADOS

HISTÓRICO

Que na data, horário e local informados acima, narra o comunicante, pai da vítima, no momento em que a vítima ao cruzar a avenida, foi atropelado pelo condutor de nome Miranildo Cornélio de Araújo, que conduzia o automóvel de marca GM, modelo Astra, Ano/Modelo 2001/2001, de cor prata, de placa KJL 7709/PB, residente na rua Pedro Xavier, nº 51, bairro Severino Cabral, Campina Grande/PB; Que o condutor do veículo foi interceptado por terceiros, e que ao ser ameaçado de ser linchado, conseguiu se safar do local; Que a vítima fraturou as duas pernas, além de várias escoriações pelo corpo, como constam nos laudos médicos em anexo, tendo a vítima sido socorrida pelo Samu e encaminhada ao hospital de Emergência e Trauma de Campina Grande, onde foi feito atendimento médico; Que o comunicante informa que a filha do condutor do veículo, o procurou em sua residência, e que assim, conseguiu os dados do condutor do veículo; Que afirma o comunicante que as testemunhas relataram que o condutor do veículo se encontrava sob influência de bebida alcoólica; Que o comunicante afirma ter o desejo de representar criminalmente contra o condutor do veículo causador do acidente.

SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
2ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Central de Polícia Civil de Campina Grande -
Setor de Boletim de Ocorrência



**POLÍCIA
CIVIL
PARAÍBA**



Nada mais disse. Encerrado está o presente termo.

Campina Grande/PB, 01 de julho de 2019.

Josefa Alves de Assis
Bel.^a Josefa Alves de Assis
Delegada de Polícia Civil

JOSEFA ALVES DE ASSIS
Delegado(a) de Polícia Civil

Reginaldo Severino da Silva
REGINALDO SEVERINO DA SILVA

Noticiante

Alan Anderson Chaves Ramos
ALAN ANDERSON CHAVES RAMOS
Agente Operacional de Polícia Civil

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: **0347135139** 3 - CPF da vítima: **047.240.494-64** 4 - Nome completo da vítima: **ROSIVALDO CASSIANO DA SILVA**

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

5 - Nome completo: **ROSIVALDO CASSIANO DA SILVA** 6 - CPF: **047.240.494-64**
7 - Profissão: **AUTÔNOMO** 8 - Endereço: **RUA JOSÉ SOARES DE OLIVEIRA 342** 9 - Número: **CASA**
11 - Bairro: **RAMADINHA** 12 - Cidade: **CAMPINA GRANDE** 13 - Estado: **PB** 14 - CEP: **58433-800**
15 - E-mail: **(83)98651-8167**

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **0041** CONTA: **005578 83** 9

(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 Líder a creditar na conta bancária informada, de minha total responsabilidade, o valor da indenização, sem qualquer retenção, a quem eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do sinistro e do valor.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☐ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para fins de reconhecimento da indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter a análise médica prévia do caso reservando a custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____

26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____

30 - Vítima deixou nascituro(vinascido)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte a qualquer tempo, desde que se apresentem os documentos necessários, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá acarretar a tributação do benefício e a responsabilização criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

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

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

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

38 - 1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: _____

X

JOÃO PESSOA 07/10/2019
Rosivaldo Cassiano da Silva
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Prejudicado (se houver)

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS



DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Declaramos para os devidos fins de direito que o **SAMU REGIONAL CG - 192** foi solicitado para prestar atendimento médico pré-hospitalar de urgência ao paciente conforme dados a seguir:

DATA: 18/5/2019	HORA: 19:22 HRS	ID Nº: 1775830
NOME:	ROSIVALDO CASSIANO DA SILVA	
QUEIXA:	ATROPELAMENTO	
LOCAL:	AV - PORTUGAL - BODOCONGÓ	
COMPLEMENTO:		
CIDADE:	CAMPINA GRANDE / PB	
DADOS DA REMOÇÃO		
Paciente removido para o Hospital de Emergência e Trauma		

Campina Grande, 4 de junho de 2019.



Deoclecio F Nascimento
Coordenação Administrativa
SAMU REGIONAL CG - 192

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 16/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

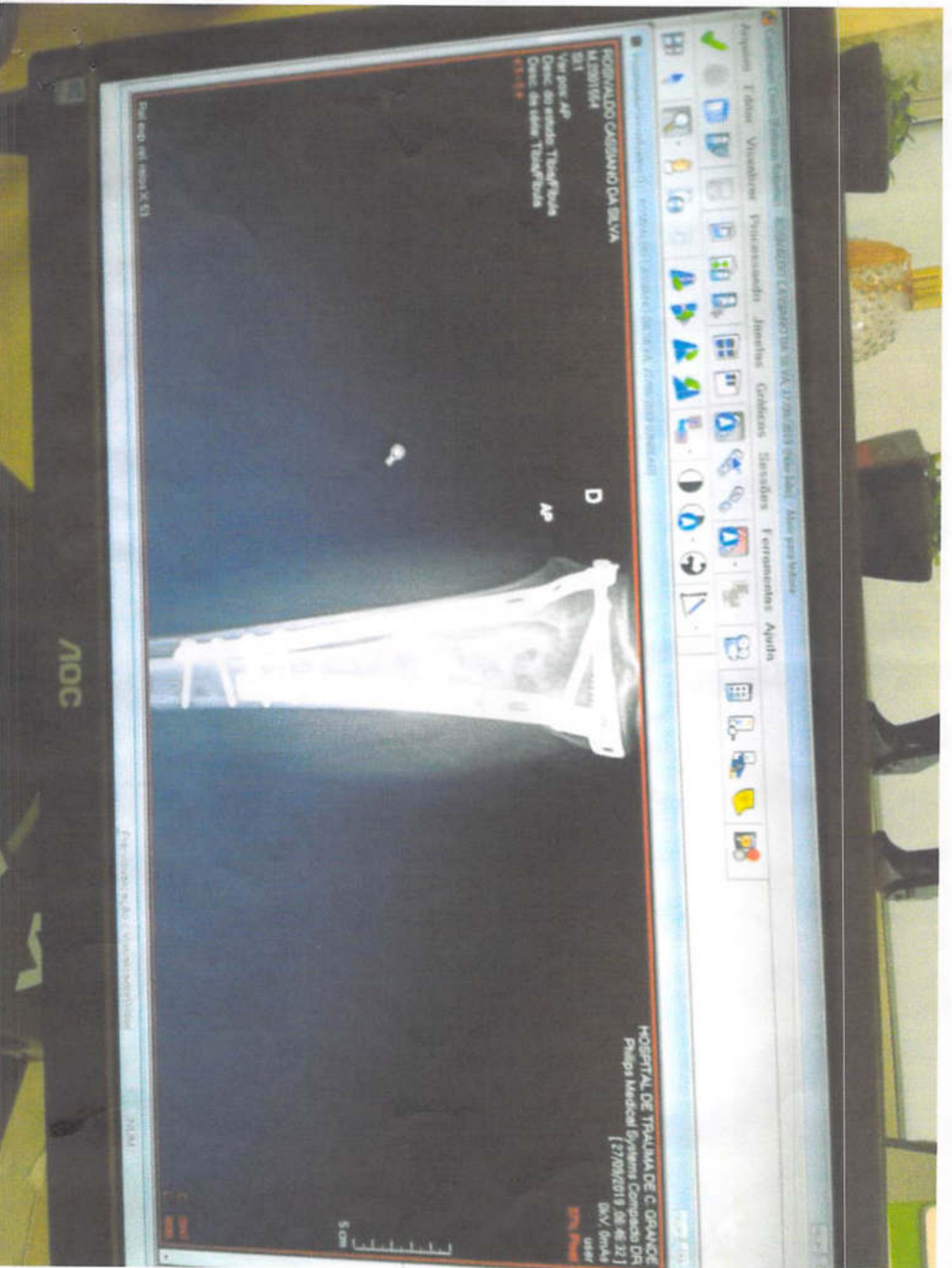
CLIENTE: ROSIVALDO CASSIANO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00041

