Tribunal de Justiça da Paraíba
PJe - Processo Judicial Eletrônico

18/06/2020

Número: **0800114-81.2020.8.15.0301**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**
Órgão julgador: **2ª Vara Mista de Pombal**
Última distribuição : **04/02/2020**
Valor da causa: **R$ 10.125,00**
Assuntos: **Acidente de Trânsito**
Segredo de justiça? **NÃO**
Justiça gratuita? **SIM**
Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
CAIO RANGEL DA SILVA LIMA (AUTOR)	THYAGO GLAYDSON LEITE CARNEIRO (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
31665317	18/06/2020 11:12	2726987_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br**. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 16 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200024073 **Vítima: CAIO RANGEL DA SILVA LIMA**

Data do Acidente: 26/06/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: THYAGO GLAYDSON LEITE CARNEIRO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CAIO RANGEL DA SILVA LIMA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00869/00870 - carta_01 - INVALIDEZ

00030435

Carta nº 15377101

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br**. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 31 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200024073 **Vítima: CAIO RANGEL DA SILVA LIMA**

Data do Acidente: 26/06/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: THYAGO GLAYDSON LEITE CARNEIRO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CAIO RANGEL DA SILVA LIMA

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$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%
Graduação: Em grau leve 25%
% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%
Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R$ 2.362,50

Recebedor: **CAIO RANGEL DA SILVA LIMA**
Valor: **R$ 2.362,50**
Banco: **104**
Agência: **000000732**
Conta: **0000046471-8**
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

Pag. 00389/00390 - carta_15R - INVALIDEZ

00030195

Seguradora LÍDER

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 ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: CAIO RANGEL DA SILVA LIMA
6 - CPF: 117.496.244-51
7 - Profissão: AUTÔNOMO
8 - Endereço: RUA SEVERINO GOMES SOUTO
9 - Número: 73
10 - Complemento: –
11 - Bairro: VILA NOVA
12 - Cidade: POMBAL
13 - Estado: PB
14 - CEP: 58840-000
15 - E-mail: KTHYRESCARNEIRO@HOTMAIL.COM
16 - Tel.(DDD): (83) 99650-7071

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 ATÉ R$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R$1.001,00 ATÉ 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)
☐ **Bradesco (237)** ☐ **Itaú (341)**
☐ **Banco do Brasil (001)** ☒ **Caixa Econômica Federal (104)**

AGÊNCIA: 0732 ☐ (Informar o dígito se existir) **CONTA:** 00046474 8 (Informar o dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)
Nome do BANCO:
AGÊNCIA: ☐ (Informar o dígito se existir) **CONTA:** ☐ (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 cando, desde já e somente após a efetivação do crédito, a quitação total do valor recebido.

INVALIDEZ PERMANENTE

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 requerimento de 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 na 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, caso necessário, às 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, caso discorde do seu conteúdo.

MORTE

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(a)(nascer)? ☐ 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 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 restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

NÃO ALFABETIZADO

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)

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Pombal, 07 de janeiro de 2020

Caio Rangel da Silva Lima
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

102/2019

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

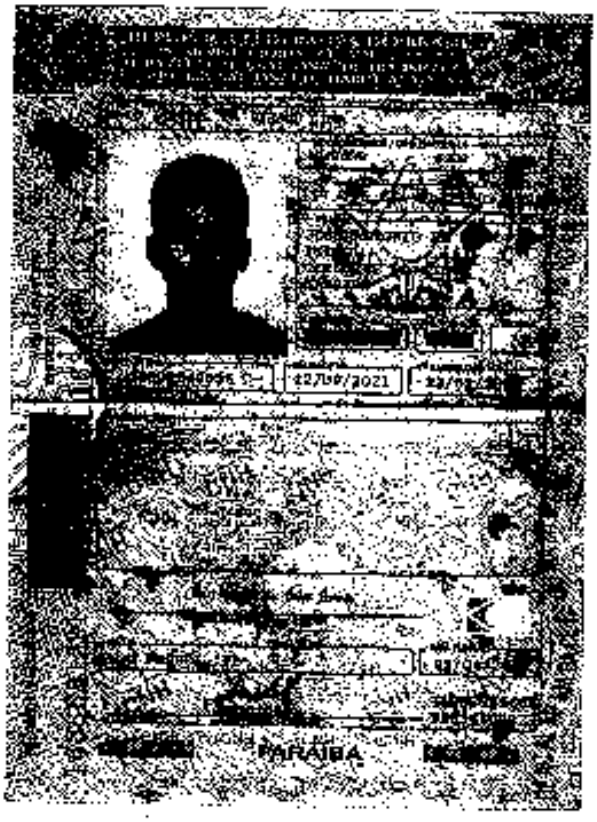
Conta origem:	0732 / 013 / 00019936-4
Conta destino:	0732 / 013 / 00046471-8
Nome destinatário:	CAIO RANGEL DA SILVA LIMA
Valor (R$):	[redacted]
Data de débito:	14/01/2020
Data/hora da operação:	14/01/2020 10:10:06
Código da operação:	24242773
Chave de segurança:	A9605VHHRH1MGVUE

ANATEL 1331

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL
PROTOCOLO DE ACIDENTES: 19033720001

Para cópia do seu Boletim acesse o sítio:
www.prf.gov.br/novobal/consultar
Informe o número do protocolo e o CPF/CNPJ de um dos envolvidos no acidente; e
Clique em imprimir.
Em caso de dúvidas acesse www.prf.gov.br e
Selecione Acidentes de Trânsito.

ATENÇÃO:
Para dúvidas sobre o SEGURO DPVAT acesse o sítio www.dpvatseguro.com.br. Em casos de avaliação de danos com MÉDIA ou GRANDE MONTA, verificar os trâmites da Resolução 544 do CONTRAN. Procure o órgão estadual de trânsito (DETRAN) do seu Estado, antes de fazer reparos no veículo.



POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL

PRF

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

PROTOCOLO: Nº 19033720B01

Maiores dúvidas acesse: www.prf.gov.br/portal

Para cópia do seu Boletim acesse o sítio: www.prf.gov.br/novobal /consultar Informe o número do protocolo e o CPF/CNPJ de um dos envolvidos no acidente; e Clique em imprimir.

Atenção: As vítimas de acidente têm direito ao recebimento do Seguro DPVAT. Para maiores informações, acesse: www. dpvatseguro.com.br **Em casos de avaliação de danos com MÉDIA ou GRANDE MONTA, verificar os trâmites da Resolução 544 do CONTRAN. Procure o órgão estadual de trânsito (DETRAN) do seu Estado, antes de fazer reparos no veículo.**

Documento assinado eletronicamente por R. CRUZ, matrícula 1969627, Policial Rodoviário Federal, em 27/08/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória nº 2.200-2, de

191

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19033720B01

INFORMAÇÕES GERAIS

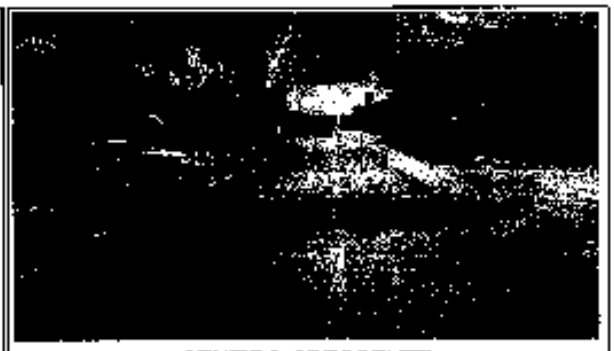
Data: 26/06/2019 Hora: 08:30 Município: POMBAL/PB
BR: 230 KM: 406,6 Sentido: Crescente
Policial responsável pelo atendimento: R. CRUZ, 1969527

ASPECTOS DO LOCAL

Tipo de via: Principal
Tipo de pista: Simples
Estrutura Viária: Reta
Acostamento: Não
Condição meteorológica: Céu Claro
Tipo de pavimento: Asfalto
Condição da Pista: Seca
Localidade urbanizada: Sim
Canteiro Central: Não
Fase do dia: Pleno dia

IMAGENS PANORÂMICAS

SENTIDO DECRESCENTE



SENTIDO CRESCENTE

NARRATIVA

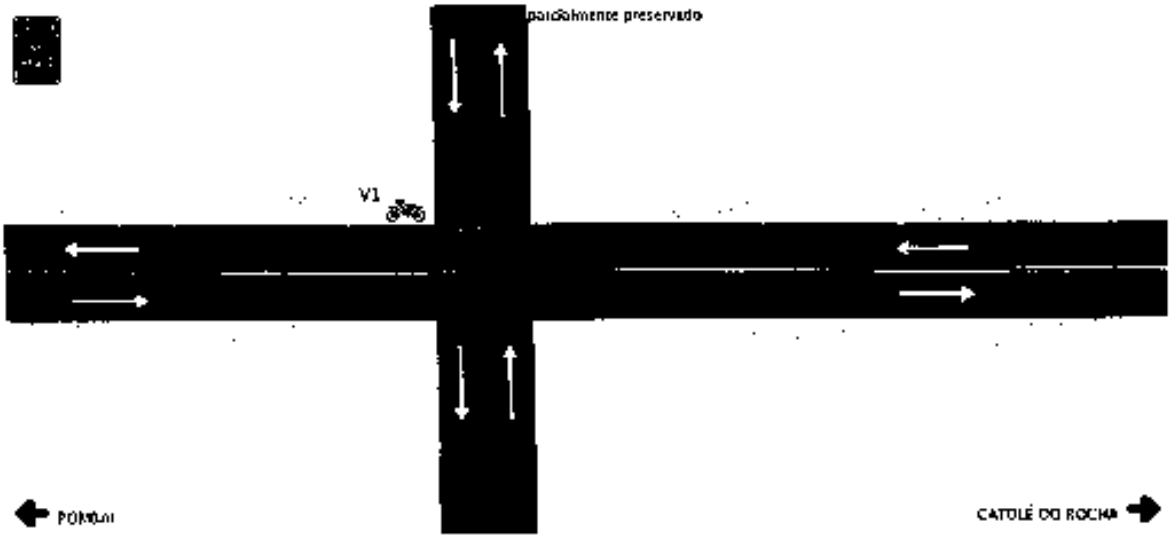
No dia 26/06/2019, por volta das 08h30, no km 459,1 da BR-230, em Sousa/PB, ocorreu um acidente, do tipo colisão transversal, com 01 (uma) vítima grave. Os veículos envolvidos foram. a motocicleta HONDA/CG 150 TITAN ESD (V1) e o automóvel TOYOTA/ETIOS HB X 13L AT (V2).Com base na análise dos vestígios materiais identificados, constatou-se que V1, antes do acidente, transitava na BR 230, no sentido Catolé do Rocha - PB / Pombal - PB, quando ao tentar entrar na BR 230 em Pombal-PB perímetro urbano, colidiu transversalmente com V1 que seguia na rodovia no sentido Catolé do Rocha - PB / Pombal - PB. A colisão ocorreu na faixa de trânsito onde transitava V1, o que mostra que V2 não conseguiu desviar de V1, ocasionando a colisão.A dinâmica do acidente encontra-se representada no croqui.Conforme constatações em levantamento de local de acidente, concluiu-se que o fator principal do acidente foi a manobra de entrar na rodovia, ação essa realizada por V2. Observações: - A velocidade regulamentar da via no local é de 40 km/h.- O local do acidente estava parcialmente desfeito e era sinalizado pela equipe da Polícia Militar da Paraíba de Pombal.- O condutor de V1, que sofreu fratura exposta em um dos membros inferiores, foi removido do leito da rodovia (posição final) pela equipe dos Bombeiros-PB antes da chegada da equipe de PRFs no sítio do acidente.- O local apresentava sinalização horizontal de proibição de ultrapassagem em ambos sentidos da rodovia.- A condutor de V2 permaneceu no local a espera da equipe PRF e prestou informações para confecção deste Boletim de Acidente de Trânsito.- Os veículos envolvidos apenas V2 possui restrição de circulação por está com o licenciamento vencido e V1 por não

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19033720801

possuir restrições foi entregue ao pai da vitima, conforme descrito neste Boletim de Acidente de Trânsito. - Não foi possivel realizar o teste do etilômetro, no condutor de V1 pois o mesmo encontrava-se recebendo cuidados médicos em função dos ferimentos sofridos, enquanto que o condutor de V2 foi submetido ao teste no modo passivo do equipamento o qual não indicou o uso de álcool ou indicios de que tenha feito uso substâncias entorpecentes.

CROQUI DA CENA DO ACIDENTE



AMARRAÇÃO - NÃO NECESSÁRIA

EVENTOS SUCESSIVOS

Ordem	Tipo de Evento	Veículos Envolvidos
1	Colisão transversal	

MARCAS NO PAVIMENTO

Evento	Veículo	Frenagem (m)	Derrapagem (m)	Arrastamento (m)

DANOS COLATERAIS - NÃO HOUVE

APOIO EXTERNO

Tipo do Órgão	Solicitação	Comparecimento

V1 - VEÍCULO 1 - PFP4118 - MOTOCICLETA

V1 - Informações

Documento assinado eletronicamente por [illegible], matrícula 1080627, Policial Rodoviário Federal, em 27/08/2019, conforme boletim oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 9º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 51-DG, de 13 de novembro de 2018.

191

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19033720B01

Placa: PFP4118 Marca/modelo: HONDA/CG 150 TITAN ESD Renavam: 00341499307
Ano fabricação: 2011 Chassi: 9C2KC1650BR536463 Tipo de veículo: Motocicleta
Espécie: Passageiro Categoria: Particular Cor: Preta
Manobra no momento do acidente: Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento
Informações complementares: Motocicleta entregue ao pai do condutor, o senhor José Antônio de Lima Filho , CPF 805.560.434-72

Documento assinado eletronicamente por P. CRUZ, matrícula 1989627, Policial Rodoviário Federal, em 17/06/2018, conforme Lei 11.419 do Brasil, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 8º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e no art. 9º, inciso IV, do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015

191

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19033720B01

V1 - Relatório de Avarias - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V1 / HONDA/CG 150 TITAN ESD | Placa: PFP4118 | Nº BOAT: 19033720B01
Nome do Agente: R. CRUZ | Matrícula do Agente: 1969527 | Data: 26/06/2019

Item	Descrição do item	Valor	Item danificado no acidente		
			Sim	Não	NA
1	Garfo dianteiro			X	
2	Mesa superior da suspensão dianteira			X	
3	Mesa inferior da suspensão dianteira			X	
4	Coluna de direção			X	
5	Chassi			X	
6	Garfo traseiro			X	
7	Eixo traseiro (triciclos)			X	

Dano de Monta: Pequena

V1 - Imagens Obrigatórias


IMAGEM DA LATERAL DIREITA


IMAGEM DA TRASEIRA


IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA


IMAGEM DA FRENTE

Documento assinado eletronicamente por R. CRUZ, matrícula 1969527, Policial Rodoviário Federal, em 27/06/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 8º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e no inciso VI do art. 2º da Instrução Normativa Nº 01/GC, de 16 de novembro de 2016.

191

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19033720B01

V1 - Proprietário

Nome: LEANDRO GOMES ALVES
CPF/CNPJ: 093.572.414-18
Email:
Telefone:
Endereço: BREJINHO-PE

V1C - CONDUTOR DE V1 - CAIO RANGEL DA SILVA LIMA

V1C - Informações

Nome: CAIO RANGEL DA SILVA LIMA
Data de Nascimento: 17/03/1996
CPF: 117.498.244-51
Estado civil: Solteiro(a)
Sexo: Masculino
Estado físico: Lesões Graves
Usava capacete: Ignorado

V1C - Dados da Habilitação para Conduzir Veículo Automotor

Categoria: AB
Primeira habilitação: 23/02/2017
Nº Registro: 06801549056
UF: PB
Vencimento da habilitação: 12/09/2021
Motorista profissional: Não
Observações CNH: 15

V1C - Alterações da Capacidade Motora

Foi possível realizar teste do etilômetro: Não
Condutor se recusou a realizar o teste: Não
Visíveis sinais de embriaguez: Não
Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

V1C - Dados do Contato

Endereço: RUA SEVERINO GOMES SOUTO, 73, CASA, VIDA NOVA, POMBAL-PB
Telefone: 83999331883
Email:

V2 - VEÍCULO 2 - PNV7840 - AUTOMÓVEL

V2 - Informações

Placa: PNV7840
Marca/modelo: TOYOTA/ETIOS HB X 13L AT
Renavam: 01137411225
Ano fabricação: 2017
Chassi: 9BRK19BTXJ2106262
Tipo de veículo: Automóvel
Espécie: Passageiro
Categoria: Particular
Cor: Branca
Manobra no momento do acidente: Cruzando a pista

V2 - Encaminhamento

Motivo: Outros
Tipo de Repector: Depósito credenciado
Informações complementares: VEÍCULO RECOLHIDO POR ESTÁ COM O LICENCIAMENTO ATRASADO E OS DOIS PNEUS DIANTEIROS EM MAU ESTADO .

Documento assinado eletronicamente por R. CRUZ, matrícula 1909627, Policial Rodoviário Federal, em 27/05/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 5º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na forma do inciso III do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015

191

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19033720B01

V2 - Relatório de Avarias - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V2 / TOYOTA/ETIOS HB X 13L AT | Placa: PNV7840 | Nº BOAT: 19033720B01
Nome do Agente: R. CRUZ | Matrícula do Agente: 1969527 | Data: 26/06/2019

Item	Descrição do item	Valor	Item danificado no acidente		
			Sim	Não	NA
1	Painel corta-fogo			X	
2	Longarina dianteira esquerda			X	
3	Caixa de roda dianteira esquerda			X	
4	Estrutura da soleira esquerda			X	
5	Air Bags Frontais			X	
6	Air Bags Laterais			X	
7	Estrutura da coluna dianteira esquerda			X	
8	Estrutura da coluna central esquerda			X	
9	Estrutura da coluna traseira esquerda			X	
10	Caixa de roda traseira esquerda			X	
11	Assoalho central esquerdo			X	
12	Longarina traseira esquerda			X	
13	Assoalho porta-malas ou caçamba			X	
14	Longarina traseira direita			X	
15	Caixa de roda traseira direita			X	
16	Estrutura da coluna traseira direita			X	
17	Estrutura da soleira direita			X	
18	Estrutura da coluna central direita			X	
19	Estrutura da coluna dianteira direita			X	
20	Assoalho central direito			X	
21	Caixa de roda dianteira direita			X	
22	Longarina dianteira direita			X	

Dano de Monta: Pequena

Documento assinado eletronicamente por R. CRUZ, matrícula 1969527, Policial Rodoviário Federal em 27/06/2019, conforme horário oficial do Brasil, com fundamento no § 3º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso V do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-UG, de 18 de novembro de 2015.

191

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19033720B01

V2 - Imagens Obrigatórias

IMAGEM DA LATERAL DIREITA

IMAGEM DA TRASEIRA

IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA

IMAGEM DA FRENTE

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19033720B01

V2 - Proprietário

Nome: JOSE CRISTIAN VERAS DE BRITO
CPF/CNPJ: 038.669.643-82
Email:
Telefone:
Endereço: JUAZEIRO DO NORTE-CE

V2C - CONDUTOR DE V2 - EMERSON DA SILVA BANDEIRA

V2C - Informações

Nome: EMERSON DA SILVA BANDEIRA
Data de Nascimento: 20/04/1993
CPF: 100.308.174-63
Estado civil: Solteiro(a)
Sexo: Masculino
Estado físico: Ileso
Usava cinto de segurança: Ignorado

V2C - Dados da Habilitação para Conduzir Veículo Automotor

Categoria: AB
Primeira habilitação: 13/02/2017
Nº Registro: 06793630451
UF: PB
Vencimento da habilitação: 09/11/2021
Motorista profissional: Não
Observações CNH: 15A

V2C - Alterações da Capacidade Motora

Foi possível realizar teste do etilômetro: Sim
Condutor se recusou a realizar o teste: Não
Visíveis sinais de embriaguez: Não
Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não
Resultado obtido: 0,00 mg/l

V2C - Dados do Contato

Endereço: RUA FRANCISCO DA SILVA PEREIRA, 101, CASA, SANTO AMARO, POMBAL-PB
Telefone: 83099673508
Email:

CORPO DE BOMBEIROS MILITAR
3° COMANDO REGIONAL BOMBEIROS MILITAR
6º BATALHÃO DE BOMBEIRO MILITAR
2ª COMPANHIA DE BOMBEIRO MILITAR
GABINETE DO COMANDANTE
BM - 3

VISTO
Comandante 2ª CBM/6ºBBM
...del Alves Leite - CAP QOBM
Mat.: 525.954-1

CERTIDÃO COMPROBATÓRIA – Nº 018/2019

Certificamos para os devidos fins, que aproximadamente às 08h00min do dia 26 de junho de 2019, a guarnição de Auto Resgate desta Unidade do Corpo de Bombeiros Militar deslocou-se para atender uma ocorrência do tipo colisão carro x moto, ocorrida na BR 230, bairro Nova Vida, próximo ao restaurante "O Carreteiro", na cidade de Pombal/PB.

MOVIMENTO DO SOCORRO: Hora do aviso: 08h00min##################

RELATO DO EVENTO: Por volta de 08h00min a guarnição de resgate deste Quartel de Bombeiro Militar foi acionada para atender uma pocorrência de colisão carro x moto na BR-230, na cidade de Pombal-PB. Ao chegar no local, a guarnição encontrou a vítima, o senhor Caio Rangel da Silva Lima, com fratura fechada de tíbia e fíbula direita, a vítima usava capacete. Foram realizados os procedimentos de atendimento pré-hospitalar e a vítima foi conduzida ao Hospital Regional de Pombal-PB, para receber atendimento médico devido. ##

VITIMAS FATAIS: NÃO HOUVE ##

SOCORRISTAS: SD BM MATR. 526.097-3 **HARYSON** SOUZA SANTOS
SD BM MATR. 526.065-5 **LEANDRO** GALDINO AMORIM
SD BM MATR. 526.067-2 **DAIVSON** MOREIRA GARCIA

SOLICITANTE DA CERTIDÃO: CLEONICE DA SILVA GARRIDO CPF: 873.259.004-06.

George Souza de Almeida
SGT BM

Pombal, 22 de julho de 2019.

GUSTAVO GOUVEIA FREIRE LUCENA – 2º TEN QOBM
Chefe da B/3 da 2ªCBM/6ºBBM

ACIDENTE DE MOTO
26/06/19

GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL
"SENADOR RUI CARNEIRO"

[redacted]

☐ AZUL ☐ VERDE ☐ AMARELA ☐ LARANJA ☐ VERMELHA

ENFERMARIA: _____ LEITO: _____

PACIENTE:
NOME: CAIO RANGEL DA SILVA LIMA
COR: PARDA DATA DE NASCIMENTO: 14/02/1996 IDADE: 23 SEXO: M
NOME DA MÃE: CLEUDICE DA SILVA GARRIDO PROFISSÃO: AUTÔNOMO
CARTÃO DO SUS: 700 3068 4170 6220 RG/CNH: 4098430
MUNICÍPIO: POMBAL ENDEREÇO: RUA SEVERINO GOMES SOUZA Nº 73
ESTADO: PB CEP: 58840.00 CODIGO DO MUNICIPIO: _____ DATA DE ATEND: 26/06/2019
SINAIS VITAIS:
PA. _____ SPO: _____ FC: _____ R: _____ HGT: _____

MEDICAÇÃO EM USO: _____
ALÉRGICO: ( ) SIM ( ) NÃO SE SIM, AO QUE: _____

Politrauto por motivo de moto e Fraturas D

EXAMES [redacted]
TIPOS: _____
RESULTADOS: _____
PRESCRIÇÃO [redacted]
1° Imobilizado
2°
3° Voltar 12/12 08/50
4°
5°
6° Dipirona 6/6 6/6 08/50
7° Cefalotina 1g EV 08/50
8°
9°
10°
11°
12°
13°
14°
15°
16°
17°
18°
19°

Flavio Jordany B. Candido
Enfermeiro
Coren 600.077

HOSPITAL REGIONAL POMBAL SENADOR RUY CARNEIRO
RUA CEL. JOAO LEITE
POMBAL PARAIBA (83)3431-2149

Data/Hora 26/06/2019 15:02:50

Ocorrência: **CIRURGIA**

Servidor do Dr.:

Paciente **CAIO RANGEL DA SILVA LIMA** Idade: 23 Sexo: M

Filiação
Pai:
Mãe: CLEONICE DA SILVA GARRIDO

Endereço
Cidade: POMBAL - PB - 58840-000 - 2512101
Endereço: R.SEVERINO GOMES SOUSA N.: 73
Bairro: SANTA ROSA
Naturalidade: POMBAL - PB
Fone:

Documentos
CNS: 700-2063-4170-6220
Identidade: 4048430
CPF:
Reg. Nasc.:

Informações adicionais
Nascimento 17/03/1996
Cor: BRANCA
Estado Civil: N.INF.
Profissão: AUTONOMO(A)

Responsável:

ANAMNESE: (História da Moléstia atual, antecedentes pessoais, antecedentes hereditários)

Ferimento de instrumento cortante com
ocorrência em perna direita
e mão

EXAMES OBJETIVOS: (Inspeção geral, exame da região afetada, exame dos diversos aparelhos)

Bom estado geral + ferida
escoriada em face
perna direita e tórax

EXAMES COMPLEMENTARES: (Raio X, laboratórios)

RX de Perna RD/P.

Diagnóstico: Fratura Fechada dos Ossos da Perna (D)

Motivo da Alta:

Resultado: ( ) Saiu Curado ( ) Melhorado ( ) Falecido ( ) Transferido Em: / /

Recepcionista: FATIMA

Dr. Túlio Alberto de O. Souza
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 9257 / CRM-RN 9800

HOSPITAL REGIONAL POMBAL SENADOR RUY CARNEIRO
RUA CEL. JOAO LEITE
POMBAL PARAIBA (83)3431-2149

Data/Hora 26/06/2019 15:02:50

Ocorrência: **CIRURGIA**

Servidor do Dr.:

Paciente **CAIO RANGEL DA SILVA LIMA** Idade:23 Sexo M

Filiação
Pai:
Mãe: CLEONICE DA SILVA GARRIDO

Endereço
Cidade POMBAL - PB - 58840-000 - 2512101
Endereço: R.SEVERINO GOMES SOUSA N.: 73
Bairro: SANTA ROSA
Naturalidade: POMBAL - PB
Fone.

Documentos
CNS: 700-2063-4170-6220
Identidade: 4048430
CPF:
Reg. Nasc.:

Informações adicionais
Nascimento 17/03/1996
Cor: BRANCA
Estado Civil: N.INF.
Profissão: AUTONOMO(A)

Responsável:

ANAMNESE: (História da Moléstia atual, antecedentes pessoais, antecedentes hereditários)

Paciente de motocicleta colisão carro
Ortopedia. Fratura em perna direita
e escoriações

EXAMES OBJETIVOS: (Inspeção geral, exame da região afetada, exame dos diversos aparelhos)

Bom + exame + Dificuldade
Escoriações em perna (D)
frontal direita e Fíbula

EXAMES COMPLEMENTARES: (Raio X, laboratórios)

RX da Perna RDP/P.

Diagnóstico: Fratura Fechada dos Ossos da Perna (D)

Motivo da Alta:

Resultado: ( ) Saiu Curado ( ) Melhorado ( ) Falecido ( ) Transferido Em: / /

Recepcionista: FATIMA

Dr. Túlio Alberto de O. Souza
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 9257 / CRM-RN 9600

REQUERIMENTO

Eu, **CLEONICE DA SILVA GARRIDO,** portadora do RG Nº 1592351/SSP-PB, residente na Rua SEVERINO GOMES SOUTO, 73, VIDA NOVA, na cidade de Pombal - PB, solicito desta instituição militar uma Certidão de Ocorrência tipo colisão moto x carro ocorrida na BR-230, em Pombal-PB, próximo ao Supermercado Maia, no dia 26/06/2019, por volta das 9h.

Informo ainda que o referido acidente vitimou o senhor **CAIO RANGEL DA SILVA LIMA.**

Pombal, 27 de maio de 2019.

Cleonice da Silva Garrido 16.07.2019

CLEONICE DA SILVA GARRIDO
RG Nº 1592351/SSP-PB

SUS Sistema Único de Saúde — Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: HOSPITAL REGIONAL POMBAL SENADOR RUY CARNEIRO
2 - CNES: 2592568

Identificação do Paciente

3 - NOME DO PACIENTE: CAIO RANGEL DA SILVA LIMA
4 - PRONTUÁRIO: 38043
5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 700-2083-4170-6220
6 - DATA DE NASCIMENTO: 17/03/1996
7 - SEXO: M
8 - RACA / COR: BRANCA
9 - NOME NA MÃE: CLEONICE DA SILVA GARRIDO
10 - TELEFONE:
11 - NOME DO RESPONSÁVEL:
12 - ENDEREÇO: R.SEVERINO GOMES SOUSA N.: 73
13 - BAIRRO: SANTA ROSA
14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA - 15 UF - 16 CEP - 17 COD IBGE: POMBAL - PB - 58840-000 - 2512101

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

18 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: Paciente infere de quadro de mote. Em dor e dependente in para deste. NV: Sem alterações

19 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: Necessidade de cirurgia

20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): Rx.

21 - DIAGNÓSTICO INICIAL: Fratura óssea da perna (D)
22 - CID 10 PRINC:
23 - CID 10 SEC.:
24 - CID 10 CAUSAS ASSOC.:

25 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: Tratamento cirúrgico fratura óssea da perna
26 - COD PROCEDIMENTO:
27 - CLÍNICA: ORTOPEDIA
28 - CARATER INTERNAÇÃO: ORTOPEDIA
29 - DOCUMENTO: ( ) CNS (X) CPF
30 - CNS/CPF - PROFISSIONAL SOLIC. / ASSISTENTE: 027.182.184-98
ASS. CARIMBO SOLICITANTE / ASSISTENTE:
32 - DATA SOLIC: 07/07/19
33 - ASSINATURA CARIMBO (DIRETOR MEDICO):

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

34 ( ) ACIDENTE TRÂNSITO
35 ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
36 ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO
37 - CNPJ SEGURADORA:
38 - Nº BILHETE:
39 - SÉRIE:
40 - CNPJ EMPRESA:
41 - CNAE EMPRESA:
42 - CBOR:
43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME PROFISSIONAL AUTORIZADOR:
45 - COD. ÓRGÃO EMISSOR:
50 - Nº AUTORIZAÇÃO INTERN. HOSPITALAR:
46 - DOCUMENTO: ( ) CNS ( ) CPF
47 - Nº DOCUMENTO (CPF CNPJ) PROFISSIONAL:
48 - DATA AUTORIZAÇÃO: / /
49 - ASS. CARIMBO (Nº REG. CONSELHO):

DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL
3ª Superintendência Regional
19ª Delegacia Seccional
2ª Delegacia Distrital de Pombal
Rua Cel. João Carneiro, 288 – centro – Pombal-PB

POLÍCIA CIVIL PARAÍBA

GOVERNO DA PARAÍBA
Secretaria de Estado da Segurança e da Defesa Social

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 484/2019

Versando sobre: **ACIDENTE DE TRÂNSITO - DPVAT**
Data do fato: **26/06/2019, pelas 08:00 horas**
Local do ocorrido: **BR 230, próximo ao restaurante Carreteiro, EM POMBAL-PB**
Data e hora em que a Delegacia tomou conhecimento: **24.07.2019 – as 10:20 horas**

COMUNICANTE: **CAIO RANGEL DA SILVA LIMA: Filiação:** José Antonio de Lima Filho e Cleonice da Silva Garrido **Profissão:** autônomo; **Estado Civil:** solteiro; **Naturalidade:** Pombal-PB; **Nacionalidade:** Bras.; **Data de Nascimento:** 17/03/1996; **Endereço Residencial:** Rua Severino Gomes Souto, 73, Vida Nova - Pombal-PB/ **Telefone: 83 9 99552672/ 999671594/ Portador da RG 4048430 SSP-PB// CPF 117.496.244-51**

HISTÓRICO: Que afirma o comunicante que no dia e hora acima informados, conduzia a motocicleta HONDA CG 150 TITAN KS / 2011 /2011 COR PRETA - PLACA **PFP 4118/PB** -CHASSI: **9C2KC1650BR536463**, licenciada em nome de LEANDRO GOMES ALVES; Que trafegava na BR 230, próximo ao restaurante carreteiro, quando um veiculo automóvel, cruzou a rodovia, provocando uma colisão da motocicleta ocupada pelo comunicante com o veiculo automóvel; Que do acidente o comunicante teve duas fraturas na perna direita; Que foi socorrido pelo corpo de bombeiros e conduzido para o Hospital Regional pelo SAMU; Que ficou internado durante 13 dias no Hospital Regional de Pombal-PB, onde foi feita as cirurgias; Que tem conhecimento do fato a pessoa de WILLIS PEREIRA DA SILVA, RG 2.828.516 SSP-PB, residente a Rua Cabo João monteiro da Rocha, 1368, 1º andar, Bairro Santo Amaro - Pombal-PB. Que compareceu a delegacia de Policia, para registrar o fato, para fins de direito.

Pombal – PB, 24 de JULHO de 2019.

AUTORIDADE POLICIAL: Del. Pol. JOSÉ AROLDO ASSIS DE QUEIROGA.

OBS: O comunicante está cientificado das imputações cominadas nos artigos 299 e 340 do C. P. B.

