

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 4.322.469 DATA DE EMISSÃO 25/04/2015

NOME JACSON MARQUES BATISTA TRAJANO

FILIAÇÃO EDNALDO BATISTA TRAJANO  
MARIA APARECIDA DA SILVA MARQUES

NATURALIDADE JOÃO PESSOA-PB DATA DE NASCIMENTO 20/07/2001

DOC. ORDEM NASC.N.13.695 FLS.196V LIV.A-18  
CANTORIO 11-JOÃO PESSOA-PB

CPF

ASSINATURA COORDENADOR

LEI Nº 7.115 DE 29-08-87

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

2-917

Jacson Marques Batista Trajano






Ministério da Fazenda  
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **712.646.824-50**

Nome: **JACKSON MARQUES BATISTA TRAJANO**

Data de Nascimento: **20/07/2001**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **14/12/2015**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **11:29:15** do dia **08/11/2019** (hora e data de Brasília).  
Código de controle do comprovante: **64DD.9637.5967.9E4E**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)

L  
A  
C  
R  
E0  
0  
3  
8  
0  
7  
6  
0  
7  
1

DETRAN - PB

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 011575028381

VIA

CÓD. RENAVAM

PRT

20140000187241-6

EXERCÍCIO

1

0049127408-4

00/00000000

2014

NOME

DAMIAO LUCAS MARQUES

CPF / CNPJ

25127314487

PLACA

OFF3855/PB

PLACA ANT. / UF

NOVO

PB

CHASSI

9C2KC1670DR408150

ESPÉCIE TIPO

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC

COMBUSTIVEL

ALCO/GASOL

MARCA MODELO

HONDA/CG 150 FAN

ANO FAB. DATA REGISTRO

CAP / POT / CIL

2 P/149 /CI

CATEGORIA

PARTIC

COR PREDOMINANTE

PRETA

COTA 1ª 2ª

VENC. COTA UNICA

VENC. / COTAS

IPVA PAGO EM

09/05/2014

1ª

FAIXA IPVA

PARCELAMENTO / COTAS

2ª

\*\*\*\*\*

0

3ª

2012/1012

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

\*\*\*\*\*

SEGURO

P A G O

09/05/2014

OBSERVAÇÕES

A.F ADM DE CONC NACION HONDA LTDA

0

JOAO PESSOA-PB

DATA

09/05/2014

32280

*[Handwritten signature]*

876683

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0065531/20

**Vítima:** JACKSON MARQUES BATISTA TRAJANO

**CPF:** 712.646.824-50

**Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

**Data do acidente:** 06/09/2018

**Titular do CPF:** JACKSON MARQUES  
BATISTA TRAJANO

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

**JACKSON MARQUES BATISTA TRAJANO : 712.646.824-50**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

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

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 18/02/2020  
Nome: JACKSON MARQUES BATISTA TRAJANO  
CPF: 712.646.824-50

JACKSON MARQUES BATISTA TRAJANO

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/02/2020  
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA  
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

# 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: 26/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

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

CLIENTE: JACKSON MARQUES BATISTA TRAJANO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00036

CONTA: 000000096853-4

---

Nr. da Autenticação 440E7CF05FFF2E96

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

712.646.824-50

Jackson Marques Batista Trigueiro

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

Nome completo:

Jackson Marques Batista Trigueiro

CPF:

712.646.824-50

Profissão:

Recusado

Endereço:

Rua: R. João Sallabrine

Número:

6

Complemento:

Rosa

Bairro:

Boa Esperança

Cidade:

João Pessoa

Estado:

PB

CPF:

58000-000

E-mail:

Tel (DDD):

(53) 98708-8728

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

RENDA MENSAL:

☒ RECURSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO 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)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0036

CONTA:

096853

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 titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado judicialmente

☐ 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:

Vivos:

Falecidos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim

☐ Não

Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

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

Local e Data:

João Pessoa, PB 18/07/19

Nome:

CPF:

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Jackson Marques Batista Trigueiro

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome:

CPF:

Assinatura

2ª | Nome:

CPF:

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.





**CERTIDÃO DE REGISTRO DE Ocorrência**

**Nº 00004.01.2019.1.05.101**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00004.01.2019.1.05.101, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: A(s) 17:00 horas do dia 02 de janeiro de 2019, na cidade de Lucena, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia de Comarca de Lucena, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Rubenita da Nóbrega Regis, matrícula 1356062, e lavrado por Alexandre José Nunes de Souto Lima, Agente de Investigação, matrícula 1573560, ao final assinado, compareceu **Ednaldo Batista Tranjano**, conhecido(a) por Ednaldo, CPF nº 041.739.834-41, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Autônomo, filho(a) de Odete Batista da Silva e João Trajano da Silva, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 22/05/1980 (39 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Izabel Seallabrine, Nº 04, complemento CASA NA COMUNIDADE DA "BOA ESPERANÇA", bairro Cristo Redentor, tendo como ponto de referência Próximo Ao I.m.l., na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98708-8728.