CONTA: 000000557883-9

Nr. da Autenticação 7215E909CC222C4F



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



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) N°: 1900128 CLASS. DE RISCO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52

Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809

Data: 18/05/2019

Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07

Atendente: acolhimento

PACIENTE: ROSIVALDO

CEP: 58400002

Nascimento: 21/03/1982

CASSIANO DA SILVA

Sexo: M

Telefone: 987979405

Endereço: JOSE SOARES DE OLIVEIRA

Cidade: Campina Grande

Idade: 037

Bairro: RAMADINHA

Nome da Mãe: VALENCIA CASSIANO DA SILVA

RG:

N°: 342

CPF:

Profissão:

Responsável: ROZIEL CASSIANO DA SILVA

Data de Atend: 18/05/2019

CNS: 156498567

Estado Civil: Solteiro(a)

Hora: 20:29:40

CONVÊNIO: SUS

Motivo: ATROPELAMENTO POR CARRO

CRM:

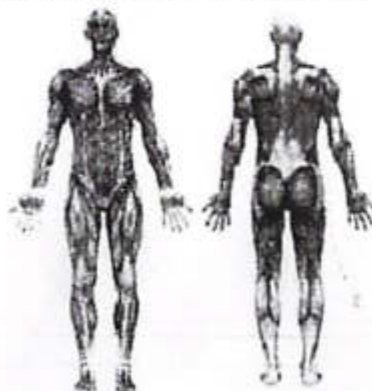
Especialidade:

Médico:

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

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



- | | |
|-------------------------|----------------------------------|
| 1. Abrasão | 19. Fratura óssea fechada |
| 2. Amputação | 20. Fratura óssea aberta |
| 3. Avulsão | 21. Hematoma |
| 4. Contusão | 22. Ingurgitamento Venoso |
| 5. Crepitação | 23. Laceração |
| 6. Dor | 24. Lesão tendinosa |
| 7. Edema | 25. Luxação |
| 8. Empalhamento | 26. Mordedura |
| 9. Enfisema subcutâneo | 27. Movimento torácico paradoxal |
| 10. Esmagamento | 28. Objeto Encravado |
| 11. Equimose | 29. Otorragia |
| 12. F. Arma branca | 30. Paralisia |
| 13. F. Arma de fogo | 31. Paresia |
| 14. F. Cortado | 32. Parestesia |
| 15. F. Cortante | 33. Queimadura |
| 16. F. Corto-contuso | 34. Rinorragia |
| 17. F. Perfuro-contuso | 35. Sinais de Isquemia |
| 18. F. Perfuro-cortante | 36. |

OBS:

Atropela muito

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada = % Grau () 1º. Grau () 2º. Grau () 3º. Grau

10.1.1.148/projetohctg/impclassi.php?contar=1900128&dataatend=2019-05-18&horaatend=20:34:20

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

Paciente vítima de atropelamento.
Trazido pelo CMV.
- A: Gria áreas pérvias; com colar cervical
- B: mv diminuídas em H+X (E), S/R+
- C: BNF, RCR em 2T, S/S
- D: consciente e orientado, agitado.
- E: Laceração em H+X (E).

ALERGIA:

obs: Refere dor em mm+J, com edema em coxa (D).

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS ☒ Fotorreagentes ☒ Isocóricas () Anisocóricas ()

Glasgow 15 PA

HGT: Sat02

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais

() Gasometria arterial

☒ Tomografia Computadorizada

☒ Ultrassonografia: FAST
☒ Radiografias: cervical, tórax, mm+J.
()

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: NCR, ortopedia às 20:45

Dia: / /

Especialista: /

Dia: / /

MÉDICO SOLICITANTE

**TOMOGRRAFIA
REALIZADA EM:
18/05/19**

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	Dipnrea - 2 amp + 4D EV	
2	Tilatil 40 - 2 amp + 4D EV	
3	SRL 500ml EV	
4		

DIGNOSTICO / CID:
EXAME SECUNDARIO / PARECER MEDICO

cirurgia real

00:35 - Paciente consciente e orientado, eupneico, hidratado. Refere dor no corpo todo. Ainda não foi medicado, # abdômen: global, deprimido, doloroso em FIE à palpação superficial e profunda.

auscult: sem alterações.
CO: Alta da cirurgia geral
Ao cuidados da ortopedia.



Unidade Hospital de S. Pedro
Médico responsável:
Cristina G. S. / PB

Amorim

DESTINO DO PACIENTE: / ____ às ____: ____ hs.

() Centro cirúrgico
() Internação (setor) _____
() Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL _____
Ata Hospitalar / () A revelar
Dr. J. C. Castro

10.1.1.14B/projetohtcg/impreclassi.php?contato=1900128&dataatend=2019-05-18&horatend=20:34:20

HTCG-Painel Administrativo

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Ortopedia
Avaliação de ch. Del
e de formação em
exercícios e de
vi. Após avaliação de
vsa, indicação para
ortopedia e cirurgia
deformar

Dr. Julio Cesar Castro
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RN 3320

ver #
Paciente vítima de traumatismo
Ao exame ECO = 11,1 Hz
TCC: S/ alterações graves
OP = Alta de ver
Ao cuidados da Ortopedia

Dr. Altair de Jesus
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RN 3320

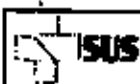
SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO PROCEDIMENTO

CMO

IDADE:

Data da Internação: 19/05/2019 Hora: 00:58:41



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 LUÍZ GONZAGA FERNANDES

2 - CNES

2362856

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO RECEITANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

4 - CNES

2362856

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

ROSIVALDO CASSIANO DA SILVA

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

1900260

7 - CARTÃO DO SUS

8 - DATA DE NASCIMENTO

21/03/1982

9 - SEXO

Masculino ☒ Feminino ☐

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

VALENCIA CASSIANO DA SILVA

11 - TELEFONE DO CENTRO

DDD 83 987979405

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

JOSE SOARES DE OLIVEIRA, 342, RAMADINHA

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Campina Grande

14 - CÓDIGO MUNICIPAL

250400

15 - UF

PB

16 - CEP

58400002

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Acidente de moto. Dor e edema
em perna 9

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Cirurgia

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS/RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS

Exame físico e radiográfico

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura proximal

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DENOMINAÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARACTER DA INTERNAÇÃO

02

28 - DOCUMENTO

(X) CNH () CPF

29 - Nº DO DOCUMENTO(CNH/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

706509310860293

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

JULIO CESAR RIBEIRO DE CA

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

19/05/2019

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

CRM-PB-39851 CP: JRN-0320

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - CNH DA SEGURADORA

35 - Nº DO BILHETE

36 - SÉRIE

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - CNH EMPRESA

39 - CNAE DA EMPRESA

40 - CBOE

41 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PRIMEIRA CAUSA

() EMPREGADO

() EMPREENSADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - CBOE ORÇÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

() CNH

() CPF

47 - Nº DO DOCUMENTO(CNH/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)



**GOVERNO
DA PARAÍBA**



GOVERNO

LIBERAÇÃO DE LEITO

Nome do Paciente: ROSIVALDO CASSIANO DA SILVA

Data da Internação: 19/05/2019

Data da Alta: 01/06/2019

Registro: 1900260

Tempo de Permanência: ~18036

Diagnóstico Inicial: 0408050551

Diagnóstico Final:

Principais Exames: EXAMES LABORATORIAIS + RAIOS-X

Cirurgia: RAFI

Data: 29/05/2019

Equipe:

Cirurgião: ANDRE RIBEIRO ARAUJO MENEZES

Aux 1: EVERLAN DA SILVA MEIRA

Aux 2:

Aux 3:

Aux 4:

Anestesista:

Medicamentos: ATB+ANALGÉSICO+ AINE

Infecção F.O: NAO

Coleta de Material: NAO

Bacteriologia:

Anatomopatológico:

Resumo Clínico (História, Evolução, Terapêutica e Complicações): PACIENTE EVOLUI BEM, SEM INTERCORRÊNCIAS COM MELHORA DO SEU QUADRO

Orientações: CUIDADOS COM A HIGIENIZAÇÃO DA FERIDA+ ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÕES PRESCRITAS+ FISIOTERAPIA

Dieta: DIETA LIVRE

Medicações para Casa: XARELTO + CIPROFLOXACINO + LOXONIN

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: ORTOPEDIA em: 15/06/2019 para retirada de pontos

ao Ambulatório de: ORTOPEDIA em: para revisão Repouso 0 dias

**GOVERNO
DA PARAÍBA**

LIBERAÇÃO DE LEITO

Nome do Paciente: ROSIVALDO CASSIANO DA SILVA

Data da Internação: 19/05/2019

Data da Alta: 01/06/2019

Registro: 1900260

Tempo de Permanência: -18036

Diagnóstico Inicial: 0408050551

Diagnóstico Final:

Principais Exames: EXAMES LABORATORIAIS + RAIO-X

Cirurgia: RAFI

Data: 29/05/2019

Equipe:

Cirurgião: ANDRE RIBEIRO ARAUJO MENEZES

Aux 1: EVERLAN DA SILVA MEIRA

Aux 2:

Aux 3:

Aux 4:

Anestesista:

Medicamentos: ATB+ANALGÉSICO+ AINE

Infecção F.O: NAO

Coleta de Material: NAO

Bacteriologia:

Anatomopatológico:

Resumo Clínico(História, Evolução, Terapêutica e Complicações): PACIENTE EVOLUI BEM, SEM INTERCORRÊNCIAS COM MELHORA DO SEU QUADRO

Orientações: CUIDADOS COM A HIGIENIZAÇÃO DA FERIDA+ ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÕES PRESCRITAS+ FISIOTERAPIA

Dieta: DIETA LIVRE

Medicações para Casa: XARELTO + CIPROFLOXACINO + LOXONIN

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: ORTOPEDIA em: 15/06/2019 para retirada de pontos

ao Ambulatório de: ORTOPEDIA em: para revisão Repouso 0 dias

GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 31/05/2019

Horas: 09:09:05

Médico (a) Diarista : Schubert Luigi Costa Rodrigues

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1900260 Paciente: ROSIVALDO CASSIANO DA SILVA Idade: 037 Sexo: M

Nome da Mãe: VALENCIA CASSIANO DA SILVA Data de Nascimento: 21/03/1982 Admissão: 19/05/2019

Clínica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 6 Leito: 3 Diagnóstico: FRATURA TIBIA PROX D

DIA 31/05/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Ana Maria Da Silva Anselmo / MÉDICO(A) ASSISTENTE : Schubert Luigi Costa Rodrigues /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE APÓS RPA	C
2	SORO RINGER COM LACTATO 500ML E.V. 1FRASCO, 8h/8h	21/05/2019
3	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. 1FRA AMP, 12h/12h 2D/2D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	21/05/2019
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	21/05/2019
5	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	21/05/2019
6	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	SIN
7	BROMOPRIDA 5 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 12h/12h	21/05/2019
8	RANITIDINA CLORIDRATO 150 MG V.O. 1COMP, 12h/12h	21/05/2019
9	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)	21/05/2019
10	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	SIN
11	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	C
12	DECUBITO MUDANÇA 4X POR DIA	C
13	CURATIVOS	C

EVOLUÇÃO

DATA: 31/05/2019 HORA: 09:08:57

PACIENTE EVOLUINDO BEM SEM QUEIXAS
cd MTD

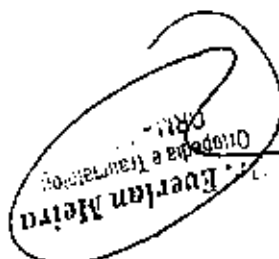
Dr. Schubert Costa
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
Cirurgia da Coluna
CRM/PB 5523

ASSINATURA + CARIMBO
Schubert Luigi Costa Rodrigues

Paciente consciente orientado, aferido 3500,
realizado curativo, medicado conforme prescri-
ção médica, segue aos cuidados da enferma-
gem.
Otorrin
3:00p

DFC, exame, 01 dia
Dura (+) Ex: (+)
FO: Surdo para ouvido de novo normal
CD: Alta hospitalar com ATB + Analgésico
Cura de ferida + Alente + curativo

Dr. Bruno Almeida
CRM-PB 38803
Otorrin e Traumatologia

Condições de Alta::Melhorado**Data**01/06/2019**Assinatura/Carimbo**
Everlan Da Silva Meira**OBS:LIBERAÇÃO CONFERIDA NO RESUMO DE ALTA! RESPONSÁVEL : Everlan Da Silva Meira**

Handwritten signature of Everlan Da Silva Meira over a circular stamp. The stamp contains the text: "Everlan Da Silva Meira", "CRM - 1880", and "Ortopedia e Traumatologia".

GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 26/05/2019

Horas: 06:45:43

Médico (a) Diarista : Wagner De Melo Falcao

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1900260 Paciente: ROSIVALDO CASSIANO DA SILVA Idade: 037 Sexo: M

Nome da Mãe: VALENCIA CASSIANO DA SILVA Data de Nascimento: 21/03/1982 Admissão: 19/05/2019

Clínica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 6 Leito: 3 Diagnóstico: FRATURA TIBIA PROX D

DIA 26/05/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Wagner De Melo Falcao /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO RINGER COM LACTATO 500ML E.V, 1FRASCO , 8h/8h	
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h	
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	
5	OMEPRAZOL 20 MG V.O, 1CAPS, 24h/24h (ADM AS 8h)	
6	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	
7	BROMOPRIDA 5 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 12h/12h	
8	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C, 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)	
9	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	
10	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
11	DECUBITO MUDANCA 4X POR DIA	

EVOLUÇÃO

DATA: 26/05/2019 HORA: 06:44:14

PCT SEGUE EM BEG, ESTAVEL CLINICAMENTE, SEM DISTERMIAS

DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES

DOR: 1/4+

CD:

VPM

AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO
Wagner De Melo FalcaoHallisson Santos de Almeida
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM PB 9562

PLANEJAMENTO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Diagnósticos de enfermagem	Intervenções de enfermagem	Aprazamento
() Respiração prejudicada	(x) Monitorar SSVV	
() Dispneia	() Atentar e comunicar para alteração do nível de consciência.	
() Tosse produtiva	() Monitorar oxigenioterapia e registrar Sat.SO ₂ .	
(x) Desidratação	() Elevar decúbito.	
() Edema	() Realizar aspiração de vias aéreas.	
() Desnutrição	() Registrar características da secreção.	
() Sobrepeso	() Registrar a ingestão e aceitação alimentar.	
() Falta de apetite	() Monitorar peso	
() Intolerância alimentar	() Monitorar a ingestão e eliminação/perda de líquidos.	
() Eliminação urinária prejudicada	() Controlar a terapia venosa de líquidos e eletrólitos.	
() Diarreia	() Documentar características das eliminações.	
() Constipação	() Monitorar locais e evolução do edema	
() Vômito	(x) Monitorar locais de inserção de dispositivos invasivos.	
() Sono e repouso prejudicados	() Documentar a evolução de feridas/ lesões.	
(x) Deambulação prejudicada	() Monitorar o padrão de sono e as horas de sono.	
(x) Mobilidade física prejudicada	() Ajustar horário de medicações para melhorar o sono/repouso.	
() Higiene corporal prejudicada	() Realizar higiene corporal no leito.	
() Higiene oral prejudicada	() Realizar mudança de decúbito a cada 2 horas.	
(x) Capacidade para autocuidado prejudicada	(x) Manter procedimentos identificados, datados e fixados.	
() Integridade da pele prejudicada	() Trocar equipos /torneirinhas/multivias	
() Integridade tissular prejudicada	(x) Avaliar a habilidade e capacidade de autocuidado quanto à higiene corporal e oral.	
() Infecção	() Orientar sobre os hábitos de higiene corporal/oral adequados.	
() Lesão	() Administrar soro/medicações por bomba de infusão	
() Hipertensão	(x) Identificar os fatores que prejudicam a adesão ao tratamento.	
() Hipotensão	(x) Orientar a família sobre a importância da sua participação na implementação do cuidado.	
() Perfusão periférica prejudicada	(x) Usar comunicação terapêutica para haver cuidado com empatia.	
() Rede venosa periférica prejudicada		
() Hipertermia		
() Hipotermia		
() Risco para infecção		
() Risco de sangramento		
() Dor		
OUTROS:	OUTROS:	
Enfermeiro(a)/COREN: <u>Jolene</u> COREN 236624		RECADO/COREN