COMUNICANTE: Caio Rangel da Silva Lima

TESTEMUNHA: [illegible]

Manoel de Sousa Lacerda
Agente de **Policia Civil**
Mat. 186345-4

Policial responsável pela lavratura do boletim

ADITAMENTO AO BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 484/2019

Versando sobre: **ACIDENTE DE TRÂNSITO - DPVAT**
Data do fato: **26/06/2019, pelas 08:00 horas**
Local do ocorrido: **BR 230, próximo ao restaurante Carreteiro, EM POMBAL-PB**
Data e hora em que a Delegacia tomou conhecimento: **20/12/2019 – às 15h34min**

COMUNICANTE: CAIO RANGEL DA SILVA LIMA; Filiação: José Antonio de Lima Filho e Cleonice da Silva Garrido **Profissão:** autônomo; **Estado Civil:** solteiro; **Naturalidade:** Pombal-PB; **Nacionalidade:** Bras.; **Data de Nascimento:** 17/03/1996; **Endereço Residencial:** Rua Severino Gomes Souto, 73, Vida Nova - Pombal-PB/ **Telefone: 83 9 99552672/ 999671594/ Portador da RG 4048430 SSP-PB// CPF 117.496.244-51.**

HISTÓRICO: Que afirma o comunicante que no dia e hora acima informados, conduzia a motocicleta HONDA CG 150 TITAN KS / 2011 /2011 COR PRETA - PLACA **PFP 4118/PB** -CHASSI: **9C2KC1650BR536463**, licenciada em nome de LEANDRO GOMES ALVES; Que trafegava na BR 230, próximo ao restaurante carreteiro, quando um veículo automóvel, cruzou a rodovia, provocando uma colisão da motocicleta ocupada pelo comunicante com o veículo automóvel; Que do acidente o comunicante teve duas fraturas na perna direita; Que foi socorrido pelo corpo de bombeiros e conduzido para o Hospital Regional pelo SAMU; Que ficou internado durante 13 dias no Hospital Regional de Pombal-PB, onde foi feita as cirurgias; Que tem conhecimento do fato a pessoa de WILLIS PEREIRA DA SILVA, RG 2.828.516 SSP-PB, residente a Rua Cabo João monteiro da Rocha, 1368, 1º andar, Bairro Santo Amaro - Pombal-PB; **Que tem a acrescentar que na data do fato a moto estava em nome de Leandro Gomes Alves, todavia, atualmente, este veículo já se encontra em nome do comunicante; Que quanto a situação dessa transferência de propriedade do veículo, informa que a pessoa de José Antônio de Lima Filho, RG 1049275 SSP/PB, tem conhecimento do fato;** Que compareceu a esta delegacia de Polícia para registrar o fato para fins de direito.

Pombal – PB, **20 de dezembro de 2019.**

OBS.: O comunicante está cientificado das imputações cominadas nos artigos 299 e 340 do C. P. B.

AUTORIDADE POLICIAL: Del. Pol. JOSÉ AROLDO ASSIS DE QUEIROGA.

COMUNICANTE: Caio Rangel da Silva Lima

TESTEMUNHA: José Antonio de Lima Filho

Breitner da Silva Linguinho

GOVERNO DA PARAÍBA
1ª DELEGACIA DISTRITAL
DE POLÍCIA CIVIL DE POMBAL
1ª E 2ª DD

Agente de Investigação / Matricula 168.350-1

Seguradora LÍDER

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 ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: CAIO RANGEL DA SILVA LIMA
6 - CPF: 117.496.244-51
7 - Profissão: AUTÔNOMO
8 - Endereço: RUA SEBASTIÃO GOMES SANTOS
9 - Número: 73
10 - Complemento: –
11 - Bairro: VILA NOVA
12 - Cidade: POMBAL
13 - Estado: PB
14 - CEP: 58840-000
15 - E-mail: KTHYRESCARNEIRO@HOTMAIL.COM
16 - Tel.(DDD): (83) 99650-7071

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 ATÉ R$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R$1.001,00 ATÉ 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)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0732 ☐ (Informar o dígito se existir) **CONTA:** 00046474 8 (Informar o dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)
Nome do BANCO:
AGÊNCIA: ☐ (Informar o dígito se existir) **CONTA:** ☐ (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 cando, desde já e somente após a efetivação do crédito, a quitação total do valor recebido.

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

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 (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 na 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, caso necessário, às 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, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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(a)(nascer)? ☐ 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 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 restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

NÃO ALFABETIZADO

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)

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Pombal, 07 de janeiro de 2020
Caio Rangel da Silva Lima
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
Assinatura do Representante Legal (se houver)
43 - Assinatura do Procurador (se houver)

102/2019

CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DA PARAÍBA

AVENIDA PELICIANO CORNE - CAGEPA - 200 - JAGUARIBE JOÃO PESSOA PB 58015-670

CNPJ: 09.123.654/0001-89 - CONC. ESTADUAL Nº 16015-670

Telecomunicações e/ou Tele-atendimento - Ligue 115

SEGUNDA VIA

Nº DOCUMENTO: 20191239656999

ESCRITÓRIO POMBAL

MATRÍCULA	CLIENTE	CPF/CNPJ	CÓDIGO PARA DÉBITO AUTOMÁTICO
03965699.3	CATO RAMOS DA SILVA LIMA	117.XXX.XXX-XX	03965699.3

INSCRIÇÃO	ENDEREÇO DO IMÓVEL	VENCIMENTO
112.005.305.0203.000	RUA SEVERINO GOMES SOUTO, 73 - VILA NOVA , POMBAL PB 58840-000	24/12/2019

RESPONSÁVEL ENDEREÇO PARA ENTREGA

FATURA 12/2019

ÁGUA LIGADO — ESGOTO POTENCIAL

ÚLTIMOS CONSUMOS

11/2019 -	6-30	10/2019 -	6-30
09/2019 -	6-30	08/2019 -	6-30
07/2019 -	6-30	06/2019 -	6-30

ECONOMIAS	CONS. POR ECONOMIA	COD. AUXILIAR
1	6	5 30 5306

LEITURA

ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (M³)	DIAS	CONSUMO/DIA (M³)
3589	3595	6	30	0,20
11/11/2019	11/12/2019	Hidro:	A97SC052C6	

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS	CONSUMO POR FAIXA	VALOR R$
ÁGUA		
RESIDENCIAL 001 UNIDADE		
CONSUMO DE ÁGUA	6 M3	37,91
ACRESCIMO(1) MORAES AND. 10/2019		0,77
JUROS DE MORA 10/2019		0,20

(1) Acrescimo de 1% conforme Art 4 CDPIRG, Lei 12.793 de 2012. RS 0,71

TOTAL R$ 38,88

SR. USUÁRIO: EM 30/11/2019, REGISTRAMOS QUE V.SA. ESTAVA EM DÉBITO.
COMPARECA AOS POSTOS DE ATENDIMENTO PARA REGULARIZAR.
CASO TENHA PAGO APÓS A DATA INDICADA, DESCONSIDERE.

INFORMAÇÕES SOBRE O CONTROLE DE QUALIDADE DA ÁGUA PARA CONSUMO HUMANO 11/2019

Anexo 20 Portaria 05/2017 MS

Parâmetro	Vl.Médio	Parâmetro	Vl. Médio	Parâmetro	Vl. Médio	Parâmetro	Vl. Médio
Turbidez		Cor Aparente		Bact. Heterotróficas		Colif.Totais	
Cloro (mg/L)		P.H.		Colif.Termotolerantes			

VIA CLIENTE

Emitido por: 900328

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Emitido em: 02/01/2020

CAGEPA

MATRÍCULA	INSCRIÇÃO	FATURA	NÃO RECEBER APÓS
03965699.3	112.005.305.0203.000	12/2019	31/12/2020

VENCIMENTO 24/12/2019

VALOR R$ 38,88

GRUPO: 646 FIRMA: 3

826100000007 38880010112-2 03965699301-9 12201930003-0

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A

Nº 003 896 107

THYAGO GLAYDSON LEITE CARNEIRO
RUA CEL JOAO CARNEIRO S/N 1 AND
POMBAL

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1106327-8

NOV/2019	**11/11/2019**	**295**	**19/11/2019**	**R$ 258,35**

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL.

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 12/11/2019

Pagador. THYAGO GLAYDSON LEITE CARNEIRO CNPJ/CPF 067.614.794-00
RUA CEL JOAO CARNEIRO S/N 1 AND - CENTRO - POMBAL / PB - CEP 00000-000

Nosso-Número	Nº Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
282491200/8457872	001106327201911	19/11/2019	R$ 258,35	

BENEFICIÁRIO.ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA 09.095.183/0001-49
BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680
Agência / Código do Beneficiário: 2064-3/2447-3

Seguradora LÍDER

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 83 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636

A Circular SUSEP[1] nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT. contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF[2].

[1] SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. [2] CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Thyago Cleydson Leite Carneiro

inscrito (a) no CPF/CNPJ 057.514.794 / 00 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Caio Rangel da Silva Lima inscrito (a) no CPF sob o Nº 117.494.244/51,

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da vítima Caio Rangel da Silva Lima,

inscrito (a) no CPF sob o Nº 117.494.244/51, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recusa informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder–DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: Rua Coronel João Carneiro		Número: 310	Complemento: 3º andar
Bairro: Centro	Cidade: Pombal	Estado: PB	CEP: 58840-000
E-mail: XTHYAGOCARNEIRO@HOTMAIL.COM			Tel.(DDD): (83) 99650-7071

Local e Data. Pombal, 07 de janeiro de 2020.

Thyago Cleydson Le. Carneiro.

Assinatura do Declarante

HLDRL.001 V001/2017

SUS Sistema Único de Saúde — Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: HOSPITAL REGIONAL POMBAL SENADOR RUY CARNEIRO
2 - CNES: 2592568

Identificação do Paciente

3 - NOME DO PACIENTE: CAIO RANGEL DA SILVA LIMA
4 - PRONTUÁRIO: 38043
5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 700-2063-4170-6220
6 - DATA DE NASCIMENTO: 17/03/1996
7 - SEXO: M
8 - RAÇA / COR: BRANCA
9 - NOME NA MÃE: CLEONICE DA SILVA GARRIDO
10 - TELEFONE:
11 - NOME DO RESPONSÁVEL:
12 - ENDEREÇO: R.SEVERINO GOMES SOUSA N.: 73
13 - BAIRRO: SANTA ROSA
14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA - 15 UF - 16 CEP - 17 CÓD IBGE: POMBAL - PB - 58840-000 - 2512101

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

18 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: Paciente vítima de queda de moto. Com dor e deformidade em perna direita. NV: Sem alterações

19 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: Necessidade de Cirurgia

20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): Rx.

21 - DIAGNÓSTICO INICIAL: Fratura ossos da Perna (D)
22 - CID 10 PRINC.:
23 - CID 10 SEC.:
24 - CID 10 CAUSAS ASSOC.:

25 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: Tratamento cirúrgico fratura ossos da Perna
26 - COD PROCEDIMENTO:
27 - CLÍNICA: Ortopedia
28 - CARATÉR INTERNAÇÃO: Eletivo
29 - DOCUMENTO: ( ) CNS (X) CPF
30 - CNS/CPF - PROFISSIONAL SOLIC. / ASSISTENTE: 027.182.184-98
ASS. CARIMBO SOLICITANTE / ASSISTENTE:
32 - DATA SOLIC.: 07/07/19
33 - ASSINATURA CARIMBO (DIRETOR MEDICO): Dr. [illegible] Ortopedia Diretor Clínico CRM 925 CPF [illegible]

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

34 ( ) ACIDENTE TRÂNSITO
35 ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
36 ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO
37 - CNPJ SEGURADORA:
38 - Nº BILHETE:
39 - SÉRIE:
40 - CNPJ EMPRESA:
41 - CNAE EMPRESA:
42 - CBOR:
43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME PROFISSIONAL AUTORIZADOR:
45 - COD. ÓRGÃO EMISSOR:
50 - Nº AUTORIZAÇÃO INTERN. HOSPITALAR:
46 - DOCUMENTO: ( ) CNS ( ) CPF
47 - Nº DOCUMENTO (CPF CNPJ) PROFISSIONAL:
48 - DATA AUTORIZAÇÃO: / /
49 - ASS. CARIMBO (Nº REG. CONSELHO):

HOSPITAL REGIONAL POMBAL SENADOR RUY CARNEIRO
RUA CEL. JOAO LEITE
POMBAL PARAIBA (83)3431-2149

Data/Hora 26/06/2019 15:02:50

Ocorrência: **CIRURGIA**

Servidor do Dr.: 1599

Paciente **CAIO RANGEL DA SILVA LIMA** Idade: 23 Sexo M

Filiação
Pai:
Mãe: CLEONICE DA SILVA GARRIDO

Endereço
Cidade POMBAL - PB - 58840-000 - 2512101
Endereço: R.SEVERINO GOMES SOUSA N.: 73
Bairro: SANTA ROSA
Naturalidade: POMBAL - PB
Fone:

Documentos
CNS: 700-2063-4170-6220
Identidade: 4048430
CPF:
Reg. Nasc.:

Informações adicionais
Nascimento 17/03/1996
Cor: BRANCA
Estado Civil: N.INF.
Profissão: AUTONOMO(A)

Responsável:

ANAMNESE: (História da Moléstia atual, antecedentes pessoais, antecedentes hereditários)

Paciente de motocicleta sofreu acc. automobilístico. Fratura em perna direita e escoriações

EXAMES OBJETIVOS: (Inspeção geral, exame da região afetada, exame dos diversos aparelhos)

Membro inferior + Joelho
Escoriações em joelho (D)
Perna direita + Tíbia

EXAMES COMPLEMENTARES: (Raio X, laboratórios)

RX da Perna RP/AP

Diagnóstico: Fratura Fechada dos Ossos da Perna (D)

Motivo da Alta:

Resultado: ( ) Saiu Curado ( ) Melhorado ( ) Falecido ( ) Transferido Em, / /

Recepcionista: FATIMA

Dr. Túlio Alberto de O. Souza
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 9257 / CRM-RN 9000

[redacted]

Nome: Raio Rangel da Silva Lima
Filiação: Eleonise da Silva Garrido
Sexo: Pardo **Idade:** 23 **Cor:**
Procedência: Ele cirurgica **Data:** 04/07/19
Cirurgião: Dr **Auxiliar:**
Anestesista: Dr Geraldo **Anestesia:**
Início da anestesia: 11:44 **Término:** **Duração:**
Início da intervenção: 13:00 **Término:** **Duração:**

Insumo	Quantidade
Equipo macrogotas	01
Jelco 20	01
Soro fisiológico 0,9% 500ml	20
Seringa 5ml	05
Seringa 10ml	10
Lidocaína 2%	01
Propofol	01
Fentanil	01
Luva estéril	03
PVPI tópico	50ml
Gaze (pacote com 10 unidades)	12
Compressas	18
Efortil	01
Cefalotina ou cefazolina ou ceftriaxona	01
Nausedron	01
Decadrom 4mg	01
Água para injeção	04
Esparadrapo	80cm
Escova de PVPI degermante	07
Touca	05
Máscara	05
Propé (par)	05
Luva de procedimentos (par)	12
Látex	01
Cateter de oxigênio tipo óculos	01
Lâmina de bisturi nº 24	01
PVPI degermante	100ml
Algodão ortopédico 12cm	08 rolos
Faixa de smarch	03
Atadura de crepom 15cm	12
Atadura de crepom 20cm	06
Broca 2,5"/ 3,5"/4,5"	01
Serra ortopédica	01
Agulha 40x12	05
Atropina	05
Lidocaína 2%	02
Adrenalina	03
Bupivacaína	02
Seringa 20ml	05
Fio vicryl 2-0	03
Fio catgut simples 3-0	02
Fio nylon 2-0	02
Fio nylon 3-0	03
Atadura de gesso (tamanho variado)	06
Placas DCP- 04 ou 05 ou 06 ou 07 ou 08 ou 09 ou 10 parafusos	01
Placa 1/3 tubular com 03 ou 04 ou 05 furos	01
Fio de kirshner Nº 2-0 ou 2,5 ou 3,0 ou 3,5 ou 4-0	05
Parafusos (conforme tamanho da placa)	-
Propofol	01
Midazolam	01
Servoflurano	10ml
Atracúrio	05
Neostigmine	05
Atropina	05
Tubo endotraqueal com CUF Nº 7,5 ou 8,0 ou 8,5	01

Stefani Mony L. de Souza Diogo
Enfermeira
COREN-PB 267-679

0 99967 1594

Atadura de crepom 15cm	12
Atadura de crepom 20cm	06
Broca 2,5"/ 3,5"/4,5"	01
Serra ortopédica	01
Agulha 40x12	05
Atropina	05
Lidocaína 2%	02
Adrenalina	03
Bupivacaína	02
Seringa 20ml	05
Fio vicryl 2-0	03
Fio catgut simples 3-0	02
Fio nylon 2-0	02
Fio nylon 3-0	03
Atadura de gesso (tamanho variado)	06
Placas DCP- 04 ou 05 ou 06 ou 07 ou 08 ou 09 ou 10 parafusos	01
Placa 1/3 tubular com 03 ou 04 ou 05 furos	01
Fio de kirshner Nº 2-0 ou 2,5 ou 3,0 ou 3,5 ou 4-0	05
Parafusos (conforme tamanho da placa)	-
Propofol	01
Midazolam	01
Servoflurano	10ml
Atracúrio	05
Neostigmine	05
Atropina	05
Tubo endotraqueal com CUF Nº 7,5 ou 8,0 ou 8,5	01

Hospital: HAPSAC | Enfermaria | Leito | Nº Prontuário

Nome: [illegible] | Idade: 38 | Sexo: M | Altura

Data: 04/07/19 | Pressão Arterial Pulso: 11 X 7 | Respiração | Temperatura | Pulso

Sangue: Hemácias | Hemoglobina | Hematócrito | Glicose | Urina | Outros

Urina

Ap. Respiratório: Sem comorbidades

Ap. Circulatório: Sem comorbidades

Ap. Digestivo: Sem comorbidades

Estado Mental: Consciente, orientado, ansiosa

Diagnósticos Pré-Operatório

Anestesias Anteriores

Medicação Pré-Anestésica: Diazepam e Atropina 20mg | Aplicado às: 11:00

Exame Físico: Peso | Altura | Sangue | Eletrocardiograma | Ap. Urinário: Sem comorbidades | Alergia | Hipertensão | Estado Físico | Risco

Efeito

Efeito

AGENTES ANESTÉSICOS: 02

Lor

DIURESE PVI, ARTÉRIA PULSO RESPIRAÇÃO VE - ANESTESIAC DISPOSIÇÃO

260 240 220 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20

SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES

POSIÇÃO: Sentado

INDUÇÃO

Rada: X Bal: Topar:

Ladrigo superior: Lenta:

Náuseas: Vômito:

Outros:

MANUTENÇÃO

Sr 2000

Dexametasona 4,5 mg

Dipirona 2g

Metoclopramida (Plasil) 10 mg

Ondansetrona 4 mg

Tramadol 100 mg

Dexmedetomidina 100 mg

ANESTESIA SATISF.: Sim X Não

Não, por quê?

DESPERTAR

Reflexos no SO:

Obeb.: Cal.: Bil.:

Náuseas: Vômito:

Outros:

Curva Cálvela

Para não Sim: Não X

CONDIÇÕES:

Agentes: Dexmedetomidina e Sr 2000 Dexmedetomidina

Técnica: Raque + de plano

Operação: ~~[illegible]~~ Fonte cirurgião de [illegible] no joelho D.

Cirurgião: Dr. Felipe

Anestesista: Dr. Geraldo

Observações

Alertar, se o, as complicações pré-operatórias e pós-operatórias

Dr. Geraldo A. de Assis Junior
CRM: [illegible]
CNS: [illegible]

FOLHA DE ANESTESIA

Secretaria do Estado de Saúde
HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL
"SENADOR RUI CARNEIRO"

CHECKLIST DE CIRURGIAS SEGURA

Nome completo: Lara Rangel da Silva Leite
Cirurgia Proposta: sutura de fibra Unidade de origem HRP Data 04 / 07 / 19
Modalidade (X) Eletiva ( ) Urgência ( ) Emergência

Encaminhamento de clientes ao Centro Cirúrgico	Antes da indução anestésica *Check in*	Antes de iniciar a cirurgia *Time out*	Antes do cliente sair da SO *Check out*
• Identificação do cliente ☒Sim ☐Não • Prontuário completo ☒Sim ☐Não • Sitio cirúrgico demarcado ☒Sim ☐Não ☐Não aplica • Consentimento e avaliação anestésica ☒Sim ☐Não • Consentimento cirúrgico ☒Sim ☐Não • Consentimento transfusional ☒Sim ☐Não ☐Não aplica • Banho ☒Sim/Horário 0600 ☐Não • Tricotomia ☒Sim ☐Não ☐Não aplica Horário _____ Local _____ • Jejum ☒Sim/Início _____ ☐Não • Exames ☒Laboratoriais ☒Imagem ☐Biópsia • Retirado prótese e adornos? ☒Sim ☐Não • Tipo de precaução ☒Padrão ☐Contato ☐Reverso ☐Gotículas ☐Aerossóis Enf°/Tec.enf Stefany / Gaspar	• Confirmação sobre o cliente ☒Identificação do cliente ☒Local da cirurgia a ser feita ☒Procedimento a ser realizado ☒Consentimento anestésico e cirúrgico ☒Sitio cirúrgico certo • Montagem da SO de acordo com o procedimento programado ☒Sim ☐Não • Revisão dos equipamentos de anestesia ☒Sim ☐Não • Materiais de vias aéreas disponíveis e funcionantes ☒Laringoscópio ☒Máscara de O2 ☒Fio guia ☒Ambú ☒Guedel ☒Aspirador ☒Cânula endotraqueal Há risco de perda sanguínea >500mL (7mL/Kg em crianças)? ☐Sim ☐Não • Reserva sanguínea? ☒Sim ☐Não • Acesso venoso adequado e pérvio? ☒Sim AVC AVP ☐Não • O cliente tem alergia? ☐Sim ☒Não Obs.: _____	• Apresentação oral, nome e função de todos os profissionais Staff ☐Sim ☒Não 1° cirurgião ☒Sim ☐Não 2° cirurgião ☐Sim ☒Não Anestesista ☒Sim ☐Não Circulante ☒Sim ☐Não • Cirurgiões, anestesistas e equipe de enfermagem confirmam: ☒Identificação do cliente ☒Sitio cirúrgico ☒Procedimento a ser realizado • Placa de eletrocautério ☐Posicionada ☐Não aplica • Uso de antibiótico profilático ☒Sim ☐Não • Exames de imagem estão disponíveis ☒Sim ☐Não aplica • Revisão do cirurgião. Passos críticos Duração estimada /Possíveis perdas sanguíneas ☒Sim ☐Não • Revisão do anestesista ☒Sim ☐Não • Fixação das etiquetas de esterilização no prontuário ☒Sim ☐Não Obs.: _____	Procedimento realizado _____ sutura de fibra • A contagem de compressas, agulhas e instrumentais está correta? ☒Sim ☐Não aplica • Peças anatômicas/culturas e identificadas adequadamente e requisição preenchida? ☒Sim ☐Não aplica • Houve algum problema com equipamentos que deve ser resolvido? ☐Sim ☒Não aplica • Recomendações importantes na recuperação pós-anestésica e pós-operatória desse cliente: Cirurgião _____ Enfermagem _____ Obs.: _____ Ass.: Stefany Morais Stefany Morais L. de Souza Diogo Enfermeira COREN-PB 267-679

SAMU 192

PREFEITURA MUNICIPAL DE POMBAL

SECRETARIA DE SAÚDE

PREFEITURA DE POMBAL

SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA-SAMU 192

FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA/ATENDIMENTO VTR: USB - 05

IDENTIFICAÇÃO/OCORRÊNCIA

DATA:	OCORRÊNCIA Nº:	PACIENTE/USUÁRIO:	IDADE	SEXO ☐ MASC ☐ FEM
26-06-19	0011	QTA		

LOCAL DA OCORRÊNCIA: BAIRRO: MÉDICO REGULADOR

DESTINO DO PACIENTE: RESPONSÁVEL: FUNÇÃO:

MOTIVO DO TRANSPORTE:

☐ APOIO DIAGNÓSTICO ☐ SERVIÇO DE MAIOR COMPLEXIDADE ☐ TRANSFERÊNCIA ☐ OUTRO:

TRANSPORTE SECUNDÁRIO:

LOCAL: RESPONSÁVEL: FUNÇÃO:

APOIO LOCAL ☐ PM ☐ RESGATE/BOMBEIROS ☐ PRF ☐ CPTRAN ☐ STTRANS ☐ OUTRO:

OCORRÊNCIA QUE NÃO GEROU TRANSPORTE/MOTIVO

☐ ATENDIMENTO NO QTH ☐ SOCORRIDO POR TERCEIROS ■ SOCORRIDO PELO BOMBEIRO ☐ LOCAL NÃO ENCONTRADO

☐ RECUSA O ATENDIMENTO ☐ ÓBITO NO LOCAL ☐ ÓBITO DURANTE O TRANSPORTE ☐ EVADIU DO LOCAL

*TIPO DE AGRAVO:		*ANTECEDENTES:	
☐ ACIDENTE DE TRÂNSITO	☐ GINECO-OBSTÉTRICO	☐ AIDS	☐ DOENÇA INFECTO-CONTAGIOSA
☐ AGRESSÃO	☐ LESÕES TÉRMICAS	☐ ALCOOLISMO	☐ DOENÇA RENAL
☐ CLÍNICO	☐ PEDIÁTRICO	☐ AVC	☐ DROGAS
☐ DESABAMENTO	☐ PSIQUIÁTRICO	☐ CONVULSÕES	☐ HIPERTENSÃO ARTERIAL
☐ ELETROCUSSÃO	☐ AFOGAMENTO	☐ CIRURGIAS	☐ DOENÇAS RESPIRATÓRIAS
☐ F.A.B	☐ QUEDA	☐ DIABETES	☐ MEDICAMENTOS:
☐ F.A.F	☐ QUEIMADURA	☐ DOENÇA CARDÍACA	

EXAME CLÍNICO(PRINCIPAIS SINTOMAS/QUEIXAS):

DADOS VITAIS:

VVAA: ☐ LIVRE ☐ OBSTRUÍDA/RESPIRAÇÃO ☐ <30 rpm ☐ >30 rpm PULSO RADIAL: ☐ PRESENTE ☐ AUSENTE

PA: X FC: FR: TEMP: ºC – HGT SpO2

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:

INTERVENÇÕES:

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO:

MATERIAL UTILIZADO

S.C.G: ☐ NORMAL ☐ ALTERADO ☐ NÃO REALIZADO

EXAME NEUROLÓGICO: ☐ AGITAÇÃO ☐ SONOLÊNCIA ☐ COMA ☐ CONVULÇÃO ☐ OTORRAGIA ☐ RIGIDEZ

EXAME GINECO-OBSTÉTRICO: ☐ ABORTAMENTO ☐ HEMORRAGIA VAGINAL ☐ TRABALHO DE PARTO ☐ NORMAL

PUPILAS:_____ OUTROS:_____

DIAGNÓSTICOS E PROCEDIMENTOS:_____

PROCEDIMENTOS: ☐ DESOBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS ☐ INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL ☐ CÂNULA OROFARINGEA ☐ CRICOTIREIDOSTOMIA ☐ VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA ☐ VENTILAÇÃO INVASIVA ☐ OXIGÊNIO CATÉTER ÓCULOS ☐ DRENAGEM TORÁCICA ☐ MASSAGEM CARDÍACA EXTERNA ☐ DESFIBRILAÇÃO/CARDIOVERSÃO ☐ CURATIVO ☐ CONTROLE DE HEMORRAGIA ☐ PUNÇÃO VENOSA ☐ SONDA GÁSTRICA ☐ SONDA VESICAL ☐ ASPIRAÇÃO V.A ☐ IMOBILIZAÇÃO DE MEMBROS ☐ TALAS ☐ COLAR CERVICAL ☐ IMOBILIZAÇÃO PRANCHA RÍGIDA ☐ SEDAÇÃO ☐ OUTROS:_____

TERAPÊUTICA/MEDICAMENTOS:_____

EVOLUÇÃO CLÍNICA/INTERCORRÊNCIAS (MÉDICOS):_____

POSIÇÃO DE TRANSPORTE:

☐ DECÚBITO DORSAL ☐ DECÚBITO LATERAL ☐ DECÚBITO VENTRAL ☐ SENTADO ☐ ELEVAÇÃO DE CABECEIRA

TERMO DE RECUSA:

NOME:_____ RG:_____

ASSINATURA:_____

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE:

MÉDICO:_____ CRM:_____ MAT:_____

ENFERMEIRO(A): Aline Galdino COREN: 533-289 MAT:_____

TÉCNICO DE ENFERMAGEM: — COREN:_____ MAT:_____

CONDUTOR SOCORRISTA: Fabinho MAT:_____

GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL SENADOR "RUI CARNEIRO"

HOSPITAL

NOME DO PACIENTE: João Marcos M. Silva | Nº PRONTUÁRIO:
DATA DA OPERAÇÃO: 04/03/19 | ENF.: | LEITO:
OPERADOR: Dr. Tuni | 1º AUXILIAR:
2º AUXILIAR: / | 3º AUXILIAR: | INSTRUMENTADOR:
ANESTESISTA: Dr. Geraldo | TIPO DE ANESTESIA:

DIAGNOSTICO PRÉ- OPERATORIO
Fratura de osso da perna (D)

TIPO DE OPERAÇÃO
Tratamento cirúrgico de fr de tíbia (D)

DIAGNOSTICO PÓS- OPERATORIO
O mesmo

RELATORIO IMEDIATO DO PATOLOGISTA

EXAME RADIOLÓGICO NO ATO

ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO

Obs: Anestesia raquidiana
Anou o [illegible]
Manter [illegible]
A fratura de tíbia

VIA DE ACESSO -TÁTICA E TÉCNICA -LIGADURAS - DRENAGEM - SUTURA- MATRIAL EMPREGADO - ASPECTO VISCERAS

1. Posição em DDH sob anestesia
2. Antissepsia e evidenciação de MIE
3. Isolamento cirúrgico
4. Incisão longitudinal em região anterolateral da perna (D)
5. Abertura por planos
6. Redução cruenta de tíbia com pinos / [illegible] + [illegible]
7. Fixação com placa AO 8 furos / [illegible] + 6 parafusos
8. Sutura
9. Curativo

Dr. Tuni Alberto M. D. Souza
Ortopedista
CNS: 2065357[illegible] CRM 9251
[illegible]0007

GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL SENADOR "RUI CARNEIRO"

[redacted]

HOSPITAL

NOME DO PACIENTE [illegible] | Nº PRONTUÁRIO

DATA DA OPERAÇÃO 04/07/19 | ENF. | LEITO

OPERADOR Dr Tulio | 1º AUXILIAR

2º AUXILIAR | 3º AUXILIAR | INSTRUMENTADOR

ANESTESISTA Dr. [illegible] | TIPO DE ANESTESIA

DIAGNOSTICO PRÉ- OPERATORIO

Fx [illegible] (D)

TIPO DE OPERAÇÃO [illegible] (D)

DIAGNOSTICO PÓS- OPERATORIO O mesmo

RELATORIO IMEDIATO DO PATOLOGISTA

EXAME RADIOLÓGICO NO ATO

ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO

[redacted]

VIA DE ACESSO -TÁTICA E TÉCNICA -LIGADURAS - DRENAGEM - SUTURA- MATRIAL EMPREGADO - ASPECTO VISCERAS

Paciente em DDH [illegible]
[illegible] e [illegible] do membro
Dorna Anestesica
Incisão longitudinal sob maléolo [illegible]
Abertura por planos
Identificou o [illegible] [illegible]
Fixou com 1 fio [illegible] com [illegible]
Curativo [illegible]
Alta

Dr. Tulio Alberto de O. Souza
Ortopedia e Traumatologia
CRM PB 9251 / CRM RN 5800

Fibula direita

[redacted]

Nome: Caio Rangel da Silva [illegible]
Filiação:
Sexo: M **Idade:** 23 **Cor:** Pardo
Procedência: **Data:** 07/03/19
Cirurgião: Dr. Tulio **Auxiliar:** Mj Abrantes
Anestesista: Dra. Siddhanta **Anestesia:** Raque
Início da anestesia: 9:00 **Término:** **Duração:**
Início da intervenção: **Término:** 10:45 **Duração:**

[redacted]

Equipo macrogotas	01
jelco 20	01
Soro fisiológico 0,9% 500ml	20
Seringa 5ml	05
Seringa 10ml	10
Lidocaína 2%	01
Propofol	01
Fentanil	01
Luva estéril	03
PVPI tópico	50ml
Gaze (pacote com 10 unidades)	12
Compressas	18
Efortil	01
Cefalotina ou cefazolina ou ceftriaxona	01
Nausedron	01
Decadrom 4mg	01
Água para injeção	04
Esparadrapo	80cm
Escova de PVPI degermante	07
Touca	05
Máscara	05
Propé (par)	05
Luva de procedimentos (par)	12
Látex	01
Cateter de oxigênio tipo óculos	01
Lâmina de bisturi nº 24	01
PVPI degermante	100ml
Algodão ortopédico 12cm	08 rolos
Faixa de smarch	03
Atadura de crepom 15cm	12
Atadura de crepom 20cm	06
Broca 2,5"/ 3,5"/4,5"	01
Serra ortopédica	01
Agulha 40x12	05
Atropina	05
Lidocaína 2%	02
Adrenalina	03
Bupivacaína	02
Seringa 20ml	05
Fio vicryl 2-0	03
Fio catgut simples 3-0	02
Fio nylon 2-0	02
Fio nylon 3-0	03
Atadura de gesso (tamanho variado)	06
Placas DCP- 04 ou 05 ou 06 ou 07 ou 08 ou 09 ou 10 parafusos	01
Placa 1/3 tubular com 03 ou 04 ou 05 furos	01
Fio de kirshner Nº 2-0 ou 2,5 ou 3,0 ou 3,5 ou 4-0	05
Parafusos (conforme tamanho da placa)	-
Propofol	01
Midazolam	01
Servoflurano	10ml
Atracúrio	05
Neostigmine	05
Atropina	05
Tubo endotraqueal com CUF Nº 7,5 ou 8,0 ou 8,5	01

Catidiana Pereira de Melo
Enfermeira
COREN-PB 274.137

FOLHA DE ANESTESIA

Hospital: HRP.
Enfermaria:
Leito:
Nº Prontuário:
Nome: Maria Rangel da Silva
Idade:
Sexo: M.
Altura:
Respiração:
Temperatura:
Peso:
Pressão Arterial Prévia:
Data: 07/07/19
Hemoglobina:
Hematócrito:
Glicemia:
Ureia:
Outros:
Tipo Sanguíneo:
Hemátias:
Urina:
Asma:
Bronquite:
Ap. Respiratório: MV (+) SRA
Eletrocardiograma:
Ap. Circulatório: BCNF RCRITS/S
Ap. Urinário:
Ap. Digestivo: FGIM
Alergia:
Hipotensores:
Estado Mental: LOTE
Estado Físico:
Risco:
Diagnósticos Pré-Operatório: (9 — 07 10:15h)
Anestesias Anteriores:
Medicação Pré-Anestésica: 1/2 (110)
Aplicado às:
Efeito:
Efeito:

AGENTES ANESTÉSICOS: O2

INDUÇÃO
Gatis: Exit.: Tosse:
Laringo espasmo: Lágrima:
Náuseas: Vômito:
Outros:

MANUTENÇÃO
(13) cetozolam 2g
(14) propofol 10g
(15) fentanil 2g
(16) rocuronio 40g

ANESTESIA SAT/SF: Sim: Não:
Não, por quê?

DESPERTAR
Reflexo na SC:
Obst.: Co2: Exit:
Náuseas: Vômito:
Outros:
Como Cânula:
Para leito Sim: Não:
CONDIÇÕES:

FREQUÊNCIA CARDÍACA - PULSO - RESPIRAÇÃO - ANESTESIA - OPERAÇÃO
280, 240, 220, 200, 180, 160, 140, 120, 100, 80, 60, 40, 20
SF 98 98 98 98
PA 110 110
FC 64

SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES: Corado: CM: AVA: mucosa corada
Pia 12h 40 Quinolc 25g: Lasix (5mg) IV
(1) (2)

POSIÇÃO: DDH - Lento - DDH

Agentes: (1) Nacocina Hiper 13g: (2) Atropina 0,5g
Técnica: raquianestesia
Operação: Tratamento cirúrgico de fratura de úmero direito (2)
Cirurgiões: Dr. Tito
Anestesista: Dr. Godofredo
Observações:
Anotar, no o, as complicações pré-operatórias e pós-operatórias

FOLHA DE ANESTESIA

Godofredo
CRM 7828

Secretaria do Estado d Saúde
HOSPITAL REGIONAL L POMBAL
"SENADOR RUI CARNEIRO"

CHECKLIST DE CIRURGIAS SEGURA

Nome completo: Caio Rangel da Silva Lima
Cirurgia Proposta: _____ Unidade de origem _____ Data 07/07/19
Modalidade ( ) Eletiva ( ) Urgência ( ) Emergência

Encaminhamento de clientes ao Centro Cirúrgico	Antes da indução anestésica *Check in*	Antes de iniciar a cirurgia *Time out*	Antes do cliente sair da SO *Check out*
• Identificação do cliente ☒Sim ☐Não • Prontuário completo ☒Sim ☐Não • Sítio cirúrgico demarcado ☒Sim ☐Não ☐Não aplica • Consentimento e avaliação anestésica ☒Sim ☐Não • Consentimento cirúrgico ☒Sim ☐Não • Consentimento transfusional ☒Sim ☐Não ☐Não aplica • Banho ☐Sim/Horário_____ ☐Não • Tricotomia ☒Sim ☐Não ☐Não aplica Horário_____ Local_____ • Jejum ☒Sim/Início_____ ☐Não • Exames ☒Laboratoriais ☒Imagem ☐Biópsia • Retirado prótese e adornos? ☐Sim ☐Não • Tipo de precaução ☐Padrão ☐Contato ☐Reverso ☐Goticulas ☐Aerossóis Enfº/Tec.enf_____	• Confirmação sobre o cliente ☒Identificação do cliente ☒Local da cirurgia a ser feita ☒Procedimento a ser realizado ☒Consentimento anestésico e cirúrgico ☒Sitio cirúrgico certo • Montagem da SO de acordo com o procedimento programado ☒Sim ☐Não • Revisão dos equipamentos de anestesia ☒Sim ☐Não • Materiais de vias aéreas disponíveis e funcionantes ☒Laringoscópio ☒Máscara de O2 ☒Fio guia ☒Ambú ☒Guedel ☒Aspirador ☐Cânula endotraqueal Há risco de perda sanguínea >500mL (7mL/Kg em crianças)? ☐Sim ☐Não • Reserva sanguínea? ☐Sim ☐Não • Acesso venoso adequado e pérvio? ☐Sim AVC AVP ☐Não • O cliente tem alergia? ☐Sim ☐Não Obs.:_____	• Apresentação oral, nome e função de todos os profissionais Staff ☐Sim ☐Não 1º cirurgião ☒Sim ☐Não 2º cirurgião ☒Sim ☐Não Anestesista ☒Sim ☐Não Circulante ☒Sim ☐Não • Cirurgiões, anestesistas e equipe de enfermagem confirmam: ☒Identificação do cliente ☒Sitio cirúrgico ☒Procedimento a ser realizado • Placa de eletrocautério ☒Posicionada ☐Não aplica • Uso de antibiótico profilático ☒Sim ☐Não • Exames de imagem estão disponíveis ☒Sim ☐Não aplica • Revisão do cirurgião. Passos críticos Duração estimada /Possíveis perdas sanguíneas ☐Sim ☐Não • Revisão do anestesista ☒Sim ☐Não • Fixação das etiquetas de esterilização no prontuário ☒Sim ☐Não Obs.:_____	Procedimento realizado Procedimento de fibula direita • A contagem de compressas, agulhas e instrumentais está correta? ☐Sim ☐Não aplica • Peças anatômicas/culturas e identificadas adequadamente e requisição preenchida? ☐Sim ☐Não aplica • Houve algum problema com equipamentos que deve ser resolvido? ☐Sim ☐Não aplica • Recomendações importantes na recuperação pós-anestésica e pós-operatória desse cliente: Cirurgião Dr. Tulio Enfermagem _____ Obs.:_____ Ass.:_____ Calidiana Ferreira de Melo Enfermeira COREN-PB 274.137

ESTADO DA PARAÍBA

HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL "SENADOR RUI CARNEIRO"

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: Caio Miguel M Souza Idade: 23 Cor: parda Enfermeira: [illegible] Leito: D3 Setor: Pós operatório

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	OBSERVAÇÃO
22/06/19	1. DIETA LIVRE	OK	
	2. SNL 1000 ml EV 2 em 2h	1ºF 2ºF	
	3. Cefalotina 1g EV 6/6h	09/00 15/00 21/00 03/00	
	4. Dipirona 1A + AM EV 6/6h	09/00 15/00 21/00 03/00	
	5. Fosa 1A + AM EV 8/8h SN	S/N	
	6. Omn 50 mg 1A + 100 ml SF 0,9% EV 8/8h SN	S/N 20/00	
	7. Ranitidina 1A + AM EV 12/12h	15/00 03/00	
	8. Loratina (25.000 UI/ml)	09/00 21/00	
	Ine SL 12/12h		
	9. Curativo	OK	
	10. SSNV + CCGG	OK	
	11. Mover MM curativo	OK	

Dr. Pablo Alberto de O. Souza
Cirurgião Cardiovascular
CRS: 2016 0357 6249007 - CRM 9251

Ana Raquel de Medeiros Rodrigues
Tec. Enfermagem
Coren-PB 970373

ASSINATURA / CRM: ASSINATURA / COREN: Coren-PB: 001.331.253

HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL "SENADOR RUI CARNEIRO" POMBAL - PARAÍBA	GOVERNO DA PARAÍBA SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE	Nº Prontuário:	
Nome: Leo Raiol Silva Lima		Enf.:	Leito:

Nota sobre Evolução da Doença, Complicações, Consultas, Mudança de Diagnósticos, Condições ao ser dada Alta, Instruções ao Paciente, devendo toda anotação ser assinada pelo profissional que a fez.

DATA	EVOLUÇÃO MÉDICA	RUBRICA
	26/06/2019	
	Paciente [illegible]	
	Queixa dos [illegible] + [illegible]	
	Solicito [illegible]	
	Dr. Rocha Médico CRM-PB 7054	
	27/06/19	
	HD: Fx de ossos da perna (D)	
	Paciente sem queixas	
	Ausência de [illegible] e edema na perna (D)	
	Conduta: Alta.	
	Dr. Tullio Alberto de O. Souza Ortopedia e Traumatologia - CRM 9251 CNS: 206633762240007	
	28/06/19	
	HD: O mesmo	
	Paciente com [illegible]	
	Exame físico [illegible]	
	Perna de Alencastro (D)	
	Conduta: Ok. Alta + Alencastro Demos. +	
	[illegible]	
	Dr. Tullio Alberto de O. Souza Ortopedia e Traumatologia - CRM 9251 CNS: 206633762240007	

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ESTADO DA PARAÍBA

HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL "SENADOR RUI CARNEIRO"

Nome: Otto Manoel de Souza Idade: Cor: Enfermeira: CCMB Leito: 02 Setor:

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	OBSERVAÇÃO
28/06	1. DIETA LIVRE	cirurgia!	
	2. SRL 1000ml ev - 24h		
	3. Ceftriaxona 1g IPA ev 6/6h	09:00 15:00 21:00 03:00	
19	4. Dipirona 1fa + 17 ev 6/6h	09:00 15:00 21:00 03:00	
	5. Ranitil 1fa + 17 ev 8/8h (SN)	S/N	
	6. Tramal 100mg 1fa + 100ml SF 09ml ev 8/8h (SN)	S/N	
	7. Manitolina 1fa + 17 ev 12/12h	15:00 03:00	
	8. Heparina (25.000UI/5ml) 1fa 1.0ml SC 12/12h	09:00 21:00	
	9. SSVV + CCGG	cirurgia!	
	10. Motivo MID cervical	cirurgia!	

Dr. Inês Alberto de O. Souza
Ortopedista
CRM 9231
CNS 706033762240007

ASSINATURA / CRM:

Geruza F. Dantas
Técnica em Enfermagem
COREN-PB 501177

Poliana Alves dos Santos
Téc. Enfermagem
COREN-PB 001315.958

ASSINATURA / COREN:

ESTADO DA PARAÍBA

HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL "SENADOR RUI CARNEIRO"

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: Caio Rangel Idade: 23 Cor: Enfermeira: CCM II Leito: 02 Setor

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	OBSERVAÇÃO
01/07/19	1) Dieta Vo livre		OK
	2) SGC 1000 ml EV 24h		1º 2º
	3) Cabeceira 15° EV 8/8h		09:00 15:00 21:00 03:00
	4) Dipirona 1g EV 6/6h S/N		09:00 15:00 21:00 03:00
	5) Metoclopramida 5g EV 8/8h S/N		S/N
	6) Tramadol 100 mg + 100 ml SF0,9% EV 8/8h S/N		S/N
	7) Ranitidina 50mg EV 12/12h		09:00 21:00
	8) Enoxaparina 7500 UI SC (1 fr 0,75 ml) SC 12/12h		09:00 21:00
	9) Manter MID elevado		OK!
	10) SVD CCGG		OK!
	11) Vit B 1000 IM 12/12h		

Dr. Jose Castmiro Neto
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PB 7801 TEO! 15253

Francisca [illegible]
Enfermeira
Coren-PB 493667

ASSINATURA / CRM:

ASSINATURA / COREN: Cybele Formiga Oliveira Técnica em Enfermagem COREN-PB: 1005860

Nº do Socorro Barbosa de Almeida Auxiliar de Enfermagem COREN: 437.955

ESTADO DA PARAÍBA

HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL "SENADOR RUI CARNEIRO"

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: Ana Raquel da Silva Lima Idade: Cor: Enfermeira: Leito: Setor:

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	OBSERVAÇÃO
	26/06/2019		
	1) Dieta livre	Ciente.	
	2) SF0,9% - 1.000ml - 1 amp	8/8 2a	
	3) Cefalotina - 01 fa. IV. 6/6h.	15:00 21:00 03:00	
	4) Tilatil 20mg IV. 12/12h.	15:00 03:00	Silvio Francisco R. de Sousa Onias Téc Enfermagem COREN PB 001.315.962
	5) Dipirona - 01 amp IV. 6/6h.	15:00 21:00 03:00	
	6) Hiomal 10mg IV. 8/8h. (SN)	SN	
	7) Vandian IV. 8/8h (SN)	SN	
	8) Curativo diário (na janela da sala)		
	9) SVD	Ausente	
	10) Soluto livre	ok	
	Médico CRM-PB 7064		

ASSINATURA / CRM: ASSINATURA / COREN:

ESTADO DA PARAÍBA

HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL "SENADOR RUI CARNEIRO"

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: [illegible] Idade: 23 Cor: Enfermeira: [illegible] Leito: 02 Setor

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	OBSERVAÇÃO
02-07-19	Dieta Oral livre	OK	
	Cefalotina 1g (EV) 6/6 hrs	9:00 15:00 21:00 03:00	
	Dipirona 1 amp. (EV) 6/6hs SN.	S/N 9:00	
	Tilosec 1 amp. (EV) 8/8 SN.	S/N	
	Tramal 100 mg + 100 ml SF 0,9 (EV) 8/8 hs SN.		S/N
	Ranitidina 1 FA (EV) 12/12 hs.	9:00	21:00
	Heparina 5000 UI/ml dozar 1 ml (SC) 12/12	9:00	21:00
	Manter MID elevado.	OK	
	SSVV + CCGG	OK	
NO	Vit K 1 amp. (IM) 12/12 hs (Cirurgia)	9:00	21:00

Dr. Sadjom Wanderley
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RN 6151 CRM/PB 7024

Hiria Gutieres de Oliveira Nunes
Téc. em Enfermagem
COREN-PB [illegible]

Maria de Fátima Costa Silva
Auxiliar de Enfermagem
COREN-PB: 665 655
Sus: [illegible]
e Mª de Fátima

Franklin Fernandes de Lima
Téc. Enfermagem
COREN: 599-629

Graciomeira [illegible] Silva
Téc. de Enfermagem
COREN - [illegible]

ASSINATURA / CRM: ASSINATURA / COREN:

ESTADO DA PARAÍBA

HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL "SENADOR RUI CARNEIRO"

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: [illegible] Idade: 23 Cor: ____ Enfermeira: [illegible] Leito: 02 Setor ____

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	OBSERVAÇÃO
04/07/19	1. Dieta livre	OK	
	2. SF 0,9% 60 ml em 24h	1ºF 2ºF 3ºF 4ºF	
	3. Ceftriaxona 1g IM + 9,0 ml SF 0,9%	09:00 15:00 21:00 03:00	
	4. Dipirona 1g IV + 10 ml SF 0,9%	09:00 15:00 21:00 03:00	
	5. Ranitidina 50 mg IV + 10 ml SF 0,9%	09:00 15:00 21:00	
	6. Tramadol 100 mg IM + 100 ml SF 0,9%		
	7. B1B6	5/5	
	8. Amiodarona 150 mg IV em 30 min	15:00 21:00	
	9. SNV + cuidados	OK	

Ana Raquel de Medeiros Rodrigues
Téc. em Enfermagem
Coren-PB 001.331.253

Dr. Kátia Cristina de O. Souza
Ortopedista e Traumatologista - CRM 9231
CNE 2006137024000

ASSINATURA / CRM: ____ ASSINATURA / COREN: ____

ESTADO DA PARAÍBA

HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL "SENADOR RUI CARNEIRO"

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: PAPO MANOEL Idade: Cor: Enfermeira: Leito: Setor:

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	OBSERVAÇÃO
05	1. DIETA LIVRE	Ciente:	
02	2. SF 0,9% 500 ml EV 8/8h	Ciente:	
19	3. Ceftriaxona 1g IPR + 10ml EV 6/6h	09:00 15:00 21:00 03:00	
	4. Dipirona 1g IPR + 10ml EV 6/6h	09:00 15:00 21:00 03:00	
	5. Ranitidina 50mg IPR + 10ml EV 8/8h (SN)	SIN	
	6. Tramadol 100mg IPR + 100ml SF 0,9% 8/8h (SN)	SIN 00/15	
	7. Diclofenaco 75mg IM SE NOVALGIA	SIN	
	8. Metoclopramida 10mg + 10ml EV 12/12h	15:00 03:00	
	9. Omeprazol 40mg IPR SE PRURIDO	12:00	
	10. SSVV + CGCG	Ciente!	
	11. MANTER PVD CONFORTO.	Ciente:	

Dr. Túlio Alberto de O. Souza
Ortopedista Traumatologista · CRM 9231
CNS 206633762240007

Geniza F. Dantas
Técnica em Enfermagem
COREN

Poliana Almeida dos Santos
Téc. Enfermagem
COREN-PB 062.314.958

ASSINATURA / CRM: ASSINATURA / COREN:

ESTADO DA PARAÍBA

HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL "SENADOR RUI CARNEIRO"

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: Caio Rangel da Silva Idade: 23a Cor: Enfermeira: CCM II Leito: 02 Setor:

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	OBSERVAÇÃO
06	DIETA LIVRE		
06	SAL 1000 ml EV 24h		
06	DIPIRONA 1g 1fa EV 6/6h		
19	CETOPROFENO 1g 1fa EV 6/6h		
	TRAMADOL 50g 1fa + 100ml SF0,9% EV 8/8h		
	MONITORAR 1fa + 7g EV 12/12h		
	MONITOR MID DIURESE		
	Dr. Tulio Alberto de O. Souza Ortopedia e Traumatologia CRM-PB 9251 / CRM-RN 9600		
	DIETA LIVRE NÃO LEVANTAR PACIENTE	OK	
05	PONTA		
05	2. CETOPROFENO 1g 1fa + 7g EV 6/6h	10:40 16:00	22:00 03:00
19	3. SAL 1000ml EV 24h	1ª F 2ª F 3ª F	4ª
	4. DIPIRONA 1fa + 7g EV 6/6h	10:40 16:00	22:00 03:00
	5. PONTA 1fa + 07 EV 8/8h (SN)	SIN	
	6. TRAMADOL 100g 1fa + 100ml SF0,9%	15:00 23:00	
	EV 8/8h		
	7. DIETA LIVRE EV 1x ao dia	10:40	
	8. MONITORAR 1fa + 7g EV 12/12h	10:40	22:40
	9. SAUDI CCB	OK	

Suelânia Gomes Pereira
Tec. em Enfermagem
COREN-PB 302.004
SUS: 898 0012 3093 9174

Dr. Tulio Alberto de O. Souza
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 9251 / CRM-RN 9600

ASSINATURA / CRM:

Cybele Formiga Oliveira
Técnica em Enfermagem
COREN-PB: 1005868

ASSINATURA / COREN:

Ana Patrícia Lucena de Farias
Tec. de Enfermagem
Coren-PB: 001.376.157

ESTADO DA PARAÍBA

HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL "SENADOR RUI CARNEIRO"

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: [illegible] Idade: Cor: Enfermeira: Leito: Setor

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	OBSERVAÇÃO
	03/07/2019		
	2		
	1) [illegible]	Jejum	
	2) [illegible]	19 19	
	3) [illegible] -01 R.IV. 6/6h.	09:00 15:00 21:00	03:00
	4) [illegible] -01 amp. IV. 6/6h (SN)	SN	
	5) [illegible] 100mg. IV. 8/8h (SN)	SN	
	6) [illegible] IV. 8/8h (SN)	SN	
	7) [illegible]	Jejum	Silvia Franclea A. de Sousa Dias Téc. Enfermagem COREN-PB 001.315.962
	[illegible] MÉDICO CRM-PB [illegible]		

ASSINATURA / CRM: ASSINATURA / COREN:

GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL "SENADOR RUI CARNEIRO"

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO

CLÍNICAS MÉDICA, CIRÚRGICA E PEDIÁTRICA

DADOS GERAIS:

Enfermaria: CCMH **Leito:** 08 **Data Admissão:** 06/06/20

Paciente: Caio Rangel S. Lima **Idade:** 23a **Hora Admissão:** ___:___

Dias de Internação: ____ **Turno:** _____ **SE INTERNAMENTO PEDIÁTRICO: Peso:** _____ **Estatura:** _____

Admitido: ( ) Deambulando ( ) Cadeira de rodas ( ) Maca ( ) Outros: _____

Veio transferido: ( ) Emergência ( ) Área vermelha ( ) Área laranja ( ) Área amarela ( ) Área verde ( ) UTI

Transferência interna: ( ) Clín. médica/Cirúrgica ( ) Clín. cirúrgica/Médica ( ) Clín. médica/Área vermelha

( ) Clín. cirúrgica/Área vermelha ( ) Clín. médica/Obstetrícia ( ) Clín. cirúrgica/Obstetrícia ( ) Clín médica e cirúrgica/UTI

( ) UTI/Clín. médica ( ) UTI/Clín. Cirúrgica ( ) Outro hospital/Cidade: _____

Tipo de tratamento: ( ) Clínico ( ) Cirúrgico ( ) **Pediátrico Diagnóstico médico:** Fratura MID

ESTADO GERAL:

EG: ( ) Bom (X) Estável ( ) Regular ( ) Grave **SSV: T:** _____°C **P:** ____bpm **R:** ____irpm **PA:** ____x____mmHg

FUNÇÃO NEUROLÓGICA:

Nível de Consciência: (X) Consciente ( ) Inconsciente ( ) Orientado ( ) Desorientado ( ) Torporoso ( ) Cooperativo

( ) Não Cooperativo (X) Comunicativo ( ) Não Comunicativo ( ) Sono/repouso preservado ( ) Sono/repouso prejudicado

Responde a estímulos: (X) Verbais ( ) Dolorosos ( ) Térmicos ( ) Ocular

Estado emocional: (X) Normal ( ) Agitado/ativo ( ) Hipoativo ( ) Choroso ( ) Deprimido ( ) Agressivo

Crise convulsiva: ( ) Sim ( ) Não **SE SIM, QUANTOS EPISÓDIOS:** _____

Avaliação da dor: ( ) 01 ( ) 02 ( ) 03 ( ) 04 ( ) 05 ( ) 06 ( ) 07 ( ) 08 ( ) 09 ( ) 10

VALORES	CLASSIFICAÇÃO	LOCAL
0	Ausência da dor	X
1 A 3	Dor de fraca intensidade	
4 A 6	Dor de intensidade moderada	
7 A 9	Dor de forte intensidade	
10	Dor de intensidade insuportável	

FUNÇÃO RESPIRATÓRIA:

Respiração: (X) Eupneico ( ) Dispneico ( ) Bradipneico ( ) Taquipneico ( ) Respiração abdom. predominância torácica

( ) Respiração torácica predominância abdominal ( ) Em uso de dreno torácico

( ) Em oxigenoterapia: ( ) Cateter nasal ( ) Máscara de Venturi ( ) Nebulização

Tosse: ( ) Sim (X) Não ( ) Seca ( ) Cheia com expectoração ( ) Cheia sem expectoração

( ) Batimentos de asa do nariz ( ) Tiragem intercostal

Característica de secreções: ( ) Esbranquiçada ( ) Amarelada ( ) Esverdeada ( ) Sanguinolenta ( ) Purulenta

( ) Outros: _____

PELE E MUCOSAS:

Condições da pele: (X) Normal ( ) Nódulo ( ) Tumor ( ) Bolha ( ) Pústula ( ) Equimose ( ) Hematoma ( ) Petéquias

( ) Erisipela ( ) Queimadura ( ) Escoriações ( ) Escabiose ( ) Úlcera por pressão: **Grau:** ( ) I ( ) II ( ) III ( ) IV

Curativo: ( ) Sim ( ) Não **Hora:** ____:____ **Localização e aspecto:** _____

Coloração da pele: ( ) Hipocorada ( ) Normocorada ( ) Hipercorada ( ) Ictericia ( ) Cianótica

Regulação térmica: ( ) Normotérmica ( ) Hipotérmica ( ) Hipertérmica ( ) Tremores ( ) Calafrios ( ) Sudorese

( ) Pele fria ( ) Pegajosa

Condições de mucosas: ( ) Úmida ( ) Ressecada ( ) Placas ( ) Fissuras **Outros:** _____

Estado de hidratação: (X) Hidratada ( ) Desidratada ( ) Hiperhidratada

FUNÇÃO CARDIOVASCULAR:

Doença cardiovascular: ( ) Sim (X) Não **Qual:** _____

Doença cerebrovascular: ( ) Sim (X) Não **Qual:** _____

Perfusão periférica: ( ) Sim (X) Não **Qual:** _____

GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL "SENADOR RUI CARNEIRO"

FUNÇÃO GASTROINTESTINAL:
Abdome: (X) Plano ( ) Globoso ( ) Flácido ( ) Distendido ( ) Tenso ( ) Dispepsia ( ) Plenitude ( ) Hematemese
( ) Pirose ( ) Ascítico ( ) Colostomizado ( ) Ileostomia ( ) Doloso ( ) Paracentese abdominal
( ) Incisão cirúrgica: ( ) Limpa ( ) Contaminada ( ) Hiperemiada ( ) Secretiva
Curativo: ( ) Sim (X) Não **Hora:** ____
Estado nutricional: ( ) Normal ( ) Emagrecimento ( ) Caquético ( ) Obeso ( ) Marasmo ( ) Kwashiorkior
Dieta alimentar: ____
(X) Boa ( ) Regular ( ) Insuficiente ( ) Restrição ( ) Não aceita dieta
Via de administração alimentar: ( ) Oral ( ) SNG ( ) SOG ( ) Parenteral
Vômitos: ( ) Sim (X) Não **Frequência:** ____ **Aspecto:** ____
Eliminações intestinais: (X) Presente ( ) Ausente **Frequência:** ____
Aspecto: ( ) Normal ( ) Pastosa ( ) Melena ( ) Constipação ( ) Diarreica ( ) Obstipação

SISTEMA URINÁRIO:
Eliminações vesicais: (X) Normal ( ) Anúria ( ) Oligúria ( ) Nictúria ( ) Poliúria ( ) Polaciúria ( ) Disúria ( ) Hematúria
( ) Retenção ( ) Incontinência ( ) SVF-02 vias ( ) SVF-03 vias ( ) Uso de fraldas **Outros:** ____
Aspecto: (X) Límpida ( ) Concentrada ( ) Piúria ( ) Hematúria ( ) Colúria ( ) Turva
Diurese: (X) Espontânea ( ) Cistostomia ( ) SVF **Hora:** ____:____ **Volume diurese:** ____

FUNÇÃO LOCOMOTIVA:
Desenvolvimento motor: (X) Senta-se espontaneamente ( ) Senta-se com ajuda ( ) Fica de pé com apoio
( ) Fica de pé sem apoio ( ) Deambula ( ) Não deambula ( ) Deambula com apoio ( ) Deambula sem apoio
( ) Deambulação prejudicada **Tipo de apoio:** ____
Movimento das articulações: (X) MMSS e MMII ( ) MMSS ( ) MMII ( ) MSD ( ) MSE ( ) MID ( ) MIE
Edema: ( )Presente ( )Ausente ( )Anasarca ( )Face ( )MMSS e MMII ( )MMSS ( )MMII ( )MSD ( )MSE ( )MID ( )MIE
Força muscular: (X) Adequado para idade ( ) Hipertonia ( ) Hipotonia

ACESSO VENOSO:
Venoclise: ( )MMSS e MMII ( )MSD ( )MSE ( )MID ( )MIE ( )Subclávia ( )Cateter venoso central ( )Dissecção venosa
Data punção: ____/____/____ ( )Gelco Nº____ ( )Scalp Nº____ **Quem puncionou:** ____

ALTA HOSPITALAR:
Alta autorização médica: ( ) Se sim: data: ____/____/____, hora: ____:____ **Médico:** ____
( ) Se não, responsável: ____
Testemunha 1: ____ **Testemunha 2:** ____
Assinatura e carimbo Enfermeiro(a)/COREN: ____

PACIENTE TRANSFERIDO:
( ) Não ( ) Se sim, médico que autorizou: ____
Local para transferência: ____

PACIENTE EM ÓBITO:
( )Não ( )Se sim, data: ____/____/____ hora: ____:____, **causa da morte (diagnóstico médico):** ____

QUEIXAS:
Nega queixas

OCORRÊNCIAS E INTERCORRÊNCIAS COM PACIENTE:
Paciente evoluiu em EGG. Mediado 10 g medida
Segue aos cuidados da equipe de enfermagem

Data: 05/07/19 **Hora:** 1000 **Ass. Enferm./COREN:** Maria Teixeira de Menezes
Enfermeira
COREN-PB

AVALIAÇÃO NOTURNA DO ENFERMEIRO

Data: 05/07/19 **Hora:** 19:45 **Ass. Enferm./COREN:** Henrique Formiga
Enfermeiro
COREN PB 500.078

GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL
"SENADOR RUI CARNEIRO"

Nome do Paciente: Caio Ronaldo Silva Serra Idade: _____
Leito: 02 Enfermaria: PCM-H
Idade: 23a Localização: _____

( ) Angústia espiritual	
( ) Adaptação prejudicada	
( ) Ansiedade	
( ) Risco de aspiração	
( ) Déficit de autocuidado alimentação	
( ) Déficit de autocuidado de higienização	
( ) Confusão	
( ) Constipação	
( ) Baixa autoestima situacional	
( ) Comunicação verbal prejudicada	
( ) Débito cardíaco diminuído	
( ) Deglutição prejudicada	
( ) Diarreia	
( ) Eliminação urinária prejudicada	
( ) Deambulação prejudicada	
( ) Dor	
( ) Hipotermia	
( ) Hipertermia	
(X) Risco de infecção	
( ) Proteção ineficaz	
( ) Mobilidade física prejudicada	
( ) Náusea e/ou vômito	
( ) Medo	
( ) Nutrição prejudicada	
( ) Distúrbio de imagem corporal	
( ) Integridade da pele prejudicada	
( ) Padrão respiratório ineficaz	
(X) Sono e repouso prejudicado relacionado à fatores físicos, psicológicos ou fisiológicos	
( ) Recuperação cirúrgica retardada	
( ) Volume de líquido deficiente	
( ) Risco de desequilíbrio de volume de líquido	
( ) Volume excessivo de líquido	
( ) OUTROS:	

	Higiene oral e ocular 3X ao dia	
	Mudança de decúbito 3/3h	
	Banho no leito 1x ao dia (conforme rotina do setor)	
	Aspiração de secreção conforme necessidade do paciente	
	Esvaziar água em circuito do respirador	
	Manter oxigeno terapia por cateter nasal	
	Manter oxigeno terapia por TOT	
	Manter oxigeno terapia por máscara de Venturi	
	Manter nível de água nos umidificadores	
X	Administrar e checar medicação prescrita	
X	Medir e verificar aspecto, volume, débito urinário e/ou drenos	
	Medir e registrar PVC 3x ao dia	
	Realizar curativos limpos 1x ao dia e identificar com data e rubrica	
	Realizar curativos infectados 2x ao dia e identificar com data e rubrica	
	Trocar equipo a cada mudança de FRO de nutrição parenteral	
	Administrar dieta a cada 3 horas	
	Realizar lavagem da sonda após administração da dieta com 60ml de água salvo se houver restrição hídrica	
	Administrar dieta por sistema fechado	
	Administrar 50ml de água de 4/4h nas dietas por sistema fechado	
	Cabeceira do leito elevado à 30°	
	Identificar bomba de infusão conforme solução	
	Controlar gotejamento das soluções parenterais	
	Trocar equipos e conexões a cada 72 horas	
	Trocar látex de 12/12h	
X	Identificar com data e rubrica as punções venosas	
X	Desinfecção dos leitos com álcool à 70% de 12/12h	
	Realizar glicemia conforme protocolo de infusão contínua	
	Realizar glicemia capilar pré-prandial	
	Verificar sinais vitais a cada 2 horas	
	Trocar kit de nebulização após o uso	
	Trocar máscara e Venturi a cada 12 horas	
	Trocar acesso venoso periférico a cada 72 horas	
	Trocar frasco de aspiração a cada 24 horas	
	Trocar circuito de ventilação após entubação ou na presença de sugidade	

GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL "SENADOR RUI CARNEIRO"

ACESSO VENOSO:

Venóclise: ( )MMSS e MMII ( )MSD ( )MSE ( )MID ( )MIE ( )Subclávia ( )Cateter venoso central ( )Dissecção venosa **Data punção:** ____/____/_____ **Hora:** ____:____ ( ) Gelco Nº____ ( ) Scalp Nº____

Quem puncionou: _____

ALTA HOSPITALAR:

Alta autorização médica: ( ) Se sim: data: ____/____/_____, hora: ____:____ **Médico:** _____

( ) Se não, responsável: _____

Testemunha 1: _____ **Testemunha 2:** _____

Assinatura e carimbo Téc. enfermagem/COREN: _____

PACIENTE EM ÓBITO:

( )Não ( )Se sim, data: ____/____/_____, hora: ____:____, causa da morte (diagnóstico médico): _____

QUEIXAS:

Sem queixas no momento

RELATÓRIO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM COM PACIENTE:

Paciente segue em repouso no leito, aos cuidados da enfermagem.

Assinatura e carimbo Téc. enfermagem/COREN: _____ Geniza F. Dantas Técnica em Enfermagem COREN-PB 341177

Data: 05/07/19 **Hora:** ____:____

AVALIAÇÃO NOTURNA DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM:

Paciente segue em E.G.E, sem alterações e aos cuidados da equipe de enfermagem.

Ana Raquel de Medeiros Rodrigues Téc. em Enfermagem COREN-PB 331.253

Assinatura e carimbo Téc. enfermagem/COREN: _____

Data: 05/07/19 **Hora:** ____:____

GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL "SENADOR RUI CARNEIRO"

RELATÓRIO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM

CLÍNICAS MÉDICA, CIRÚRGICA E PEDIÁTRICA

DADOS GERAIS:

Enfermaria: CMH **Leito:** 02 **Data Admissão:** 06/06/20

Paciente: Paulo Rangel S. Lima **Idade:** 23a. **Hora Admissão:** ___:___

Dias de Internação: ____ **Turno:** D(N) **SE INTERNAMENTO PEDIÁTRICO: Peso:** _____ **Estatura:** _____

Admitido: ( ) Deambulando ( ) Cadeira de rodas (✓) Maca ( ) Outros: _____

Veio transferido: (✓) Residência ( ) Área vermelha ( ) Área laranja ( ) Área amarela ( ) Área verde ( ) UTI

Transferência interna: ( ) Clín. médica/Cirúrgica ( ) Clín. cirúrgica/Médica ( ) Clín. médica/Área vermelha

( ) Clín. cirúrgica/Área vermelha ( ) Clín. médica/Obstetrícia ( ) Clín. cirúrgica/Obstetrícia ( ) Clín médica e cirúrgica/UTI

( ) UTI/Clín. médica ( ) UTI/Clín. Cirúrgica ( ) Outro hospital/Cidade: _____/_____

Tipo de tratamento: ( ) Clínico (✓) Cirúrgico ( ) Pediátrico

ESTADO GERAL:

EG: ( ) Bom ( ) Estável (✓) Regular ( ) Grave

SINAIS VITAIS:

12h00	T: 36,4 °C	P: 72 bpm	R: 20 irpm	PA: 120x70 mmHG
18h00	T: 36,5 °C	P: 77 bpm	R: 20 irpm	PA: 130x70 mmHG
00h00	T: 36,5 °C	P: 78 bpm	R: 20 irpm	PA: 140x80 mmHG
06h00	T: 36,5 °C	P: 78 bpm	R: 20 irpm	PA: 140x80 mmHG

FUNÇÃO NEUROLÓGICA:

Nível de Consciência: (✓) Consciente ( ) Inconsciente (✓) Orientado ( ) Desorientado ( ) Confuso (✓) Cooperativo

( ) Não Cooperativo (✓) Comunicativo ( ) Não Comunicativo (✓) Sono/repouso preservado ( ) Sono/repouso prejudicado

Responde a estímulos: (✓) Verbais ( ) Dolorosos ( ) Ocular

Estado emocional: (✓) Normal ( ) Agitado/ativo ( ) Hipoativo ( ) Choroso ( ) Deprimido ( ) Agressivo

Crise convulsiva: ( ) Sim (✓) Não **SE SIM, QUANTOS EPISÓDIOS:** _____

FUNÇÃO RESPIRATÓRIA:

Respiração: (✓) Eupneico ( ) Dispneico ( ) Bradipneico ( ) Taquipneico ( ) Em uso de dreno torácico

( ) Em oxigenoterapia: ( ) Cateter nasal ( ) Máscara de Venturi ( ) Nebulização

Tosse: ( )Sim (✓)Não ( )Seca ( )Cheia com expectoração ( )Cheia sem expectoração ( )Batimentos de asa do nariz

Característica de secreções: ( ) Esbranquiçada ( ) Amarelada ( ) Esverdeada ( ) Sanguinolenta ( ) Purulenta

FUNÇÃO GASTROINTESTINAL:

( ) **Incisão cirúrgica:** ( ) Limpa ( ) Contaminada ( ) Hiperemiada ( ) Secretiva

Curativo: (✓) Sim ( ) Não **Data:** ____/____/____ **Hora:** ____:____

Estado nutricional: ( ) Normal ( ) Emagrecimento ( ) Caquético ( ) Obeso

Dieta alimentar: (✓) Boa ( ) Regular ( ) Insuficiente ( ) Restrição ( ) Não aceita dieta

Via de administração alimentar: (✓) Oral ( ) SNG ( ) SOG ( ) Parenteral

Vômitos: ( ) Sim (✓) Não **Frequência:** _____

Eliminações Intestinais: (✓) Presentes ( ) Ausentes **Frequência:** _____

Aspecto: (✓) Normais ( ) Pastosas ( ) Melena ( ) Constipação ( ) Diarreica ( ) Obstipação

SISTEMA URINÁRIO:

Eliminações vesicais: (✓) Normais ( ) Ausentes ( ) Retenção ( ) SVF 02 vias
( ) SVF 03 vias ( ) Uso de fraldas

Aspecto: ( ) Límpida ( ) Concentrada ( ) Hematúria

Diurese: (✓) Espontânea ( ) SVF

FUNÇÃO LOCOMOTIVA:

Desenvolvimento motor: ( ) Deambulando ( ) Não Deambulando (✓) Deambulação prejudicada

Edema: ( ) Presente (✓) Ausente ( ) Anasarca ( ) Face ( ) MMSS e MMII ( ) MMSS ( ) MMII ( ) MSD

Localização: ( ) Anasarca ( ) Face ( ) MMSS e MMII ( ) MMSS ( ) MMII ( ) MSD ( ) MSE ( ) MID ( ) MIE

GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL
"SENADOR RUI CARNEIRO"

[redacted]

PERCEPÇÃO SENSORIAL: [redacted]

1 - Completamente limitado
2 - Muito limitado
3 - Levemente limitado
4 - Sem alteração

Pontuação | Observação

UMIDADE DE PELE: [redacted]

1 - Constantemente úmida
2 - Muito úmida
3 - Ocasionalmente úmida
4 - Raramente úmida

Pontuação | Observação

ATIVIDADE FÍSICA: [redacted]

1 - Acamado
2 - Na cadeira com ajuda
3 - Anda ocasionalmente
4 - Anda frequentemente

Pontuação | Observação

MOBILIDADE: [redacted]

1 - Completamente imóvel
2 - Muito limitado (Paraplégico)
3 - Levemente limitado
4 - Sem limitação

Pontuação | Observação

NUTRIÇÃO: [redacted]

1 - Não se alimenta / Alimentação parenteral
2 - Se alimenta pouco (Desid.)
3
4 - Se alimenta de forma satisfatória

Pontuação | Observação

ASPECTO DA PELE: [redacted]

1 - Edema / Eritema / Escoriações em mais de uma área
2 - Eritema / Escoriações em uma área
3 - Edema em alguma área
4 - Normal

Pontuação | Observação

Pontuação total

[redacted]

[redacted]

Data de admissão				
Estado mental	Inconstante.	Períodos de inconsciência.	Períodos de desorientação no tempo e no espaço.	Orientado no tempo e no espaço.
Oxigenação	Ventilação mecânica (uso do ventilador a pressão ou a volume).	Uso contínuo de máscara ou cateter de oxigênio.	Uso intermitente de máscara ou cateter de Oxigênio.	Não depende de oxigênio.
Sinais vitais	Controle em intervalos menores ou iguais a 2 horas.	Controle em intervalos de 4 horas.	Controle em intervalos de 6 horas.	Controle de rotina (8 horas)
Mobilidade	Incapaz de movimentar qualquer segmento corporal.	Dificuldade para movimentar segmentos corporais.	Limitação de movimentos	Movimenta todos os segmentos corporais
	Mudança de decúbito e movimentação passiva programada e realizada pela enfermagem.	Mudança de decúbito e movimentação passiva auxiliada enfermagem.		
Deambulação	Restrito ao leito.	Locomoção através de cadeira de rodas.	Necessita de auxílio para deambular	Ambulante.
Alimentação	Através de cateter central.	Através de sonda nasogástrica.	Por boca, com auxílio.	Auto suficiente.
Cuidado corporal	Banho no leito, higiene oral realizada pela enfermagem	Banho de chuveiro, higiene oral realizada pela enfermagem.	Auxílio no banho de chuveiro e/ou higiene oral	Auto suficiente.
Eliminação	Evacuação no leito e uso de sonda vesical para controle da diurese.	Uso de comadre ou eliminações no leito.	Uso de vaso sanitário com auxílio.	Auto suficiente.
Terapêutica	Uso de drogas vasoativas para manutenção de PA.	EV contínuo ou através de sonda nasogástrica	EV intermitente.	IM ou VO.
Integridade Cutâneo-mucosa/ Comprometimento tecidual	Presença de solução de continuidade da pele com destruição da derme, epiderme, músculos e comprometimento das demais	Presença de solução de continuidade da pele, envolvendo tecido subcutâneo e músculo.	Presença de alteração da cor da pele (equimose, hiperemia) e/ou presença de solução de continuidade da pele envolvendo a epiderme, derme ou ambas.	Pele íntegra.
	Evisceracões.	Incisão cirúrgica, Ostomias. Drenos.		
Curativo	Curativo realizado 3 vezes ao dia ou mais. pela equipe de enfermagem.	Curativo realizado 2 vezes ao dia pela equipe de enfermagem.	Curativo realizado 1 vez ao dia pela equipe de enfermagem	Sem curativo ou limpeza da ferida/incisão cirúrgica, realizada pelo paciente, durante o banho.
Tempo util. na realiz. de curativos	Superior a 30 minutos	Entre 15 a 30 minutos	Entre 5 a 15 minutos.	Sem curativo ou limpeza da ferida realizada durante o banho.

Pontuação total

Enfermeiro(a) / COREN

05 / 12 / 19
Data da avaliação

Santa Cecília
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

Paciente.....: **CAIO RANGEL DA SILVA LIMA**
Requisitante..: DENIS ROCHA FORMIGA
Referência.....: HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL
Origem.....: 20 HRP

Protocolo...: **0000024914**
Data.....: 01/07/2019
Idade.....: 23 anos
RG.....: NÃO INFORMADO

01 HEMATOLOGIA

HEMOGRAMA COMPLETO
[DATA DA COLETA: 01/07/2019 07:03]

	Resultados	Valores de Referências
SÉRIE VERMELHA		
Hemácias	4,68 milhões/mm³	4,32 - 5,72 milhões/mm³
Hemoglobina	13,9 g/dl	13,5 - 17,5 g/dl
Hematócrito	42,7 %	38,8 - 50,0 %
V.C.M.	91,2 micra³	81,2 - 95,1 micra³
H.C.M.	29,7 pg	26 - 34 pg
C.H.C.M.	32,5 %	31 - 36 %
R.D.W.	13,2 %	11,8 - 15,6 %

OBS: SÉRIE VERMELHA..... **HEMÁCIAS NORMOCITICAS E NORMOCROMICAS.**

SÉRIE BRANCA		(%)	(/mm³)			
Leucócitos Totais	9.300 /mm³				-	4.500 a 10.000
Promielocitos		0	0		-	
Mielócitos		0	0	0	-	0
Metamielócitos		0	0	0 a 1	-	0 a 100
Bastonetes		3,0	279	0 a 5	-	0 a 500
Segmentados		61,0	5.673	43 a 67	-	1.935 a 6.700
Eosinófilos		2,0	186	1 a 4	-	45 a 400
Basófilos		0	0	0 a 1	-	0 a 100
Linfócitos		30,0	2.790	20 a 35	-	900 a 3.500
Linf.Atípicos		0	0		-	
Monocitos		4,0	372	2 a 8	-	90 a 800

OBS: SÉRIE BRANCA..... **SEM ALTERAÇÕES MORFOLÓGICAS.**

CONTAGEM DE PLAQUETAS..... 167.000 /mm³ — Acima de 16 anos: 150.000 a 450.000 /mm³

OBS: SÉRIE PLAQUETARIA..... **NORMAL**

Nota: * SISTEMA AUTOMATIZADO E COMPUTADORIZADO DE CONTAGENS E CALCULOS, COM CONFIRMAÇÃO DAS CONTAGENS E ANÁLISE MORFOLÓGICA REALIZADAS POR MICROSCOPIA.

Dra Kátia Suemya de Melo Fragoso
Bioquímica - CRF-PB 3011

HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL "SENADOR RUI CARNEIRO" POMBAL - PARAÍBA

GOVERNO DA PARAÍBA

Nº Prontuário:

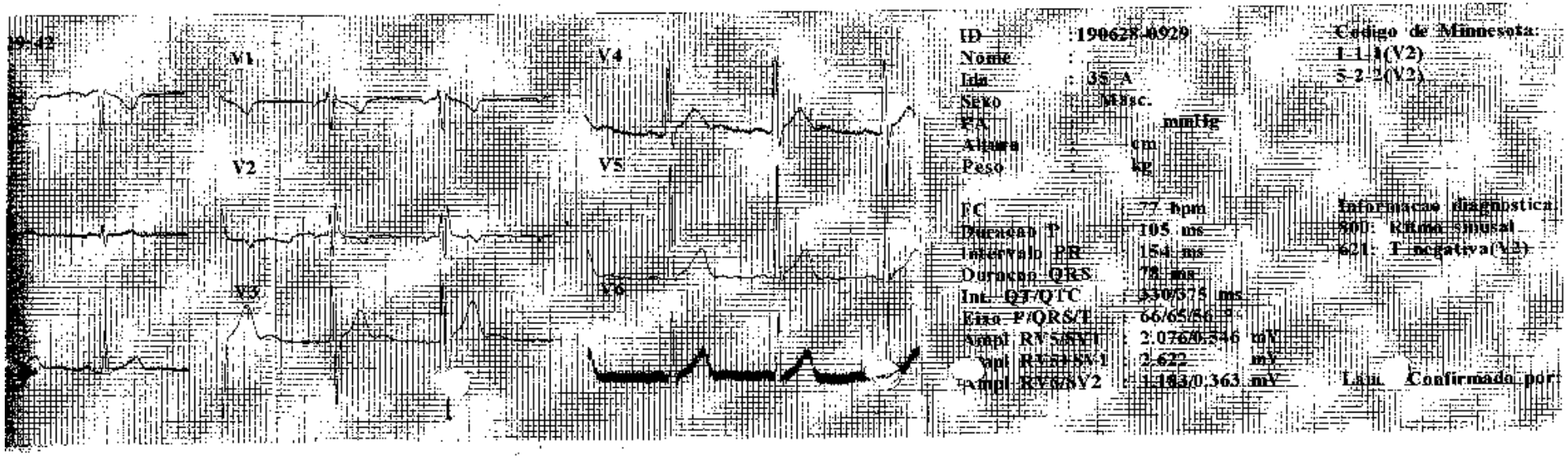
Nome: Caio Bonfim

Enf.:

Leito:

Nota sobre Evolução da Doença, Complicações, Consultas, Mudança de Diagnósticos, Condições ao ser dad Alta, Instruções ao Paciente, devendo toda anotação ser assinada pelo profissional que a fez.

DATA	EVOLUÇÃO MÉDICA	RUBRICA
01/01/19	[illegible]	
	[illegible]	
	[illegible]	
	[illegible]	
	[illegible]	
	[illegible]	
	[illegible]	
	[illegible]	
	Dr. José Cassiano Neto Ortopedia e Traumatologia CRM/PB 7891 TEOT 15253	
02.01.19	[illegible]	
	Dr. Sesiom Wanderley Ortopedia e Traumatologia CRM/RN 6151 CRM/PB 7054	
03/01/2019	[illegible]	
	Denis Rocha Médico CRM-PB 7054	
04/01/19		
	[illegible]	
	[illegible]	
	Dr. Tullio Alberto de O. Souza Ortotraumatologia - CRM 9251 CNS: [illegible]3762210007	



Governo da Paraíba – Secretaria do Estado de Saúde
HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL
"SENADOR RUI CARNEIRO"

AVALIAÇÃO DE RISCO CIRÚRGICO

NOME: Caio Rangel da Silva Teixeira

IDADE: 23 SEXO: M

Procedimento cirúrgico proposto: cirurgia ortopédica

Medicação em uso: —

Alergias medicamentosas: –

Antecedentes / Comorbidades: –

EXAME FÍSICO:

Exame geral:

PA: 110x70 mmHg FC: 82 bpm

Aparelho cardiovascular: RCR, BNF, 2T, S/ S

Outros:

ELETROCARDIOGRAMA: Normal (DCRD)

Risco intrínseco do procedimento cirúrgico: ( ) Alto ( ) Intermediário (X) Baixo

Conclusão: (Risco cardiovascular baseado em algoritmos validados)

EMAPO
LEE
ACP

Baixo risco

OBS:

Dr. Jairo Leal CRM/PB 8882
Cardiologista RQE 5345
Cirurgião Cardiovascular RQE 5346
Marcapasso RQE 5979

DATA 28/6/2019

Santa Cecília
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

Paciente.....: **CAIO RANGEL DA SILVA LIMA**
Requisitante..: DENIS ROCHA FORMIGA
Referência.....: HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL
Origem.....: 20 HRP

Protocolo...: **0000024914**
Data.....: 01/07/2019
Idade.....: 23 anos
RG.....: NÃO INFORMADO

01 HEMATOLOGIA

HEMOGRAMA COMPLETO
[DATA DA COLETA: 01/07/2019 07:03]

	Resultados	Valores de Referências
SÉRIE VERMELHA		
Hemácias	4,68 milhões/mm³	4,32 - 5,72 milhões/mm³
Hemoglobina	13,9 g/dl	13,5 - 17,5 g/dl
Hematócrito	42,7 %	38,8 - 50,0 %
V.C.M.	91,2 micra³	81,2 - 95,1 micra³
H.C.M.	29,7 pg	26 - 34 pg
C.H.C.M.	32,5 %	31 - 36 %
R.D.W.	13,2 %	11,8 - 15,6 %

OBS: SÉRIE VERMELHA..... **HEMÁCIAS NORMOCITICAS E NORMOCROMICAS.**

SÉRIE BRANCA					
Leucócitos Totais	9.300 /mm³			-	4.500 a 10.000
	(%)	(/mm³)			
Promielocitos	0	0		-	
Mielócitos	0	0	0	-	0
Metamielócitos	0	0	0 a 1	-	0 a 100
Bastonetes	3,0	279	0 a 5	-	0 a 500
Segmentados	61,0	5.673	43 a 67	-	1.935 a 6.700
Eosinófilos	2,0	186	1 a 4	-	45 a 400
Basófilos	0	0	0 a 1	-	0 a 100
Linfócitos	30,0	2.790	20 a 35	-	900 a 3.500
Linf.Atípicos	0	0		-	
Monocitos	4,0	372	2 a 8	-	90 a 800

OBS: SÉRIE BRANCA..... **SEM ALTERAÇÕES MORFOLÓGICAS.**

CONTAGEM DE PLAQUETAS..... 167.000 /mm³ — Acima de 16 anos: 150.000 a 450.000 /mm³

OBS: SÉRIE PLAQUETARIA..... **NORMAL**

Nota: A SISTEMA AUTOMATIZADO E COMPUTADORIZADO DE CONTAGENS E CALCULOS, COM CONFIRMAÇÃO DAS CONTAGENS E ANÁLISE MORFOLÓGICA REALIZADAS POR MICROSCOPIA.

Dra Kátia Suenya de Melo Fragoso
Bioquímica - CRF-PB 3013

Santa Cecília
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

Paciente.....: **CAIO RANGEL DA SILVA LIMA**
Requisitante...: DENIS ROCHA FORMIGA
Referência.....: HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL
Origem.....: 20 HRP

Protocolo...: **0000024914**
Data.....: 01/07/2019
Idade.....: 23 anos
RG.....: NÃO INFORMADO

01 HEMATOLOGIA

COAGULOGRAMA
(DATA DA COLETA: 01/07/2019 07:03
Material: PLASMA
Método: TURBIDIMETRIA

PLAQUETAS (CONTAGENS).....	167.000 /mm3	Acima de 16 anos: 150.000 a 450.000 /mm3

TEMPO DE TROBOPLASTINA - TTPA

TTPA - PACIENTE.....	28,2 seg	21 a 32 segundos
TTPA - CONTROLE NORMAL.....	27,9 segundos	
RELAÇÃO TTPA / CONTROLE NORMAL.....	1,0	Até 1,3
DIFERENÇA TTPA/CONTROLE NORMAL.....	0.30 segundos	Até 8,0 segundos

TEMPO E ATIVIDADE DE PROTOMBINA - TP

TP - PACIENTE.....	14,1 segundos	11 a 16 segundos
TP - CONTROLE NORMAL.....	12,5 segundos	
ATIVIDADE PROTOMBINA PACIENTE.....	78 %	70 a 120%
RELAÇÃO TP / CONTROLE NORMAL.....	1,1	Até 1,3
INR.....	1,13	1,0 a 1,3

Dr. Kátia Suenya de Melo Fragoso
Bioquímica - CRF-PB 3011

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: 6A76-48F3-F43B-84-215A-2097-3E0A-8A87

Emissão : 01/07/2019 11:35 - Página 2 de 3

O valor preditivo de qualquer diagnóstico depende da análise conjunta dos seus resultados e dos dados clínicos - epidemiológico do(a) paciente.

Pombal-PB - Paulista-PB - Lagoa-PB - Catolé do Rocha-PB - Coremas-PB - Jericó-PB

Fone: (83) 3431-2020 | 99658-6625

Santa Cecília
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

Paciente.....: **CAIO RANGEL DA SILVA LIMA**
Requisitante...: DENIS ROCHA FORMIGA
Referência.....: HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL
Origem.....: 20 HRP

Protocolo...: **0000024914**
Data.....: 01/07/2019
Idade.....: 23 anos
RG.....: NÃO INFORMADO

BIOQUÍMICA

GLICOSE DE JEJUM..... 88,0 mg/dl

(DATA DA COLETA: 01/07/2019 07:33)
Material: Soro ou Plasma
Método: Automatizado/Computadorizado

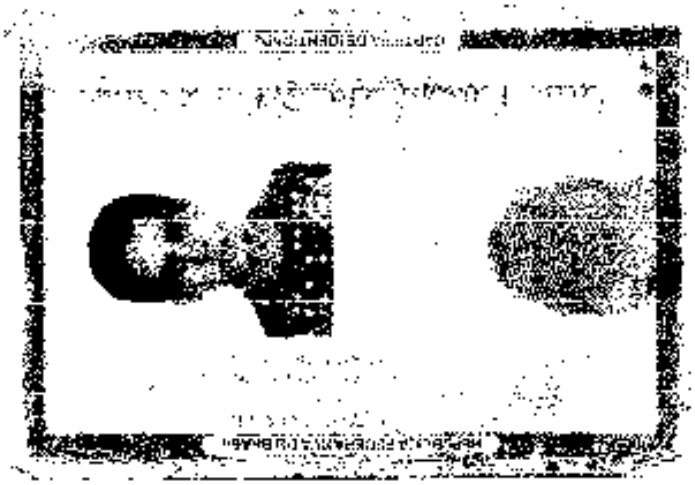
Valores de Referência:
Crianças.....: 60,0 a 100,0 mg/dl
Adultos.....: 70,0 a 100,0 mg/dl
Maiores de 60 anos: 80,0 a 115,0 mg/dl
Observação:
Resultados de glicemia de jejum entre 115 mg/dL e 126 mg/dL, não sugere diagnóstico de diabetes.
Portanto, recomenda-se confirmar no dia subsequente com nova coleta.

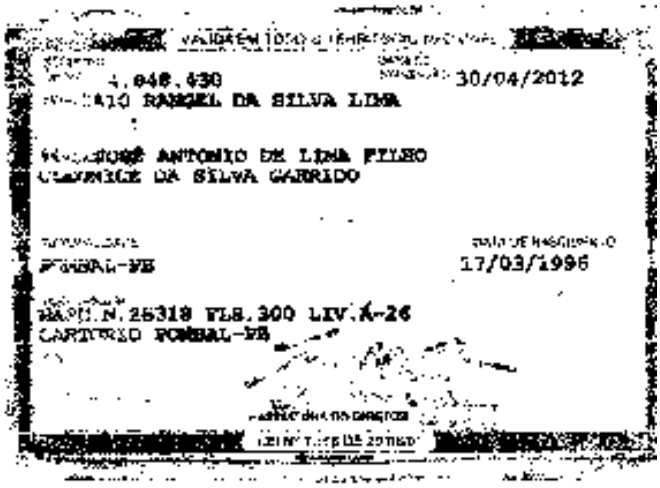
Drª Kátia Suenya de Melo Tragoso
Bioquímica - CRF-PB 3011

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: 3BC7-e34F-Fb55-B756-27CE-21F5-0633

Emissão : 01/07/2019 11:35 - Página 3 de 3

O valor preditivo de qualquer diagnóstico depende da análise conjunta dos seus resultados e dos dados clínicos - epidemiológico do(a) paciente.





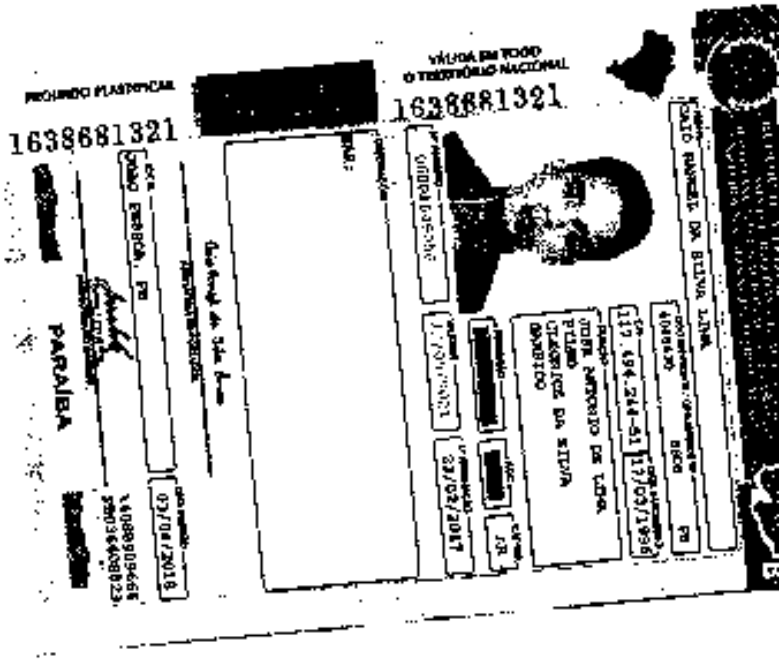
4.848.430 30/04/2012

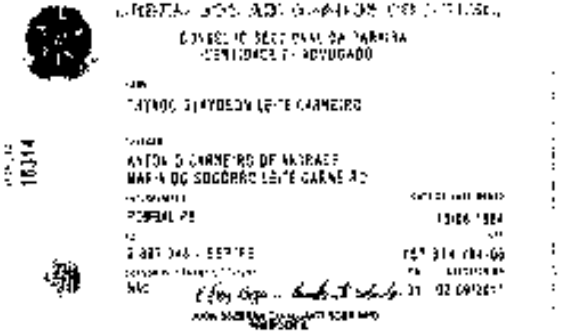
410 RAQUEL DA SILVA LIMA

JOSÉ ANTONIO DE LIMA FILHO
CLARICE DA SILVA GARRIDO

POMBAL-PB 17/03/1996

MATR. N.26318 FLS.300 LIV.A-26
CARTORIO POMBAL-PB





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN-PB

N: 01466619115B

53166177453

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEICULO

PRT 20190900006635-5

SIA	COD RENAVAM	RNTRC
1	00341440930-7	00/00000000

NOME/ENDEREÇO
CAIO RANGEL DA SILVA LIMA
R SEVERINO GOMES SOUTO 73 CASA
NOVA VIDA
58840000 POMBAL-PB

CPF/CNPJ	PLACA
11749624451	PFP4B18/PB

NOME ANTERIOR
LEANDRO GOMES ALVES

PLACA ANTERIOR	CHASSI
PFP4I18/PE	9C2KC1650BR536463

ESPÉCIE/TIPO	COMBUSTÍVEL
PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC	ALCO/GASOL

MARCA/MODELO	ANO FAB	ANO MOD
HONDA/CG 150 TITAN ESD	2011	2011

CAP/POT/CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
2 P/149 /CI	PARTIC	PRETA

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA DE DOMINIO

N.Motor : KC16E5B536463

LOCAL	DATA
POMBAL-PB	28/11/2019

39608 39857

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200024073 **Cidade:** Pombal **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CAIO RANGEL DA SILVA LIMA **Data do acidente:** 26/06/2019 **Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TIBIA E FÍBULA À DIREITA. P1

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS). P11, 12
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR 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 LEVE DO MEMBRO INFERIOR 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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R$ 2.362,50
		Total	**17,5 %**	**R$ 2.362,50**

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200024073 **Cidade:** Pombal **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CAIO RANGEL DA SILVA LIMA **Data do acidente:** 26/06/2019 **Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TIBIA E FÍBULA À DIREITA. P1

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS). P11, 12
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR 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 LEVE DO MEMBRO INFERIOR 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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R$ 2.362,50
		Total	**17,5 %**	**R$ 2.362,50**

CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DA PARAÍBA

AVENIDA PELICIANO CORNE - CAGEPA - 200 - JAGUARIBE JOÃO PESSOA PB 58015-670

CNPJ: 09.123.654/0001-89 - CONC. ESTADUAL Nº 16015-670

Telecomunicações e/ou Tele-atendimento - Ligue 115

SEGUNDA VIA

Nº DOCUMENTO: 20191239656999

ESCRITÓRIO POMBAL

MATRÍCULA	CLIENTE	CPF/CNPJ	CÓDIGO PARA DÉBITO AUTOMÁTICO
03965699.3	CAIO RAMOS DA SILVA LIMA	117.XXX.XXX-XX	03965699.3

INSCRIÇÃO	ENDEREÇO DO IMÓVEL	VENCIMENTO
112.005.305.0203.000	RUA SEVERINO GOMES SOUTO, 73 - VILA NOVA , POMBAL PB 58840-000	24/12/2019

RESPONSÁVEL ENDEREÇO PARA ENTREGA

FATURA 12/2019

ÁGUA LIGADO — ESGOTO POTENCIAL

ÚLTIMOS CONSUMOS

11/2019 -	6-30	10/2019 -	6-30
09/2019 -	6-30	08/2019 -	6-30
07/2019 -	6-30	06/2019 -	6-30

ECONOMIAS	CONS. POR ECONOMIA	COD. AUXILIAR
1	6	5 30 5306

LEITURA

ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (M³)	DIAS	CONSUMO/DIA (M³)
3589	3599	6	30	0,20
11/11/2019	11/12/2019	Hidr:	A97SC052C6	

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS	CONSUMO POR FAIXA	VALOR R$
ÁGUA		
RESIDENCIAL 001 UNIDADE		
CONSUMO DE ÁGUA	6 M3	37,91
ACRESCIMO(1) MORATORIA AND. 10/2019		0,77
JUROS DE MORA 10/2019		0,20

(1) Acrescimo de 2% conforme Art 4 Decreto Lei 1.025 de 21/10/69, DOU 23/10

TOTAL R$ 38,88

SR. USUÁRIO: EM 30/11/2019, REGISTRAMOS QUE V.SA. ESTAVA EM DÉBITO.
COMPARECA ÀS POSTOS DE ATENDIMENTO PARA REGULARIZAR.
CASO TENHA PAGO APÓS A DATA INDICADA, DESCONSIDERE.

INFORMAÇÕES SOBRE O CONTROLE DE QUALIDADE DA ÁGUA PARA CONSUMO HUMANO 11/2019

Anexo 20 Portaria 05/2017 MS

Parâmetro	Vl.Médio	Parâmetro	Vl. Médio	Parâmetro	Vl. Médio	Parâmetro	Vl. Médio
Turbidez		Cor Aparente		Bact. Heterotróficas		Colif.Termotolerantes	
Cloro (mg/L)		P.H.		Colif.Totais			

VIA CLIENTE

Emitido por: 900328

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Emitido em: 02/01/2020

CAGEPA

MATRÍCULA	INSCRIÇÃO	FATURA	NÃO RECEBER APÓS
03965699.3	112.005.305.0203.000	12/2019	31/12/2020

VENCIMENTO 24/12/2019

GRUPO: 646

VALOR R$ 38,88

FIRMA: 3

826100000007 38880010112-2 03965699301-9 12201930003-0

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.

BR 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa - PB - CEP 58071-680

CNPJ 09.095.183/0001-49 - Insc. Est. 16.016.023-8

Nº 003 896 107

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1106327-8

THYAGO GLAYDSON LEITE CARNEIRO
RUA CEL JOAO CARNEIRO S/N 1 AND
POMBAL

NOV/2019	**11/11/2019**	**295**	**19/11/2019**	**R$ 258,35**

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL.

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 12/11/2019

Pagador: THYAGO GLAYDSON LEITE CARNEIRO CNPJ/CPF 067.614.794-00
RUA CEL JOAO CARNEIRO S/N 1 AND - CENTRO - POMBAL / PB - CEP 00000-000

Nosso-Número	Nº Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
282491200008457972	001106327201911	19/11/2019	R$ 258,35	

BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAÍBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA 09.095.183/0001-49
BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680
Agência / Código do Beneficiário: 2084-3/2447-3

Seguradora LÍDER

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 83 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636

A Circular SUSEP[1] nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT. contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF[2].

[1] SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. [2] CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Thyago Cleydson Leite Carneiro

inscrito (a) no CPF/CNPJ 057.514.794 / 00 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Caio Rangel da Silva Lima inscrito (a) no CPF sob o Nº 117.494.244/51,

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da vítima Caio Rangel da Silva Lima,

inscrito (a) no CPF sob o Nº 117.494.244/51, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recusa informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder–DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: Rua Coronel João Carneiro		Número: 310	Complemento: 3º andar
Bairro: Centro	Cidade: Pombal	Estado: PB	CEP: 58840-000
E-mail: XTHYAGOCARNEIRO@HOTMAIL.COM			Tel.(DDD): (83) 99650-7071

Local e Data. Pombal, 07 de janeiro de 2020.

Thyago Cleydson Le. Carneiro.

Assinatura do Declarante

HLDRL.001 V001/2017

SUS Sistema Único de Saúde — Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: HOSPITAL REGIONAL POMBAL SENADOR RUY CARNEIRO
2 - CNES: 2592568

Identificação do Paciente

3 - NOME DO PACIENTE: CAIO RANGEL DA SILVA LIMA
4 - PRONTUÁRIO: 38043
5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 700-2063-4170-6220
6 - DATA DE NASCIMENTO: 17/03/1996
7 - SEXO: M
8 - RACA / COR: BRANCA
9 - NOME NA MÃE: CLEONICE DA SILVA GARRIDO
10 - TELEFONE:
11 - NOME DO RESPONSÁVEL:
12 - ENDEREÇO: R.SEVERINO GOMES SOUSA N.: 73
13 - BAIRRO: SANTA ROSA
14 - MUNICIPIO DE RESIDÊNCIA - 15 UF - 16 CEP - 17 CÓD IBGE: POMBAL - PB - 58840-000 - 2512101

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

18 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: Paciente vítima de queda de moto. Com dor e deformidade em perna direita. NV: Sem alterações

19 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: Necessidade de Cirurgia

20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): Rx.

21 - DIAGNÓSTICO INICIAL: Fratura ossos da Perna (D)
22 - CID 10 PRINC.:
23 - CID 10 SEC.:
24 - CID 10 CAUSAS ASSOC.:

25 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: Tratamento Cirúrgico de Ossos da Perna
26 - COD PROCEDIMENTO:
27 - CLÍNICA: Ortopedia
28 - CARATÉR INTERNAÇÃO: Eletivo
29 - DOCUMENTO: ( ) CNS (X) CPF
30 - CNS/CPF - PROFISSIONAL SOLIC. / ASSISTENTE: 027.182.184-98
ASS. CARIMBO SOLICITANTE / ASSISTENTE:
32 - DATA SOLIC.: 07/07/19
33 - ASSINATURA CARIMBO (DIRETOR MEDICO): Dr. [illegible] Ortopedista Diretor Clínico CRM 925 CPF [illegible]

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

34 ( ) ACIDENTE TRÂNSITO
35 ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
36 ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO
37 - CNPJ SEGURADORA:
38 - Nº BILHETE:
39 - SÉRIE:
40 - CNPJ EMPRESA:
41 - CNAE EMPRESA:
42 - CBOR:
43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME PROFISSIONAL AUTORIZADOR:
45 - COD. ÓRGÃO EMISSOR:
50 - Nº AUTORIZAÇÃO INTERN. HOSPITALAR:
46 - DOCUMENTO: ( ) CNS ( ) CPF
47 - Nº DOCUMENTO (CPF CNPJ) PROFISSIONAL:
48 - DATA AUTORIZAÇÃO: / /
49 - ASS. CARIMBO (Nº REG. CONSELHO):

HOSPITAL REGIONAL POMBAL SENADOR RUY CARNEIRO
RUA CEL. JOAO LEITE
POMBAL PARAIBA (83)3431-2149

Data/Hora 26/06/2019 15:02:50

Ocorrência: **CIRURGIA**

Servidor do Dr.: 1599

Paciente **CAIO RANGEL DA SILVA LIMA** Idade: 23 Sexo M

Filiação
Pai:
Mãe: CLEONICE DA SILVA GARRIDO

Endereço
Cidade POMBAL - PB - 58840-000 - 2512101
Endereço: R.SEVERINO GOMES SOUSA N.: 73
Bairro: SANTA ROSA
Naturalidade: POMBAL - PB
Fone:

Documentos
CNS: 700-2063-4170-6220
Identidade: 4048430
CPF:
Reg. Nasc.:

Informações adicionais
Nascimento 17/03/1996
Cor: BRANCA
Estado Civil: N.INF.
Profissão: AUTONOMO(A)

Responsável:

ANAMNESE: (História da Moléstia atual, antecedentes pessoais, antecedentes hereditários)

Paciente de motocicleta colisão com obstáculo. Queixa em perna direita e escoriações

EXAMES OBJETIVOS: (Inspeção geral, exame da região afetada, exame dos diversos aparelhos)

Bom estado + Ferida contusa em face D perna direita e tíbia

EXAMES COMPLEMENTARES: (Raio X, laboratórios)

RX da perna RP/RP.

Diagnóstico: Fratura Fechada dos Ossos da Perna (D)

Motivo da Alta:

Resultado: ( ) Saiu Curado ( ) Melhorado ( ) Falecido ( ) Transferido Em, / /

Recepcionista: FATIMA

Dr. Túlio Alberto de O. Souza
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 9257 / CRM-RN 9000

[redacted]

Nome: Raio Rangel da Silva Lima
Filiação: Eleonise da Silva Garrido
Sexo: Pardo **Idade:** 23 **Cor:**
Procedência: E Cirurgica **Data:** 04/07/19
Cirurgião: Dr **Auxiliar:**
Anestesista: Dr Geraldo **Anestesia:**
Início da anestesia: 11:44 **Término:** **Duração:**
Início da intervenção: 13:00 **Término:** **Duração:**

Insumo	Quantidade
Equipo macrogotas	01
Jelco 20	01
Soro fisiológico 0,9% 500ml	20
Seringa 5ml	05
Seringa 10ml	10
Lidocaína 2%	01
Propofol	01
Fentanil	01
Luva estéril	03
PVPI tópico	50ml
Gaze (pacote com 10 unidades)	12
Compressas	18
Efortil	01
Cefalotina ou cefazolina ou ceftriaxona	01
Nausedron	01
Decadrom 4mg	01
Água para injeção	04
Esparadrapo	80cm
Escova de PVPI degermante	07
Touca	05
Máscara	05
Propé (par)	05
Luva de procedimentos (par)	12
Látex	01
Cateter de oxigênio tipo óculos	01
Lâmina de bisturi nº 24	01
PVPI degermante	100ml
Algodão ortopédico 12cm	08 rolos
Faixa de smarch	03
Atadura de crepom 15cm	12
Atadura de crepom 20cm	06
Broca 2,5"/ 3,5"/4,5"	01
Serra ortopédica	01
Agulha 40x12	05
Atropina	05
Lidocaína 2%	02
Adrenalina	03
Bupivacaína	02
Seringa 20ml	05
Fio vicryl 2-0	03
Fio catgut simples 3-0	02
Fio nylon 2-0	02
Fio nylon 3-0	03
Atadura de gesso (tamanho variado)	06
Placas DCP- 04 ou 05 ou 06 ou 07 ou 08 ou 09 ou 10 parafusos	01
Placa 1/3 tubular com 03 ou 04 ou 05 furos	01
Fio de kirshner Nº 2-0 ou 2,5 ou 3,0 ou 3,5 ou 4-0	05
Parafusos (conforme tamanho da placa)	-
Propofol	01
Midazolam	01
Servoflurano	10ml
Atracúrio	05
Neostigmine	05
Atropina	05
Tubo endotraqueal com CUF Nº 7,5 ou 8,0 ou 8,5	01

Stefani Mony L. de Souza Diogo
Enfermeira
COREN-PB 267-679

0 99967 1594

Atadura de crepom 15cm	12
Atadura de crepom 20cm	06
Broca 2,5"/ 3,5"/4,5"	01
Serra ortopédica	01
Agulha 40x12	05
Atropina	05
Lidocaína 2%	02
Adrenalina	03
Bupivacaína	02
Seringa 20ml	05
Fio vicryl 2-0	03
Fio catgut simples 3-0	02
Fio nylon 2-0	02
Fio nylon 3-0	03
Atadura de gesso (tamanho variado)	06
Placas DCP- 04 ou 05 ou 06 ou 07 ou 08 ou 09 ou 10 parafusos	01
Placa 1/3 tubular com 03 ou 04 ou 05 furos	01
Fio de kirshner Nº 2-0 ou 2,5 ou 3,0 ou 3,5 ou 4-0	05
Parafusos (conforme tamanho da placa)	-
Propofol	01
Midazolam	01
Servoflurano	10ml
Atracúrio	05
Neostigmine	05
Atropina	05
Tubo endotraqueal com CUF Nº 7,5 ou 8,0 ou 8,5	01

Hospital: HAPSAC | Enfermaria | Leito | Nº Prontuário

Nome: [illegible] | Idade: 38 | Sexo: M | Altura

Data: 04/07/19 | Pressão Arterial Pulso: 11 X 7 | Respiração | Temperatura | Peso

Grupo Sanguíneo | Hemácias | Hemoglobina | Hematócrito | Glicemia | Urina | Outros

Urina

Ap. Respiratório: sem comorbidades | Acesso | Sangrias

Ap. Circulatório: sem comorbidades | Eletrocardiograma

Ap. Digestivo: sem comorbidades | Ap. Urinário: sem comorbidades

Estado Mental: consciente, orientado, ansiosa | Alergia | Hipertensões

Diagnósticos Pré-Operatório | Estado Físico | Riscos

Anestesias Anteriores

Medicação Pré-Anestésica: Diazepam e Atropina 20mg | Aplicado às 11:00 | Efeito | Efeito

AGENTES ANESTÉSICOS: 02

Lar

DIURESE PVI, ARTÉRIA PULSO RESPIRAÇÃO VE - ANESTESIAC DISPERSÃO

260 240 220 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20

SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES

POSIÇÃO: Sentado

INDUÇÃO

Rada: X Bal: Topar:

Laringo esporo: Lenta:

Náuseas: Vômito:

Outros:

MANUTENÇÃO

50 [illegible]

Dilat [illegible]

Metamicina [illegible]

45' 3h

[illegible]

ANESTESIA SATISF: Sim X Não

Não, por quê?

DESPERTAR

Reflexo na SO:

Obst.: Cal: Bil:

Náuseas: Vômito:

Outros:

Curso Cirúrgico

Para não Sim: Não X

CONDIÇÕES: [illegible]

Agentes: Dexametasona e [illegible]

Técnicas: Raque e de [illegible]

Operação: [illegible] cirurgia de [illegible]

Cirurgiões: Dr. [illegible]

Anestesistas: Dr. Geraldo

Observações

Anotar: se o, as complicações pré-operatórias e pós-operatórias

Dr. Geraldo A. de Assis Junior
CRM: [illegible]
CNS: [illegible]

FOLHA DE ANESTESIA

Secretaria do Estado de Saúde
HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL
"SENADOR RUI CARNEIRO"

CHECKLIST DE CIRURGIAS SEGURA

Nome completo: Lara Rangel da Silva Leite
Cirurgia Proposta: sutura de fibra Unidade de origem HRP Data 04 / 07 / 19
Modalidade (X) Eletiva ( ) Urgência ( ) Emergência

Encaminhamento de clientes ao Centro Cirúrgico	Antes da indução anestésica *Check in*	Antes de iniciar a cirurgia *Time out*	Antes do cliente sair da SO *Check out*
• Identificação do cliente ☒Sim ☐Não • Prontuário completo ☒Sim ☐Não • Sitio cirúrgico demarcado ☒Sim ☐Não ☐Não aplica • Consentimento e avaliação anestésica ☒Sim ☐Não • Consentimento cirúrgico ☒Sim ☐Não • Consentimento transfusional ☒Sim ☐Não ☐Não aplica • Banho ☒Sim/Horário 0600 ☐Não • Tricotomia ☒Sim ☐Não ☐Não aplica Horário _____ Local _____ • Jejum ☒Sim/Início _____ ☐Não • Exames ☒Laboratoriais ☒Imagem ☐Biópsia • Retirado prótese e adornos? ☒Sim ☐Não • Tipo de precaução ☒Padrão ☐Contato ☐Reverso ☐Gotículas ☐Aerossóis Enf°/Tec.enf Stefany / Gaspar	• Confirmação sobre o cliente ☒Identificação do cliente ☒Local da cirurgia a ser feita ☒Procedimento a ser realizado ☒Consentimento anestésico e cirúrgico ☒Sitio cirúrgico certo • Montagem da SO de acordo com o procedimento programado ☒Sim ☐Não • Revisão dos equipamentos de anestesia ☒Sim ☐Não • Materiais de vias aéreas disponíveis e funcionantes ☒Laringoscópio ☒Máscara de O2 ☒Fio guia ☒Ambú ☒Guedel ☒Aspirador ☒Cânula endotraqueal Há risco de perda sanguínea >500mL (7mL/Kg em crianças)? ☐Sim ☐Não • Reserva sanguínea? ☒Sim ☐Não • Acesso venoso adequado e pérvio? ☒Sim AVC AVP ☐Não • O cliente tem alergia? ☐Sim ☒Não Obs.: _____	• Apresentação oral, nome e função de todos os profissionais Staff ☐Sim ☒Não 1° cirurgião ☒Sim ☐Não 2° cirurgião ☐Sim ☒Não Anestesista ☒Sim ☐Não Circulante ☒Sim ☐Não • Cirurgiões, anestesistas e equipe de enfermagem confirmam: ☒Identificação do cliente ☒Sitio cirúrgico ☒Procedimento a ser realizado • Placa de eletrocautério ☐Posicionada ☐Não aplica • Uso de antibiótico profilático ☒Sim ☐Não • Exames de imagem estão disponíveis ☒Sim ☐Não aplica • Revisão do cirurgião. Passos críticos Duração estimada /Possíveis perdas sanguíneas ☒Sim ☐Não • Revisão do anestesista ☒Sim ☐Não • Fixação das etiquetas de esterilização no prontuário ☒Sim ☐Não Obs.: _____	Procedimento realizado _____ sutura de fibra • A contagem de compressas, agulhas e instrumentais está correta? ☒Sim ☐Não aplica • Peças anatômicas/culturas e identificadas adequadamente e requisição preenchida? ☒Sim ☐Não aplica • Houve algum problema com equipamentos que deve ser resolvido? ☐Sim ☒Não aplica • Recomendações importantes na recuperação pós-anestésica e pós-operatória desse cliente: Cirurgião _____ Enfermagem _____ Obs.: _____ Ass.: Stefany Moniy L. de Souza Diogo Enfermeira COREN-PB 267-679

SAMU 192

PREFEITURA MUNICIPAL DE POMBAL

SECRETARIA DE SAÚDE

PREFEITURA DE POMBAL

SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA-SAMU 192

FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA/ATENDIMENTO VTR: USB - 05

IDENTIFICAÇÃO/OCORRÊNCIA

DATA: 26-06-19 | OCORRÊNCIA Nº: 0011 | PACIENTE/USUÁRIO: QTA | IDADE | SEXO ☐ MASC ☐ FEM

LOCAL DA OCORRÊNCIA: | BAIRRO: | MÉDICO REGULADOR

DESTINO DO PACIENTE: | RESPONSÁVEL: | FUNÇÃO:

MOTIVO DO TRANSPORTE:

☐ APOIO DIAGNÓSTICO ☐ SERVIÇO DE MAIOR COMPLEXIDADE ☐ TRANSFERÊNCIA ☐ OUTRO:

TRANSPORTE SECUNDÁRIO:

LOCAL: RESPONSÁVEL: FUNÇÃO:

APOIO LOCAL ☐ PM ☐ RESGATE/BOMBEIROS ☐ PRF ☐ CPTRAN ☐ STTRANS ☐ OUTRO:

OCORRÊNCIA QUE NÃO GEROU TRANSPORTE/MOTIVO

☐ ATENDIMENTO NO QTH ☐ SOCORRIDO POR TERCEIROS ■ SOCORRIDO PELO BOMBEIRO ☐ LOCAL NÃO ENCONTRADO

☐ RECUSA O ATENDIMENTO ☐ ÓBITO NO LOCAL ☐ ÓBITO DURANTE O TRANSPORTE ☐ EVADIU DO LOCAL

*TIPO DE AGRAVO:		*ANTECEDENTES:	
☐ ACIDENTE DE TRÂNSITO	☐ GINECO-OBSTÉTRICO	☐ AIDS	☐ DOENÇA INFECTO-CONTAGIOSA
☐ AGRESSÃO	☐ LESÕES TÉRMICAS	☐ ALCOOLISMO	☐ DOENÇA RENAL
☐ CLÍNICO	☐ PEDIÁTRICO	☐ AVC	☐ DROGAS
☐ DESABAMENTO	☐ PSIQUIÁTRICO	☐ CONVULSÕES	☐ HIPERTENSÃO ARTERIAL
☐ ELETROCUSSÃO	☐ AFOGAMENTO	☐ CIRURGIAS	☐ DOENÇAS RESPIRATÓRIAS
☐ F.A.B	☐ QUEDA	☐ DIABETES	☐ MEDICAMENTOS:
☐ F.A.F	☐ QUEIMADURA	☐ DOENÇA CARDÍACA	

EXAME CLÍNICO(PRINCIPAIS SINTOMAS/QUEIXAS):

DADOS VITAIS:

VVAA: ☐ LIVRE ☐ OBSTRUÍDA/RESPIRAÇÃO ☐ <30 rpm ☐ >30 rpm PULSO RADIAL: ☐ PRESENTE ☐ AUSENTE

PA: X FC: FR: TEMP: ºC – HGT SpO2

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:

INTERVENÇÕES:

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO:

MATERIAL UTILIZADO

E.C.G: ☐ NORMAL ☐ ALTERADO ☐ NÃO REALIZADO

EXAME NEUROLÓGICO: ☐ AGITAÇÃO ☐ SONOLÊNCIA ☐ COMA ☐ CONVULÇÃO ☐ OTORRAGIA ☐ RIGIDEZ

EXAME GINECO-OBSTÉTRICO: ☐ ABORTAMENTO ☐ HEMORRAGIA VAGINAL ☐ TRABALHO DE PARTO ☐ NORMAL

MANAS:_____ OUTROS:_____

DIAGNÓSTICOS E PROCEDIMENTOS:_____

PROCEDIMENTOS: ☐ DESOBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS ☐ INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL ☐ CÂNULA OROFARINGEA
☐ CRICOTIREIDOSTOMIA ☐ VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA ☐ VENTILAÇÃO INVASIVA ☐ OXIGÊNIO CATÉTER ÓCULOS
☐ DRENAGEM TORÁCICA ☐ MASSAGEM CARDÍACA EXTERNA ☐ DESFIBRILAÇÃO/CARDIOVERSÃO ☐ CURATIVO
☐ CONTROLE DE HEMORRAGIA ☐ PUNÇÃO VENOSA ☐ SONDA GÁSTRICA ☐ SONDA VESICAL ☐ ASPIRAÇÃO V.A
☐ IMOBILIZAÇÃO DE MEMBROS ☐ TALAS ☐ COLAR CERVICAL ☐ IMOBILIZAÇÃO PRANCHA RÍGIDA ☐ SEDAÇÃO
☐ OUTROS:_____

TERAPÊUTICA/MEDICAMENTOS:_____

EVOLUÇÃO CLÍNICA/INTERCORRÊNCIAS (MÉDICOS):_____

POSIÇÃO DE TRANSPORTE:

☐ DECÚBITO DORSAL ☐ DECÚBITO LATERAL ☐ DECÚBITO VENTRAL ☐ SENTADO ☐ ELEVAÇÃO DE CABECEIRA

TERMO DE RECUSA:

NOME:_____ RG:_____

ASSINATURA:_____

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE:

MÉDICO:_____ CRM:_____ MAT:_____

ENFERMEIRO(A): Aline Galdino COREN: 533-289 MAT:_____

TÉCNICO DE ENFERMAGEM: — COREN:_____ MAT:_____

CONDUTOR SOCORRISTA: Fabinho MAT:_____

GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL SENADOR "RUI CARNEIRO"

HOSPITAL

NOME DO PACIENTE: João Marcos M. Silva | Nº PRONTUÁRIO:
DATA DA OPERAÇÃO: 04/03/19 | ENF.: | LEITO:
OPERADOR: Dr. Tuni | 1º AUXILIAR:
2º AUXILIAR: / | 3º AUXILIAR: | INSTRUMENTADOR:
ANESTESISTA: Dr. Geraldo | TIPO DE ANESTESIA:

DIAGNOSTICO PRÉ- OPERATORIO

Fratura de osso da perna (D)

TIPO DE OPERAÇÃO

Tratamento cirúrgico de fr de tíbia (D)

DIAGNOSTICO PÓS- OPERATORIO

O mesmo

RELATORIO IMEDIATO DO PATOLOGISTA

Obs: Anestesia raq
Pino e placa medial
Manter nova [illegible]
A frente da tíbia

EXAME RADIOLÓGICO NO ATO

ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO -TÁTICA E TÉCNICA -LIGADURAS - DRENAGEM - SUTURA- MATRIAL EMPREGADO - ASPECTO VISCERAS

1. Incisão em face ant. com anestesia
2. Osteotomia e exposição de fr
3. Redução anatômica
4. Placa de compressão em ângulo anterolateral da perna (D)
5. Manutenção por 8 meses
6. Anestesia raqui da tíbia com pino / parafuso + anatomia
7. Fechamento com lona HCP 8 meses / bacia + 6 parafusos
8. Sutura
9. Curativo

Dr. Tiago Alberto M. D. Souza
Ortopedista e Traumatologista
CRM: 20065371 - RQE: 9251

GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL SENADOR "RUI CARNEIRO"

[redacted]

HOSPITAL

NOME DO PACIENTE [illegible] | Nº PRONTUÁRIO

DATA DA OPERAÇÃO 04/07/19 | ENF. | LEITO

OPERADOR Dr Tulio | 1º AUXILIAR

2º AUXILIAR | 3º AUXILIAR | INSTRUMENTADOR

ANESTESISTA Dr. [illegible] | TIPO DE ANESTESIA

DIAGNOSTICO PRÉ- OPERATORIO

Fx [illegible] do Punho (D)

TIPO DE OPERAÇÃO Redução cruenta + fix [illegible] (D)

DIAGNOSTICO PÓS- OPERATORIO O mesmo

RELATORIO IMEDIATO DO PATOLOGISTA

EXAME RADIOLÓGICO NO ATO

ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO

[redacted]

VIA DE ACESSO -TÁTICA E TÉCNICA -LIGADURAS - DRENAGEM - SUTURA- MATRIAL EMPREGADO - ASPECTO VISCERAS

Paciente em DDH [illegible]
Antebraquialgia e [illegible] do [illegible]
Dorsal Anestesia
Incisão longitudinal sob [illegible] [illegible]
Redução [illegible]
Fixação o [illegible] [illegible] [illegible]
Fixação com 1 Fio [illegible] 1/2 [illegible] + 6 [illegible]
Curativo [illegible] [illegible]
Alta

Dr. Tulio Alberto de O. Souza
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 9251 / CRM-RN 5800

Fibula direita

[redacted]

Nome: Caio Rangel da Silva [illegible]

Filiação:

Sexo: M **Idade:** 23 **Cor:** Pardo

Procedência: **Data:** 07/03/19

Cirurgião: Dr. Tulio **Auxiliar:** Mj Abrantes

Anestesista: Dra. Siddhanta **Anestesia:** Raque

Início da anestesia: 9:00 **Término:** **Duração:**

Início da intervenção: **Término:** 10:45 **Duração:**

[redacted]

Equipo macrogotas	01
jelco 20	01
Soro fisiológico 0,9% 500ml	20
Seringa 5ml	05
Seringa 10ml	10
Lidocaína 2%	01
Propofol	01
Fentanil	01
Luva estéril	03
PVPI tópico	50ml
Gaze (pacote com 10 unidades)	12
Compressas	18
Efortil	01
Cefalotina ou cefazolina ou ceftriaxona	01
Nausedron	01
Decadrom 4mg	01
Água para injeção	04
Esparadrapo	80cm
Escova de PVPI degermante	07
Touca	05
Máscara	05
Propé (par)	05
Luva de procedimentos (par)	12
Látex	01
Cateter de oxigênio tipo óculos	01
Lâmina de bisturi nº 24	01
PVPI degermante	100ml
Algodão ortopédico 12cm	08 rolos
Faixa de smarch	03
Atadura de crepom 15cm	12
Atadura de crepom 20cm	06
Broca 2,5"/ 3,5"/4,5"	01
Serra ortopédica	01
Agulha 40x12	05
Atropina	05
Lidocaína 2%	02
Adrenalina	03
Bupivacaína	02
Seringa 20ml	05
Fio vicryl 2-0	03
Fio catgut simples 3-0	02
Fio nylon 2-0	02
Fio nylon 3-0	03
Atadura de gesso (tamanho variado)	06
Placas DCP- 04 ou 05 ou 06 ou 07 ou 08 ou 09 ou 10 parafusos	01
Placa 1/3 tubular com 03 ou 04 ou 05 furos	01
Fio de kirshner Nº 2-0 ou 2,5 ou 3,0 ou 3,5 ou 4-0	05
Parafusos (conforme tamanho da placa)	-
Propofol	01
Midazolam	01
Servoflurano	10ml
Atracúrio	05
Neostigmine	05
Atropina	05
Tubo endotraqueal com CUF Nº 7,5 ou 8,0 ou 8,5	01

Calidiana Ferreira de Melo
Enfermeira
COREN-PB 274.137

FOLHA DE ANESTESIA

Hospital: HRP.
Nome: Maria Rangel da Silva
Enfermaria:
Leito:
Nº Prontuário:
Idade:
Sexo: M.
Altura:
Respiração:
Temperatura:
Peso:
Pressão Arterial Prévia:
Data: 07/07/19
Hemoglobina:
Hematócrito:
Glicemia:
Ureia:
Outros:
Tipo Sanguíneo:
Hemácias:
Urina:
Asma:
Bronquite:
Ap. Respiratório: AMPLA
Eletrocardiograma:
Ap. Circulatório: BCNF RCRITS/S
Ap. Urinário:
Ap. Digestivo: FGIM
Alergia:
Hipotensores:
Estado Mental: LOTE
Estado Físico:
Risco:
Diagnósticos Pré-Operatório: (9 — 07 10:15h)
Anestesias Anteriores:
Medicação Pré-Anestésica: 1/2 (110)
Aplicado às:
Efeito:
Efeito:

AGENTES ANESTÉSICOS: O2

INDUÇÃO
Gatis: Exit.: Tosse:
Laringo espasmo: Lágrima:
Náuseas: Vômito:
Outros:

MANUTENÇÃO

ANESTESIA SAT/SF: Sim: Não:
Não, por quê?

DESPERTAR
Reflexo na SC:
Obst.: Co2: Ext.:
Náuseas: Vômito:
Outros:
Como Cânula:
Para leito Sim: Não:
CONDIÇÕES:

PRESSÃO ARTERIAL PULSO RESPIRAÇÃO vs. ANESTESIA: OPERAÇÃO
280, 240, 220, 200, 180, 160, 140, 120, 100, 80, 60, 40, 20

SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES: Paciente CM: AHA: Mucosa conjuntival Hb 12,4 Ht 36,4 Glicemia 255: LOTE (Jejum)

POSIÇÃO: DDH — Lento — DDH

Agentes: Nacocaína Hiper 13g: Morfina 8mg
Técnica: Raquianestesia
Operação: Tratamento cirúrgico de fratura fémur
Cirurgião: Dr. Tito
Anestesista: Dr. Godofredo
Observações:
Anotar, no o, as complicações pré-operatórias e pós-operatórias

FOLHA DE ANESTESIA

CRM 7828

Secretaria do Estado d Saúde
HOSPITAL REGIONAL L. POMBAL
"SENADOR RUI CARNEIRO"

CHECKLIST DE CIRURGIAS SEGURA

Nome completo: Caio Rangel da Silva Lima
Cirurgia Proposta: _____ Unidade de origem _____ Data 07/07/19
Modalidade ( ) Eletiva ( ) Urgência ( ) Emergência

Encaminhamento de clientes ao Centro Cirúrgico	Antes da indução anestésica *Check in*	Antes de iniciar a cirurgia *Time out*	Antes do cliente sair da SO *Check out*
• Identificação do cliente ☒Sim ☐Não • Prontuário completo ☒Sim ☐Não • Sítio cirúrgico demarcado ☒Sim ☐Não ☐Não aplica • Consentimento e avaliação anestésica ☒Sim ☐Não • Consentimento cirúrgico ☒Sim ☐Não • Consentimento transfusional ☒Sim ☐Não ☐Não aplica • Banho ☐Sim/Horário_____ ☐Não • Tricotomia ☒Sim ☐Não ☐Não aplica Horário_____ Local_____ • Jejum ☒Sim/Início_____ ☐Não • Exames ☒Laboratoriais ☒Imagem ☐Biópsia • Retirado prótese e adornos? ☐Sim ☐Não • Tipo de precaução ☐Padrão ☐Contato ☐Reverso ☐Goticulas ☐Aerossóis Enfº/Tec.enf_____	• Confirmação sobre o cliente ☒Identificação do cliente ☒Local da cirurgia a ser feita ☒Procedimento a ser realizado ☒Consentimento anestésico e cirúrgico ☒Sitio cirúrgico certo • Montagem da SO de acordo com o procedimento programado ☒Sim ☐Não • Revisão dos equipamentos de anestesia ☒Sim ☐Não • Materiais de vias aéreas disponíveis e funcionantes ☒Laringoscópio ☒Máscara de O2 ☒Fio guia ☒Ambú ☒Guedel ☒Aspirador ☐Cânula endotraqueal Há risco de perda sanguínea >500mL (7mL/Kg em crianças)? ☐Sim ☐Não • Reserva sanguínea? ☐Sim ☐Não • Acesso venoso adequado e pérvio? ☐Sim AVC AVP ☐Não • O cliente tem alergia? ☐Sim ☐Não Obs.:_____	• Apresentação oral, nome e função de todos os profissionais Staff ☐Sim ☐Não 1º cirurgião ☒Sim ☐Não 2º cirurgião ☒Sim ☐Não Anestesista ☒Sim ☐Não Circulante ☒Sim ☐Não • Cirurgiões, anestesistas e equipe de enfermagem confirmam: ☒Identificação do cliente ☒Sitio cirúrgico ☒Procedimento a ser realizado • Placa de eletrocautério ☒Posicionada ☐Não aplica • Uso de antibiótico profilático ☒Sim ☐Não • Exames de imagem estão disponíveis ☒Sim ☐Não aplica • Revisão do cirurgião. Passos críticos Duração estimada /Possíveis perdas sanguíneas ☐Sim ☐Não • Revisão do anestesista ☒Sim ☐Não • Fixação das etiquetas de esterilização no prontuário ☒Sim ☐Não Obs.:_____	Procedimento realizado Procedimento de fibula direita • A contagem de compressas, agulhas e instrumentais está correta? ☐Sim ☐Não aplica • Peças anatômicas/culturas e identificadas adequadamente e requisição preenchida? ☐Sim ☐Não aplica • Houve algum problema com equipamentos que deve ser resolvido? ☐Sim ☐Não aplica • Recomendações importantes na recuperação pós-anestésica e pós-operatória desse cliente: Cirurgião Dr. Tulio Enfermagem _____ Obs.:_____ Ass.:_____ Calidiana Ferreira de Melo Enfermeira COREN-PB 274.137

ESTADO DA PARAÍBA

HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL "SENADOR RUI CARNEIRO"

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: Caio Miguel M Freitas Idade: 23 Cor: parda Enfermeira: [illegible] Leito: D3 Setor: Pós operatório

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	OBSERVAÇÃO
27	1. Dieta livre	OK	
06	2. SNL 1000 ml EV 2 em 2h	1ºF 2ºF	
19	3. Cefalotina 1g EV 6/6h	09/00 15/00 21/00 03/00	
	4. Dipirona 1A + AM EV 6/6h	09/00 15/00 21/00 03/00	
	5. Fosa 1A + AM EV 8/8h SN	S/N	
	6. Tramadol 50mg 1A + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN	S/N 20/00	
	7. Ranitidina 1A + AM EV 12/12h	15/00 03/00	
	8. Levemire (25.000 UI/ml)	09/00 21/00	
	Iniciar SC 12/12h		
	9. Curativo	OK	
	10. SSVV + CCG	OK	
	11. Manter MM curativo	OK	

Dr. Pablo Alberto de O. Souza
Cirurgião Cardiovascular
CRS: 2016 0357 6249007 - CRM 9251

Ana Raquel de Medeiros Rodrigues
Tec. Enfermagem
COREN-PB 970373

ASSINATURA / CRM: ASSINATURA / COREN: Coren-PB 001.331.253

HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL "SENADOR RUI CARNEIRO" POMBAL - PARAÍBA	GOVERNO DA PARAÍBA SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE	Nº Prontuário:	
Nome: Leo Raiol Silva Lima		Enf.:	Leito:

Nota sobre Evolução da Doença, Complicações, Consultas, Mudança de Diagnósticos, Condições ao ser dada Alta, Instruções ao Paciente, devendo toda anotação ser assinada pelo profissional que a fez.

DATA	EVOLUÇÃO MÉDICA	RUBRICA
	26/06/2019	
	Paciente pós-op recente de artroplastia	
	parcial dos ossos da perna + osteossíntese	
	fechada intramedular tíbia e fíbula.	
	Dennis Rocha Médico CRM-PB 7054	
	27/06/19	
	HD: Fx de ossos da perna (D)	
	Paciente sem queixas	
	Presença de edema + eritema na	
	perna (D)	
	Ex: Aumento pós-op.	
	Dr. Tiago Alberto de O. Souza Ortopedia e Traumatologia - CRM 9251 CNS: 206633762240007	
	28/06/19	
	HD: O mesmo	
	Paciente com histórico de uso de	
	gesso DIMIN pós. Atualmente	
	perna de Alemanha (D)	
	Ex: Sa. ruim + Aumento edema. +	
	Aumento da dor perna.	
	Dr. Tiago Alberto de O. Souza Ortopedia e Traumatologia - CRM 9251 CNS: 206633762240007	

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ESTADO DA PARAÍBA

HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL "SENADOR RUI CARNEIRO"

Nome: Otto Manoel de Souza Idade: Cor: Enfermeira: CCMB Leito: 02 Setor:

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	OBSERVAÇÃO
28/06	1. DIETA LIVRE	ciente!	
	2. SRL 1000ml ev - 24h		
	3. Ceftriaxona 1g IPA ev 6/6h	09:00 15:00 21:00 03:00	
19	4. Dipirona 1fa + 17 ev 6/6h	09:00 15:00 21:00 03:00	
	5. Ranil 1fa + 17 ev 8/8h (SN)	S/N	
	6. Tramal 100mg 1fa + 100ml SF 09ml ev 8/8h (SN)	S/N	
	7. Manitolina 1fa + 17 ev 12/12h	15:00 03:00	
	8. Heparina (25.000UI/5ml) 1fa + 10ml SF 12/12h	09:00 21:00	
	9. SSVV + CCGG	ciente!	
	10. Monitor MID cuidado	ciente!	

Geruza F. Dantas
Técnica em Enfermagem
COREN-PB 501177

Poliana Alves dos Santos
Téc. Enfermagem
COREN-PB 001315.958

Dr. Inês Alberto de O. Souza
Ortopedista
CRM 9231

ASSINATURA / CRM: ASSINATURA / COREN:

ESTADO DA PARAÍBA

HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL "SENADOR RUI CARNEIRO"

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: Caio Rangel Idade: 23 Cor: Enfermeira: CCM II Leito: 02 Setor

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	OBSERVAÇÃO
01/07/19	1) Dieta Vo livre		OK
	2) SGC 1000 ml EV 24h		1º 2º
	3) Cabeceira 15° EV 8/8h		09:00 15:00 21:00 03:00
	4) Dipirona 1g EV 6/6h S/N		09:00 15:00 21:00 03:00
	5) Metoclopramida 5g EV 8/8h S/N		S/N
	6) Tramadol 100 mg + 100 ml SF0,9% EV 8/8h S/N		S/N
	7) Ranitidina 50mg EV 12/12h		09:00 21:00
	8) Enoxaparina 7500 UI SC (1 fr 0,75 ml) SC 12/12h		09:00 21:00
	9) Manter MID elevado		OK!
	10) SVD CCGG		OK!
	11) Vit B 1000 IM 12/12h		
	Dr. Jose Castmiro Neto Ortopedia e Traumatologia CRM/PB 7801 TEOT 15253	Enfermeira Coren-PB 493557	

ASSINATURA / CRM: ASSINATURA / COREN

Cybele Formiga Oliveira Técnica em Enfermagem COREN-PB: 1005860

Nº do Socorro Barbosa de Almeida Auxiliar de Enfermagem COREN: 437.955

ESTADO DA PARAÍBA

HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL "SENADOR RUI CARNEIRO"

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: Ana Rangel da Silva Lima Idade: Cor: Enfermeira: Leito: Setor:

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	OBSERVAÇÃO
	26/06/2019		
	1) Dieta livre	Ciente.	
	2) SF0,9% - 1.000ml - 1 amp	8/8 2a	
	3) Cefalotina - 01 fr. IV. 6/6h.	15:00 21:00 03:00	
	4) Fibrol 20mg IV. 12/12h.	15:00 03:00	Silvio Francisco R. de Sousa Onias Téc Enfermagem COREN PB 001.315.962
	5) Dipirona - 01 amp IV. 6/6h.	15:00 21:00 03:00	
	6) Tramal 100mg IV. 8/8h. (SN)	SN	
	7) Vandian IV. 8/8h (SN)	SN	
	8) Cuidados gerais (na janela da sala)		
	9) SVD	Ausente	
	10) Pede solução urgente.	ok	
	Médico CRM-PB 7064		

ASSINATURA / CRM: ASSINATURA / COREN:

ESTADO DA PARAÍBA

HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL "SENADOR RUI CARNEIRO"

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: [illegible] Idade: 23 Cor: Enfermeira: [illegible] Leito: 02 Setor

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	OBSERVAÇÃO
02-07-19	Dieta Oral livre	OK	
	Cefalotina 1g (EV) 6/6 hrs	9:00 15:00 21:00 03:00	
	Dipirona 1 amp. (EV) 6/6hs SN.	S/N 9:00	
	Tilosec 1 amp. (EV) 8/8 SN.	S/N	
	Tramal 100 mg + 100 ml SF 0,9 (EV) 8/8 hs SN.		S/N
	Ranitidina 1 FA (EV) 12/12 hs.	9:00	21:00
	Heparina 5000 UI/ml dozar 1 ml (SC) 12/12		9:00 21:00
	Manter MID elevado.	OK	
	SSVV + CCGG	OK	
NO	Vit K 1 amp. (IM) 12/12 hs (Cirurgia)	9:00	21:00

Dr. Sadjom Wanderley
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RN 6151 CRM/PB 7024

Hiria Gutieres de Oliveira Nunes
Téc. em Enfermagem
COREN-PB [illegible]

Maria de Fátima Costa Silva
Auxiliar de Enfermagem
COREN-PB: 665 655
SUS [illegible]
e Maria de Fátima

Franklin Fernandes de Lima
Téc. Enfermagem
COREN: 599-629

Enfermeira [illegible] Silva
Téc. de Enfermagem
COREN - [illegible]

ASSINATURA / CRM: ASSINATURA / COREN:

ESTADO DA PARAÍBA

HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL "SENADOR RUI CARNEIRO"

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: [illegible] Idade: 23 Cor: ____ Enfermeira: [illegible] Leito: 02 Setor ____

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	OBSERVAÇÃO
04/07/19	1. Dieta livre	OK	
	2. SF 0,9% 60 ml em 24h	1ºF 2ºF 3ºF 4ºF	
	3. Ceftriaxona 1g IM + 9,0 ml SF 0,9%	09:00 15:00 21:00 03:00	
	4. Dipirona 1g IV + 10 ml SF 0,9%	09:00 15:00 21:00 03:00	
	5. Ranitidina 50 mg IV + 10 ml SF 0,9%	09:00 15:00 21:00	
	6. Tramadol 100 mg IM + 100 ml SF 0,9%		
	7. B1 B6	5/5	
	7. Aminofilina 10 mg + 10 ml SF 0,9%	15:00 21:00	
	8. SNV + CCGG	OK	

Ana Raquel de Medeiros Rodrigues
Téc. em Enfermagem
Coren-PB 001.331.253

Dr. Kátia Cristina de O. Souza
Ortopedista e Traumatologista - CRM 9231
CNE 2006137G2240002

ASSINATURA / CRM: ____ ASSINATURA / COREN: ____

ESTADO DA PARAÍBA

HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL "SENADOR RUI CARNEIRO"

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: PAPO MANOEL Idade: Cor: Enfermeira: Leito: Setor:

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	OBSERVAÇÃO
05	1. DIETA LIVRE	Ciente:	
05	2. SF 0,9% 500 ml EV 12/12		
05	3. Ceftriaxona 1g IM + 10ml EV 6/6h	09:00 15:00 21:00 03:00	
19	4. Dipirona 1g IM + 10ml EV 6/6h	09:00 15:00 21:00 03:00	
	5. Ranitidina 1ml + 10ml EV 8/8h (SN)	SIN	
	6. Tramadol 100mg IM + 100ml SF 0,9% 8/8h (SN)	SIN 00/15	
	7. Diclofenaco 1ml IM SE NECESSÁRIO	SIN	
	8. Metoclopramida 1ml + 10ml EV 12/12h	15:00 03:00	
	9. Omeprazol 40mg IM SE NECESSÁRIO	12:00	
	10. SSVV + CGCG	ciente!	
	11. MANTER HLD ACESSADA.	ciente!	

Dr. Tálio Alberto de O. Souza
Ortopedista Traumatologista - CRM 9231
CNS 206633762240007

Geniza F. Dantas
Técnica em Enfermagem
COREN

Poliana Almeida dos Santos
Téc. Enfermagem
COREN-PB 062.314.958

ASSINATURA / CRM: ASSINATURA / COREN:

ESTADO DA PARAÍBA

HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL "SENADOR RUI CARNEIRO"

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: Caio Rangel da Silva Idade: 23a Cor: Enfermeira: CCM II Leito: 02 Setor:

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	OBSERVAÇÃO
06	DIETA LIVRE		
07	SNL 1000 EV 8/8h		
	DIPIRONA 1g 1fa EV 6/6h		
19	CETOPROFENO 1g 1fa EV 6/6h		
	TRAMADOL 50g 1fa + 100ml SF0,9% EV 8/8h		
	METOCLOPRAMIDA 1fa EV 12/12h		
	MONITORAR HIDRATAÇÃO		
	Dr. Tulio Alberto de O. Souza Ortopedia e Traumatologia CRM-PB 9251 / CRM-RN 9600		
	DIETA LIVRE NÃO ESTABELECER RESTRIÇÃO HÍDRICA	OK	
06	2. CETOPROFENO 1g 1fa EV 6/6h	10:40 16:00	22:00 03:00
19	3. SNL 1000ml EV 8/8h	1ª-f 2ª-f 3ª-f	4ª
	4. DIPIRONA 1fa EV 6/6h	10:40 16:00	22:00 03:00
	5. PLASIL 1fa + 0,9 EV 8/8h (SN)	S/N	
	6. TRAMADOL 100g 1fa + 100ml SF0,9% EV 8/8h	15:00 23:00	
	7. DIETA VORACIA EV 1x/dia	10:40	
	8. METOCLOPRAMIDA 1fa EV 12/12h	10:40	22:40
	9. SAUVI CCG	OK	

Suelânia Gomes Pereira
Tec. em Enfermagem
COREN-PB 302.004
SUS: 898 0012 3093 9174

Dr. Tulio Alberto de O. Souza
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 9251 / CRM-RN 9600

ASSINATURA / CRM:

Cybele Formiga Oliveira
Técnica em Enfermagem
COREN-PB: 1005868

ASSINATURA / COREN:

Ana Patrícia Lucena de Farias
Tec. de Enfermagem
Coren-PB: 001.376.157

ESTADO DA PARAÍBA

HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL "SENADOR RUI CARNEIRO"

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: [illegible] Idade: Cor: Enfermeira: Leito: Setor

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	OBSERVAÇÃO
	03/07/2019		
	1) [illegible]	Jejum	
	2) [illegible]	19 19	
	3) [illegible] -01 R. IV. 6/6	09:00 15:00 21:00	03:00
	4) [illegible] -01 amp. IV. 6/6 (SN)	SN	
	5) [illegible] 100mg IV. 8/8 (SN)	SN	
	6) [illegible] IV. 8/8 (SN)	SN	
	7) [illegible]	Jejum	Silvia Franclea A. de Sousa Dias Téc Enfermagem COREN-PB 001.315.962
	[illegible] Médico CRM-PB [illegible]		

ASSINATURA / CRM: ASSINATURA / COREN:

GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL "SENADOR RUI CARNEIRO"

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO

CLÍNICAS MÉDICA, CIRÚRGICA E PEDIÁTRICA

DADOS GERAIS:

Enfermaria: CCMH **Leito:** 08 **Data Admissão:** 06/06/20
Paciente: Caio Romget S. Lima **Idade:** 23a **Hora Admissão:** ___:___
Dias de Internação: ____ **Turno:** _____ **SE INTERNAMENTO PEDIÁTRICO: Peso:** _____ **Estatura:** _____
Admitido: ( ) Deambulando ( ) Cadeira de rodas ( ) Maca ( ) Outros: _____
Veio transferido: ( ) Emergência ( ) Área vermelha ( ) Área laranja ( ) Área amarela ( ) Área verde ( ) UTI
Transferência interna: ( ) Clín. médica/Cirúrgica ( ) Clín. cirúrgica/Médica ( ) Clín. médica/Área vermelha
( ) Clín. cirúrgica/Área vermelha ( ) Clín. médica/Obstetrícia ( ) Clín. cirúrgica/Obstetrícia ( ) Clín médica e cirúrgica/UTI
( ) UTI/Clín. médica ( ) UTI/Clín. Cirúrgica ( ) Outro hospital/Cidade: _____
Tipo de tratamento: ( ) Clínico ( ) Cirúrgico ( ) **Pediátrico Diagnóstico médico:** Fratura MID

ESTADO GERAL:

EG: ( ) Bom (X) Estável ( ) Regular ( ) Grave **SSV: T:** _____°C **P:** ____bpm **R:** ____irpm **PA:** ____x____mmHg

FUNÇÃO NEUROLÓGICA:

Nível de Consciência: (X) Consciente ( ) Inconsciente ( ) Orientado ( ) Desorientado ( ) Torporoso ( ) Cooperativo
( ) Não Cooperativo (X) Comunicativo ( ) Não Comunicativo ( ) Sono/repouso preservado ( ) Sono/repouso prejudicado
Responde a estímulos: (X) Verbais ( ) Dolorosos ( ) Térmicos ( ) Ocular
Estado emocional: (X) Normal ( ) Agitado/ativo ( ) Hipoativo ( ) Choroso ( ) Deprimido ( ) Agressivo
Crise convulsiva: ( ) Sim ( ) Não **SE SIM, QUANTOS EPISÓDIOS:** _____
Avaliação da dor: ( ) 01 ( ) 02 ( ) 03 ( ) 04 ( ) 05 ( ) 06 ( ) 07 ( ) 08 ( ) 09 ( ) 10

VALORES	CLASSIFICAÇÃO	LOCAL
0	Ausência da dor	X
1 A 3	Dor de fraca intensidade	
4 A 6	Dor de intensidade moderada	
7 A 9	Dor de forte intensidade	
10	Dor de intensidade insuportável	

FUNÇÃO RESPIRATÓRIA:

Respiração: (X) Eupneico ( ) Dispneico ( ) Bradipneico ( ) Taquipneico ( ) Respiração abdom. predominância torácica
( ) Respiração torácica predominância abdominal ( ) Em uso de dreno torácico
( ) Em oxigenoterapia: ( ) Cateter nasal ( ) Máscara de Venturi ( ) Nebulização
Tosse: ( ) Sim (X) Não ( ) Seca ( ) Cheia com expectoração ( ) Cheia sem expectoração
( ) Batimentos de asa do nariz ( ) Tiragem intercostal
Característica de secreções: ( ) Esbranquiçada ( ) Amarelada ( ) Esverdeada ( ) Sanguinolenta ( ) Purulenta
( ) Outros: _____

PELE E MUCOSAS:

Condições da pele: (X) Normal ( ) Nódulo ( ) Tumor ( ) Bolha ( ) Pústula ( ) Equimose ( ) Hematoma ( ) Petéquias
( ) Erisipela ( ) Queimadura ( ) Escoriações ( ) Escabiose ( ) Úlcera por pressão: **Grau:** ( ) I ( ) II ( ) III ( ) IV
Curativo: ( ) Sim ( ) Não **Hora:** ____:____ **Localização e aspecto:** _____
Coloração da pele: ( ) Hipocorada ( ) Normocorada ( ) Hipercorada ( ) Icterícia ( ) Cianótica
Regulação térmica: ( ) Normotérmica ( ) Hipotérmica ( ) Hipertérmica ( ) Tremores ( ) Calafrios ( ) Sudorese
( ) Pele fria ( ) Pegajosa
Condições de mucosas: ( ) Úmida ( ) Ressecada ( ) Placas ( ) Fissuras **Outros:** _____
Estado de hidratação: (X) Hidratada ( ) Desidratada ( ) Hiperhidratada

FUNÇÃO CARDIOVASCULAR:

Doença cardiovascular: ( ) Sim (X) Não Qual: _____
Doença cerebrovascular: ( ) Sim (X) Não Qual: _____
Perfusão periférica: ( ) Sim (X) Não Qual: _____

GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL "SENADOR RUI CARNEIRO"

FUNÇÃO GASTROINTESTINAL:
Abdome: (X) Plano ( ) Globoso ( ) Flácido ( ) Distendido ( ) Tenso ( ) Dispepsia ( ) Plenitude ( ) Hematemese
( ) Pirose ( ) Ascítico ( ) Colostomizado ( ) Ileostomia ( ) Doloso ( ) Paracentese abdominal
( ) Incisão cirúrgica: ( ) Limpa ( ) Contaminada ( ) Hiperemiada ( ) Secretiva
Curativo: ( ) Sim (X) Não **Hora:** ____
Estado nutricional: ( ) Normal ( ) Emagrecimento ( ) Caquético ( ) Obeso ( ) Marasmo ( ) Kwashiorkior
Dieta alimentar: ____
(X) Boa ( ) Regular ( ) Insuficiente ( ) Restrição ( ) Não aceita dieta
Via de administração alimentar: ( ) Oral ( ) SNG ( ) SOG ( ) Parenteral
Vômitos: ( ) Sim (X) Não **Frequência:** ____ **Aspecto:** ____
Eliminações intestinais: (X) Presente ( ) Ausente **Frequência:** ____
Aspecto: ( ) Normal (X) Pastosa ( ) Melena ( ) Constipação ( ) Diarreica ( ) Obstipação

SISTEMA URINÁRIO:
Eliminações vesicais: (X) Normal ( ) Anúria ( ) Oligúria ( ) Nictúria ( ) Poliúria ( ) Polaciúria ( ) Disúria ( ) Hematúria
( ) Retenção ( ) Incontinência ( ) SVF-02 vias ( ) SVF-03 vias ( ) Uso de fraldas **Outros:** ____
Aspecto: (X) Límpida ( ) Concentrada ( ) Piúria ( ) Hematúria ( ) Colúria ( ) Turva
Diurese: (X) Espontânea ( ) Cistostomia ( ) SVF **Hora:** ____:____ **Volume diurese:** ____

FUNÇÃO LOCOMOTIVA:
Desenvolvimento motor: (X) Senta-se espontaneamente ( ) Senta-se com ajuda ( ) Fica de pé com apoio
( ) Fica de pé sem apoio ( ) Deambula ( ) Não deambula ( ) Deambula com apoio ( ) Deambula sem apoio
( ) Deambulação prejudicada **Tipo de apoio:** ____
Movimento das articulações: (X) MMSS e MMII ( ) MMSS ( ) MMII ( ) MSD ( ) MSE ( ) MID ( ) MIE
Edema: ( )Presente ( )Ausente ( )Anasarca ( )Face ( )MMSS e MMII ( )MMSS ( )MMII ( )MSD ( )MSE ( )MID ( )MIE
Força muscular: (X) Adequado para idade ( ) Hipertonia ( ) Hipotonia

ACESSO VENOSO:
Venoclise: ( )MMSS e MMII ( )MSD ( )MSE ( )MID ( )MIE ( )Subclávia ( )Cateter venoso central ( )Dissecção venosa
Data punção: ____/____/____ ( )Galco Nº____ ( )Scalp Nº____ **Quem puncionou:** ____

ALTA HOSPITALAR:
Alta autorização médica: ( ) Se sim: data: ____/____/____, hora: ____:____ **Médico:** ____
( ) Se não, responsável: ____
Testemunha 1: ____ **Testemunha 2:** ____
Assinatura e carimbo Enfermeiro(a)/COREN: ____

PACIENTE TRANSFERIDO:
( ) Não ( ) Se sim, médico que autorizou: ____
Local para transferência: ____

PACIENTE EM ÓBITO:
( )Não ( )Se sim, data: ____/____/____ hora: ____:____, **causa da morte (diagnóstico médico):** ____

QUEIXAS:
Nas quinta queixas

OCORRÊNCIAS E INTERCORRÊNCIAS COM PACIENTE:
Paciente evoluiu em EGG. medicado c/ medicação
Segue aos cuidados da equipe de enfermagem

Data: 05/07/19 **Hora:** 1000 **Ass. Enferm./COREN:** Henrique Teixeira de Menezes Enfermeiro COREN-PB

AVALIAÇÃO NOTURNA DO ENFERMEIRO

Data: 05/07/19 **Hora:** 19:45 **Ass. Enferm./COREN:** Henrique Formiga Enfermeiro COREN PB 500.078

GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL
"SENADOR RUI CARNEIRO"

Nome do Paciente: Caio Ronaldo Silva Serra Idade: _____
Leito: 02 Enfermaria: PCM-H
Idade: 23a Localização: _____

( ) Angústia espiritual	
( ) Adaptação prejudicada	
( ) Ansiedade	
( ) Risco de aspiração	
( ) Déficit de autocuidado alimentação	
( ) Déficit de autocuidado de higienização	
( ) Confusão	
( ) Constipação	
( ) Baixa autoestima situacional	
( ) Comunicação verbal prejudicada	
( ) Débito cardíaco diminuído	
( ) Deglutição prejudicada	
( ) Diarreia	
( ) Eliminação urinária prejudicada	
( ) Deambulação prejudicada	
( ) Dor	
( ) Hipotermia	
( ) Hipertermia	
(X) Risco de infecção	
( ) Proteção ineficaz	
( ) Mobilidade física prejudicada	
( ) Náusea e/ou vômito	
( ) Medo	
( ) Nutrição prejudicada	
( ) Distúrbio de imagem corporal	
( ) Integridade da pele prejudicada	
( ) Padrão respiratório ineficaz	
(X) Sono e repouso prejudicado relacionado à fatores físicos, psicológicos ou fisiológicos	
( ) Recuperação cirúrgica retardada	
( ) Volume de líquido deficiente	
( ) Risco de desequilíbrio de volume de líquido	
( ) Volume excessivo de líquido	
( ) OUTROS:	

	Higiene oral e ocular 3X ao dia	
	Mudança de decúbito 3/3h	
	Banho no leito 1x ao dia (conforme rotina do setor)	
	Aspiração de secreção conforme necessidade do paciente	
	Esvaziar água em circuito do respirador	
	Manter oxigeno terapia por cateter nasal	
	Manter oxigeno terapia por TOT	
	Manter oxigeno terapia por máscara de Venturi	
	Manter nível de água nos umidificadores	
X	Administrar e checar medicação prescrita	
X	Medir e verificar aspecto, volume, débito urinário e/ou drenos	
	Medir e registrar PVC 3x ao dia	
	Realizar curativos limpos 1x ao dia e identificar com data e rubrica	
	Realizar curativos infectados 2x ao dia e identificar com data e rubrica	
	Trocar equipo a cada mudança de FRO de nutrição parenteral	
	Administrar dieta a cada 3 horas	
	Realizar lavagem da sonda após administração da dieta com 50ml de água salvo se houver restrição hídrica	
	Administrar dieta por sistema fechado	
	Administrar 50ml de água de 4/4h nas dietas por sistema fechado	
	Cabeceira do leito elevado à 30°	
	Identificar bomba de infusão conforme solução	
	Controlar gotejamento das soluções parenterais	
	Trocar equipos e conexões a cada 72 horas	
	Trocar látex de 12/12h	
X	Identificar com data e rubrica as punções venosas	
X	Desinfecção dos leitos com álcool à 70% de 12/12h	
	Realizar glicemia conforme protocolo de infusão contínua	
	Realizar glicemia capilar pré-prandial	
	Verificar sinais vitais a cada 2 horas	
	Trocar kit de nebulização após o uso	
	Trocar máscara e Venturi a cada 12 horas	
	Trocar acesso venoso periférico a cada 72 horas	
	Trocar frasco de aspiração a cada 24 horas	
	Trocar circuito de ventilação após entubação ou na presença de sugidade	

GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL "SENADOR RUI CARNEIRO"

ACESSO VENOSO:

Venóclise: ( )MMSS e MMII ( )MSD ( )MSE ( )MID ( )MIE ( )Subclávia ( )Cateter venoso central ( )Dissecção venosa **Data punção:** ____/____/_____ **Hora:** ____:____ ( ) Gelco Nº____ ( ) Scalp Nº____

Quem puncionou: _____

ALTA HOSPITALAR:

Alta autorização médica: ( ) Se sim: data: ____/____/_____, hora: ____:____ **Médico:** _____

( ) Se não, responsável: _____

Testemunha 1: _____ **Testemunha 2:** _____

Assinatura e carimbo Téc. enfermagem/COREN: _____

PACIENTE EM ÓBITO:

( )Não ( )Se sim, data: ____/____/_____, hora: ____:____, causa da morte (diagnóstico médico): _____

QUEIXAS:

Sem queixas no momento

RELATÓRIO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM COM PACIENTE:

Paciente segue em repouso no leito, aos cuidados da enfermagem.

Assinatura e carimbo Téc. enfermagem/COREN: _____ Geniza F. Dantas Técnica em Enfermagem COREN-PB 341177

Data: 05/07/19 **Hora:** ____:____

AVALIAÇÃO NOTURNA DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM:

Paciente segue em E.G.E, sem alterações e aos cuidados da equipe de enfermagem.

Ana Raquel de Medeiros Rodrigues Téc. em Enfermagem COREN-PB 361.253

Assinatura e carimbo Téc. enfermagem/COREN: _____

Data: 05/07/19 **Hora:** ____:____

GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL "SENADOR RUI CARNEIRO"

RELATÓRIO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM

CLÍNICAS MÉDICA, CIRÚRGICA E PEDIÁTRICA

DADOS GERAIS:

Enfermaria: CMH **Leito:** 02 **Data Admissão:** 06/06/20

Paciente: Paulo Rangel S. Lima **Idade:** 23a. **Hora Admissão:** ___:___

Dias de Internação: ____ **Turno:** D(N) **SE INTERNAMENTO PEDIÁTRICO: Peso:** _____ **Estatura:** _____

Admitido: ( ) Deambulando ( ) Cadeira de rodas (✓) Maca ( ) Outros: _____

Veio transferido: (✓) Residência ( ) Área vermelha ( ) Área laranja ( ) Área amarela ( ) Área verde ( ) UTI

Transferência interna: ( ) Clín. médica/Cirúrgica ( ) Clín. cirúrgica/Médica ( ) Clín. médica/Área vermelha

( ) Clín. cirúrgica/Área vermelha ( ) Clín. médica/Obstetrícia ( ) Clín. cirúrgica/Obstetrícia ( ) Clín médica e cirúrgica/UTI

( ) UTI/Clín. médica ( ) UTI/Clín. Cirúrgica ( ) Outro hospital/Cidade: _____/_____

Tipo de tratamento: ( ) Clínico (✓) Cirúrgico ( ) Pediátrico

ESTADO GERAL:

EG: ( ) Bom ( ) Estável (✓) Regular ( ) Grave

SINAIS VITAIS:

12h00	T: 36,4 °C	P: 72 bpm	R: 20 irpm	PA: 120x70 mmHG
18h00	T: 36,5 °C	P: 77 bpm	R: 20 irpm	PA: 130x70 mmHG
00h00	T: 36,5 °C	P: 78 bpm	R: 20 irpm	PA: 140x80 mmHG
06h00	T: 36,5 °C	P: 78 bpm	R: 20 irpm	PA: 140x80 mmHG

FUNÇÃO NEUROLÓGICA:

Nível de Consciência: (✓) Consciente ( ) Inconsciente (✓) Orientado ( ) Desorientado ( ) Confuso (✓) Cooperativo

( ) Não Cooperativo (✓) Comunicativo ( ) Não Comunicativo (✓) Sono/repouso preservado ( ) Sono/repouso prejudicado

Responde a estímulos: (✓) Verbais ( ) Dolorosos ( ) Ocular

Estado emocional: (✓) Normal ( ) Agitado/ativo ( ) Hipoativo ( ) Choroso ( ) Deprimido ( ) Agressivo

Crise convulsiva: ( ) Sim (✓) Não **SE SIM, QUANTOS EPISÓDIOS:** _____

FUNÇÃO RESPIRATÓRIA:

Respiração: (✓) Eupneico ( ) Dispneico ( ) Bradipneico ( ) Taquipneico ( ) Em uso de dreno torácico

( ) Em oxigenoterapia: ( ) Cateter nasal ( ) Máscara de Venturi ( ) Nebulização

Tosse: ( )Sim (✓)Não ( )Seca ( )Cheia com expectoração ( )Cheia sem expectoração ( )Batimentos de asa do nariz

Característica de secreções: ( ) Esbranquiçada ( ) Amarelada ( ) Esverdeada ( ) Sanguinolenta ( ) Purulenta

FUNÇÃO GASTROINTESTINAL:

( ) **Incisão cirúrgica:** ( ) Limpa ( ) Contaminada ( ) Hiperemiada ( ) Secretiva

Curativo: (✓) Sim ( ) Não **Data:** ____/____/____ **Hora:** ____:____

Estado nutricional: ( ) Normal ( ) Emagrecimento ( ) Caquético ( ) Obeso

Dieta alimentar: (✓) Boa ( ) Regular ( ) Insuficiente ( ) Restrição ( ) Não aceita dieta

Via de administração alimentar: (✓) Oral ( ) SNG ( ) SOG ( ) Parenteral

Vômitos: ( ) Sim (✓) Não **Frequência:** _____

Eliminações Intestinais: (✓) Presentes ( ) Ausentes **Frequência:** _____

Aspecto: (✓) Normais ( ) Pastosas ( ) Melena ( ) Constipação ( ) Diarreica ( ) Obstipação

SISTEMA URINÁRIO:

Eliminações vesicais: (✓) Normais ( ) Ausentes ( ) Retenção ( ) SVF 02 vias
( ) SVF 03 vias ( ) Uso de fraldas

Aspecto: ( ) Límpida ( ) Concentrada ( ) Hematúria

Diurese: (✓) Espontânea ( ) SVF

FUNÇÃO LOCOMOTIVA:

Desenvolvimento motor: ( ) Deambulando ( ) Não Deambulando (✓) Deambulação prejudicada

Edema: ( ) Presente (✓) Ausente ( ) Anasarca ( ) Face ( ) MMSS e MMII ( ) MMSS ( ) MMII ( ) MSD

Localização: ( ) Anasarca ( ) Face ( ) MMSS e MMII ( ) MMSS ( ) MMII ( ) MSD ( ) MSE ( ) MID ( ) MIE

GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL
"SENADOR RUI CARNEIRO"

[redacted]

PERCEPÇÃO SENSORIAL: [redacted]
1 - Completamente limitado
2 - Muito limitado
3 - Levemente limitado
4 - Sem alteração

Pontuação | Observação

UMIDADE DA PELE: [redacted]
1 - Constantemente úmida
2 - Muito úmida
3 - Ocasionalmente úmida
4 - Raramente úmida

Pontuação | Observação

ATIVIDADE FÍSICA: [redacted]
1 - Acamado
2 - Na cadeira com ajuda
3 - Anda ocasionalmente
4 - Anda frequentemente

Pontuação | Observação

MOBILIDADE: [redacted]
1 - Completamente imóvel
2 - Muito limitado (Paraplégico)
3 - Levemente limitado
4 - Sem limitação

Pontuação | Observação

NUTRIÇÃO: [redacted]
1 - Não se alimenta / Alimentação parenteral
2 - Se alimenta pouco (Desid.)
4
4 - Se alimenta de forma satisfatória

Pontuação | Observação

ASPECTO DA PELE: [redacted]
1 - Edema / Eritema / Escoriações em mais de uma área
2 - Eritema / Escoriações em uma área
3 - Edema em alguma área
4 - Normal

Pontuação | Observação

Pontuação total

[redacted]

[redacted]

[redacted]				
Estado mental	Inconsciente.	Períodos de inconsciência.	Períodos de desorientação no tempo e no espaço.	Orientado no tempo e no espaço.
Oxigenação	Ventilação mecânica (uso do ventilador a pressão ou a volume).	Uso contínuo de máscara ou cateter de oxigênio.	Uso intermitente de máscara ou cateter de Oxigênio.	Não depende de oxigênio.
Sinais vitais	Controle em intervalos menores ou iguais a 2 horas.	Controle em intervalos de 4 horas.	Controle em intervalos de 6 horas.	Controle de rotina (8 horas)
Mobilidade	Incapaz de movimentar qualquer segmento corporal.	Dificuldade para movimentar segmentos corporais.	Limitação de movimentos	Movimenta todos os segmentos corporais
	Mudança de decúbito e movimentação passiva programada e realizada pela enfermagem.	Mudança de decúbito e movimentação passiva auxiliada enfermagem.		
Deambulação	Restrito ao leito.	Locomoção através de cadeira de rodas.	Necessita de auxílio para deambular	Ambulante.
Alimentação	Através de cateter central.	Através de sonda nasogástrica.	Por boca, com auxílio.	Auto suficiente.
Cuidado corporal	Banho no leito, higiene oral realizada pela enfermagem	Banho de chuveiro, higiene oral realizada pela enfermagem.	Auxílio no banho de chuveiro e/ou higiene oral	Auto suficiente.
Eliminação	Evacuação no leito e uso de sonda vesical para controle da diurese.	Uso de comadre ou eliminações no leito.	Uso de vaso sanitário com auxílio.	Auto suficiente.
Terapêutica	Uso de drogas vasoativas para manutenção de PA.	EV contínuo ou através de sonda nasogástrica	EV intermitente.	IM ou VO.
Integridade Cutâneo-mucosa/ Comprometimento tecidual	Presença de solução de continuidade da pele com destruição da derme, epiderme, músculos e comprometimento das demais	Presença de solução de continuidade da pele, envolvendo tecido subcutâneo e músculo.	Presença de alteração da cor da pele (equimose, hiperemia) e/ou presença de solução de continuidade da pele envolvendo a epiderme, derme ou ambas.	Pele íntegra.
	Evisceracões.	Incisão cirúrgica, Ostomias. Drenos.		
Curativo	Curativo realizado 3 vezes ao dia ou mais. pela equipe de enfermagem.	Curativo realizado 2 vezes ao dia pela equipe de enfermagem.	Curativo realizado 1 vez ao dia pela equipe de enfermagem	Sem curativo ou limpeza da ferida/incisão cirúrgica, realizada pelo paciente, durante o banho.
Tempo util. na realiz. de curativos	Superior a 30 minutos	Entre 15 a 30 minutos	Entre 5 a 15 minutos.	Sem curativo ou limpeza da ferida realizada durante o banho.

Pontuação total

Enfermeiro(a) / COREN

05 / 12 / 19
Data da avaliação

Santa Cecília
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

Paciente.....: **CAIO RANGEL DA SILVA LIMA**
Requisitante...: DENIS ROCHA FORMIGA
Referência.....: HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL
Origem.....: 20 HRP

Protocolo...: **0000024914**
Data.....: 01/07/2019
Idade.....: 23 anos
RG.....: NÃO INFORMADO

01 HEMATOLOGIA

HEMOGRAMA COMPLETO
[DATA DA COLETA: 01/07/2019 07:03]

	Resultados	Valores de Referências
SÉRIE VERMELHA		
Hemácias	4,68 milhões/mm³	4,32 - 5,72 milhões/mm³
Hemoglobina	13,9 g/dl	13,5 - 17,5 g/dl
Hematócrito	42,7 %	38,8 - 50,0 %
V.C.M.	91,2 micra³	81,2 - 95,1 micra³
H.C.M.	29,7 pg	26 - 34 pg
C.H.C.M.	32,5 %	31 - 36 %
R.D.W.	13,2 %	11,8 - 15,6 %

OBS: SÉRIE VERMELHA..... **HEMÁCIAS NORMOCITICAS E NORMOCROMICAS.**

SÉRIE BRANCA				
Leucócitos Totais	9.300 /mm³			- 4.500 a 10.000
	(%)	(/mm³)		
Promielocitos	0	0		-
Mielócitos	0	0	0	- 0
Metamielócitos	0	0	0 a 1	- 0 a 100
Bastonetes	3,0	279	0 a 5	- 0 a 500
Segmentados	61,0	5.673	43 a 67	- 1.935 a 6.700
Eosinófilos	2,0	186	1 a 4	- 45 a 400
Basófilos	0	0	0 a 1	- 0 a 100
Linfócitos	30,0	2.790	20 a 35	- 900 a 3.500
Linf.Atípicos	0	0		-
Monocitos	4,0	372	2 a 8	- 90 a 800

OBS: SÉRIE BRANCA..... **SEM ALTERAÇÕES MORFOLÓGICAS.**

CONTAGEM DE PLAQUETAS..... 167.000 /mm³ — Acima de 16 anos: 150.000 a 450.000 /mm³

OBS: SÉRIE PLAQUETARIA..... **NORMAL**

Nota: * SISTEMA AUTOMATIZADO E COMPUTADORIZADO DE CONTAGENS E CALCULOS, COM CONFIRMAÇÃO DAS CONTAGENS E ANÁLISE MORFOLÓGICA REALIZADAS POR MICROSCOPIA.

Dra Kátia Suemya de Melo Fragoso
Bioquímica - CRF-PB 3011

HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL "SENADOR RUI CARNEIRO" POMBAL - PARAÍBA

GOVERNO DA PARAÍBA

Nº Prontuário:

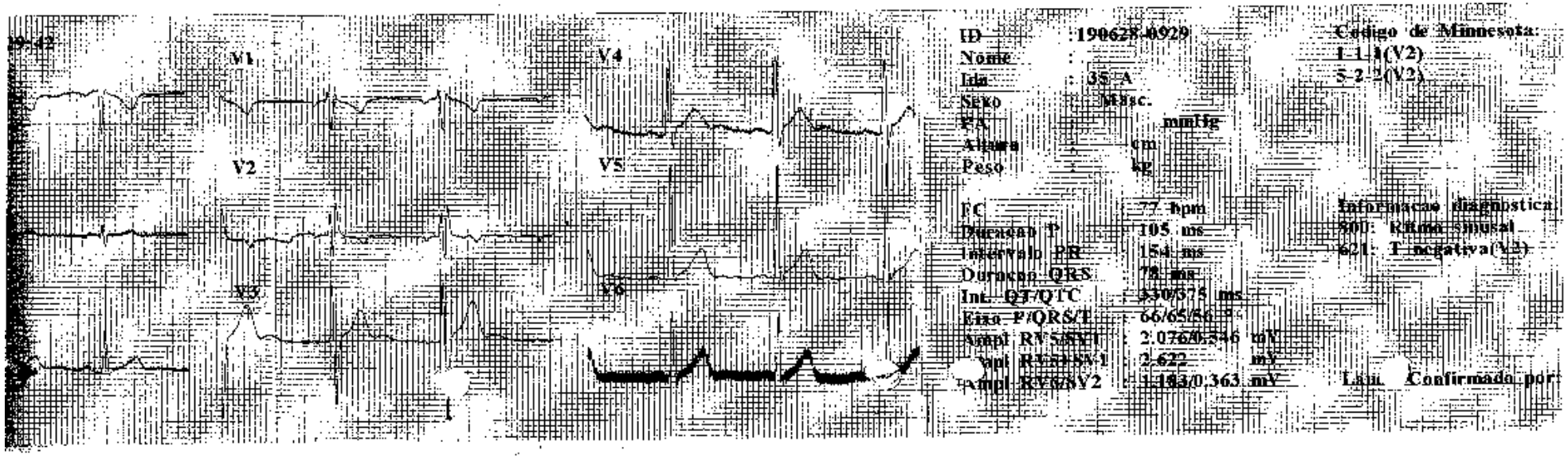
Nome: Caio Bonfim

Enf.:

Leito:

Nota sobre Evolução da Doença, Complicações, Consultas, Mudança de Diagnósticos, Condições ao ser dad Alta, Instruções ao Paciente, devendo toda anotação ser assinada pelo profissional que a fez.

DATA	EVOLUÇÃO MÉDICA	RUBRICA
01/01/19	[illegible]	
	[illegible]	
	[illegible]	
	[illegible]	
	[illegible]	
	[illegible]	
	[illegible]	
	Dr. José Cassiano Neto Ortopedia e Traumatologia CRM/PB 7891 TEOT 15253	
02.01.19	[illegible]	
	Dr. Sesiom Wanderley Ortopedia e Traumatologia CRM/RN 6151 CRM/PB 7054	
03/01/2019	[illegible]	
	Denis Rocha Médico CRM-PB 7054	
04/01/19		
	Paciente [illegible] [illegible]	
	[illegible]	
	Dr. Tullio Alberto de O. Souza Ortotraumatologia - CRM 9251 CNS: [illegible]3762210007	



Governo da Paraíba – Secretaria do Estado de Saúde
HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL
"SENADOR RUI CARNEIRO"

AVALIAÇÃO DE RISCO CIRÚRGICO

NOME: Caio Rangel da Silva Teixeira

IDADE: 23 SEXO: M

Procedimento cirúrgico proposto: cirurgia ortopédica

Medicação em uso: —

Alergias medicamentosas: –

Antecedentes / Comorbidades: –

EXAME FÍSICO:

Exame geral:

PA: 110x70 mmHg FC: 82 bpm

Aparelho cardiovascular: RCR, BNF, 2T, S/S

Outros:

ELETROCARDIOGRAMA: Normal (DCRD)

Risco intrínseco do procedimento cirúrgico: ( ) Alto ( ) Intermediário (X) Baixo

Conclusão: (Risco cardiovascular baseado em algoritmos validados)

EMAPO
LEE
ACP

Baixo risco

OBS:

Dr. Jairo Leal CRM/PB 8882
Cardiologista RQE 5345
Cirurgião Cardiovascular RQE 5346
Marcapasso RQE 5979

DATA 28/6/2019

Santa Cecília
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

Paciente.....: **CAIO RANGEL DA SILVA LIMA**
Requisitante..: DENIS ROCHA FORMIGA
Referência.....: HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL
Origem.....: 20 HRP

Protocolo...: **0000024914**
Data.....: 01/07/2019
Idade.....: 23 anos
RG.....: NÃO INFORMADO

01 HEMATOLOGIA

HEMOGRAMA COMPLETO
[DATA DA COLETA: 01/07/2019 07:03]

	Resultados	Valores de Referências
SÉRIE VERMELHA		
Hemácias	4,68 milhões/mm³	4,32 - 5,72 milhões/mm³
Hemoglobina	13,9 g/dl	13,5 - 17,5 g/dl
Hematócrito	42,7 %	38,8 - 50,0 %
V.C.M.	91,2 micra³	81,2 - 95,1 micra³
H.C.M.	29,7 pg	26 - 34 pg
C.H.C.M.	32,5 %	31 - 36 %
R.D.W.	13,2 %	11,8 - 15,6 %

OBS: SÉRIE VERMELHA..... **HEMÁCIAS NORMOCITICAS E NORMOCROMICAS.**

SÉRIE BRANCA	(%)	(/mm³)			
Leucócitos Totais	9.300 /mm³			-	4.500 a 10.000
Promielocitos	0	0		-	
Mielócitos	0	0	0	-	0
Metamielócitos	0	0	0 a 1	-	0 a 100
Bastonetes	3,0	279	0 a 5	-	0 a 500
Segmentados	61,0	5.673	43 a 67	-	1.935 a 6.700
Eosinófilos	2,0	186	1 a 4	-	45 a 400
Basófilos	0	0	0 a 1	-	0 a 100
Linfócitos	30,0	2.790	20 a 35	-	900 a 3.500
Linf.Atípicos	0	0		-	
Monocitos	4,0	372	2 a 8	-	90 a 800

OBS: SÉRIE BRANCA..... **SEM ALTERAÇÕES MORFOLÓGICAS.**

CONTAGEM DE PLAQUETAS..... 167.000 /mm³ — Acima de 16 anos: 150.000 a 450.000 /mm³

OBS: SÉRIE PLAQUETARIA..... **NORMAL**

Nota: A SISTEMA AUTOMATIZADO E COMPUTADORIZADO DE CONTAGENS E CALCULOS, COM CONFIRMAÇÃO DAS CONTAGENS E ANÁLISE MORFOLÓGICA REALIZADAS POR MICROSCOPIA.

Dra Kátia Suenya de Melo Fragoso
Bioquímica - CRF-PB 3013

Santa Cecília
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

Paciente.....: **CAIO RANGEL DA SILVA LIMA**
Requisitante...: DENIS ROCHA FORMIGA
Referência.....: HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL
Origem.....: 20 HRP

Protocolo...: **0000024914**
Data.....: 01/07/2019
Idade.....: 23 anos
RG.....: NÃO INFORMADO

01 HEMATOLOGIA

COAGULOGRAMA
(DATA DA COLETA: 01/07/2019 07:03
Material: PLASMA
Método: TURBIDIMETRIA

PLAQUETAS (CONTAGENS).....	167.000 /mm3	Acima de 16 anos: 150.000 a 450.000 /mm3

TEMPO DE TROBOPLASTINA - TTPA

TTPA - PACIENTE.....	28,2 seg	21 a 32 segundos
TTPA - CONTROLE NORMAL.....	27,9 segundos	
RELAÇÃO TTPA / CONTROLE NORMAL.....	1,0	Até 1,3
DIFERENÇA TTPA/CONTROLE NORMAL.....	0.30 segundos	Até 8,0 segundos

TEMPO E ATIVIDADE DE PROTOMBINA - TP

TP - PACIENTE.....	14,1 segundos	11 a 16 segundos
TP - CONTROLE NORMAL.....	12,5 segundos	
ATIVIDADE PROTOMBINA PACIENTE.....	78 %	70 a 120%
RELAÇÃO TP / CONTROLE NORMAL.....	1,1	Até 1,3
INR.....	1,13	1,0 a 1,3

Dr Kátia Suenya de Melo Fragoso
Bioquímica - CRF-PB 3011

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: 6A76-48F3-F43B-84-215A-2097-3E0A-8A87

Emissão : 01/07/2019 11:35 - Página 2 de 3

O valor preditivo de qualquer diagnóstico depende da análise conjunta dos seus resultados e dos dados clínicos - epidemiológico do(a) paciente.

Pombal-PB - Paulista-PB - Lagoa-PB - Catolé do Rocha-PB - Coremas-PB - Jericó-PB

Fone: (83) 3431-2020 | 99658-6625

Santa Cecília
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

Paciente.....: **CAIO RANGEL DA SILVA LIMA**
Requisitante...: DENIS ROCHA FORMIGA
Referência.....: HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL
Origem.....: 20 HRP

Protocolo...: **0000024914**
Data.....: 01/07/2019
Idade.....: 23 anos
RG.....: NÃO INFORMADO

BIOQUÍMICA

GLICOSE DE JEJUM..... 88,0 mg/dl

(DATA DA COLETA: 01/07/2019 07:33)
Material: Soro ou Plasma
Método: Automatizado/Computadorizado

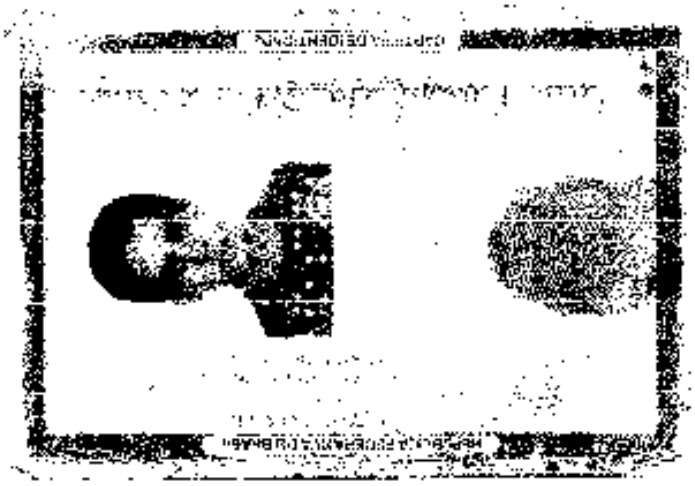
Valores de Referência:
Crianças.....: 60,0 a 100,0 mg/dl
Adultos.....: 70,0 a 100,0 mg/dl
Maiores de 60 anos: 80,0 a 115,0 mg/dl
Observação:
Resultados de glicemia de jejum entre 115 mg/dL e 126 mg/dL, não sugere diagnóstico de diabetes.
Portanto, recomenda-se confirmar no dia subsequente com nova coleta.

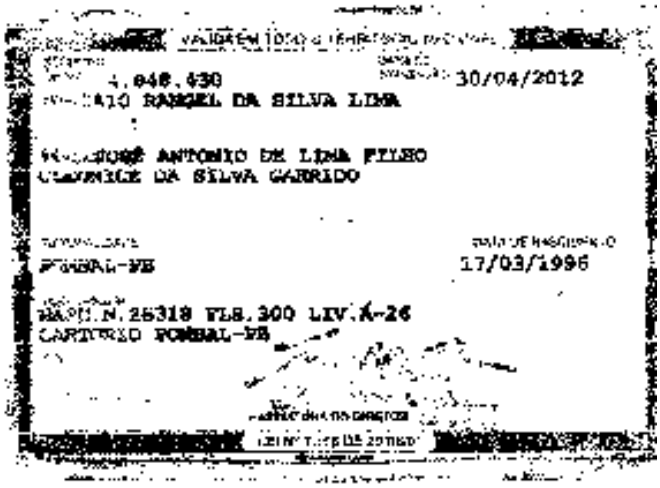
Drª Kátia Suenya de Melo Fragoso
Bioquímica - CRF-PB 3011

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: 3BC7-e34F-Fb55-34-B756-27CE-21F5-0633

Emissão : 01/07/2019 11:35 - Página 3 de 3

O valor preditivo de qualquer diagnóstico depende da análise conjunta dos seus resultados e dos dados clínicos - epidemiológico do(a) paciente.





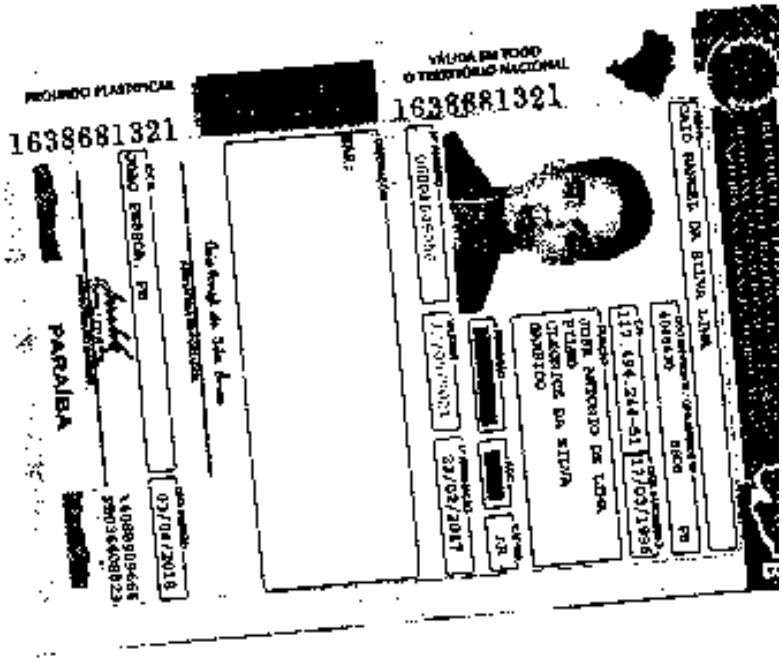
4.848.430 30/04/2012

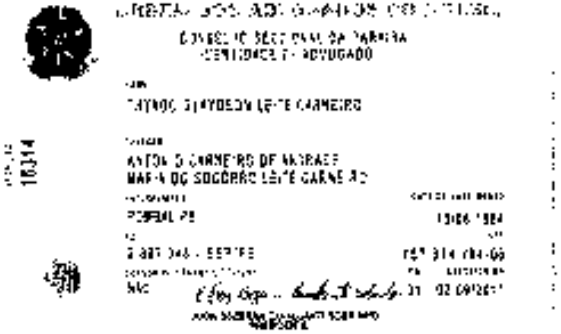
410 RAQUEL DA SILVA LIMA

JOSÉ ANTONIO DE LIMA FILHO
CLARICE DA SILVA GARRIDO

POMBAL-PB 17/03/1996

MATR. N.26318 FLS.300 LIV.A-26
CARTORIO POMBAL-PB





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN-PB N: 01466619115B

53166177453

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEICULO

PRT 20190900006635-5

SIA	COD RENAVAM	RNTRC
1	00341403307	00/00000000

NOME/ENDEREÇO
CAIO RANGEL DA SILVA LIMA
R SEVERINO GOMES SOUTO 73 CASA
NOVA VIDA
58840000 POMBAL-PB

CPF/CNPJ	PLACA
11749624451	PFP4B18/PB

NOME ANTERIOR
LEANDRO GOMES ALVES

PLACA ANTERIOR	CHASSI
PFP4118/PE	9C2KC1650BR536463

ESPÉCIE/TIPO	COMBUSTÍVEL
PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC	ALCO/GASOL

MARCA/MODELO	ANO FAB	ANO MOD
HONDA/CG 150 TITAN ESD	2011	2011

CAP/POT/CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
2 P/149 /CI	PARTIC	PRETA

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA DE DOMINIO

N.Motor : KC16E5B536463

LOCAL	DATA
POMBAL-PB	28/11/2019

39608 39857

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200024073 **Cidade:** Pombal **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CAIO RANGEL DA SILVA LIMA **Data do acidente:** 26/06/2019 **Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TIBIA E FÍBULA À DIREITA. P1

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS). P11, 12
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR 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 LEVE DO MEMBRO INFERIOR 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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R$ 2.362,50
		Total	**17,5 %**	**R$ 2.362,50**

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200024073 **Cidade:** Pombal **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CAIO RANGEL DA SILVA LIMA **Data do acidente:** 26/06/2019 **Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TIBIA E FÍBULA À DIREITA. P1

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS). P11, 12
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR 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 LEVE DO MEMBRO INFERIOR 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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R$ 2.362,50
		Total	**17,5 %**	**R$ 2.362,50**

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Caio Rangel da Silva Lima
RG: 4048430 **Orgão Emissor:** SSP/PB **CPF:** 117 496 244-51
Nacionalidade: Brasileiro **Est. Civil:** Solteiro **Profissão:** Autônomo
Endereço: Rua Sebastião Gomes Santo **Nº** 73
Bairro: Vila Nova **Cep:** 58840-000 **Cidade/UF:** Pombal / PB
Telefone: ( ) ( ) ( )

OUTORGADO:

Nome: Thiago Alexandre Leite Carneiro
RG: 2.897.048 **Orgão Emissor:** SSP/PB **CPF:** 057-614-795-02
Nacionalidade: Brasileiro **Est. Civil:** Solteiro **Profissão:** Advogado
Endereço: Rua Coronel João Carneiro **Nº** 512
Bairro: Centro **Cep:** 58840-000 **Cidade/UF:** Pombal / PB
Telefone: (83) 99660-7071 ( ) ( )

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado a quem confio poderes especificos para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar e solicitar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto às seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre pericia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do **Seguro DPVAT** referente à.

Vítima: Caio Rangel da Silva Lima
CPF: 117.496.244-51 **Data do Acidente:** 28 / 06 / 2019
Cobertura solicitada: (X) **Invalidez Permanente** ( ) **DAMS** ( ) **Morte**

Pombal, 20 de dezembro de 2019.
Local e data

Caio Rangel da Silva Lima
Assinatura do Outorgante (reconhecer firma por autenticidade)

CARTÓRIO "CEL JOÃO QUEIROGA" 1º OFÍCIO
Reconheço POR AUTENTICIDADE a firma de CAIO RANGEL DA SILVA LIMA. Em test. ( ) de verdade. Dou fé.
Pombal-PB, 20/12/2019.
ANA CRISTINA FORMIGA DE QUEIROGA
Selo Digital de Fiscalização Tipo Normal E-KJN48749-8CQQ
Confira os dados do ato em https://selodigital.tjpb.jus.br
EMOLUM. R$: 11,89 FARPEN R$: 0,29 FEPJ R$: 0,60
Cel. João Queiroga
CNPJ: 09.205.816/0001-28
Telefone: (83) 3431-2175 - Pombal-PB

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0020545/20

Vítima: CAIO RANGEL DA SILVA LIMA

Data do acidente: 26/06/2019

CPF: 117.496.244-51

CPF de: Próprio

Titular do CPF: CAIO RANGEL DA SILVA LIMA

Seguradora: MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

THYAGO GLAYDSON LEITE CARNEIRO : 057.614.794-00

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

CAIO RANGEL DA SILVA LIMA : 117.496.244-51

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	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da apresentação: 15/01/2020 Nome: THYAGO GLAYDSON LEITE CARNEIRO CPF: 057.614.794-00	Data do cadastramento: 15/01/2020 Nome: MARCOS AURELIO VIDAL CPF: 856.703.089-72
THYAGO GLAYDSON LEITE CARNEIRO	MARCOS AURELIO VIDAL

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0020545/20

Vítima: CAIO RANGEL DA SILVA LIMA

Data do acidente: 26/06/2019

CPF: 117.496.244-51

CPF de: Próprio

Titular do CPF: CAIO RANGEL DA SILVA LIMA

Seguradora: MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

THYAGO GLAYDSON LEITE CARNEIRO : 057.614.794-00

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

CAIO RANGEL DA SILVA LIMA : 117.496.244-51

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	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da apresentação: 15/01/2020	Data do cadastramento: 15/01/2020
Nome: THYAGO GLAYDSON LEITE CARNEIRO	Nome: MARCOS AURELIO VIDAL
CPF: 057.614.794-00	CPF: 856.703.089-72
THYAGO GLAYDSON LEITE CARNEIRO	MARCOS AURELIO VIDAL

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br**. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 16 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200024073 **Vítima: CAIO RANGEL DA SILVA LIMA**

Data do Acidente: 26/06/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: THYAGO GLAYDSON LEITE CARNEIRO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CAIO RANGEL DA SILVA LIMA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00869/00870 - carta_01 - INVALIDEZ

00030435

Carta nº 15377101

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br**. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 31 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200024073 **Vítima: CAIO RANGEL DA SILVA LIMA**

Data do Acidente: 26/06/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: THYAGO GLAYDSON LEITE CARNEIRO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CAIO RANGEL DA SILVA LIMA

Pag. 00389/00390 - carta_15R - INVALIDEZ

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$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%
Graduação: Em grau leve 25%
% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%
Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R$ 2.362,50

00030195

Recebedor: **CAIO RANGEL DA SILVA LIMA**
Valor: **R$ 2.362,50**
Banco: **104**
Agência: **000000732**
Conta: **0000046471-8**
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

Seguradora LÍDER

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 ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: CAIO RANGEL DA SILVA LIMA
6 - CPF: 117.496.244-51
7 - Profissão: AUTÔNOMO
8 - Endereço: RUA SEBASTIÃO GOMES SANTOS
9 - Número: 73
10 - Complemento: –
11 - Bairro: VILA NOVA
12 - Cidade: POMBAL
13 - Estado: PB
14 - CEP: 58840-000
15 - E-mail: KTHYRESCARNEIRO@HOTMAIL.COM
16 - Tel.(DDD): (83) 99650-7071

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 ATÉ R$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R$1.001,00 ATÉ 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)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0732 ☐ (Informar o dígito se existir) **CONTA:** 00046474 8 (Informar o dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)
Nome do BANCO:
AGÊNCIA: ☐ (Informar o dígito se existir) **CONTA:** ☐ (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 cando, desde já e somente após a efetivação do crédito, a quitação total do valor recebido.

INVALIDEZ PERMANENTE

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 requerimento de 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 na 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, caso necessário, às 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, caso discorde do seu conteúdo.

MORTE

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(a/nascer)? ☐ 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 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 restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

NÃO ALFABETIZADO

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)

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Pombal, 07 de janeiro de 2020

Caio Rangel da Silva Lima
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

102/2019

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

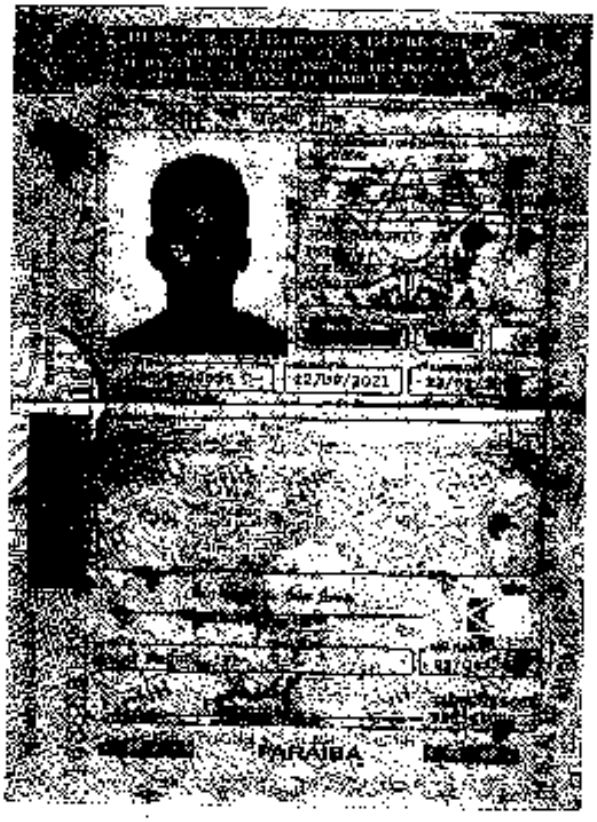
Conta origem:	0732 / 013 / 00019936-4
Conta destino:	0732 / 013 / 00046471-8
Nome destinatário:	CAIO RANGEL DA SILVA LIMA
Valor (R$):	[redacted]
Data de débito:	14/01/2020
Data/hora da operação:	14/01/2020 10:10:06
Código da operação:	24242773
Chave de segurança:	A9605VHHRH1MGVUE

ANATEL 1331

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL
PROTOCOLO DE ACIDENTES: 19033720001

Para cópia do seu Boletim acesse o sítio:
www.prf.gov.br/novobol/consultar
Informe o número do protocolo e o CPF/CNPJ de um dos envolvidos no acidente; e
Clique em imprimir.
Em caso de dúvidas acesse www.prf.gov.br e
Selecione Acidentes de Trânsito.

ATENÇÃO:
Para dúvidas sobre o SEGURO DPVAT acesse o sítio www.dpvatseguro.com.br. Em casos de avaliação de danos com MÉDIA ou GRANDE MONTA, verificar os trâmites da Resolução 544 do CONTRAN. Procure o órgão estadual de trânsito (DETRAN) do seu Estado, antes de fazer reparos no veículo.



POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL

PRF

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

PROTOCOLO: Nº 19033720B01

Maiores dúvidas acesse: www.prf.gov.br/portal

Para cópia do seu Boletim acesse o sítio: www.prf.gov.br/novobal /consultar Informe o número do protocolo e o CPF/CNPJ de um dos envolvidos no acidente; e Clique em imprimir.

Atenção: As vítimas de acidente têm direito ao recebimento do Seguro DPVAT. Para maiores informações, acesse: www. dpvatseguro.com.br **Em casos de avaliação de danos com MÉDIA ou GRANDE MONTA, verificar os trâmites da Resolução 544 do CONTRAN. Procure o órgão estadual de trânsito (DETRAN) do seu Estado, antes de fazer reparos no veículo.**

Documento assinado eletronicamente por R. CRUZ, matrícula 1969627, Policial Rodoviário Federal, em 27/08/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória nº 2.200-2, de

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19033720B01

INFORMAÇÕES GERAIS

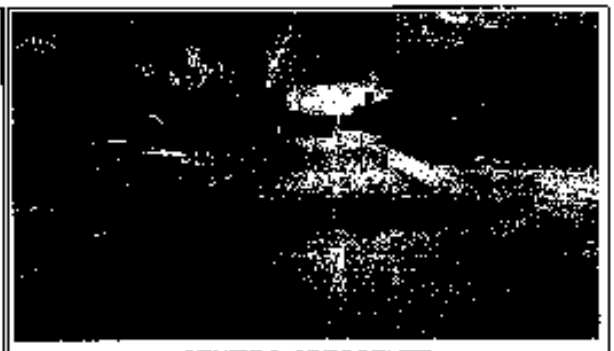
Data: 26/06/2019 Hora: 08:30 Município: POMBAL/PB
BR: 230 KM: 406,6 Sentido: Crescente
Policial responsável pelo atendimento: R. CRUZ, 1969527

ASPECTOS DO LOCAL

Tipo de via: Principal
Tipo de pista: Simples
Estrutura Viária: Reta
Acostamento: Não
Condição meteorológica: Céu Claro
Tipo de pavimento: Asfalto
Condição da Pista: Seca
Localidade urbanizada: Sim
Canteiro Central: Não
Fase do dia: Pleno dia

IMAGENS PANORÂMICAS

SENTIDO DECRESCENTE



SENTIDO CRESCENTE

NARRATIVA

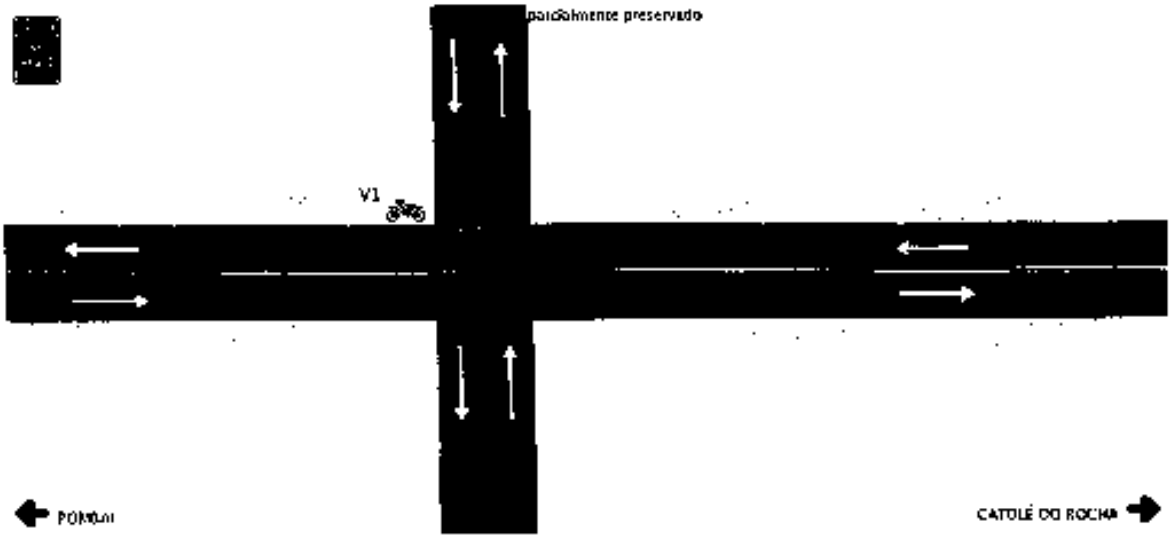
No dia 26/06/2019, por volta das 08h30, no km 459,1 da BR-230, em Sousa/PB, ocorreu um acidente, do tipo colisão transversal, com 01 (uma) vítima grave. Os veículos envolvidos foram. a motocicleta HONDA/CG 150 TITAN ESD (V1) e o automóvel TOYOTA/ETIOS HB X 13L AT (V2).Com base na análise dos vestígios materiais identificados, constatou-se que V1, antes do acidente, transitava na BR 230, no sentido Catolé do Rocha - PB / Pombal - PB, quando ao tentar entrar na BR 230 em Pombal-PB perímetro urbano, colidiu transversalmente com V1 que seguia na rodovia no sentido Catolé do Rocha - PB / Pombal - PB. A colisão ocorreu na faixa de trânsito onde transitava V1, o que mostra que V2 não conseguiu desviar de V1, ocasionando a colisão.A dinâmica do acidente encontra-se representada no croqui.Conforme constatações em levantamento de local de acidente, concluiu-se que o fator principal do acidente foi a manobra de entrar na rodovia, ação essa realizada por V2. Observações: - A velocidade regulamentar da via no local é de 40 km/h.- O local do acidente estava parcialmente desfeito e era sinalizado pela equipe da Polícia Militar da Paraíba de Pombal.- O condutor de V1, que sofreu fratura exposta em um dos membros inferiores, foi removido do leito da rodovia (posição final) pela equipe dos Bombeiros-PB antes da chegada da equipe de PRFs no sítio do acidente.- O local apresentava sinalização horizontal de proibição de ultrapassagem em ambos sentidos da rodovia.- A condutor de V2 permaneceu no local a espera da equipe PRF e prestou informações para confecção deste Boletim de Acidente de Trânsito.- Os veículos envolvidos apenas V2 possui restrição de circulação por está com o licenciamento vencido e V1 por não

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19033720801

possuir restrições foi entregue ao pai da vitima, conforme descrito neste Boletim de Acidente de Trânsito. - Não foi possivel realizar o teste do etilômetro, no condutor de V1 pois o mesmo encontrava-se recebendo cuidados médicos em função dos ferimentos sofridos, enquanto que o condutor de V2 foi submetido ao teste no modo passivo do equipamento o qual não indicou o uso de álcool ou indicios de que tenha feito uso substâncias entorpecentes.

CROQUI DA CENA DO ACIDENTE



AMARRAÇÃO - NÃO NECESSÁRIA

EVENTOS SUCESSIVOS

Ordem	Tipo de Evento	Veículos Envolvidos
1	Colisão transversal	

MARCAS NO PAVIMENTO

Evento	Veículo	Frenagem (m)	Derrapagem (m)	Arrastamento (m)

DANOS COLATERAIS - NÃO HOUVE

APOIO EXTERNO

Tipo do Órgão	Solicitação	Comparecimento

V1 - VEÍCULO 1 - PFP4118 - MOTOCICLETA

V1 - Informações

Documento assinado eletronicamente por [illegible], matrícula 1080627, Policial Rodoviário Federal, em 27/08/2019, conforme boletim oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 9º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 51-DG, de 13 de novembro de 2014.

191

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19033720B01

Placa: PFP4118 Marca/modelo: HONDA/CG 150 TITAN ESD Renavam: 00341499307
Ano fabricação: 2011 Chassi: 9C2KC1650BR536463 Tipo de veículo: Motocicleta
Espécie: Passageiro Categoria: Particular Cor: Preta
Manobra no momento do acidente: Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento
Informações complementares: Motocicleta entregue ao pai do condutor, o senhor José Antônio de Lima Filho, CPF 805.560.434-72

Documento assinado eletronicamente por P. CRUZ, matrícula 1989627, Polícia Rodoviária Federal, em 17/06/2018, conforme Ato Ofício de Operação, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 8º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e no art. 4º, inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015

191

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19033720B01

V1 - Relatório de Avarias - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V1 / HONDA/CG 150 TITAN ESD | Placa: PFP4118 | Nº BOAT: 19033720B01
Nome do Agente: R. CRUZ | Matrícula do Agente: 1969527 | Data: 26/06/2019

Item	Descrição do item	Valor	Item danificado no acidente		
			Sim	Não	NA
1	Garfo dianteiro			X	
2	Mesa superior da suspensão dianteira			X	
3	Mesa inferior da suspensão dianteira			X	
4	Coluna de direção			X	
5	Chassi			X	
6	Garfo traseiro			X	
7	Eixo traseiro (triciclos)			X	

Dano de Monta: Pequena

V1 - Imagens Obrigatórias


IMAGEM DA LATERAL DIREITA


IMAGEM DA TRASEIRA


IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA


IMAGEM DA FRENTE

Documento assinado eletronicamente por R. CRUZ, matrícula 1969527, Policial Rodoviário Federal, em 27/06/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 8º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e no art. 2º da Instrução Normativa Nº 01/GC, de 16 de novembro de 2016.

191

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19033720B01

V1 - Proprietário

Nome: LEANDRO GOMES ALVES
CPF/CNPJ: 093.572.414-18
Email:
Telefone:
Endereço: BREJINHO-PE

V1C - CONDUTOR DE V1 - CAIO RANGEL DA SILVA LIMA

V1C - Informações

Nome: CAIO RANGEL DA SILVA LIMA
Data de Nascimento: 17/03/1996
CPF: 117.498.244-51
Estado civil: Solteiro(a)
Sexo: Masculino
Estado físico: Lesões Graves
Usava capacete: Ignorado

V1C - Dados da Habilitação para Conduzir Veículo Automotor

Categoria: AB
Primeira habilitação: 23/02/2017
Nº Registro: 06801549056
UF: PB
Vencimento da habilitação: 12/09/2021
Motorista profissional: Não
Observações CNH: 15

V1C - Alterações da Capacidade Motora

Foi possível realizar teste do etilômetro: Não
Condutor se recusou a realizar o teste: Não
Visíveis sinais de embriaguez: Não
Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

V1C - Dados do Contato

Endereço: RUA SEVERINO GOMES SOUTO, 73, CASA, VIDA NOVA, POMBAL-PB
Telefone: 83999331883
Email:

V2 - VEÍCULO 2 - PNV7840 - AUTOMÓVEL

V2 - Informações

Placa: PNV7840
Marca/modelo: TOYOTA/ETIOS HB X 13L AT
Renavam: 01137411225
Ano fabricação: 2017
Chassi: 9BRK19BTXJ2106262
Tipo de veículo: Automóvel
Espécie: Passageiro
Categoria: Particular
Cor: Branca
Manobra no momento do acidente: Cruzando a pista

V2 - Encaminhamento

Motivo: Outros
Tipo de Repector: Depósito credenciado
Informações complementares: VEÍCULO RECOLHIDO POR ESTÁ COM O LICENCIAMENTO ATRASADO E OS DOIS PNEUS DIANTEIROS EM MAU ESTADO .

Documento assinado eletronicamente por R. CRUZ, matrícula 1909627, Policial Rodoviário Federal, em 27/05/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 5º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na forma do inciso III do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015

191

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19033720B01

V2 - Relatório de Avarias - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V2 / TOYOTA/ETIOS HB X 13L AT Placa: PNV7840 Nº BOAT: 19033720B01
Nome do Agente: R. CRUZ Matrícula do Agente: 1969527 Data: 26/06/2019

Item	Descrição do item	Valor	Item danificado no acidente		
			Sim	Não	NA
1	Painel corta-fogo			X	
2	Longarina dianteira esquerda			X	
3	Caixa de roda dianteira esquerda			X	
4	Estrutura da soleira esquerda			X	
5	Air Bags Frontais			X	
6	Air Bags Laterais			X	
7	Estrutura da coluna dianteira esquerda			X	
8	Estrutura da coluna central esquerda			X	
9	Estrutura da coluna traseira esquerda			X	
10	Caixa de roda traseira esquerda			X	
11	Assoalho central esquerdo			X	
12	Longarina traseira esquerda			X	
13	Assoalho portamalas ou caçamba			X	
14	Longarina traseira direita			X	
15	Caixa de roda traseira direita			X	
16	Estrutura da coluna traseira direita			X	
17	Estrutura da soleira direita			X	
18	Estrutura da coluna central direita			X	
19	Estrutura da coluna dianteira direita			X	
20	Assoalho central direito			X	
21	Caixa de roda dianteira direita			X	
22	Longarina dianteira direita			X	

Dano de Monta: Pequena

Documento assinado eletronicamente por R. CRUZ, matrícula 1969527, Policial Rodoviário Federal em 27/06/2019, conforme horário oficial do Brasil, com fundamento no § 3º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso V do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-UG, de 18 de novembro de 2015

191

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19033720B01

V2 - Imagens Obrigatórias

IMAGEM DA LATERAL DIREITA

IMAGEM DA TRASEIRA

IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA

IMAGEM DA FRENTE

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19033720B01

V2 - Proprietário

Nome: JOSE CRISTIAN VERAS DE BRITO
CPF/CNPJ: 038.669.643-82
Email:
Telefone:
Endereço: JUAZEIRO DO NORTE-CE

V2C - CONDUTOR DE V2 - EMERSON DA SILVA BANDEIRA

V2C - Informações

Nome: EMERSON DA SILVA BANDEIRA
Data de Nascimento: 20/04/1993
CPF: 100.308.174-63
Estado civil: Solteiro(a)
Sexo: Masculino
Estado físico: Ileso
Usava cinto de segurança: Ignorado

V2C - Dados da Habilitação para Conduzir Veículo Automotor

Categoria: AB
Primeira habilitação: 13/02/2017
Nº Registro: 06793630451
UF: PB
Vencimento da habilitação: 09/11/2021
Motorista profissional: Não
Observações CNH: 15A

V2C - Alterações da Capacidade Motora

Foi possível realizar teste do etilômetro: Sim
Condutor se recusou a realizar o teste: Não
Visíveis sinais de embriaguez: Não
Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não
Resultado obtido: 0,00 mg/l

V2C - Dados do Contato

Endereço: RUA FRANCISCO DA SILVA PEREIRA, 101, CASA, SANTO AMARO, POMBAL-PB
Telefone: 83099673508
Email:

CORPO DE BOMBEIROS MILITAR
3° COMANDO REGIONAL BOMBEIROS MILITAR
6º BATALHÃO DE BOMBEIRO MILITAR
2ª COMPANHIA DE BOMBEIRO MILITAR
GABINETE DO COMANDANTE
BM - 3

VISTO
Comandante 2ª CBM/6ºBBM
...del Alves Leite - CAP QOBM
Mat.: 525.954-1

CERTIDÃO COMPROBATÓRIA – Nº 018/2019

Certificamos para os devidos fins, que aproximadamente às 08h00min do dia 26 de junho de 2019, a guarnição de Auto Resgate desta Unidade do Corpo de Bombeiros Militar deslocou-se para atender uma ocorrência do tipo colisão carro x moto, ocorrida na BR 230, bairro Nova Vida, próximo ao restaurante "O Carreteiro", na cidade de Pombal/PB.

MOVIMENTO DO SOCORRO: Hora do aviso: 08h00min##########################

RELATO DO EVENTO: Por volta de 08h00min a guarnição de resgate deste Quartel de Bombeiro Militar foi acionada para atender uma pocorrência de colisão carro x moto na BR-230, na cidade de Pombal-PB. Ao chegar no local, a guarnição encontrou a vítima, o senhor Caio Rangel da Silva Lima, com fratura fechada de tíbia e fíbula direita, a vítima usava capacete. Foram realizados os procedimentos de atendimento pré-hospitalar e a vítima foi conduzida ao Hospital Regional de Pombal-PB, para receber atendimento médico devido. ##

VITIMAS FATAIS: NÃO HOUVE ##

SOCORRISTAS: SD BM MATR. 526.097-3 **HARYSON** SOUZA SANTOS
SD BM MATR. 526.065-5 **LEANDRO** GALDINO AMORIM
SD BM MATR. 526.067-2 **DAIVSON** MOREIRA GARCIA

SOLICITANTE DA CERTIDÃO: CLEONICE DA SILVA GARRIDO CPF: 873.259.004-06.

George Souza de Almeida
SGT BM

Pombal, 22 de julho de 2019.

GUSTAVO GOUVEIA FREIRE LUCENA – 2º TEN QOBM
Chefe da B/3 da 2ªCBM/6ºBBM

ACIDENTE DE MOTO
26/06/19

GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL
"SENADOR RUI CARNEIRO"

[redacted]

☐ AZUL ☐ VERDE ☐ AMARELA ☐ LARANJA ☐ VERMELHA

ENFERMARIA: _____ LEITO: _____

PACIENTE:
NOME: CAIO RANGEL DA SILVA LIMA
COR: PARDA DATA DE NASCIMENTO: 14/02/1996 IDADE: 23 SEXO: M
NOME DA MÃE: CLEUDICE DA SILVA GARRIDO PROFISSÃO: AUTÔNOMO
CARTÃO DO SUS: 700 3068 4170 6220 RG/CNH: 4098430
MUNICÍPIO: POMBAL ENDEREÇO: RUA SEVERINO GOMES SOUZA Nº 73
ESTADO: PB CEP: 58840.00 CODIGO DO MUNICIPIO: _____ DATA DE ATEND: 26/06/2019
SINAIS VITAIS:
PA. _____ SPO: _____ FC: _____ R: _____ HGT: _____

MEDICAÇÃO EM USO: _____
ALÉRGICO: ( ) SIM ( ) NÃO SE SIM, AO QUE: _____

Politrauma por motivo de moto e Fraturas D

[redacted]
TIPOS:
RESULTADOS:
PRESCRIÇÃO MEDICAMENTOSA UTILIZADA:

1° Imobilizado
2°
3° Voltar 7/7 08/50
4°
5°
6° Dipirona 6/6 6/6 08/50
7° Ciprofloxacino 12/12 08/50
8°
9°
10°
11°
12°
13°
14°
15°
16°
17°
18°
19°

Flavio Jordany B. Cardoso
Enfermeiro
Coren 000.077

HOSPITAL REGIONAL POMBAL SENADOR RUY CARNEIRO
RUA CEL. JOAO LEITE
POMBAL PARAIBA (83)3431-2149

Data/Hora 26/06/2019 15:02:50

Ocorrência: **CIRURGIA**

Servidor do Dr.:

Paciente **CAIO RANGEL DA SILVA LIMA** Idade: 23 Sexo: M

Filiação
Pai:
Mãe: CLEONICE DA SILVA GARRIDO

Endereço
Cidade: POMBAL - PB - 58840-000 - 2512101
Endereço: R.SEVERINO GOMES SOUSA N.: 73
Bairro: SANTA ROSA
Naturalidade: POMBAL - PB
Fone:

Documentos
CNS: 700-2063-4170-6220
Identidade: 4048430
CPF:
Reg. Nasc.:

Informações adicionais
Nascimento 17/03/1996
Cor: BRANCA
Estado Civil: N.INF.
Profissão: AUTONOMO(A)

Responsável:

ANAMNESE: (História da Moléstia atual, antecedentes pessoais, antecedentes hereditários)

Acidente de motocicleta sofrido com
ortopedia. Fratura em perna direita
e amputação

EXAMES OBJETIVOS: (Inspeção geral, exame da região afetada, exame dos diversos aparelhos)

Bom estado geral + Ferida
escoriada em perna (D)
fratura exposta + Fíbula

EXAMES COMPLEMENTARES: (Raio X, laboratórios)

RX de perna MD/P.

Diagnóstico: Fratura Fechada dos Ossos da Perna (D)

Motivo da Alta:

Resultado: ( ) Saiu Curado ( ) Melhorado ( ) Falecido ( ) Transferido Em: / /

Recepcionista: FATIMA

Dr. Túlio Alberto de O. Souza
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 9257 / CRM-RN 9800

HOSPITAL REGIONAL POMBAL SENADOR RUY CARNEIRO
RUA CEL. JOAO LEITE
POMBAL PARAIBA (83)3431-2149

Data/Hora 26/06/2019 15:02:50

Ocorrência: **CIRURGIA**

Servidor do Dr.:

Paciente **CAIO RANGEL DA SILVA LIMA** Idade:23 Sexo M

Filiação
Pai:
Mãe: CLEONICE DA SILVA GARRIDO

Endereço
Cidade POMBAL - PB - 58840-000 - 2512101
Endereço: R.SEVERINO GOMES SOUSA N.: 73
Bairro: SANTA ROSA
Naturalidade: POMBAL - PB
Fone.

Documentos
CNS: 700-2063-4170-6220
Identidade: 4048430
CPF:
Reg. Nasc.:

Informações adicionais
Nascimento 17/03/1996
Cor: BRANCA
Estado Civil: N.INF.
Profissão: AUTONOMO(A)

Responsável:

ANAMNESE: (História da Moléstia atual, antecedentes pessoais, antecedentes hereditários)

Paciente de motocicleta colisão carro
Ortopedia. Fratura em perna direita
e escoriações

EXAMES OBJETIVOS: (Inspeção geral, exame da região afetada, exame dos diversos aparelhos)

Bom estado geral + Dor à palpação
Escoriações em perna (D)
Perna direita e Tornozelo

EXAMES COMPLEMENTARES: (Raio X, laboratórios)

RX da Perna RDP/P.

Diagnóstico: Fratura Fechada dos Ossos da Perna (D)

Motivo da Alta:

Resultado: ( ) Saiu Curado ( ) Melhorado ( ) Falecido ( ) Transferido Em: / /

Recepcionista: FATIMA

Dr. Túlio Alberto de O. Souza
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 9257 CRM-RN 9600

REQUERIMENTO

Eu, **CLEONICE DA SILVA GARRIDO,** portadora do RG Nº 1592351/SSP-PB, residente na Rua SEVERINO GOMES SOUTO, 73, VIDA NOVA, na cidade de Pombal - PB, solicito desta instituição militar uma Certidão de Ocorrência tipo colisão moto x carro ocorrida na BR-230, em Pombal-PB, próximo ao Supermercado Maia, no dia 26/06/2019, por volta das 9h.

Informo ainda que o referido acidente vitimou o senhor **CAIO RANGEL DA SILVA LIMA.**

Pombal, 27 de maio de 2019.

Cleonice da Silva Garrido 16.07.2019

CLEONICE DA SILVA GARRIDO
RG Nº 1592351/SSP-PB

SUS Sistema Único de Saúde — Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: HOSPITAL REGIONAL POMBAL SENADOR RUY CARNEIRO
2 - CNES: 2592568

Identificação do Paciente

3 - NOME DO PACIENTE: CAIO RANGEL DA SILVA LIMA
4 - PRONTUÁRIO: 38043
5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 700-2083-4170-6220
6 - DATA DE NASCIMENTO: 17/03/1996
7 - SEXO: M
8 - RAÇA / COR: BRANCA
9 - NOME NA MÃE: CLEONICE DA SILVA GARRIDO
10 - TELEFONE:
11 - NOME DO RESPONSÁVEL:
12 - ENDEREÇO: R.SEVERINO GOMES SOUSA N.: 73
13 - BAIRRO: SANTA ROSA
14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA - 15 UF - 16 CEP - 17 COD IBGE: POMBAL - PB - 58840-000 - 2512101

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

18 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: Paciente infere de queda de moto. Com dor e deformidade em perna direita. NV: Sem alterações

19 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: Necessidade de cirurgia

20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): Rx.

21 - DIAGNÓSTICO INICIAL: Fratura diafisária da perna (D)
22 - CID 10 PRINC:
23 - CID 10 SEC.:
24 - CID 10 CAUSAS ASSOC.:

25 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: Tratamento cirúrgico de fratura da perna
26 - COD PROCEDIMENTO:
27 - CLÍNICA: ortopedia
28 - CARATER INTERNAÇÃO: eletivo
29 - DOCUMENTO: ( ) CNS (X) CPF
30 - CNS/CPF - PROFISSIONAL SOLIC. / ASSISTENTE: 027.182.184-98
ASS. CARIMBO SOLICITANTE / ASSISTENTE:
32 - DATA SOLIC: 07/07/19
33 - ASSINATURA CARIMBO (DIRETOR MEDICO):

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

34 ( ) ACIDENTE TRÂNSITO
35 ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
36 ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO
37 - CNPJ SEGURADORA:
38 - Nº BILHETE:
39 - SÉRIE:
40 - CNPJ EMPRESA:
41 - CNAE EMPRESA:
42 - CBOR:
43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME PROFISSIONAL AUTORIZADOR:
45 - COD. ÓRGÃO EMISSOR:
50 - Nº AUTORIZAÇÃO INTERN. HOSPITALAR:
46 - DOCUMENTO: ( ) CNS ( ) CPF
47 - Nº DOCUMENTO (CPF CNPJ) PROFISSIONAL:
48 - DATA AUTORIZAÇÃO: / /
49 - ASS. CARIMBO (Nº REG. CONSELHO):

DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL
3ª Superintendência Regional
19ª Delegacia Seccional
2ª Delegacia Distrital de Pombal
Rua Cel. João Carneiro, 288 – centro – Pombal-PB

POLÍCIA CIVIL PARAÍBA

GOVERNO DA PARAÍBA
Secretaria de Estado da Segurança e da Defesa Social

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 484/2019

Versando sobre: **ACIDENTE DE TRÂNSITO - DPVAT**
Data do fato: **26/06/2019, pelas 08:00 horas**
Local do ocorrido: **BR 230, próximo ao restaurante Carreteiro, EM POMBAL-PB**
Data e hora em que a Delegacia tomou conhecimento: **24.07.2019 – as 10:20 horas**

COMUNICANTE: **CAIO RANGEL DA SILVA LIMA: Filiação:** José Antonio de Lima Filho e Cleonice da Silva Garrido **Profissão:** autônomo; **Estado Civil:** solteiro; **Naturalidade:** Pombal-PB; **Nacionalidade:** Bras.; **Data de Nascimento:** 17/03/1996; **Endereço Residencial:** Rua Severino Gomes Souto, 73, Vila Nova - Pombal-PB/ **Telefone: 83 9 99552672/ 999671594/ Portador da RG 4048430 SSP-PB// CPF 117.496.244-51**

HISTÓRICO: Que afirma o comunicante que no dia e hora acima informados, conduzia a motocicleta HONDA CG 150 TITAN KS / 2011 /2011 COR PRETA - PLACA **PFP 4118/PB** -CHASSI: **9C2KC1650BR536463**, licenciada em nome de LEANDRO GOMES ALVES; Que trafegava na BR 230, próximo ao restaurante carreteiro, quando um veiculo automóvel, cruzou a rodovia, provocando uma colisão da motocicleta ocupada pelo comunicante com o veiculo automóvel; Que do acidente o comunicante teve duas fraturas na perna direita; Que foi socorrido pelo corpo de bombeiros e conduzido para o Hospital Regional pelo SAMU; Que ficou internado durante 13 dias no Hospital Regional de Pombal-PB, onde foi feita as cirurgias; Que tem conhecimento do fato a pessoa de WILLIS PEREIRA DA SILVA, RG 2.828.516 SSP-PB, residente a Rua Cabo João monteiro da Rocha, 1368, 1º andar, Bairro Santo Amaro - Pombal-PB. Que compareceu a delegacia de Policia, para registrar o fato, para fins de direito.

Pombal – PB, 24 de JULHO de 2019.

AUTORIDADE POLICIAL: Del. Pol. JOSÉ AROLDO ASSIS DE QUEIROGA.

OBS: O comunicante está cientificado das imputações cominadas nos artigos 299 e 340 do C. P. B.

COMUNICANTE: Caio Rangel da Silva Lima

TESTEMUNHA: Willis Pereira da Silva

Manoel de Sousa Lacerda
Agente de **Policia Civil**
Mat. 186345-4

Policial responsável pela lavratura do boletim

ADITAMENTO AO BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 484/2019

Versando sobre: **ACIDENTE DE TRÂNSITO - DPVAT**
Data do fato: **26/06/2019, pelas 08:00 horas**
Local do ocorrido: **BR 230, próximo ao restaurante Carreteiro, EM POMBAL-PB**
Data e hora em que a Delegacia tomou conhecimento: **20/12/2019 – às 15h34min**

COMUNICANTE: CAIO RANGEL DA SILVA LIMA; Filiação: José Antonio de Lima Filho e Cleonice da Silva Garrido **Profissão:** autônomo; **Estado Civil:** solteiro; **Naturalidade:** Pombal-PB; **Nacionalidade:** Bras.; **Data de Nascimento:** 17/03/1996; **Endereço Residencial:** Rua Severino Gomes Souto, 73, Vida Nova - Pombal-PB/ **Telefone: 83 9 99552672/ 999671594/ Portador da RG 4048430 SSP-PB// CPF 117.496.244-51.**

HISTÓRICO: Que afirma o comunicante que no dia e hora acima informados, conduzia a motocicleta HONDA CG 150 TITAN KS / 2011 /2011 COR PRETA - PLACA **PFP 4118/PB** -CHASSI: **9C2KC1650BR536463**, licenciada em nome de LEANDRO GOMES ALVES; Que trafegava na BR 230, próximo ao restaurante carreteiro, quando um veículo automóvel, cruzou a rodovia, provocando uma colisão da motocicleta ocupada pelo comunicante com o veículo automóvel; Que do acidente o comunicante teve duas fraturas na perna direita; Que foi socorrido pelo corpo de bombeiros e conduzido para o Hospital Regional pelo SAMU; Que ficou internado durante 13 dias no Hospital Regional de Pombal-PB, onde foi feita as cirurgias; Que tem conhecimento do fato a pessoa de WILLIS PEREIRA DA SILVA, RG 2.828.516 SSP-PB, residente a Rua Cabo João monteiro da Rocha, 1368, 1º andar, Bairro Santo Amaro - Pombal-PB; **Que tem a acrescentar que na data do fato a moto estava em nome de Leandro Gomes Alves, todavia, atualmente, este veículo já se encontra em nome do comunicante; Que quanto a situação dessa transferência de propriedade do veículo, informa que a pessoa de José Antônio de Lima Filho, RG 1049275 SSP/PB, tem conhecimento do fato;** Que compareceu a esta delegacia de Polícia para registrar o fato para fins de direito.

Pombal – PB, **20 de dezembro de 2019.**

OBS.: O comunicante está cientificado das imputações cominadas nos artigos 299 e 340 do C. P. B.

AUTORIDADE POLICIAL: Del. Pol. JOSÉ AROLDO ASSIS DE QUEIROGA.

COMUNICANTE: Caio Rangel da Silva Lima

TESTEMUNHA: José Antonio de Lima Filho

Breitner da Silva Linguinho

GOVERNO DA PARAÍBA
1ª DELEGACIA DISTRITAL
DE POLÍCIA CIVIL DE POMBAL
1ª E 2ª DD

Agente de Investigação / Matricula 168.350-1

Seguradora LÍDER

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 ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: CAIO RANGEL DA SILVA LIMA
6 - CPF: 117.496.244-51
7 - Profissão: AUTÔNOMO
8 - Endereço: RUA SEBASTIÃO GOMES SOUTO
9 - Número: 73
10 - Complemento: –
11 - Bairro: VILA NOVA
12 - Cidade: PARNAÍBA
13 - Estado: PB
14 - CEP: 58.500-000
15 - E-mail: KTHYRESCARNEIRO@HOTMAIL.COM
16 - Tel.(DDD): (83) 99650-7071

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 ATÉ R$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R$1.001,00 ATÉ 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)
☐ **Bradesco (237)** ☐ **Itaú (341)**
☐ **Banco do Brasil (001)** ☒ **Caixa Econômica Federal (104)**

AGÊNCIA: 0732 ☐ (Informar o dígito se existir) **CONTA:** 00046474 8 (Informar o dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)
Nome do BANCO:
AGÊNCIA: ☐ (Informar o dígito se existir) **CONTA:** ☐ (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 cando, desde já e somente após a efetivação do crédito, a quitação total do valor recebido.

INVALIDEZ PERMANENTE

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 requerimento de 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 na 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, caso necessário, às 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, caso discorde do seu conteúdo.

MORTE

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(a)(nascer)? ☐ 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 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 restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

NÃO ALFABETIZADO

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)

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Parnaíba, 07 de janeiro de 2020

Caio Rangel da Silva Lima
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

102/2019

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Caio Rangel da Silva Lima
RG: 4048430 **Orgão Emissor:** SSP/PB **CPF:** 117 496 244-51
Nacionalidade: Brasileiro **Est. Civil:** Solteiro **Profissão:** Autônomo
Endereço: Rua Sebastião Gomes Santo **Nº** 73
Bairro: Vila Nova **Cep:** 58840-000 **Cidade/UF:** Pombal / PB
Telefone: ( ) ( ) ( )

OUTORGADO:

Nome: Thiago Alexandre Leite Carneiro
RG: 2.897.048 **Orgão Emissor:** SSP / PB **CPF:** 057-614-795-02
Nacionalidade: Brasileiro **Est. Civil:** Solteiro **Profissão:** Advogado
Endereço: Rua Coronel João Carneiro **Nº** 512
Bairro: Centro **Cep:** 58840-000 **Cidade/UF:** Pombal / PB
Telefone: (83) 99660-7071 ( ) ( )

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado a quem confio poderes especificos para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar e solicitar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto às seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre pericia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do **Seguro DPVAT** referente à.

Vítima: Caio Rangel da Silva Lima
CPF: 117.496.244-51 **Data do Acidente:** 28 / 06 / 2019
Cobertura solicitada: (X) **Invalidez Permanente** ( ) **DAMS** ( ) **Morte**

Pombal, 20 de dezembro de 2019.
Local e data

Caio Rangel da Silva Lima
Assinatura do Outorgante (reconhecer firma por autenticidade)

CARTÓRIO "CEL JOÃO QUEIROGA" 1º OFÍCIO
Reconheço POR AUTENTICIDADE a firma de CAIO RANGEL DA SILVA LIMA. Em test. ( ) de verdade. Dou fé. Pombal-PB, 20/12/2019.
ANA CRISTINA FORMIGA DE QUEIROGA
Selo Digital de Autenticidade Tipo Normal B-KJN48749-8CQQ
Confira os dados do ato em https://selodigital.tjpb.jus.br
EMOLUM. R$: 11,89 FARPEN R$: 0,29 FEPJ R$: 0,60
Cel. João Queiroga
CNPJ: 09.205.816/0001-28
Telefone: (83) 3431-2175 - Pombal-PB

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0020545/20

Vítima: CAIO RANGEL DA SILVA LIMA

Data do acidente: 26/06/2019

CPF: 117.496.244-51

CPF de: Próprio

Titular do CPF: CAIO RANGEL DA SILVA LIMA

Seguradora: MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

THYAGO GLAYDSON LEITE CARNEIRO : 057.614.794-00

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

CAIO RANGEL DA SILVA LIMA : 117.496.244-51

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	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da apresentação: 15/01/2020 Nome: THYAGO GLAYDSON LEITE CARNEIRO CPF: 057.614.794-00	Data do cadastramento: 15/01/2020 Nome: MARCOS AURELIO VIDAL CPF: 856.703.089-72
THYAGO GLAYDSON LEITE CARNEIRO	MARCOS AURELIO VIDAL

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0020545/20

Vítima: CAIO RANGEL DA SILVA LIMA

Data do acidente: 26/06/2019

CPF: 117.496.244-51

CPF de: Próprio

Titular do CPF: CAIO RANGEL DA SILVA LIMA

Seguradora: MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

THYAGO GLAYDSON LEITE CARNEIRO : 057.614.794-00

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

CAIO RANGEL DA SILVA LIMA : 117.496.244-51

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	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da apresentação: 15/01/2020 Nome: THYAGO GLAYDSON LEITE CARNEIRO CPF: 057.614.794-00	Data do cadastramento: 15/01/2020 Nome: MARCOS AURELIO VIDAL CPF: 856.703.089-72
THYAGO GLAYDSON LEITE CARNEIRO	MARCOS AURELIO VIDAL