**Dados do(s) Fatos:**

Local: Avenida Dom Pedro II, nº S/N, Via Pública, Próximo Ao Supermercado Bom Preço, João Pessoa/PB, bairro Centro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 06/09/18 18:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **CPB ART. 129 CAPUT C/C ART. 18 INC. I: LESÃO CORPORAL DOLOSA, Art. 129 Caput do CPB (Lesão corporal dolosa), CPB ART. 129 § 1º: LESÃO CORPORAL DE NATUREZA GRAVE.**

**Objeto(s) Envolvido(s):**

**(1) Moto**, UF: PB, características gerais: Não Foi Apresentado Documentos da Motocicleta

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

ESTAVA DE CARONA COM SEU FILHO JACKSON MARQUES BATISTA TRANJANO, QUANDO AMBOS FORAM TRANCADOS POR UM VEÍCULO E COM CONDUTOR NÃO IDENTIFICADOS, QUE EVADIU-SE DO LOCAL SEM PRESTAR QUALQUER ASSISTÊNCIA AO DECLARANTE NEM AO SEU FILHO E QUE AMBOS VIERAM A SE ACIDENTAR, SENDO SOCORRIDOS PATA O HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA DA CIDADE DE JOÃO PESSOA/PB, NDE DERAM ENTRADA PARA AVALIAÇÕES MÉDICAS E PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS, CONFORME LAUDO MÉDICO APRESENTADO NESTA DELEGACIA E ASSINADO PELO MÉDICO JOSÉ DE ALMEIDA BRAGA, C.R.M.: 2329/PB.

**ADENDO(S):**

Que na data 22/01/2020, à(s) 09:28 horas, na Delegacia de Comarca de Lucena, sob a responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Luiz de Cerqueira Cotrim Neto, matrícula 1564871, compareceu o(a) noticiante para realizar o seguinte adendo: dados da motocicleta: MARCA: HONDA; MODELO: CG 150 FAN ESI; ANO/MODELO: 2012/2012; COR PREDOMINANTE: PRETA; CATEGORIA: PARTICULAR; COMBUSTÍVEL: FLEX; PLACA: OFF-3855; PLACA ANTERIOR: NOVA; PLACA ATUAL: JOÃO PESSOA/PB; ALIENAÇÃO FIDUCIÁRIA: A. F ADMINISTRADORA DE CONSÓRCIO NACIONAL HONDA L.T.D.A.; Nº. CHASSI: 9C2KC1670DR408150; Nº. RENAVAN: 0049127408-4; Nº. C.R.L.V.: 011575028381; Nº. P.R.T.: 20140000187241-6; Nº. LACRE: 0038076071; EM NOME DE DAMIÃO LUCAS MARQUES. . Adendo registrado por: Alexandre José Nunes de Souto Lima, Agente de Investigação, matrícula: 1573560.

Que na data 06/02/2020, à(s) 15:10 horas, na Delegacia de Comarca de Lucena, sob a responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Reinaldo Nobrega de Almeida Junior, matrícula 1685058, compareceu o(a) noticiante para realizar o seguinte adendo: A DATA E A HORA CORRETA DOS FATOS SÃO: DATA: 26



DE SETEMBRO DE 2019 (26/09/2019); HORA: 18:00 HORAS.. Adendo registrado por Nunes de Souto Lima, Agente de Investigação, matrícula: 1573560.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações l Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a pre referida é verdade. Dou fê.

Lucena/PB, 06 de f

ALEXANDRE JOSÉ NUNES DE SOUTO LIMA  
Agente de Investigação

Governo do Estado da Paraíba  
Sec. de Segurança Pública  
Alexandre J. N. de Souto Lima  
Comissário - Mat. 157.356-0

EDNALDO BATISTA TRA  
Noticiante





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

712.646.824-50

Jackson Marques Batista Tugone

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

Nome completo:

Jackson Marques Batista Tugone

CPF:

712.646.824-50

Profissão:

Recuso

Endereço:

Rua: R. João Sallabine

Número:

6

Complemento:

Rosa

Bairro:

Boa Esperança

Cidade:

João Pessoa

Estado:

PB

CEP:

58000-000

E-mail:

Tel (DDD):

(33) 98708-8728

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

RENDA MENSAL:

☒ RECURSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO 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)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0036

CONTA:

096853

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 titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ 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: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data: João Pessoa, PB 18/07/19

Nome:

CPF:

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome:

CPF:

Assinatura

2ª | Nome:

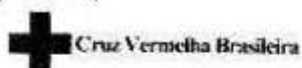
CPF:

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332166700

Boletim de Atendimento: 1111255



### Identificação do paciente

ID 1330047	Nome JACKSON MARQUES BATISTA TRAJANO	Sexo Masculino		
Data de nascimento 20/01/2001	Idade 17 anos 8 meses 6 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe MARIA APARECIDA BATISTA	Pai EDINALDO TRAJANO			
Escolaridade	Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)			
DDD Móvel 83	Fone Móvel 90000000	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento	Número documento	Nº Cns		
Local de procedência CENTRO / JOAO PESSOA	Tipo BAIRRO	UF PB		
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R		