[illegible]

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

TECNICO/COHEN

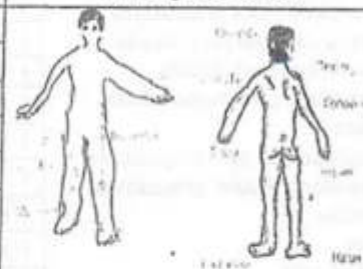
FONTE: BORDINHAO, R.C.; Coleta de dados por meio de grupo-focal Porto Alegre/RS



Evolução de enfermagem da Ala Ortopédica II

NOME: Roxivaldo Carraro DATA: 24/05/19
IDADE: 37 PRONTUÁRIO: _____ ENFERMARIA: Ort 2 6-3
CLIENTE: () CLÍNICO () CIRÚRGICO DIAGNÓSTICO MÉDICO/CIRURGIA: _____

NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA		ATIVIDADE FÍSICA	INTEGRIDADE FÍSICA	
Estado geral:	Nível de consciência:	Mobilidade Física:	Pele e mucosas:	Presença de Lesões:
☒ Bom	☒ Consciente	Deambula	☒ Hidratadas	
☐ Regular	☐ Inconsciente	Deambula c/ ajuda	☐ Desidratadas	
☐ Comprometido	☐ Orientado	☒ Acamado	☐ Normocoradas	
☐ Grave	☐ Desorientado	Atrofia de membros	☐ Hipocoradas	
☐ Gravíssimo	☐ Letárgico	Deficiência Física	☐ Ictéricas	
Resposta a estímulos:	Comunicativo	SONO E REPOUSO	Higiene corporal:	
☒ Verbais	☒ Cooperativo	Preservados	() preservada	
☐ Não responsivo	☐ Reativo	Sonolento	() prejudicada	
OXIGENAÇÃO		HIDRATAÇÃO	NUTRIÇÃO	ELIMINAÇÃO
☒ Eupneia	☐ Dispneia	☒ Hidratada	Aceitação alimentar:	Diurese: () Ausente ☒ Presente
☐ Taquipneia	☐ Bradipneia	Desidratada	☒ Boa () Regular	() Oligúria
☐ Traqueostomia	☐ Tosse	Ingestão hídrica _____ ml/dia	() Ruim	() Uso de diuréticos
☐ Murmúrios vesiculares	Ruídos adventícios:	Edema _____	Estado Nutricional:	Características: _____
☐ Cianose	☐ Expectoração	Restrição hídrica _____ ml/dia	☒ Normal () Obeso	Evacuações: () ausente ☒ presente
			() Desnutrido	Características: _____
			() Emagrecido	
			Dieta Zero	() Náusea () Vômito
REGULAÇÃO VASCULAR		REGULAÇÃO TÉRMICA	SENSOPERCEPÇÃO - DOR	
☒ Normocardia	☒ Normotenso	☒ Normotérmico	Localização:	
☐ Taquicardia	☐ Hipertenso	☐ Hipertérmico	EVA: _____	
☐ Bradicardia	☐ Hipotenso	☐ Hipotérmico		

USO DE DISPOSITIVOS:

☒ AVP: <u>MSP 24/5</u> Data: _____	() SNG - Data: _____	() Cateter de O ₂ _____ Vmin	() SVA _____
() CVC: _____ Data: _____	() SOG - Data: _____	() Máscara de Venturi _____ %	() SVD _____ Data: _____
() Dissecção: _____ Data: _____	() SNE - Data: _____	() VNI _____ () TQT _____	() Dreno _____ Data: _____
() CTI: _____ Data: _____	() GTT - Data: _____	() Ventilação Mecânica	() Ostomia _____

Intervenções

Enfermeiro(a)/COREN: _____



**GOVERNO
DA PARAÍBA**



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

LIBERAÇÃO DE LEITO

Nome do Paciente: ROSIVALDO CASSIANO DA SILVA

Data da Internação: 19/05/2019

Data da Alta: 01/06/2019

Registro: 1900260

Tempo de Permanência: -18036

Diagnóstico Inicial: 0408050551

Diagnóstico Final:

Principais Exames: EXAMES LABORATORIAIS + RAIOS-X

Cirurgia: RAFI

Data: 29/05/2019

Equipe:

Cirurgião: ANDRE RIBEIRO ARAUJO MENEZES

Aux 1: EVERLAN DA SILVA MEIRA

Aux 2:

Aux 3:

Aux 4:

Anestesista:

Medicamentos: ATB+ANALGÉSICO+ AINE

Infecção F.O: NAO

Coleta de Material: NAO

Bacteriologia: —

Anatomopatológico: —

Resumo Clínico (História, Evolução, Terapêutica e Complicações): PACIENTE EVOLUI BEM, SEM INTERCORRÊNCIAS COM MELHORA DO SEU QUADRO

Orientações: CUIDADOS COM A HIGIENIZAÇÃO DA FERIDA + ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÕES PRESCRITAS + FISIOTERAPIA

Dieta: DIETA LIVRE

Medicações para Casa: XARELTO + CIPROFLOXACINO + LOXONIN

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: ORTOPEDIA em: 15/06/2019 para retirada de pontos

ao Ambulatório de: ORTOPEDIA em: para revisão Repouso 0 dias

NOME: Ronivaldo IDADE: 37 e
PRONTUÁRIO: 1800360
Curso de Silveira

CLIENTE: () CLÍNICO () CIRÚRGICO () DIAGNÓSTICO MÉDICO/CIRURGIA:

ENFERMARIA:

DATA: 22/05/19

NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS

REGULACAO NEUROLÓGICA		ATIVIDADE FÍSICA		INTEGRIDADE FÍSICA	
Estado geral:	Nível de consciência:	Mobildade Física:	Pele e mucosas:	Presença de Lesões:	
Bom	X Consiente	Deambula	Hidratadas		
Regular	Ihconsciente	Deambula c/ ajuda	Desidratadas		
Comprometido	Orientado	Acamado	Normocoradas		
Grave	Desorientado	Atrofia de membros	Hipocoradas		
Gravíssimo	Letárgico	Deficiência física	Ictéricas		
Resposta a estímulos:	Comunicativo	SONO E REPOUSO		Higiene corporal:	
Verbalis	Cooperativo	Preservados	() preservada	() preservada	
Não responsivo	Reativo	Sonoento	() prejudicada	() prejudicada	
OXIGENACAO		HIDRATACAO		NUTRICAO	
Eupneia	Dispneia	Hidratada	Aceitação alimentar:	Diurese: () Ausente (X) Presente	
Taquipneia	Bradipneia	Desidratada	Boa () Regular	() Oligúria	
Traqueostomia	Tosse	Ingestão hídrica ml/dia	Estado Nutricional:	() Uso de diuréticos	
Murmúrios	Ruidos adventícios:	Edema	Normal (X) Obeso	Características:	
Vesiculares			() Desnutrido	Evacuções: (X) ausente () presente	
Cianose	Expectoração	Restrição hídrica ml/dia	() Emagrecido	Características:	
REGULACAO VASCULAR		REGULACAO TÉRMICA		SENSOPERCEPCÃO - DOR	
Normocardia	Normotenso	Normotérmico	Localização:		
Taquicardia	Hipertenso	Hipertérmico	EVA:		
Bradicardia	Hipotenso	Hipotérmico			

USO DE DISPOSITIVOS:

() CVC: _____	() SNG - Data: _____	() Cateter de O ₂ _____ l/min	() SVA _____
() Dissecção: _____	() SOG - Data: _____	() Máscara de Venturi _____ %	() SVD _____
() CTI: _____	() SNE - Data: _____	() VNI _____	() Dreno _____
	() GTT - Data: _____	() Ventilação Mecânica _____	() Ostomia _____

Interferon

Erika de Souza Miranda
COPENP 102681-ENH

Enfermeiro(a)/COREN:



SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
CAMPINA GRANDE - PARAIBA

PACIENTE:	ROSIVALDO CASSIANO DA SILVA
DATA DO EXAME:	18/05/2019

ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL - "FAST"

METODOLOGIA:

Exame realizado em modo bidimensional com equipamento dinâmico na frequência de 4,0 MHz.

