





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**

Dígito 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.)

LACRE DETRAN - PB CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
 VIA CÓD. RENAVAM PRT 2014000018724 1-6 EXERCÍCIO
 1 0049127408-4 00/00000000 2014

0038076071 NOME
 DAMIAO LUCAS MARQUES

0038076071 CPF CNPJ
 25127314487 PLACA
 OFF3855/PB *

0038076071 PLACA ANT/UF CHASSI
 NOVO PE 9C2KC1670DR408150

ESPÉCIE TIPO — COMBUSTIVEL —
 PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC ALCO/GASOL

MARCA MODELO

ANO FAR. DATA CAD.

HONDA/CG 150 FAN

CAP / POT / CIL

2 : P / 149 / CI

CATEGORIA

PARTIC

COR PREDOMINANTE

PRETA

DATA PAGTO IPVA

VENC. COT/ÚNICA

VENC/COTAS

IPVA PAGO EM

09/05/2014

2012/2013

FAZ X/1 PVA

PARCELAMENTO / Cotas

2°

0

3°

PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOP (R\$)

PRÉMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

SEGUR

P A G O 09/05/2014

OBSERVAÇÕES

A.F ADM DE CONCEPÇÃO HONDA LTDA

0

JOAO PESSOA-PB

DATA

09/05/2014

32280

876683

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0065531/20

Vítima: JACKSON MARQUES BATISTA TRAJANO

CPF: 712.646.824-50

CPF de: Próprio

Data do acidente: 06/09/2018

Titular do CPF: JACKSON MARQUES
BATISTA TRAJANO

Seguradora: SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médica-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 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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

JACKSON MARQUES BATISTA TRAJANO

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: 00000096853-4

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:		
	112.646.824-50	Jackson Marques Batista Tugore		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012				
Nome completo:				
Profissão:	Endereço:			
Recurso	Rua: José Galdino			
Bairro:	Cidade:			
Bessa Esperança	José Pessoa	Estado: PB		
E-mail:	TELEFONE: (83) 98708-8728			

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:

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

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

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

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

AGÊNCIA: 00316 CONTA: 096853 Dígito: 9

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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):**

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou |
| <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou |
| <input checked="" type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido. |

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado 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 Lider 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: José Pessoa, PB, 18/07/19
Nome: _____
CPF: _____

(* Assinatura de quem assina A RGDO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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 N° 00004.01.2019.1.05.101, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 17:00 horas do dia 02 de junho 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 Scallabrine, N° 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 NATURA GRAVE**.

Objeto(s) Envolvido(s):

(I) 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 PARA 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, às 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.DA.; Nº. CHASSI: 9C2KC1670DR408150; Nº. RENAVAN: 0049127408-4; Nº. C.R.I.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, às 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 1 Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a pre referida é verdade. Dou fé.

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-R

EDNALDO BÁTISTA 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:		
	112.646.824-50	Jackson Marques Batista Tugore		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012				
Nome completo:				
Profissão:	Endereço:			
Recurso	Rua: José Galdino			
Bairro:	Cidade:			
Bessa Esperança	José Pessoa	Estado: PB		
E-mail:	TELEFONE: (83) 98708-8728			

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:

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

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

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

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

AGÊNCIA: 00316 CONTA: 096853 Dígito: 9

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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):**

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou |
| <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou |
| <input checked="" type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido. |

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado 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 Lider 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: José Pessoa, PB, 18/07/19
Nome: _____
CPF: _____

(* Assinatura de quem assina A RGDO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, s/n - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332186700

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 98000000	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento	Número documento	Nº Crs		
Local de procedência CENTRO / JOAO PESSOA			Tipo BAIRRO	UF PB
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R		

Endereço

CEP 58071000	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro PRESIDENTE RANIREE 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	Clínica:		
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	P脉	Temperatura
--------------	----	-------------

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonorografia []
-----------	-----------	----------	-------	-----------	--------	----------------------

Dados clínicos

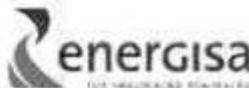
26/09/18 Paciente trazido pelo Samu vítima de acidente de moto. no momento consciente e orientado. Encontrado do CDL.