### Endereço

CEP 68071000	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro PRESIDENTE RANIERE MAZILLI
Número SN	Complemento ISABEL ESCALADINO	Bairro CRISTO REDENTOR	

### Admissão

Data e Hora 26/09/2018 20:17:15	Número da pulseira 1000006939556	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica	
Classificação de risco	Origem do paciente RUA	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO

### Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte SAMU	Quem transportou		

### Sinais Vitais

PA X mmHg	Pulso	Temperatura
--------------	-------	-------------

### Exames complementares

Raio X [] Sangue [] Urina [] TC [] Liquor [] ECG [] Ultrasonografia []

Dados clínicos

06/09/18 Paciente trazido pelo Samu vítima de acidente de moto. No momento consciente e orientado. Encomendado ao CDI.

Diagnóstico

Atendido por  
ILMA VIEIRA DA SILVA

COENEN 124615  
Enfermeira  
Rafaela Dal Bianco

CD

Tempo  
39seg

Imprimir

# BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal

Documento não é segunda via de conta

Bolero para simplificar pagamento da sua fatura conta de energia elétrica Nº 037.263.643



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA  
Rr 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680  
CNPJ 08.985.143 / 0001-40 - Insc.Est. 16.915.823-6

## DADOS DO CLIENTE

DAMIAO LUCAS MARQUES  
RUA IZABEL SCALLABRINE 06  
JOAO PESSOA

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1012733-0

## REFERÊNCIA

JAN/2020

## APRESENTAÇÃO

14/01/2020

## CONSUMO

188

## VENCIMENTO

21/01/2020

## TOTAL A PAGAR

R\$ 174,82

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.00009 03150.244006 08142.320178 7 81410000017482

Pagador: DAMIAO LUCAS MARQUES CNPJ/CPF: 251.273.144-87

RUA IZABEL SCALLABRINE 06 - CRISTO REDENTOR - JOAO PESSOA / PB - CEP 00000-000

Nosso Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31502440008142320	001012733202001	21/01/2020	R\$ 174,82	

BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA

09.095.183/0001-40

BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680

Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3





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



## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	JACKSON MARQUES BATISTA TRAJANO
DATA DE NASCIMENTO	20/07/01
NOME DA MÃE	MARIA APARECIDA DA SILVA MARQUES

### DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º	111.312
BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.111.255
DATA DO ATENDIMENTO	06/09/18
HORA DO ATENDIMENTO	20:17
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA DE DCIÁFISE DE FÊMUR DIREITO
CID 10	S72.3

### AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Prontuário. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, referindo dor, edema deformidade e limitação de movimentos do membro inferior direito. Consciente e orientado. Glasgow 15. Presença de fratura de diáfise de fêmur direito. Internamento para cirurgia. Operado e evoluiu bem.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX de punho direito  
RX de coxa direita  
RX coxo-femural direita  
TC de crânio

### RESULTADOS DOS EXAMES:

Fratura diafisária de fêmur direito.

### TRATAMENTO:

Tratamento cirúrgico de fratura de diáfise de fêmur direito

ALTA HOSPITALAR:	07/10/18
DATA DA EMISSÃO:	21/11/18

Dr. José de Almeida Braga  
CRM: 2329/PB

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





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBA

## CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB,  
58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente <b>JACKSON MARQUES BATISTA TRAJANO</b>		BAE <b>1111255</b>	Data/Hora Entrada <b>26/09/2018 20:17:15</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>20/07/2001</b>	Idade <b>17a 2m 7d</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS	Telefone de Contato <b>(83) 988215360 / (83) 988099482</b>
Mãe <b>MARIA APARECIDA DA SILVA MARQUES</b>				Prontuário
Endereço <b>ISABEL ESCALABRINE, 04 - ISABEL ESCALADINO</b>		Bairro <b>CRISTO REDENTOR</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Veículo <b>VEICULO X MOTO</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>PEDRO HENRIQUE GUTIERREZ VARGAS FREITAS</b>	Nº Cons. Regional <b>10575/PB</b>	
Data/Hora Classificação <b>26/09/2018 20:17:15</b>			Data/Hora Prescrição <b>26/09/2018 22:12:15</b>	

## Anamnese

#ORTOPEDIA: PCT VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISMO, PCT. DISCRETAMENTE DESORIENTADO, QUEIXANDO-SE NO MOMENTO DE DOR EM COXA DIREITA.

EXAME FISICO:

DOR À PALPAÇÃO EM COXA DIREITA. IMPOTENCIA FUNCIONAL DE MID, DOR A MOBILIZAÇÃO PASSIVA DE PUNHO DIREITO.