ANÁLISE:

Não identificamos sinais de líquido livre intra-abdominal, derrame pericárdico ou derrame pleural no presente estudo.

Não foram evidenciadas lesões viscerais relacionadas ao trauma.

Observação: Ressaltamos a baixa sensibilidade da ultrassonografia na detecção de lesões em órgãos sólidos e vísceras ocas, assim como de hemoretroperitônio, não havendo critérios ecográficos seguros para indicação de alta hospitalar baseando-se apenas no resultado negativo da ultrassonografia.

DR. ANDRÉ VENTURA
Médico Radiologista
CRM-PB 7282 | RQE-PB 5683



GOVERNO
DA PARAÍBA

SEGUE

o trabalho LIST PRÉ-OPERATÓRIO-ALAS



SETOR DE ORIGEM:	Autopeçador 2		
NOME:	Renivaldo Cassiano da Silva		
PROCEDIMENTO:	Tx bilateral		
☒ AVP: LOCAL:	USD	GELCO Nº: 20	AVC ☐ JEJU ☒
BANHO PRÉ-OPERATÓRIO:	☐ COM CLOREXIDINA	☐ NÃO SE APLICA	
RETIRADO:	☐ PRÓTESE DENTÁRIA	☐ ADORNOS	☐ PERTENCES
ENCAMINHADO:	☒ HEMOG	☒ USG	☐ TOMOGRAFIA ☐ RESSONÂNCIA
☐ TERMO DE CONSENTIMENTO	☐ NÃO SE APLICA		
☐ RESERVA DE HEMODERIVADO	☐ NÃO SE APLICA		
ENFERMEIRO RESPONSÁVEL:	COREN:		

AV. Marechal Floriano Peixoto, 4700 – Malvinas

Campina Grande – PBCEP: 58.432-809

Email: chefiarhtraumacg@hotmail.com hospitalregionalcg@hotmail.com

ANEXO 01 - 01/01/2011

Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente:	Resivaldo Cassiano da Silva	Idade:	37 a
Convênio:	2us	Data:	29.05.19
Procedimento:	Tte Cirúrgico de fratura de tíbia proximal bilateral		
Cirurgião:	Drº André	Auxiliar:	Rº Everlan
		Anestesista:	Drº Roberto
Início:	11:45	Término:	13:50
		Anestesia	Proqui + Se dção

[illegible][illegible]

Observações:



Assinatura Anestesista

Circulante

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

<i>Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico</i>	<i>Hora entrada</i>	<i>Hora saída</i>
Nenhum Movimento = 0 Movimenta 2 membros = 1 Movimenta 4 membros = 2		
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispnéia = 1 Respiração profunda e tosse = 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		
Sat O ₂ < 90 com oxigênio = 0 Sat O ₂ > 90 com oxigênio = 1 Sat O ₂ > 92% sem oxigênio = 2		
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		
TOTAL DE PONTOS:		



Assinatura do anestesista

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campinas Grande - PB, CEP: 58432-809
Data: 18/05/2019

Paciente: ROSIVALDO CASSIANO DA SILVA Idade: 037 N° ATEND: 1900128

ACIDENTE DE TRABALHO : NAO

DATA: 18/05/2019 HORA: 20:34:20

ESPECIALIDADE: FISIOTERAPIA

MOTIVO: ATROPELAMENTO
ESPECIFICAÇÃO DO MOTIVO: POR CARRO

SINUS VITAE	HGT:	SAT 02:	PA:	TEMP:	FC:	FR:	PESO:
-------------	------	---------	-----	-------	-----	-----	-------

DIABETES (SIM) HAS (SIM) NỖO DEF. MOTOR (SIM) NỖO

ALERGIAS : NÃO S
MEDICAÇÃO EM USO :

ESTADO GERAL :
AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

() CONVULSÃO () INCONSCIENTE () CONSCIENTE () ORIENTADO
() DESORIENTADO () AGITADO () COOPERATIVO () DEPRESSIVO () APÁTICO
() IRRITADO () DIMINUIÇÃO DE FORÇA MOTORA

SINTOMAS REFERIDOS

(FEBRE) (VÔMITO) (DIARRÉIA) (EXANTEMA)
(PRURIDO) (DISPNEIA) (DOR) (INAPETÊNCIA) (ALTERAÇÕES VISUAIS)
(ANAFILAXIA) (FLEBITE) (INAPETÊNCIA) (ALTERAÇÕES VISUAIS)
(EPIGASTRALGIA) (CONSTIPAÇÃO) (MELENA) (SÍNDROMES) (TOSSE)

ESCALA DE DOR:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO :
VERMELHO

VERMELHO



HTG-Panel Administrativo

[illegible]

INFERMIERO/COREN

OBIS: SAMU-CG

GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº: 1900128

CLASS. DE RISCO: **VERMELHO**

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52

Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809

Data: 18/05/2019

Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07

Atendente: acolhimento

PACIENTE: ROSIVALDO

CEP: 58400002

Nascimento: 21/03/1982

CASSIANO DA SILVA

Endereço: JOSE SOARES DE OLIVEIRA

Sexo: M

Telefone: 987979405

Cidade: Campina Grande

Idade: 037

Bairro: RAMADINHA

Nome da Mãe: VALENCIA CASSIANO DA SILVA

RG:

Nº: 342

CPF:

Profissão:

Responsável: ROZIEL CASSIANO DA SILVA

Data de Atend: 18/05/2019 CNS: 156498567

Estado Civil: Solteiro(a)

Hora: 20:29:40

CONVÊNIO: SUS

Motivo: ATROPELAMENTO POR CARRO

CRM:

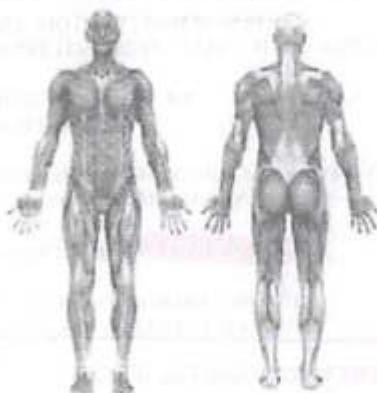
Especialidade:

Médico:

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

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



- | | |
|-------------------------|----------------------------------|
| 1. Abrasão | 19. Fratura óssea fechada |
| 2. Amputação | 20. Fratura óssea aberta |
| 3. Avulsão | 21. Hematoma |
| 4. Contusão | 22. Injúria Venoso |
| 5. Crepitação | 23. Laceração |
| 6. Dor | 24. Lesão tendinosa |
| 7. Edema | 25. Luxação |
| 8. Empalhamento | 26. Mordedura |
| 9. Enfisema subcutâneo | 27. Movimento torácico paradoxal |
| 10. Esmagamento | 28. Objeto Encaixado |
| 11. Equimose | 29. Otorragia |
| 12. F. Arma branca | 30. Paralisia |
| 13. F. Arma de fogo | 31. Parestia |
| 14. F. Cortado | 32. Parestesia |
| 15. F. Cortante | 33. Queimadura |
| 16. F. Corto-contuso | 34. Rinorragia |
| 17. F. Perfuro-contuso | 35. Sinais de Isquemia |
| 18. F. Perfuro-cortante | 36. |

OBS:

Atropela muito

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada = _____ % Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

Paciente vítima de atropelamento.
 Trajido pelo SUV.
 - A: Giar áreas perivas; com colar cervical
 - B: mv diminuídas em HTX (E), SIRA
 - C: BNF, RCR em 2T, S/S
 - D: consciente e orientado, agitado.
 - E: Laceração em HTX (E).