Diagnóstico	CDR EN 09/12/1615	CD
Atendido por ILMA VIEIRA DA SILVA	IMPACTO DAI Blanca	Tempo 39seg

Imprimir

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento com valor fiscal.
Documento não é segundo via de conta.
Relaciona ao ressarcimento da conta da emergia elétrica N° 037.263.643.



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 00.083.143 / 0001-46 Insc. Est. 16.015.423-4

DADOS DO CLIENTE

DAMIAO LUCAS MARQUES
RUA IZABEL SCALLABRINE 06
JOÃO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1012733-0

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
JAN/2020	14/01/2020	188	21/01/2020	R\$ 174,82

Acesse: 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 - JOÃO PESSOA / PB - CEP 00000-000				
Nosso-Número 31502440008142320	Nº Documento 001012733202001	Data Vencimento 21/01/2020	Valor do Documento R\$ 174,82	Valor Pago
BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAÍBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A BR230 KM 25, S/N - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680 Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3				09.095.183/0001-40





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 FÉMUR 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.

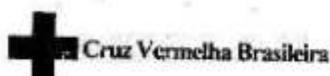
TRATAMENTO:

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: DMI, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO



CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

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

Tel: 32165700

CNES: 445365

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

Anamnese

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

EXAME FÍSICO:

DOR À PALPAÇÃO EM COXA DIREITA. IMPOTÊNCIA 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



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

Sintomas

#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. IMPOTÊNCIA 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 CIRÚRGICO
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

Diluir

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, (OSSERAÇÕES: 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) (OSSERAÇÕES: SE HGT<60)



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente JACKSON MARQUES BATISTA TRAJANO	BAE 1111255	Data/Hora Entrada 26/09/2018 20:17:15	Data Baixa
Data de nascimento 20/01/2001	Idade 17a 8m 6d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 90000000
Mãe MARIA APARECIDA BATISTA			Prontuário
Endereço PRESIDENTE RANIÈRE MAZILLI, SN - ISABEL ESCALADINO	Bairro CRISTO REDENTOR	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional MARTINA BRAGANTE FERNANDES PIMENTA	Nº Cons. Regional 10041/PB
a/Hora Classificação 26/09/2018 20:17:15		Data/Hora Prescrição 26/09/2018 20:27:29	

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, afibril, acianótico

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

RADIOGRARA DE COXA DIREITA

RADIOGRARA DE BACIA

RADIOGRARA DE ARTICULACAO COXO-FEMORAL DIREITA

RADIOGRARA DE PUNHO DIREITO (AP + LATERAL + OBLIQUE)

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO

CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

Dra. Martina Bragante F. Pimenta
CRM/PB 10041



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA PACIENTES



MAIORES E CAPAZES

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 Borges

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

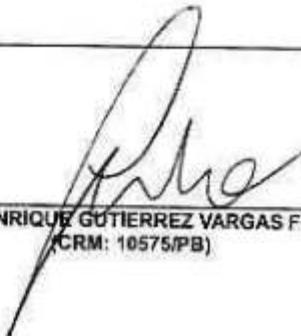
Internar Paciente

Dr. Jackson Marques Batista Trajano

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)



||

||



Cruz Vermelha Brasileira

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

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

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 FÉMUR DIREITO, SEM INTERCORRÊNCIAS.

CD: VPM, HEMOGRAMA E RAIOS X 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
CR 8491





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

GOVERNO

DA PARAÍBA

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

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

FISIOTERAPÉUTICA (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

DIMINUIDA: MID

FORÇA MUSCULAR: DIMINUIDA

INSPEÇÃO: EDEMA

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

DOR: MID

MARCHA: RESTRITO AO LEITO.