RX: FRATURA DIAFISARIA DE FEMUR DIREITO, RX DE PUNHO DIREITO DE MÁ QUALIDADE E PRESENÇA DE TALA.

CD:

SOLICITO NOVO RX DE PUNHO DIREITO.

AGUARDO NOVA AVALIAÇÃO DA NEUROCIRURGIA.

STAFF: DR. TIBERIO

## MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA EV, AGORA

Diluir

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), DILUIR 100,0 MG

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% - (AMPOLA 10ML), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA EV, AGORA

Diluir

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), DILUIR 2,0 ML

## EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE PUNHO DIREITO (AP + LATERAL + OBLIQUA)

## CID10

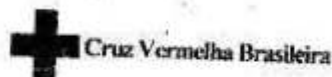
Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

## Conduta

Em observação

Boletim registrado por: JOSEVALDO DA SILVA em 26/09/2018 20:17:54





Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

# CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente <b>JACKSON MARQUES BATISTA TRAJANO</b>	BAE <b>1111255</b>	Data/Hora Entrada <b>26/09/2018 20:17:15</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>20/07/2001</b>	Idade <b>17a 2m 7d</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS
Mãe <b>MARIA APARECIDA DA SILVA MARQUES</b>			Telefone de Contato <b>(83) 988215360 / (83) 988099482</b>
Endereço <b>ISABEL ESCALABRINE, 04 - ISABEL ESCALADINO</b>	Bairro <b>CRISTO REDENTOR</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>VEICULO X MOTO</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>PEDRO HENRIQUE GUTIERREZ VARGAS FREITAS</b>	Nº Cons. Regional <b>10575/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>26/09/2018 20:17:15</b>		Data/Hora Prescrição <b>26/09/2018 23:41:06</b>	

## anamnese

#ORTOPEDIA: PCT VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISMO, PCT. DISCRETAMENTE DESORIENTADO, QUEIXANDO-SE NO MOMENTO DE DOR EM COXA DIREITA.

### EXAME FISICO:

OR À PALPAÇÃO EM COXA DIREITA. IMPOTENCIA FUNCIONAL DE MID. DOR A MOBILIZAÇÃO PASSIVA DE PUNHO DIREITO.

RX: FRATURA DIAFISARIA DE FEMUR DIREITO, RX DE PUNHO DIREITO sem sinais de FRATURAS OU LUXAÇÕES

PACIENTE LIBERADO PELA CIRURGIA GERAL E NEUROCIRURGIA

CD: INTERNAÇÃO HOSPITALAR PARA TRATAMENTO CIRURGICO AO BLOCO PARA TRAÇÃO TRANSTIBIAL

STAFF: DR. HEISENBERG

## DIETA

DIETA LIVRE, VIA ORAL

## MEDICAÇÃO

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H

air

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 6/6H

GUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 8/8H

Diluir

ONDANSETRONA 8MG/4ML (AMPOLA 4ML), ADMINISTRAR 4,0 ML VIA E.V., 8/8H

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 2000,0 ML VIA E.V., 24H

OMEPRAZOL 20MG CÁPSULA, ADMINISTRAR 20,0 MG VIA ORAL, 1X AO DIA, (OBSERVAÇÕES: PELA MANHA, EM JEJUM)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V., 8/8H

Diluir

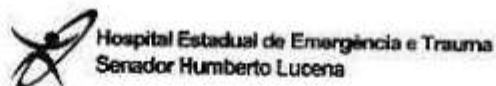
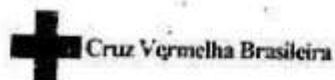
TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 8/8H

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V., 12/12H

Diluir

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., 12/12H

GLICOSE 50% (AMPOLA) - SOLÚVEL, ADMINISTRAR 30,0 ML VIA E.V. ACM, SE NECESSÁRIO SE HGT<60 (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 30,0) (OBSERVAÇÕES: SE HGT<60)



## AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente <b>JACKSON MARQUES BATISTA TRAJANO</b>		BAE <b>1111255</b>	Data/Hora Entrada <b>26/09/2018 20:17:15</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>20/01/2001</b>	Idade <b>17a 8m 8d</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS	Telefone de Contato <b>(83) 90000000</b>
Mãe <b>MARIA APARECIDA BATISTA</b>				Prontuário
Endereço <b>PRESIDENTE RANIERE MAZILLI, SN - ISABEL ESCALADINO</b>		Bairro <b>CRISTO REDENTOR</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>VEICULO X MOTO</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>MARTINA BRAGANTE FERNANDES PIMENTA</b>	Nº Cons. Regional <b>10041/PB</b>	
a/Hora Classificação <b>26/09/2018 20:17:15</b>		Data/Hora Prescrição <b>26/09/2018 20:27:29</b>		

### Anamnese

Paciente vítima de acidente motociclistico, refere dor em perna direita, cabeça e punho direito. Diz não lembrar do que aconteceu. Nega comorbidades e ingestão alcoólica.