ALERGIA:

Obs: Refere dor em mm JJ, com
 edema em coxa (E).

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS ☒ Fotorreagentes ☒ Isocóricas () Anisocóricas ()

Glasgow 15 PA

HGT: Sat02

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais

() Gasometria arterial

☒ Tomografia Computadorizada☒ Ultrassonografia: FAST☒ Radiografias: cervical, torax, mm JJ.

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: NCR, ortopedia às 20:45
 Dia: / /

Especialista: /
 Dia: / /

MÉDICO SOLICITANTE

**TOMOGRAFIA
 REALIZADA EM:
 18/05/19**

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	Diploina - 2 amp + 4D EV	
2	Paralil 40 - 2 amp + 4D EV	
3	SRL 500ml EV	
4		

DIGNOSTICO / CID:

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

cirurgia geral

00:35 - Paciente consciente e orientado, eupneico, hidratado. Refere dor no corpo todo. Ainda não foi medicado.
 # abdômen: globoso, depressível, doloroso em FJE à palpação superficial e profunda.

ausc. t.p.: sem alterações.

CD: Alta da cirurgia geral
 As cuidados da ortopedia.

Isabel Tiago da S. Peixoto
 MÉDICO RESIDENTE
 CIRURGIA
 CRM 0568/PB

Isabel

DESTINO DO PACIENTE ____ / ____ / ____ às ____ : ____ hs.

() Centro cirúrgico

() Internação (setor) ____

() Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL

() Alta hospitalar / () A revelia

() Decisão Médica

Isabel

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Ortopedia
 Acidente de trânsito. Dor
 e deformidade em membro
 superior esquerdo e fratura
 de rádio e ulna.
 W. Agostinho de
 N. S. Indicação de
 ortopedia plástica
 e eletiva

Dr. Julio Cesar Castro
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM 0568/PB

NER

Paciente vítima de atropelamento
 Ao exame: ECG = II, III, aVF
 TCC: S/ alterações graves
 Op: Ato de NER

As cuidados da Ortopedia

Dr. Almir da Costa
 NEUROLOGIA
 CRM 0568/PB

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO PROCEDIMENTO

CBO

IDADE

GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 26/05/2019

Horas: 06:45:43

Médico (a) Diarista : Wagner De Melo Falcao

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1900260 Paciente: ROSIVALDO CASSIANO DA SILVA Idade: 037 Sexo: M

Nome da Mãe: VALENCIA CASSIANO DA SILVA Data de Nascimento: 21/03/1982 Admissão: 19/05/2019

Clinica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 6 Leito: 3 Diagnóstico: FRATURA TIBIA PROX D

DIA 26/05/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Wagner De Melo Falcao /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO RINGER COM LACTATO 500ML E.V. 1FRASCO , 8h/8h	13 18 24 06
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	18 24 06
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	18 24 06
5	OMEPRAZOL 20 MG V.O. 1CAPS, 24h/24h (ADM AS 8h)	18 24 06
6	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	18 24 06
7	BROMOPRIDA 5 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 12h/12h	18 24 06
8	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)	18 24 06
9	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	18 24 06
10	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
11	DECUBITO MUDANCA 4X POR DIA	

EVOLUÇÃO

DATA: 26/05/2019 HORA: 06:44:14

PCT SEGUE EM BEG, ESTAVEL CLINICAMENTE, SEM DISTERMIAS

DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES

DOR: 1/4+

CD:

VPM

AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO
Wagner De Melo Falcao

Hallsson Edson de Almeida
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM PB 9562

GOVERNO
DA PARAÍBA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

OK

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1900260 Paciente: ROSIVALDO CASSIANO DA SILVA Idade: 037 Sexo: M

Nome da Mãe: VALENCIA CASSIANO DA SILVA Data de Nascimento: 21/03/1982 Admissão: 19/05/2019

Clínica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 6 Leito: 3 Diagnóstico: FRATURA TÍBIA PROX D

DIA 20/05/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Schubert Luigi Costa Rodrigues /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	CT
2	SORO RINGER COM LACTATO 500ML E.V, 1FRASCO, 8h/8h	24/22/158
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h	22/24/24/158
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	28/06
5	OMEPRAZOL 20 MG V.O, 1CAPS, 24h/24h (ADM AS 8h)	06
6	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	SIN
7	BROMOPRIDA 5 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 12h/12h	24/06
8	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C, 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)	22
9	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	SIN
10	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	CT
11	DECUBITO MUDANCA 4X POR DIA	CT

EVOLUÇÃO

DATA: 20/05/2019 HORA: 09:47:39

#ORTOPEDIA ADMISSÃO#

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO, ALCOLIZADO. CONSCIENTE.
APRESENTA DOR E DEFORMIDADE EM MID. E ESCORIAÇÕES EXTREMIDADES
AO EXAME FÍSICO E RADIOGRÁFICO COM FRATURA DE TÍBIA PROXIMAL D
#CD: SOLICITO EXAMES PRÉ OPERATORIOS.

ASSINATURA + CARIMBO
Schubert Luigi Costa Rodrigues

Dr. Schubert Costa
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CIRURGIA DA COLUMNA
CRM/PB 5523



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

<i>Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico</i>	<i>Hora entrada</i>	<i>Hora saída</i>
Nenhum Movimento = 0 Movimenta 2 membros = 1 Movimenta 4 membros = 2		
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispnéia = 1 Respiração profunda e tosse = 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		
Sat O ₂ < 90 com oxigênio = 0 Sat O ₂ > 90 com oxigênio = 1 Sat O ₂ > 92% sem oxigênio = 2		
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		
TOTAL DE PONTOS:		


Assinatura do anestesista

**GOVERNO
DA PARAÍBA**GOVERNO
DA PARAÍBA

Número do Prontuário: 140530

DATA DA CIRURGIA: 29/05/2019

Número do Atendimento: 1900260 Clin: ORTOPEDIA 2 / Enf: 6 / Lei: 3

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: ROSIVALDO CASSIANO DA SILVA

Data da Internação: 19/05/2019

Atendimento: 1900260

Diagnostico Pré-Operatório:

Diagnostico Pós-Operatório:

Cirurgia: OSTEOSINTESE

Data da Cirurgia: 29/05/2019

Equipe:

Cirurgião: ANDRE RIBEIRO ARAUJO MENEZES

Aux 1: EVERLAN DA SILVA MEIRA

Aux 2: ANA MARIA DA SILVA ANSELMO

Aux 3:

Instrumentador:

Anestesista: ROBERIO MARINHO ALVES

Tipo de anestesia: RAQUIANESTESIA

Relatório Imediato do Patologista: NÃO

Exame Radiológico no Ato: SIM

Acidente Durante Operação: NÃO OCORREU

Descrição da Operação: 1 - PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA

2 - ASSEPSIA + ANTISSEPSE + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS

3 - INCISÃO EM FACE LATERAL E MEDIAL EM PERNA ESQUERDA + DIVULSÃO POR PLANOS + HEMOSTASIA

4 - REDUÇÃO INCRUENTA DA FRATURA DA PERNA ESQUERDA + FIXAÇÃO COM PLACA EM PONTE + PARAFUSOS CORTICAIS E ESPONJOSOS SOB ESCOPIA