CONDUTA

EVOLUÇÃO: TERAPIA DE EXPANSÃO PULMONAR ATIVA, POSICIONAMENTO TERAPÉUTICO, 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 Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO 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 <i>Htop</i>			2 - CNES	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE <i>Htop</i>			4 - CNES	
Identificação do Paciente				
5 - NOME DO PACIENTE <i>Jackson Magues B. Trajano</i>			6 - N° DO PRONTUÁRIO <i>1111255</i>	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)			8 - DATA DE NASCIMENTO / / /	9 - SEXO Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/>
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL			11 - TELEFONE DE CONTATO N.º DO TELEFONE	
12 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO)				
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA			14 - COD. IBGE MUNICÍPIO	15 - UF
16 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)			17 - CEP	
MUDANÇA DE PROCEDIMENTO				
18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR			19 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR	
20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA			21 - CÓD. 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 - CÓD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	
28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE			29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE		<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO I		<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO II
				<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO III
30 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			31 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			33 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
34 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			35 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
36 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO <i>cx DHS / Des TMC Parafuso deslizante N.º 90 + Parafuso de Comprimento 02 Placa DHS de 135º 12 Euros - 01. Parafusos corticais N.º 36 - 03 . N.º 32 - 01 . N.º 44 - 01</i>				
37 - PROFISSIONAL SOLICITANTE				
38 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE			39 - DATA DA SOLICITAÇÃO <i>05/10/18</i>	
40 - DOCUMENTO <input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF		41 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		42 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO) <i>Luisa Souto Fisiologista CRM 0100</i>
AUTORIZAÇÃO				
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			44 - CÓD. ÓRGÃO EMISOR	
45 - DATA DA AUTORIZAÇÃO / / /				
46 - DOCUMENTO <input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF			47 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
			48 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)	



RELATÓRIO DE CIRURGIA



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
FRATURA DIAFISARIA PROXIMAL DE FEMUR DIREITO		

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	CÓDIGO
TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DIAFISARIA DE FEMUR DIREITO	

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO: SIM NÃO

Descrição:

BIOPSIA DE CONGELAÇÃO: SIM NÃO

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

<input checked="" type="checkbox"/> ENFERMARIA	TERAPIA INTENSIVA
<input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA	ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM: _____ DATA: 05/10/2018

DR. J. L. 10/10/2018



CLÍNICA SÃO PAULO

RELATÓRIO DE CIRURGIA



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	
PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA	
ASSEPSIA E ANTISSEPSIA	
APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS	
Incisão:	
INCISÃO EM FACE LATERAL DE COXA	
VIA DE ACESSO SUBVASTO LATERAL	
AVULSÃO, DIVULSAO E DISSECÇÃO POR PLANOS	
CUIDADOS DE HEMOSTASIA	
Achados:	
FRATURA DIAFISARIA PROXIMAL DE FEMUR DIREITO	
Conduta:	
REDUÇÃO DA FRATURA SOB AUXÍLIO DE ESCOPÍA	
FIXAÇÃO COM PLACA DHS / 2 FUROS, PARAFUSO DESLIZANTE N° 90 E 5 PARAFUSOS CORTICais	
LAVAGEM EXAUSTIVA COM SF 0,9% + REVISÃO DE HEMOSTASIA	
SUTURA POR PLANOS ANATOMICOS	
CURTIVOS ESTEREIS	
RX CONTROLE	
Fechamento:	
Observação:	

Médico/CRM:

João Pessoa,

05/10/2018

Nota de Sala Cirúrgica



NOVO DO PACIENTE	APSONI marcos Batista Júnior					
DATA:	17/10/2015	PRONTA-EQUIPO	INTERNAÇÃO	LEITO	01	
CIRURGIA	Fratura	Frontofacelar	Anterior	de Femur	①	
CRERÓLOGO	M. Roni	PAUL	SILV	PAUL		
ANESTESIA	RAQUI					
ANESTESISTA	M. C. Camila					
INSTRUMENTADOR	kleomira					
DAT	04/10/18	TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA INICIO	12:22	TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA FIM	13:20	14:30
INDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)	ASA 1	ASA 2	ASA 3	ASA 4	ASA 5	ASA 6
GRAD DE CONTAMENACAO	LIMPA	CONTAMINADA	VINTECTADA	I	POTENCIALMENTE CONTAMINADA	
MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD.		MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.
ALFENTANILA			JELCO Nº18		FIO CAT GUT CROMADO Nº	
BUTIPIVACAÍNA ISOBARICA	5ML		JELCO Nº25		FIO CAT GUT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA PESADA			JELCO Nº28		FIO DE AÇO Nº	
CETAMINA	5F		JELCO Nº34		FIO DE ALUD Nº	
DROPERIDOL			KIT SIST. DREN. TORÁXICA Nº		FIO DE NYLON Nº	
ETOMEDATO	SOLUÇÕES	QTD.	LÂMINA BISTURI Nº1		FIO DE NYLON Nº	Z
FENOBARBITAL	ALCOOL ETÍLICO 70%		LÂMINA BISTURI Nº5		FIO DE NYLON Nº	
FENTANILA	PVP/DEGERMANTE		LÂMINA BISTURI Nº23		FIO POLIGLACTINA Nº	
FLUMAZENE	PVP/TINTURA		LÂMINA BISTURI Nº24		FIO POLIGLACTINA Nº	
FLURANO	PVP/TÓPICO		LÂMINA DE DERMATOMO		FIO POLIGLACTINA Nº	
BUPIVACAÍNA C. VASO	SABÃO ANTISEPTICO		LÂMINA DE ENXERTO		FIO POLIPROPILENO Nº	
BUPIVACAÍNA S. VASO	MATERIAIS	QTD.	LUVA DE PROCEDIMENTO PAR	OK	FIO POLIPROPILENO Nº	
CLADOCINA C. VASO	AGULHA 18X4,5		LUVA ESTÉRIL Nº7,0		FIO POLIPROPILENO Nº	
CLADOCINA S. VASO	AGULHA 25X6,0		LUVA ESTÉRIL Nº7,5		FIO POLISLECAPROPNE Nº	
MIDAZULAN	AGULHA 25X8,0		LUVA ESTÉRIL Nº8,0		FIO SEDA Nº	
MORFINA	AGULHA 42X12		LUVA ESTÉRIL Nº8,5		FITA CARDIACA	
NABILUM	AGULHA PERIDURAL Nº15		MASCARA CIRÚRGICA	OK	MATERIAL ESPECIAL	QTD.
PANCURONIO	AGULHA PERIDURAL Nº17		MULTIVIAS		CATETER DE PIC	
PETIDINA	AGULHA PERIDURAL Nº18		PERFLATOR DE SORO		CIMENTO CIRÚRGICO	
PROPOFOL	AGULHA RAQUI Nº20		SCALP Nº19		CLIP TITANIO LIGADURA	
RAMIFENTANILA	AGULHA RAQUI Nº20		SCALP Nº21		FIO DE KIRSCHNER Nº	
ROCRONIO	AGULHA RAQUI Nº27G		SERINGA 3ML		FIO DE KIRSCHNER Nº	
SEVOFLURANO	ALGODÃO ORTOPEDICO		SERINGA 3ML		FIO STEINMAN Nº	
SUXAMETÔNIO	ATADURA DE CREPOM		SERINGA 10ML		FIO STEINMAN Nº	
TRIPTOPAL	ATADURA GESSADA		SERINGA 20ML		GRAMPEADOR CIRÚRGICO	
MEDICAÇÕES	QTD.	BOSSA P. COLOSTOMIA	SONDA ASP TRAQUEAL Nº		HEMOST ABSORVÍVEL	
ADRENALINA		CÂNULA P. TRAQUEOSTOMIA Nº	SONDA ASP TRAQUEAL Nº10		KIT DERIVA VENTRICULAR	
MGL A DESTILADA		CATETER DE OXIGENIO	SONDA ASP TRAQUEAL Nº12		PROTESE VASCULAR	
ATROPIN		CATETER EMBOLIC ARTERIAL Nº	SONDA ASP TRAQUEAL Nº14		KIT PAM	
BENTRA		CATETER EPIDURAL Nº16	SONDA ASP TRAQUEAL Nº16		FIXADOR EXTERNO	
CEFAZOLINA		CATETER EPIDURAL Nº17	SONDA FOLEY 2VIAS Nº12		EMPRESA	
METASONA		CATETER EPIDURAL Nº18	SONDA FOLEY 2VIAS Nº14			
ONCA SODICA		CERA PARA OSSO	SONDA NASOG. CLIRTA		PARAFUSOS CORTICais	
ZINA		COLET IRINA FECHADO	SONDA NASOG. LONGA		PARAFUSOS CORTICais	
EUROSEMIDA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	OK		PARAFUSOS ESPONJOSO	
GLICOSE 5%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS			PARAFUSOS ESPONJOSO	
GLUCONATO DE CALCIO		DRENO DE PENROSE	TORNEIRINHA		PARAFUSOS MALEOLAR	
HIDROCORTISONA		DRENO DE SUÇÃO	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		PARAFUSOS MALEOLAR	
LIDOCAINA GELEIA	ELETRODOS	5	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		PLACA	
ONDASENTRONA	EQUIPO MACROGOTAS		TUBO SILICONE (LATEX)		PLACA	
PLASIL	EQUIPO TRANSF. SANGUE					
PROSTIGMINE	EQUIPO MICROGOTAS				EQUIPAMENTOS	
PROTANINA	ESPONJA DE PVP	OK	FIOS	QTD.	() ASPIRADOR	
TENOXICAN	ESPARADRAPO		FIO ALGODÃO S/A Nº		() BISTURI ELETRICO	
	GAZES	OK	FIO ALGODÃO S/A Nº		() CAPNOGRAFO	
	GAZES ALGODOADAS		FIO ALGODÃO C/A Nº		() CARDIOMONITOR	
	GEL ELETROLÍTICO		FIO ALGODÃO C/A Nº		() DESFIBRILADOR	
	JELCO Nº14				() FOCO AUXILIAR	
	JELCO Nº16				() FOCO CENTRAL	
BRAZIL	Agulha de Plate A50	01			() MICROSCOPIO	
					() OXIMETRO DE PULSO	
					() P.A. INVASIVA/ NÃO INVASIVA	
					() PERFORADOR ELETRICO	
					() SERRA	
					CIRCULANTE	

Carlos F. da Costa Júnior
Téc. Enfermagem
COREN PB 000.22

FINGLASCTR 01-2

FICHA DE ANESTESIA

PACIENTE:	JACOBSON MARQUES ZEPHYTO FRANCISCO M	DATA: 26/09/10	PRONTUÁRIO:
PRESSÃO ARTERIAL : PULSO	72	SEXO: M	COR: IDADE:
ESTADO GERAL () BOM () REGULAR () MAU () PESSIMO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA: PESO	GRUPO SANGUÍNEO
EXAMES COMPLEMENTARES	RISCO CIRÚRGICO () BOM () REGULAR () MAU () PESSIMO		
AP RESPIRATÓRIO	— X —		
AP DIGESTIVO	— X —		
PRE-ANESTÉSICO	ESTADO MENTAL: 9/10s per 59		
DOSE / HORA	DROGAS EM USO: J. Chálih Etico		
DIAGNÓSTICO PRE-OPERATÓRIO	ESTADO FÍSICO (ASA): 3/5 26		
CIRURGIA REALIZADA	tumor na base superior (D)		
CIRURGIÃO LY Maizanhep	AUXILIARES		
INÍCIO DA ANESTESIA	TÉRMINO DA ANESTESIA		
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	DURAÇÃO DA ANESTESIA		
ANESTESISTA DR. Spul Vipas	QUANT. DE CH.	VALORES RS	
CPF 032 536 011-63	CRM-PB	6509/1PB	

<input type="checkbox"/> ANESTESIA GERAL	<input type="checkbox"/> RACQUIDANA	<input type="checkbox"/> EPICURAL	<input type="checkbox"/> BLOQ. PLEXO	<input type="checkbox"/> BLOQ. NERVO	<input type="checkbox"/> OUTROS
TEC:	Intussuscepção/Ressecção/ Ap 25 cm ERG / Bum 0,5% Procainam				
LG:					
ALGOSSE	MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO APO ANESTÉSICO				
	1. <u>Efamida</u>	11.			
NADL	2. <u>Diprivan 2%</u>	12.			
	3. <u>Cetaceta 2%</u>	13.			
ANALG	4. <u>Sedanulcinafetamina no hospital</u> .	14.			
TOTAL	5.	15.			
DIAGNÓSTICO PATENTE	6.	16.			
<input type="checkbox"/> APEN	<input type="checkbox"/> ENFERMARIA	7.	17.		
<input type="checkbox"/> UTI	<input type="checkbox"/> RESESSA	8.	18.		
<input type="checkbox"/> OUTROS		9.	19.		
DESVIAÇÕES IMPORTANTE					
	10.	20.			

ASSINATURA DO RÁDIO ESTÉREO

• 140 •