Ex geral: algo desorientado, eupneico, afebril, aclanotico

ACV e AR sem alterações

Abd plano, flácido, indolor, sem sinais de irritação peritoneal

Neur glasgow 14, cefaleia, com limitação de movimento em mid, devido à imobilização.

Extr. sem sinais de fraturas expostas, dor em coxa direita e punho direito. Múltiplas escoriações.

Cd

-Alta da cir geral

-Solicito exames

-Solicito parecer da NCR e ortopedi

### CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA

SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA

### EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE COXA DIREITA

RADIOGRAFIA DE BACIA

RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO COXO-FEMORAL DIREITA

RADIOGRAFIA DE PUNHO DIREITO (AP + LATERAL + OBLIQUA)

TOMOGRAMA COMPUTADORIZADA DO CRANIO

### CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

### Conduta

Em observação

Dra. Martina Bragante F. Pimenta  
CRM/PB 10041

**Artigo 10** - O paciente tem garantida e respeitada a confidencialidade sobre seus dados pessoais e clínicos, podendo ser revelados apenas com sua autorização, salvo em casos de imposição legal.

**Artigo 11** - Após a alta médica, o paciente deverá deixar as dependências do HEETSHL, no prazo de até 24 (vinte e quatro) horas, após as quais serão adotadas as medidas legais cabíveis.

**Artigo 12**- Após a internação a família do paciente ou o seu representante legal deverá resgatar os pertences de valor ou documentos deixados nesta unidade hospitalar, no prazo máximo de 30 (trinta) dias e, no caso de vestuários e calçados, no prazo máximo de 02(dois) dias contados a partir da data de internação. Após este prazo, a instituição adotará as medidas legais cabíveis que entender necessárias para a destinação destes objetos.

**Artigo 13** - O paciente ou o seu representante legal e os profissionais da saúde do HEETSHL poderão recorrer à Comissão de Ética Médica e à Comissão de Bioética, para esclarecer questões surgidas em decorrência da prestação das ações e dos serviços de atenção à saúde.

**Observações:** .....

O presente termo foi lido e achado conforme.

João Pessoa, 27.09.2018

\_\_\_\_\_  
Paciente - RG

Maria Aparecida da Silva Marques

Representante Legal - RG

**SORO ANTITETANICO 5.000UI (AMPOLA 5ML), ADMINISTRAR 5,0 ML VIA INTRAMUSCULAR, AGORA, 0.0 (MGTSM)**

**AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H**

**Diluir**

**CEFALOTINA 1G (FRASCO-AMPOLA), DILUIR 1,0 MG**

### **CUIDADOS**

**CURATIVO, (OBSERVAÇÕES: DIARIO)**

**FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIO E MOTORA**

**SSVV + CCGG**

### **EXAME LABORATORIAL**

**HEMOGRAMA COMPLETO**

**COAGULOGRAMA COMPLETO**

### **EXAME DE IMAGEM**

**RADIOGRAFIA DE JOELHO DIREITO (AP + LATERAL)**

### **Conduta**

**Internar Paciente**

Dr. J. Jackson Marques Batista Trajano  
CRM: 10575

JACKSON MARQUES BATISTA TRAJANO

  
PEDRO HENRIQUE GUTIERREZ VARGAS FREITAS  
(CRM: 10575/PB)

---

JACKSON MARQUES BATISTA TRAJANO

---

PEDRO HENRIQUE GUTIERREZ VARGAS FREITAS  
(CRM: 10575/PB)

*Dr. Jackson Marques Batista Trajano*







Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBAAV. ORESTES LISBOA, S/n - PEDRO GONDIM  
CNES: 445365 - Tel.: 8332165700Impresso por: LAIANA  
KAREN DANTAS BARRETO  
Em: 05/10/2018 15:07:14

Paciente <b>JACKSON MARQUES BATISTA TRAJANO</b>		Boletim de Atendimento <b>1111255</b>	Data/Hora Entrada <b>26/09/2018 20:17:15</b>	Data/Hora Saída
Data de nascimento <b>20/07/2001</b>	Idade <b>17</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>898000939354464</b>	Prontuário <b>111312</b>
Tempo de Internação		Convênio <b>SUS</b>	Plantão <b>DIURNO</b>	
Data de Entrada <b>26/09/2018 20:17:15</b>	Data Internação <b>27/09/2018 06:02:12</b>	Permanência na Unidade: <b>7d 7h 45min</b>	Permanência no Leito: <b>8d 18h 50min</b>	

**EVOLUÇÃO MEDICA (LAIANA KAREN DANTAS BARRETO - 05/10/2018 15:07:00)****EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

POI DE TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISÁRIA PROXIMAL DE FÊMUR DIREITO, SEM INTERCORRÊNCIAS.

CD: VPM, HEMOGRAMA E RAOX DE CONTROLE

STAFF: DR RODRIGO AMARAM

Seção: HTOP - ENF 11 Leito: 0001

Profissional responsável pela informação: LAIANA KAREN DANTAS BARRETO

Número Conselho: 8491

  
Dra. Laiana Barreto  
Médica  
C.R.C. 1001-8491

INTERNO, S/N -  
CNES: 454548 - Tel.:Impresso por: CLARICE  
MARIA ALVES SANTOS  
Em: 06/10/2018 14:57:27

Paciente <b>JACKSON MARQUES BATISTA TRAJANO</b>		Boletim de Atendimento <b>1111255</b>	Data/Hora Entrada <b>26/09/2018 20:17:15</b>	Data/Hora Saída
Data de nascimento <b>20/07/2001</b>	Idade <b>17</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>898000939354464</b>	Prontuário <b>111312</b>
Tempo de Internação		Convênio <b>SUS</b>	Plantão <b>DIURNO</b>	
Data de Entrada <b>26/09/2018 20:17:15</b>	Data Internação <b>27/09/2018 06:02:12</b>	Permanência na Unidade: <b>8d 7h 35min</b>	Permanência no Leito: <b>9d 18h 40min</b>	

**FISIOTERAPÊUTICA (CLARICE MARIA ALVES SANTOS - 06/10/2018 14:56:52)****ESTADO GERAL**

EVOLUÇÃO: REGULAR

**NÍVEL DE CONSCIÊNCIA**

EVOLUÇÃO: CONSCIENTE, SONOLENTO, ORIENTADO, CONTACTUANTE, COLABORATIVO

**AValiação RESPIRATÓRIA**

PADRÃO RESPIRATÓRIO: MISTO

DRIVE: PRESENTE

EVOLUÇÃO:

EXPANSIBILIDADE: NORMAL

CONDIÇÃO RESPIRATÓRIA: EUPNÉIA

REFLEXO DA TOSSE: PRESENTE

TOSSE: AUSENTE

**SUPORTE VENTILATÓRIO**

RESPIRANDO EM: AR AMBIENTE

**AValiação MOTORA**

DIMINuíDA: MID

FORÇA MUSCULAR: DIMINuíDA

INSPEÇÃO: EDEMA

EVOLUÇÃO: CONTROLE CERVICAL, CONTROLE DE TRONCO SEGM.(S): MID

DOR: MID

MARCHA: RESTRITO AO LEITO.

**CONDUITA**

EVOLUÇÃO: TERAPIA DE EXPANSÃO PULMONAR ATIVA, POSICIONAMENTO TERAPÊUTICO, ORIENTAÇÕES GERAIS

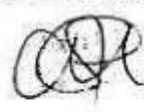
OBSERVAÇÕES:

Paciente no 1ºDPO com dor intensa no MID.

Seção: HTOP - ENF 11 Leito: 0001

Profissional responsável pela Informação: CLARICE MARIA ALVES SANTOS

Número Conselho: 109341





SUS

Sistema  
Único de  
SaúdeMinistério  
da  
SaúdeLAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE  
PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)Folha  
1/2

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

Htop

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

Htop

4 - CNES

## Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Jackson Marques B. Trópico

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

1111255

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - FEM.

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

## MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

19 - COD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

21 - COD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

22 - DIAGNÓSTICO INICIAL

23 - CID 10 PRINCIPAL

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

## SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

27 - COD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI: E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐

DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐

DIÁRIA DE UTI TIPO I

☐

DIÁRIA DE UTI TIPO II

☐

DIÁRIA DE UTI TIPO III

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

30 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

31 - QTD

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - QTD

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - QTD

## JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

ex DHS/Des TMC  
Parafuso Destizante N° 90 + Parafuso de compressão  
Placa DHS de 135° 12 Furos - 01.  
Parafusos corticais N° 36 - 03. N° 32 - 01. N° 44 - 01  
B Braun - Agulha de Pleno A50 - 01.

## PROFISSIONAL SOLICITANTE

38 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

40 - DATA DA SOLICITAÇÃO

05/10/18

41 - DOCUMENTO

42 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

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

44 - CNS

45 - CPF

## AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

49 - DOCUMENTO

50 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

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

52 - CNS

53 - CPF

NOME: **JACKSON MARQUES BATISTA TRAJANO** BE/PRONTUÁRIO: **1111255**  
 IDADE: **17** SEXO: ☒ MASC ☐ FEM COR: DATA: **05/10/2018**  
 CLÍNICA /SETOR: **ORTOPEDIA** EMP: LR:  
 CIRURGIA: **TTO CIRURGICO DE FRATURA DIAFISARIA DE FEMUR DIREITO**  
 CIRURGIÃO: **DR RENNA** 1º ASS: **DR SAVIO**  
 2º ASS: **DR CARLOS** 3º ASS: **MR DANIEL**  
 INSTRUMENTADOR: ANESTESISTA: **DRA ROSSANA**  
 TIPO DE ANESTESIA: **RAQUIANESTESIA** HORÁRIO INÍCIO: TÉRMINO:

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO	CID
<b>FRATURA DIAFISARIA PROXIMAL DE FEMUR DIREITO</b>	

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	CÓDIGO
<b>TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DIAFISARIA DE FEMUR DIREITO</b>	

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO: ☐ SIM ☒ NÃO  
 DESCRIÇÃO:  
 BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO: ☐ SIM ☒ NÃO

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:  
☒ ENFERMARIA ☐ TERAPIA INTENSIVA  
☐ RESIDÊNCIA ☐ ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM: DATA: **05/10/2018**

*Dr. Jackson Batista Trajano*  
CRM: 1111255

<b>DESCRIÇÃO DA CIRURGIA</b>
Posição e Preparo:
<b>PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA</b>
<b>ASSEPSIA E ANTISSEPSIA</b>
<b>APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS</b>
Incisão:
<b>INCISÃO EM FACE LATERAL DE COXA</b>
<b>VIA DE ACESSO SUBVASTO LATERAL</b>
<b>AVULSÃO, DIVULSAO E DISSECÇÃO POR PLANOS</b>
<b>CUIDADOS DE HEMOSTASIA</b>
Achados:
<b>FRATURA DIAFISARIA PROXIMAL DE FEMUR DIREITO</b>
Conduta:
<b>REDUÇÃO DA FRATURA SOB AUXÍLIO DE ESCOPIA</b>
<b>FIXAÇÃO COM PLACA DHS / 2. FUROS, PARAFUSO DESLIZANTE No 90 E 5 PARAFUSOS CORTICAIS</b>
<b>LAVAGEM EXAUSTIVA COM SF 0,9% + REVISÃO DE HEMOSTASIA</b>
<b>SUTURA POR PLANOS ANATOMICOS</b>
<b>CURTIVOS ESTEREIS</b>
<b>RX CONTROLE</b>
Fechamento:
Observação:

Médico/CRM:



João Pessoa,

05/10/2018





NOME DO PACIENTE: **ANDERSON MARQUES BATISTA TRAUJO**  
 IDADE: **17** SEXO: **M** PRONTUÁRIO: **11** ENFERMAGEM: **11** LEITO: **01**  
 CRIANÇA: **Exclusão** TRANSFERÊNCIA: **Anterior** OUTRO: **de Família** (D)  
 CIRURGIÃO: **Dr. Ronico** PAIX: **SUB** PAIX: **SUB**  
 ANESTESIA: **RAQUI**  
 ANESTESISTA: **Dr. Camila**  
 INSTRUMENTADOR: **PLEOMIRA**  
 DATA: **04/10/18** TEMPO CIRÚRGICO: **12:30** ANESTESIA INÍCIO: **12:30** FIM: **14:30**  
 INDIQUE SE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS):  
 ASA 1 ASA 2 ASA 3 ASA 4 ASA 5  
 GRAU DE CONTAMINAÇÃO: (1) LIMP (2) CONTAMINADA (3) SUJEITA (4) POTENCIALMENTE CONTAMINADA

MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS		QTD.	MATERIAIS CONT.		QTD.	FIOS	QTD.
ALFENTANIL				JELCO Nº18		FIO CAT. GUT. CROMADO Nº	
DIPIVACAINA ISOBARICA	1	SRL	<input checked="" type="checkbox"/>	JELCO Nº20		FIO CAT. GUT. CROMADO Nº	
DIPIVACAINA PESADA			<input checked="" type="checkbox"/>	JELCO Nº22		FIO DE AÇO Nº	
CETAMINA		SF		JELCO Nº24		FIO DE AÇO Nº	
DROPERIDOL				KIT SIST. DREN. TORÁCICA Nº		FIO DE NYLON Nº	
ETIOPIRATO		SOLUÇÕES	QTD.	LÂMINA BISTURI Nº1		FIO DE NYLON Nº 2	<input checked="" type="checkbox"/>
ENOBARBITAL		ALCOOL ETILICO 70%	<input checked="" type="checkbox"/>	LÂMINA BISTURI Nº5		FIO DE NYLON Nº	
FLUNTANILA	1	PVPi DEGERMANTE	<input checked="" type="checkbox"/>	LÂMINA BISTURI Nº23		FIO POLIGLACTINA Nº	<input checked="" type="checkbox"/>
FLUMAZENIL		PVPi TINTURA	<input checked="" type="checkbox"/>	LÂMINA BISTURI Nº34	1	FIO POLIGLACTINA Nº	
FLURANO		PVPi TÓPICO		LÂMINA DE DERMATOMO		FIO POLIGLACTINA Nº	
DIPIVACAINA C. VASO		SABÃO ANTISEPTICO		LÂMINA DE ENXERTO		FIO POLIPROPILENO Nº	
DIPIVACAINA S. VASO		MATERIAIS	QTD.	LUVAS DE PROCEDIMENTO PAR	OK	FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAINA C. VASO	1	AGULHA 13N4,5		LUVAS ESTÉRIL Nº10	1	FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAINA S. VASO		AGULHA 25X07		LUVAS ESTÉRIL Nº15	<input checked="" type="checkbox"/>	FIO POLIGLECAPRONE Nº	
MIIDAZOLAM	1	AGULHA 25X08	1	LUVAS ESTÉRIL Nº20	<input checked="" type="checkbox"/>	FIO SEDA Nº	
MORFINA	1	AGULHA 40N12	1	LUVAS ESTÉRIL Nº25		FITA CARDIACA	
NOBILUM		AGULHA PERIDURAL Nº16		MÁSCARA CIRÚRGICA	OK	MATERIAL ESPECIAL	QTD.
PANCLORÔNIO		AGULHA PERIDURAL Nº17		MULTIVIAS		CATETER DE PIC	
PETIDINA		AGULHA PERIDURAL Nº18		PERFORADOR DE SORO		CIMENTO CIRÚRGICO	
PROPÓFOL		AGULHA RAQUI Nº25G		SCALP Nº19		CLIP TITÂNIO LIGADURA	
RAMIFENTANILA		AGULHA RAQUI Nº26G	1	SCALP Nº21		FIO DE KIRSCHNER Nº	
ROCLORÔNIO		AGULHA RAQUI Nº27G		SERINGA 3ML		FIO DE KIRSCHNER Nº25	5
SEVOFLURANO		ALGODÃO ORTOPÉDICO		SERINGA 5ML		FIO STEINMAN Nº	
SUXAMETÔNIO		ATADURA DE CREPOM	1	SERINGA 10ML	<input checked="" type="checkbox"/>	FIO STEINMAN Nº	
TIOPENTAL		ATADURA CESSADA		SERINGA 20ML	<input checked="" type="checkbox"/>	GRAMPEADOR CIRÚRGICO	
MEDICAÇÕES	QTD.	BOLSA P. COLOSTOMIA		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº8		HEMOST. ABSORVIVEL	
ADRENALINA		CÂNULA P. TRAQUEOSTOMIA Nº		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº10		KIT DERIVA. VENTRICULAR	
ÁGUA DESTILADA		CATETER DE OXIGÊNIO		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº12		PROTESE VASCULAR	
ATROPINA		CATETER EMBOLEC. ARTERIAL Nº		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº14		KIT PAM	
BENTRA		CATETER EPIDURAL Nº16		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº16		FIXADOR EXTERNO	
CHLORAZOLINA	1	CATETER EPIDURAL Nº17		SONDA FOLEY 2VIAS Nº12		EMPRESA	
METASONA	1	CATETER EPIDURAL Nº18		SONDA FOLEY 2VIAS Nº14			
CLORALDRINA	1	CERA PARA OSO		SONDA NASOG. CURTA		PARAFUSOS CORTICAIS	
CLORALDRINA	1	COLET. URINA FECHADO		SONDA NASOG. LONGA		PARAFUSOS CORTICAIS	
FLORSENA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	OK	SONDA URETRAL Nº		PARAFUSOS ESPONJOSO	
GLICOSE 50%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS		TORNEIRINHA		PARAFUSOS ESPONJOSO	
GLUCONATO DE CÁLCIO		DRENO DE PENROSE		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		PARAFUSOS MALEOLAR	
HIDROCORTISONA		DRENO DE SUÇÃO		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		PARAFUSOS MALEOLAR	
LIDOCAINA GELEIA		ELETRODOS	5	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		PLACA	
ONDASENTRONA	1	EQUIPO MACROGOTAS	1	TUBO SILICONE (LATEX)	1	PLACA	
PLASIL		EQUIPO TRANSF. SANGUE					
PROSTIGMINE		EQUIPO MICROGOTAS					
PROTAMINA		ESPONJA DE PVPi	OK	FIOS	QTD.	EQUIPAMENTOS	
TENOXICAN		ESPARADRAPO	OK	FIO ALGODÃO S/A Nº		( ) ASPIRADOR	
		GAZES	OK	FIO ALGODÃO S/A Nº		( ) BISTURI ELÉTRICO	
		GAZES ALGODOADAS		FIO ALGODÃO C/A Nº		( ) CAPNOGRAFO	
		GEL ELETROLÍTICO		FIO ALGODÃO C/A Nº		( ) CARDIOMONITOR	
		JELCO Nº14				( ) DESFIBRILADOR	
		JELCO Nº16				( ) ECO AÚXILIAR	
						( ) ECO CENTRAL	
						( ) MICROSCOPIO	
						( ) OXÍMETRO DE PULSO	
						( ) P.A. INVASIVA/NÃO INVASIVA	
						( ) PERFURADOR ELÉTRICO	
						( ) SERRA	
						CIRCULANTE	

BBXcam Agulha de Placa A50 OL

Carlos F. da Costa Júnior  
 Téc. Enfermagem  
 COREN PB 118022

ENG. LASCIN 021-2