5 - INCISÃO EM FACE LATERAL E MEDIAL EM PERNA DIREITA + DIVULSÃO POR PLANOS + HEMOSTASIA

6 - REDUÇÃO INCRUENTA DA FRATURA DA PERNA DIREITA + FIXAÇÃO COM PLACA EM PONTE + PARAFUSOS CORTICAIS E ESPONJOSOS SOB ESCOPIA

7 - LAVADO DE FO COM SF

8 - SUTURA POR PLANOS

9 - CURATIVOS

10 - À URPA

Data 29/05/2019

Dra. Ana Maria da S. Anselmo
MS: Ortopedia - Traumatologia
CRM-PB 7825

Assinatura/Carimbo

Ana Maria Da Silva Anselmo



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA **SEGUIR O TRABALHO** **SEGURANÇA ANESTÉSICA**

CHECKLIST DE

CARRO DE ANESTESIA	☐ SIM	☐ NÃO
TESTADO		
LARINGOSCÓPIO	☐ SIM	☐ NÃO
MONITOR	☐ SIM	☐ NÃO
MULTIPARÂMETRICO		
CAPNÓGRAFO	☐ SIM	☐ NÃO
FALTA DE	☐ SIM QUAL?	
EQUIPAMENTO/MEDICAÇÃO	☐ NÃO	
ANESTESISTA RESPONSÁVEL		



CONTROLE CIRÚRGICO

● Rua Capitão José da Luz, 25 - Empresarial Joaquim Cardoso
Sala 901/902 - Coelhos - Recife/PE - CEP: 50.070-540
CNPJ: 26.296.089/0001-79

0543

Paciente: Rozivaldo Cassiano da Silva
Hospital: de Trauma e C. grande
Médico: Dr. Andre + Dr. Everlan
Data da Cirurgia: 29/05/19 Procedimento: Frnt. Bi-lateral Platis
Prontuário: 1900260 Convênio: _____
Istrumentadora(O): Ana + Thiago Circulante: _____
cx 02 e 02

Quant.	Materiais Utilizados	Lote
02	Placas em L esquerda com 12 furos 4,5	
01	Placa em L direita com 12 furos 4,5	
01	Placa em L direita com 10 furos 4,5	
16	Parafusos corticais 4,5 3 1 2 4 3 1 1 1 30 32 34 36 38 42 52 70	
06	Parafusos esponjosos 6,5 4 2 80 85 Rosca 3	

Recife, 29 de 05 de 2019

Circulante

Dr. Everlan Meira
Ortopedia e Traumatologia
CRM - PB 9990

Médico Responsável

c: limpa

Mitena

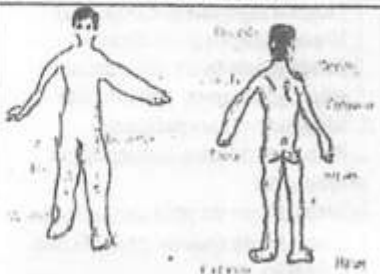
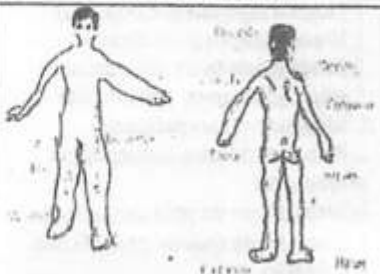
Evolução de enfermagem da Ala *Ortopédica II*

NOME: Rivaldo Cassiano da Silva DATA: 28/05/19

IDADE: _____ PRONTUÁRIO: _____ ENFERMARIA: 6-3

CLIENTE: () CLÍNICO () CIRÚRGICO DIAGNÓSTICO MÉDICO/CIRURGIA:

NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA		ATIVIDADE FÍSICA		INTEGRIDADE FÍSICA	
Estado geral:	Nível de consciência:	Mobilidade Física:	Pele e mucosas:	Presença de Lesões:	
☒ Bom	☒ Consciente	Deambula	☒ Hidratadas		
Regular	Inconsciente	Deambula c/ ajuda	Desidratadas		
Comprometido	☒ Orientado	☒ Acamado	☒ Normocoradas		
Grave	Desorientado	Atrofia de membros	Hipocoradas		
Gravíssimo	Letárgico	Deficiência Física	Ictéricas		
Resposta a estímulos:	☒ Comunicativo	SONO E REPOUSO			
☒ Verbais	☒ Cooperativo	☒ Preservados	Higiene corporal:		
☒ Não responsivo	☒ Reativo	Sonolento	☒ preservada ☐ prejudicada		
OXIGENAÇÃO		HIDRATAÇÃO		NUTRIÇÃO	
☒ Eupneia	Dispneia	☒ Hidratada	Aceltação alimentar:		ELIMINAÇÃO Diurese: ☐ Ausente ☒ Presente ☐ Oligúria ☐ Uso de diuréticos _____ Características: _____ Evacuações: ☐ ausente ☒ presente Características: _____ ☐ Náusea ☐ Vômito _____
Taquipneia	Bradipneia	Desidratada	☒ Boa ☐ Regular ☐ Ruim		
Traqueostomia	Tosse	Ingestão hídrica _____ ml/dia	Estado Nutricional:		
Murmúrios vesiculares	Ruídos adventícios: _____	Edema _____	☒ Normal ☐ Obeso ☐ Desnutrido ☐ Emagrecido		
Cianose	Expectoração	Restrição hídrica _____ ml/dia	Dieta Zero		
REGULAÇÃO VASCULAR		REGULAÇÃO TÉRMICA		SENSOPERCEÇÃO - DOR	
☒ Normocardia	☒ Normotenso	☒ Normotérmico	Localização:		
Taquicardia	Hipertenso	Hipertérmico	EVA: _____		
Bradicardia	Hipotenso	Hipotérmico			

USO DE DISPOSITIVOS:

() AVP: <u>MSB</u> Data: <u>27/10/5</u>	() SNG - Data: _____	() Cateter de O ₂ _____ l/min	() SVA _____
() CVC: _____ Data: _____	() SOG - Data: _____	() Máscara de Venturi _____ %	() SVD _____ Data: _____
() Dissecção: _____ Data: _____	() SNE - Data: _____	() VNI _____ () TQT _____	() Dreno _____ Data: _____
() CTI: _____ Data: _____	() GTT - Data: _____	() Ventilação Mecânica _____	() Ostomia _____

Interferências

infermeiro(a)/COREN:

PLANEJAMENTO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Diagnósticos de enfermagem	Intervenções de enfermagem	Aprazamento
() Respiração prejudicada	(X) Monitorar SSVV	12/12 hs
() Dispneia	(X) Atentar e comunicar para alteração do nível de consciência.	cte
() Tosse produtiva	() Monitorar oxigenioterapia e registrar Sat. SO_2	
(X) Desidratação	() Elevar decúbito.	
() Edema	() Realizar aspiração de vias aéreas.	
() Desnutrição	() Registrar características da secreção.	
(X) Sobrepeso	() Registrar a ingestão e aceitação alimentar.	
() Falta de apetite	(X) Monitorar peso	cte
() Intolerância alimentar	() Monitorar a ingestão e eliminação/perda de líquidos.	
() Eliminação urinária prejudicada	() Controlar a terapia venosa de líquidos e eletrólitos.	
() Diarreia	() Documentar características das eliminações.	
() Constipação	() Monitorar locais e evolução do edema	
() Vômito	(X) Monitorar locais de inserção de dispositivos invasivos.	cte
() Sono e repouso prejudicados	() Documentar a evolução de feridas/lesões.	
(X) Deambulação prejudicada	() Monitorar o padrão de sono e as horas de sono.	
(X) Mobilidade física prejudicada	() Ajustar horário de medicações para melhorar o sono/repouso.	
() Higiene corporal prejudicada	(X) Realizar higiene corporal no leito.	cte
() Higiene oral prejudicada	(X) Realizar mudança de decúbito a cada 2 horas.	cte
(X) Capacidade para autocuidado prejudicada	(X) Manter procedimentos identificados, datados e fixados.	cte
(X) Integridade da pele prejudicada	(X) Trocar equpos /tornelinhhas/multivias	72/72 hs
() Integridade tissular prejudicada	(X) Avaliar a habilidade e capacidade de autocuidado quanto à higiene corporal e oral.	cte
() Infecção	() Orientar sobre os hábitos de higiene corporal/oral adequados.	
() Lesão	() Administrar soro/medicações por bomba de infusão	
() Hipertensão	() Identificar os fatores que prejudicam a adesão ao tratamento.	
() Hipotensão	(X) Orientar a família sobre a importância da sua participação na implementação do cuidado.	cte
() Perfusão periférica prejudicada	() Usar comunicação terapêutica para haver cuidado com empatia.	
() Rede venosa periférica prejudicada		
() Hipertermia		
() Hipotermia		
() Risco para infecção		
() Risco de sangramento		
() Dor		

OTHERS:

OUTROS:

Enfermeiro(a)/COREN:

~~Érika de Sousa Miranda~~
~~GOREN PB 102681 ENF~~

TECNICO/COREIN

[illegible]

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

[illegible]

TECNICO/COHEN

FONTE: BORDINHAO, R.C.; coleta de dados por meio de grupo-focal. Porto Alegre, RS.



Evolução de enfermagem da Ala Ortopédico II

NOME: Rosivaldo Passiano

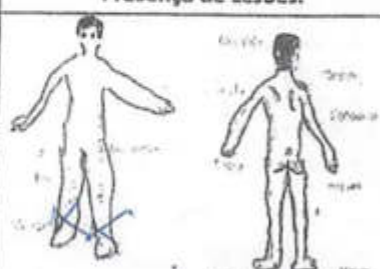
DATA: 29/05/18

IDADE: 37 PRONTUÁRIO: _____

ENFERMARIA: 6-3

CLIENTE: () CLÍNICO () CIRÚRGICO DIAGNÓSTICO MÉDICO/CIRURGIA: Ex bilateral fíbula proximal

NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA		ATIVIDADE FÍSICA	INTEGRIDADE FÍSICA	
Estado geral:	Nível de consciência:	Mobilidade Física:	Pele e mucosas:	Presença de Lesões:
Bom	☒ Consciente	Deambula	☒ Hidratadas	
☒ Regular	☐ Inconsciente	Deambula c/ ajuda	☐ Desidratadas	
Comprometido	☒ Orientado	☒ Acamado	☐ Normocoradas	
Grave	☐ Desorientado	Atrofia de membros	☐ Hipocoradas	
Gravíssimo	☐ Letárgico	Deficiência Física	☐ Ictéricas	
Resposta a estímulos:	☒ Comunicativo	SONO E REPOUSO		
☒ Verbais	☒ Cooperativo	☒ Preservados	Higiene corporal:	
☐ Não responsivo	☐ Reativo	☐ Sonolento	☒ preservada () prejudicada	

OXIGENAÇÃO		HIDRATAÇÃO	NUTRIÇÃO	ELIMINAÇÃO
☒ Eupneia	☐ Dispneia	☒ Hidratada	Aceitação alimentar:	Diurese: () Ausente ☒ Presente
☐ Taquipneia	☐ Bradipneia	☐ Desidratada	☒ Boa () Regular () Ruim	() Oligúria
Traqueostomia	Tosse	Ingestão hídrica _____ ml/dia	Estado Nutricional:	() Uso de diuréticos _____
Murmúrios vesiculares	Ruídos adventícios:	Edema _____	() Normal ☒ Obeso	Características: _____
☐ Cianose	Expectoração	Restrição hídrica _____ ml/dia	() Desnutrido	Evacuações: () ausente ☒ presente
			() Emagrecido	Características: _____
			☒ Dieta Zero	() Náusea () Vômito _____

REGULAÇÃO VASCULAR		REGULAÇÃO TÉRMICA	SENSOPERCEÇÃO - DOR	
☒ Normocardia	☒ Normotenso	☒ Normotérmico	Localização:	
☐ Taquicardia	☐ Hipertenso	☐ Hipertérmico	<u>MSE</u>	
☐ Bradicardia	☐ Hipotenso	☐ Hipotérmico	EVA: _____	

USO DE DISPOSITIVOS:

☒ AVP: <u>MSE</u> Data: _____	() SNG - Data: _____	() Cateter de O ₂ _____ l/min	() SVA _____
() CVC: _____ Data: _____	() SOG - Data: _____	() Máscara de Venturi _____ %	() SVD _____ Data: _____
() Dissecção: _____ Data: _____	() SNE - Data: _____	() VNI () TQT _____	() Dreno _____ Data: _____
() CTI: _____ Data: _____	() GTT - Data: _____	() Ventilação Mecânica	() Ostomia _____

Intervenções

infermeiro(a)/COREN: _____

cirurgia geral

14h - Paciente com ciente e orientado, eufórico, hido-
tudo, querendo se de hemiterço e de hemiterço.
Abdômen: global, deprimido, doloroso em região
periumbilical a palpação superficial e profunda.

Novo nível de consciência.

HB = 12,5
HT = 3 + 15
pg = 25 3.000

- 5.00:
- ① Curatela 40 - 2 amp + 40 EV Agor.
 - ② Numbinho - 1 amp + 40 EV & 18h
 - ③ Brio mope da - 1 amp + 40 EV & 18h.
 - ④ Sutura Hg 14h

Dr. Thiago de S. Pires
MÉDICO RESIDENTE
CRM 9568/PB

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

V-02
P-234



Rosivaldo Cassiano da Silva
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.814.808 -2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 08/07/2019

NOME ROSIVALDO CASSIANO DA SILVA

FILIAÇÃO REGINALDO SEVERINO DA SILVA
VALDECI CASSIANO DA SILVA

NATURALIDADE CAMPINA GRANDE-PB DATA DE NASCIMENTO 21/03/1982

DOG. ORIGIN. RASC. N. 47787 FLS. 089 LIV. 42
CARTÓRIO 1º. CAMPINA GRANDE-PB

CPE 047.240.494-64

João Pessoa - PB

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83



IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA ROSILUÍDO CRASSIANO DA SILVA
DATA DO ACIDENTE 18/05/2019 CPF DA VÍTIMA 047.240.494-64
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VIÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____
ENDEREÇO DO PORTADOR Rua José Soares de Oliveira
Nº 342 COMPLEMENTO CASA BAIRRO PANADINHA
CIDADE CAMPINA GRANDE UF PB CEP 58400-000
E-MAIL _____ TELEFONE (83) 98651-8167

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- (X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
(X) 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)
() CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
(X) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
(X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
(X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
(X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIREM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () 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 DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () 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)
() CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
() NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
() AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIREM 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 LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). 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 PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURADOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 18/05/2019

DATA _____

IDENTIDADE RG. 2.8341.808 5805125

NOME _____

ASSINATURA Rosilúdo Crassiano

ASSINATURA _____

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190570607 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ROSIVALDO CASSIANO DA SILVA **Data do acidente:** 18/05/2019 **Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA TÍBIA PROXIMAL DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.
PÁG 8/26 /29/30

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

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

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190570607 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ROSIVALDO CASSIANO DA SILVA **Data do acidente:** 18/05/2019 **Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA TÍBIA PROXIMAL DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.
PÁG 8/26 /29/30

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

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

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0347135/19

Vítima: ROSIVALDO CASSIANO DA SILVA

CPF: 047.240.494-64

Seguradora: BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

Data do acidente: 18/05/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ROSIVALDO CASSIANO DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ROSIVALDO CASSIANO DA SILVA : 047.240.494-64

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 07/10/2019
Nome: ROSIVALDO CASSIANO DA SILVA
CPF: 047.240.494-64

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/10/2019
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

ROSIVALDO CASSIANO DA SILVA

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA