
Rio de Janeiro, 10 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190023086

Vítima: ALEXANDRO AGRIPINO DA SILVA

Data do Acidente: 01/08/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ALEXANDRO AGRIPINO DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 10 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190023086

Vítima: ALEXANDRO AGRIPINO DA SILVA

Data do Acidente: 01/08/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ALEXANDRO AGRIPINO DA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Boletim de ocorrência incorreto(a). necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





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, 24 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190023086 Vítima: ALEXANDRO AGRIPINO DA SILVA

Data do Acidente: 01/08/2017 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

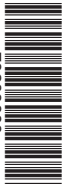
Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você

Pag. 00603/00604 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 13853543

Rio de Janeiro, 22 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190023086

Vítima: ALEXANDRO AGRIPINO DA SILVA

Data do Acidente: 01/08/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ALEXANDRO AGRIPINO DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 9.450,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

Recebedor: ALEXANDRO AGRIPINO DA SILVA

Valor: R\$ 9.450,00

Banco: 104

Agência: 000000729

Conta: 0000035689-7

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,



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CIL da vítima: CG 653 604-57 Nome completo da vítima: ALEXANDRO AGRUPINO DA SILVA

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

Nome completo: ALEXANDRO AGRUPINO DA SILVA CPF: CG 653 604-57
Profissão: PEDEIREIRO Endereço: RUA AMBROSIO MIRANDA DE ALMEIDA Número: 75 Complemento: _____
Bairro: PENAFORTE Cidade: CABEDELO Estado: PIB CEP: 58.108-232
E-mail: _____ Tel (DDD): (83) 39983 8652

Declaro, para todos os fins do direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo [ANEXAR CÓPIA].

REDA MENSAL:

☒ RÍCUDO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

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

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0729 CONTA: 35 680

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 5.294/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data: João Pessoa, 08/03/2019
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A RGO

Alexandro CA da Silva
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º Nome: _____
CPF: _____

2º Nome: _____
CPF: _____

PROTOCOLADO
03 JAN. 2019
AC. JOAO PESSOA

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

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

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190023086
Nome do(a) Examinado(a): Alexandro Agripino da Silva
Endereço do(a) Examinado(a): Avenida Ambrosio Miranda de Araujo, 75
Renascer Cabedelo PB CEP: 58108-232
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PB] 3231506
Data local do acidente: [01/08/2017]
Data local do exame: [01/02/2019] Joao Pessoa [PB]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

**FRATURA EXPOSTA DO FÊMUR DIREITO DISTAL.
FRATURA EXPOSTA DA TÍBIA DIREITA PROXIMAL.
FRATURA EXPOSTA DA PATELA DIREITA.
FRATURA DO ANTEBRAÇO DIREITO.
FRATURA DA MÃO DIREITA (METACARPO E FALANGES)**

- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Tratamento: REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO DE URGÊNCIA COM USO DE FIXADORES EXTERNO NO MEMBRO INFERIOR DIREITO TRANSARTICULAR, OSTEOSSÍNTESE DA FRATURA DE ANTEBRAÇO COM PLACA E PARAFUSOS, OSTEOSSÍNTESE DA FRATURA DA PATELA DIREITA COM CERCLAGEM, OSTEOSSÍNTESE COM FIOS DE KIRSCHNER NA MÃO DIREITA.

Complicações: EVOLUIU COM INFECÇÃO NA PERNA TENDO SIDO SUBMETIDO A DIVERSOS PROCEDIMENTOS PARA LIMPEZA MECÂNICA CIRÚRGICA E TROCA DE FIXADOR LINEAR POR FIXADOR CIRCULAR DE ILIZAROV, E ANTIBIÓTICO POR TEMPO PROLONGADO E INTERNAÇÃO HOSPITALAR PROLONGADA. EVOLUIU TAMBÉM COM CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DA FRATURA DO ANTEBRAÇO COM DEFORMIDADE.

Data da Alta: 28/11/2018

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

AO EXAME FÍSICO APRESENTA MARCHA COM MULETAS, CICATRIZES CIRÚRGICAS NO MEMBRO SUPERIOR DIREITO E MEMBRO INFERIOR DIREITO, DEFORMIDADE DO ANTEBRAÇO DIREITO, LIMITAÇÃO DA PRONO-SUPINAÇÃO, DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO, ANQUILOSE DO JOELHO DIREITO, ENCURTAMENTO APARENTE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR DO TORNOZELO DIREITO, DEFICIT DE FORÇA MOTORA GRAVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

☒ (X) Sim ☐ () Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

☒ (X) Sim ☐ () Não

- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

APRESENTA DEFORMIDADE NO ANTEBRAÇO DIREITO, COM LIMITAÇÃO DA PRONO-SUPINAÇÃO DO ANTEBRAÇO E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO, ANQUILOSE DA ARTICULAÇÃO DO JOELHO DIREITO, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR DO TORNOZELO DIREITO, ENCURTAMENTO APARENTE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO, MARCHA COM MULETAS AXILARES, DEFICIT DE FORÇA MOTORA GRAVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

☐ () "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

☐ () "Sem sequela permanente"

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

MEMBRO SUPERIOR - Lado Direito

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve

☒ (X) 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

MEMBRO INFERIOR - Lado Direito

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve

☒ (X) 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve

☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

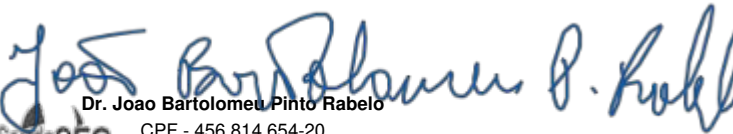
Região Corporal (Sequela):

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve

☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Dr. Joao Bartolomeu Pinto Rabelo
CPF - 456.814.654-20
CRM/PB - 4518



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190023086
Nome do(a) Examinado(a): Alexandro Agripino da Silva
Endereço do(a) Examinado(a): Avenida Ambrosio Miranda de Araujo, 75
Renascer Cabedelo PB CEP: 58108-232
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PB] 3231506
Data local do acidente: [01/08/2017]
Data local do exame: [01/02/2019] Joao Pessoa [PB]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

**FRATURA EXPOSTA DO FÊMUR DIREITO DISTAL.
FRATURA EXPOSTA DA TÍBIA DIREITA PROXIMAL.
FRATURA EXPOSTA DA PATELA DIREITA.
FRATURA DO ANTEBRAÇO DIREITO.
FRATURA DA MÃO DIREITA (METACARPO E FALANGES)**

- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Tratamento: REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO DE URGÊNCIA COM USO DE FIXADORES EXTERNO NO MEMBRO INFERIOR DIREITO TRANSARTICULAR, OSTEOSSÍNTESE DA FRATURA DE ANTEBRAÇO COM PLACA E PARAFUSOS, OSTEOSSÍNTESE DA FRATURA DA PATELA DIREITA COM CERCLAGEM, OSTEOSSÍNTESE COM FIOS DE KIRSCHNER NA MÃO DIREITA.

Complicações: EVOLUIU COM INFECÇÃO NA PERNA TENDO SIDO SUBMETIDO A DIVERSOS PROCEDIMENTOS PARA LIMPEZA MECÂNICA CIRÚRGICA E TROCA DE FIXADOR LINEAR POR FIXADOR CIRCULAR DE ILIZAROV, E ANTIBIÓTICO POR TEMPO PROLONGADO E INTERNAÇÃO HOSPITALAR PROLONGADA. EVOLUIU TAMBÉM COM CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DA FRATURA DO ANTEBRAÇO COM DEFORMIDADE.

Data da Alta: 28/11/2018

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

AO EXAME FÍSICO APRESENTA MARCHA COM MULETAS, CICATRIZES CIRÚRGICAS NO MEMBRO SUPERIOR DIREITO E MEMBRO INFERIOR DIREITO, DEFORMIDADE DO ANTEBRAÇO DIREITO, LIMITAÇÃO DA PRONO-SUPINAÇÃO, DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO, ANQUILOSE DO JOELHO DIREITO, ENCURTAMENTO APARENTE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR DO TORNOZELO DIREITO, DEFICIT DE FORÇA MOTORA GRAVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

☒ (X) Sim ☐ () Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

☒ (X) Sim ☐ () Não

- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

APRESENTA DEFORMIDADE NO ANTEBRAÇO DIREITO, COM LIMITAÇÃO DA PRONO-SUPINAÇÃO DO ANTEBRAÇO E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO, ANQUILOSE DA ARTICULAÇÃO DO JOELHO DIREITO, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR DO TORNOZELO DIREITO, ENCURTAMENTO APARENTE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO, MARCHA COM MULETAS AXILARES, DEFICIT DE FORÇA MOTORA GRAVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

☐ () "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

☐ () "Sem sequela permanente"

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

MEMBRO SUPERIOR - Lado Direito

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve

☒ (X) 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

MEMBRO INFERIOR - Lado Direito

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve

☒ (X) 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve

☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

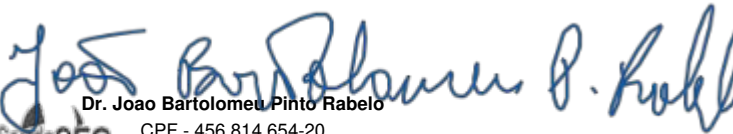
Região Corporal (Sequela):

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve

☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Dr. Joao Bartolomeu Pinto Rabelo
CPF - 456.814.654-20
CRM/PB - 4518





BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Ocorrência nº. 1007/2018

Aos **01 (11)** dias do mês de Novembro **(11)** do ano de **DOIS MIL E DEZOITO (2018)**, nesta cidade de **CABEDELO/PB**, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do (a) Bacharel (a) **Isaias Olegário da Silva**, Delegado (a) de Polícia Civil, comigo, Escrivão de Polícia Civil aí, por volta **15.20 horas**, compareceu a **PESSOA a seguir qualificada:**

ALEXANDRO AGRIPINO DA SILVA, BRASILEIRO, SOLTEIRO, NATURAL DE SAPÉ-PB, FILHO DE JOSE AGRIPINO DA SILVA E DE MARIA JOSEFA DA CONCEIÇÃO, COM 35 ANOS DE IDADE, NASCIDA EM 11/09/1983, PEDREIRO, RESIDENTE NA RUA ANBROSIO MIRANDA DE ARAUJO, 73- RENASCER III - CABEDELO - JOÃO PESSOA-PB. PORTADORA DO RG 3231506- SEDS- CIC -068.653.604.51, FONE 83 9 8647-5546

Onde lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de **FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299)**, tendo declarado que compareceu a esta **Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar** conforme a seguir enumerado:

Natureza do fato: ACIDENTE DE TRANSITO

QUE O NOTICIANTE INFORMA QUE NO DIA 1º DE AGOSTO DE 2017, TRAFEGAVA DE MOTO, RETORNANDO DA CIDADE DE SANTA RITA, COM DESTINO A CIDADE DE CABEDELO, POR VOLTA DAS 02.30HS, QUANDO FOI DE ENCONTRO A UM OBJETO, AO LONGO DA BR, FRATURANDO A TÍBIA, O JOELHO, A MÃO, BRAÇO, SENDO SOCORRIDO PELO CORPO DE BOMBEIROS, PARA O HOSPITAL DE TRAUMAS SENADOR HUMBERTO LUCENA, ONDE PASSOU 07 (SETE) MESES INTERNADO CONFORME PRONTUARIO 103401, Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo (a) notificante, e por mim, Escrivão de Polícia Civil que o digitei.

Alexandro Agripino da Silva

ALEXANDRO AGRIPINO DA SILVA
NOTICIANTE

ESCRIVÃO DE POLÍCIA CIVIL



[Handwritten signature]

[Handwritten signature]
Delegado - Matr. 61.169.7

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CIL da vítima: CG3 653 604-57 Nome completo da vítima: ALEXANDRO AGRUPINO DA SILVA

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

Nome completo: ALEXANDRO AGRUPINO DA SILVA CPF: CG3 653 604-57
Profissão: PEDEIREIRO Endereço: RUA AMBROSIO MIRANDA DE ALMEIDA Número: 75 Complemento: _____
Bairro: PENAFORTE Cidade: CABEDELO Estado: PIB CEP: 58.108-232
E-mail: _____ Tel (DDD): (83) 39983 8652

Declaro, para todos os fins do direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo [ANEXAR CÓPIA].

DADOS CADASTRAIS

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

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

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

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

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0729 CONTA: 35 682
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 5.294/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: _____ Falecidos: _____

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

Local e Data: João Pessoa, 08/03/2019
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A RGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

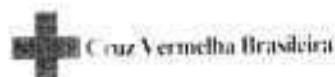
1º Nome: _____
CPF: _____
2º Nome: _____
CPF: _____

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

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



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

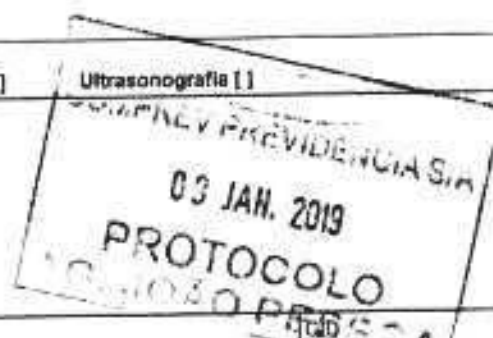
RUA ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM - CNES: 1112234 - Tel.:

Boletim de Atendimento: 1017297



Identificação do paciente				
ID 1195609	Nome ALEXANDRO AGRIPINO DA SILVA			Sexo Masculino
Data de nascimento 11/08/1983	Idade 35 anos 3 meses 28 dias	Estado civil	Religião	Prontuário 103401
Mãe MARIA JOSEFA DA CONCEICAO			Pai JOSE AGRIPINO DA SILVA	
Escolaridade			Responsável (Parentesco) MARIA APARECIDA - ESPOSO(A)	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 987863782	DDD Fixo		Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3231506	Nº Cns 700705963986980		
Local de procedência RENASCER II		Tipo BAIRRO	UF PB	
Email	Naturalidade SAPE	CBO/R		
Endereço				
CEP 58310000	Município de residência CABEDELO	UF PB	Logradouro PARQUE ESPERANCA	
Número SN	Complemento	Bairro RENASCER 2		
Admissão				
Data e Hora 01/08/2017 03:39:52	Número da pulseira 100004183791		Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica			
Classificação de risco		Origem do paciente RUA		
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS		
Indicadores e Transporte				
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não	
Meio de transporte SAMU		Quem transportou		
Sinais Vitais				
PA X mmHg		Pulso	Temperatura	
Exames complementares				
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []
ECG []				
Ultrasonografia []				
Dados clínicos				
Diagnóstico				
Atendido por AURINEIDE QUEIROGA DANTAS				Tempo 02min 25seg

Imprimir



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 06/02/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 9.450,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ALEXANDRO AGRIPINO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00729

CONTA: 000000035689-7

Nr. da Autenticação C165D29E61070A34

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal

Documento não é obrigatório para a conta

Para mais informações, consulte o site da Energisa ou ligue 0800-014742. Nº 014.742.979



ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
R. 230, Pte 25 - Centro Industrial - João Pessoa / PB - CEP 58071-400
CNPJ 09.095.161/0001-48 Ins. Est. 18.215.875-8

DADOS DO CLIENTE

LUZINETE BENTO DA SILVA
AV AMBROSIO MIRANDA ARAUJO 75
CABEDELO

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/232726-0

REFERÊNCIA

OUT/2018

APRESENTAÇÃO

29/10/2018

CONSUMO

15

VENCIMENTO

06/11/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 26,38

Assine: www.energisa.com.br



LUZINETE BENTO DA SILVA

Rotômetro: 17-013-391-3980

83600000000-7 26389854000-1 02327262018-0 10900013019-4

VENCIMENTO

06/11/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 26,38

MATRICULA

232726-2018- 10-0



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

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 SUSEP¹ 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 COAF².

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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu, IVANA BRAN DE A. SHERMAN inscrito (a) no CPF/CNPJ 022.665.294-11
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário ALEXANDRE AGUIPINO DA SILVA inscrito
(a) no CPF sob o Nº 068.653.604/51, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima
ALEXANDRE AGUIPINO DA SILVA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 068.653.604/51, conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso 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 <u>AV. JOÃO MALHADO</u>		Número <u>845</u>	Complemento _____
Bairro <u>CENTRO</u>	Cidade <u>JOÃO PESSOA</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58013-520</u>
Email _____		Telefone comercial(DDD) _____	Telefone celular (DDD) <u>(83) 99983.8652</u>

JOÃO PESSOA, 05 de JANEIRO de 2019
Local e Data

IVANA BRAN DE A. SHERMAN
Assinatura do Declarante




Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, WILLINGTON DE SOUZA SILVA,
RG nº 2.013.115, data de expedição 09/05/12, Órgão SSDC,
portador do CPF nº 084179374-16, com Domicílio na
cidade de CABEDIELLO, no Estado de PARAÍBÁ, onde
resido na (Rua/Avenida/Estrada) Rua D. J. GILBERTO,
nº 513, complemento CABEDIELLO, declaro, sob as penas da Lei, que
o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente
ocorrido com a vítima ALEXANDRE AGUIRRE DA SILVA,
cujo o condutor era ALEXANDRE AGUIRRE DA SILVA.

Veículo: HONDA CG 125
Ano: 2011
Modelo: 2011
Placa: NGH 2355 / PB
Chassi: 9C2JG4110BR721635
Data do acidente: 01/08/2012

Local e data: João Pessoa, 14 de novembro de 2012

 Willington de Souza Silva
Assinatura do Declarante Proprietário
(Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)



X _____
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro) (Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade) Descrição do Status



Figueiredo Dornelas Serviço Notarial e Registro

Of. de Notas e Protestos de Câmbio - Paraíba
Rua da Paraíba, 10 - CEP: 51.010-000 - João Pessoa - PB

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a firma eletrônica de
WILLINGTON DE SOUZA SILVA
Em test. da verdade, Cabedelo-PB 08/11/2012 12:41:16
Robson Roberto Alexandre Martins - Preposto
(2010-011441JEMOL:RS #9,48 FAPEN:RS 0,28 FEPJ:RS 1,93 ISS:RS 0,47
SELO DIGITAL: AHT17208-TUWH
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tpe.tns.br>





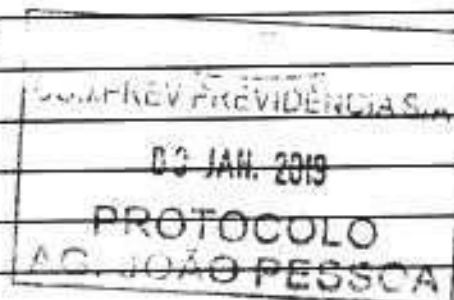
LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE Alexandro Agripino da Silva
DATA DE NASCIMENTO 11/09/83
NOME DA MÃE Maria Josefa da Coinceição

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º 103401
BOLETIM DE ENTRADA N.º 1017297
DATA DO ATENDIMENTO 01/08/17
HORA DO ATENDIMENTO 03:39
MOTIVO DO ATENDIMENTO Acidente de moto
DIAGNÓSTICO (S) Fratura de fêmur D, antebraço D, patela D, perna D
CID 10 S72.4 S52.2 S42.0 S82.2



AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de acidente de moto, apresentando fratura exposta em fêmur distal direito, fratura exposta em patela direita, fratura exposta em antebraço direito, fratura de 5º metacarpo, fratura exposta de falange proximal do 3º dedo. Avaliado pela Traumatologia e internado para tratamento cirúrgico, evoluindo com osteomielite, tratado conforme descrito em tratamento.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX tórax, bacia, braço D, coxa D, joelho D, perna D: Fratura de fêmur D, patela D, Perna Dosso do antebraço D, 3º QDD

TRATAMENTO:

Redução e fixação provisória de fratura de fêmur D, limpeza mecânico-cirúrgica do joelho, tratamento cirúrgico de fratura da patela D, redução com fixação definitiva em fratura do antebraço D, fixação provisória de fratura de falange proximal do 3º dedo (realizado em 01/08/17). Tratamento cirúrgico de osteomielite de fêmur distal D (realizado em 08/08/17). Limpeza mecânico-cirúrgica e coleta de material para cultura (realizado em 12/08/17). Limpeza mecânico-cirúrgica em joelho D (realizado em 15/08/17). Limpeza mecânico-cirúrgica + desbridamento em joelho D (realizado em 02/09/17). Limpeza mecânico cirúrgica + fixador externo em perna D (realizado em 16/09/17). LMC em coxa D e perna D + reposicionamento de fixador de joelho D (realizado em 16/09/17). Retirada de fixador externo em perna D (realizado em 22/09/17). LMC + coleta de fragmento ósseo para cultura (realizado em 11/10/17). Tratamento cirúrgico de pseudoartrose de fêmur distal e luxação de joelho (realizado em 10/11/17). Tratamento cirúrgico de osteomielite de fêmur direito (realizado em 25/11/17). LMC + desbridamento com coleta de material para cultura (realizado em 22/12/17). Antibioticoterapia.

ALTA HOSPITALAR: 27/02/18
DATA DA EMISSÃO: 15/05/18

Dr. Juan Jaime Alcoba Arce
CRM: 3323/PB



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

RELATÓRIO DE CIRURGIA

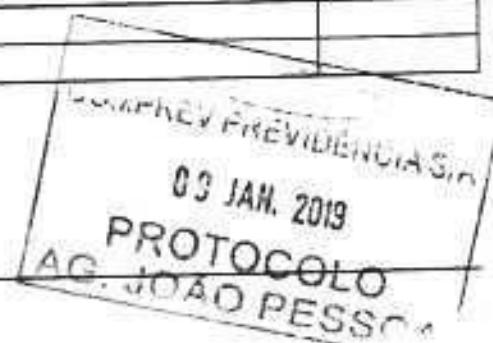
02/09/2017

NOME: **ALEXANDRO AGRIPINO DA SILVA** BE/PRONTUÁRIO: **1017297**
IDADE: **33** SEXO: ☒ MASC ☐ FEM COR: DATA: **02/09/2017**
CLÍNICA /SETOR: **ORTOPEDIA** EMP: LR:
CIRURGIA: **LIMPEZA MECANICO CIRURGICA E DESBRIDAMENTO CIRURGICO**
CIRURGIÃO: **DR. RODRIGO AMARAL** 1º ASS: **DR. MILTON BARBOSA**
2º ASS: **MR2 GLAUBER** 3º ASS:
INSTRUMENTADOR: ANESTESISTA:
TIPO DE ANESTESIA: **RAQUIANESTESIA** HORÁRIO INÍCIO: TÉRMINO:

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO	CID
FERIMENTO EXTENSO EM JOELHO DIREITO	

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	CÓDIGO
LMC + DESBRIDAMENTO CIRURGICO	

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



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

MÉDICO/CRM: DATA: **02/09/2017**

Dr. Pedro Henrique Freitas
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-SP 10575

Nota de Sala Cirúrgica

NOME DO PACIENTE: Alexandre Albuquerque da Silva
 DATA: 23 DE Julho DE 2019 HORA: 12:45 LOCAL: ENFERMARIA LEITO: 1330
 CIRURGIÃO: Dr. Alexandre Albuquerque da Silva
 ANESTESIA: Medicação com Soro Fisiológico
 ANESTESISTA: Dr. André
 INSTRUMENTADOR: Dr. André
 DATA: 23/07/19 HORA: 12:45 CIRURGIÃO: Dr. Alexandre Albuquerque da Silva FIM: 13:30
 ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS):
 ASA I (ASA 2) (ASA 3) (ASA 4) (ASA 5)
 GRAU DE CONTAMINAÇÃO: () LIMPA () CONTAMINADA () INFECTADA () POTENCIALMENTE CONTAMINADA

MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.
ALFENTANIL	5 F 500mc	JELCO Nº18		PIO CAT GUT CROMADO Nº	
RUPIVACAÍNA ISOMÉRICA	5 F 500mc	JELCO Nº20		PIO CAT GUT CROMADO Nº	
RUPIVACAÍNA PESADA		JELCO Nº22		PIO DE AÇO Nº	
CETAMINA		JELCO Nº24		PIO DE AÇO Nº	
LIDOCARBAÍNA		KIT SIST. DREN. TORÁCICA Nº		PIO DE NYLON Nº	
ETIDRÍDIO		LÂMINA BISTURI Nº1		PIO DE NYLON Nº	
FENOBARBITAL		LÂMINA BISTURI Nº13		PIO DE NYLON Nº	
PENTANIL		LÂMINA BISTURI Nº23		PIO POLILACTINA Nº	
FLUMAZENIL		LÂMINA BISTURI Nº24		PIO POLILACTINA Nº	
ROFOLITANO		LÂMINA DE DERMATOMO		PIO POLILACTINA Nº	
LEVOBUPIVACAÍNA C/ VASO		LÂMINA DE ENXERTO		PIO POLIPROPILENO Nº	
LEVOBUPIVACAÍNA S/ VASO		LUV. DE PROCEDIMENTO PAR.	10	PIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCARBAÍNA C/ VASO		LUV. ESTERIL Nº70		PIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCARBAÍNA S/ VASO		LUV. ESTERIL Nº73	02	PIO POLILACTINA Nº	
MIDAZOLAM		LUV. ESTERIL Nº70		PIO POLILACTINA Nº	
MORFINA		LUV. ESTERIL Nº73		PIO POLILACTINA Nº	
NOBILUM		MÁSCARA CIRÚRGICA	10	MATERIAL ESPECIAL	QTD.
PANCURÔNIO		MULTIVIAS		CATETER DE PK	
PETIDINA		PERFORADOR DE SORO		CIMENTO CIRÚRGICO	
PROPOFOL		SCALP Nº19		CLIP TITÂNIO LIGADURA	
RAMIFENTANIL		SCALP Nº21		PIO DE KIRSCHNER Nº	
ROCURÔNIO		SERINGA 3ML	01	PIO DE KIRSCHNER Nº	
SEVOFLURANO		SERINGA 3ML		PIO STEINMAN Nº	
SUXAMETÔNIO		SERINGA 10ML	03	PIO STEINMAN Nº	
TIOPENTAL		SERINGA 20ML		GRAMPEADOR CIRÚRGICO	
ADRENALINA		SERINGA 20ML		HIMOST. ABSORVÍVEL	
ÁGUA DESTILADA		BOLSA P/ COLESTOMIA		KIT DERIVA VENTRICULAR	
ATROPINA		CÂNULA P/ TRAQUEOSTOMIA Nº		PROTESE VASCULAR	
BEXTRA		CATETER DE DRENAGEM	01	KIT. PAM	
CETAROLINA		CATETER EMBOLIC. ARTERIAL Nº		FIXADOR EXTERNO	
DEXAMETASONA		CATETER EPIDURAL Nº18		EMPRESA	
DIPIRONA SÓDICA		CATETER EPIDURAL Nº17		PARAFUSOS CORTICAIS	
EFEDRINA		CATETER EPIDURAL Nº18		PARAFUSOS CORTICAIS	
FLUORESCÉNCIA		CATETER EPIDURAL Nº19		PARAFUSOS ESPONJOSOS	
GLICOSE 50%		CATETER EPIDURAL Nº20		PARAFUSOS ESPONJOSOS	
GLUCONATO DE CÁLCIO		CATETER EPIDURAL Nº21		PARAFUSOS MALEOLAS	
HIIDROCORTISONA		CATETER EPIDURAL Nº22		PARAFUSOS MALEOLAS	
LIDOCARBAÍNA GELÉIA		CATETER EPIDURAL Nº23		PLACA	
LINDASETRONA		CATETER EPIDURAL Nº24		PLACA	
PLASIL		CATETER EPIDURAL Nº25		EQUIPAMENTOS	
PROSTIGMINE		CATETER EPIDURAL Nº26		() ASPIRADOR	
PROTAMINA		CATETER EPIDURAL Nº27		() BISTURI ELÉTRICO	
TENDONICAN		CATETER EPIDURAL Nº28		() CAPNOGRÁFO	
		CATETER EPIDURAL Nº29		() CARDIOMONITOR	
		CATETER EPIDURAL Nº30		() DESFIBRILADOR	
		CATETER EPIDURAL Nº31		() FOCO AUXILIAR	
		CATETER EPIDURAL Nº32		() FOCO CENTRAL	
		CATETER EPIDURAL Nº33		() MICROSCÓPIO	
		CATETER EPIDURAL Nº34		() MONITOR DE PULSO	
		CATETER EPIDURAL Nº35		() OPA. NÃO INVASIVA	
		CATETER EPIDURAL Nº36		() PERFORADOR ELÉTRICO	
		CATETER EPIDURAL Nº37		() SERRA	
		CATETER EPIDURAL Nº38		CIRCULANTE	
		CATETER EPIDURAL Nº39			
		CATETER EPIDURAL Nº40			
		CATETER EPIDURAL Nº41			
		CATETER EPIDURAL Nº42			
		CATETER EPIDURAL Nº43			
		CATETER EPIDURAL Nº44			
		CATETER EPIDURAL Nº45			
		CATETER EPIDURAL Nº46			
		CATETER EPIDURAL Nº47			
		CATETER EPIDURAL Nº48			
		CATETER EPIDURAL Nº49			
		CATETER EPIDURAL Nº50			

Assinatura: Dr. Alexandre Albuquerque da Silva
 Data: 23/07/19

FICHA DE ANESTESIA

DATA: 02/02/17

PRONTUÁRIO: 1017297

PACIENTE: **ALEXANDRO AGRIPINO DA SILVA** SEXO: **M** COR: **N** IDADE: **33 anos**

PRESSÃO ARTERIAL **120x80** PULSO **82** RESPIRAÇÃO **12** TEMPERATURA PESO GRUPO SANGÜÍNEO
ESTADO GERAL () BOM (X) REGULAR () MAU () PÉSSIMO RISCO CIRÚRGICO () BOM (X) REGULAR () MAU () PÉSSIMO

EXAMES COMPLEMENTARES **VER PRONTUÁRIO / ALÉRGICO À DIPIRONA**

AP. RESPIRATÓRIO **MV+ em 40L/min** AP. CIRCULATÓRIO

AP. DIGESTIVO **EM JEJUNO** ESTADO MENTAL **ORIENTADO** DROGAS EM USO

PRÉ-ANESTÉSICO DOSE/HORA ESTADO FÍSICO (ASA) **I**

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO **FRATURA DE RÔMUL (D)**

CIRURGIA REALIZADA **LIMPEZA CIRÚRGICA DE RÔMUL (D)**

CIRURGIÃO **DR. 12** AUXILIARES **DR. GLENN**

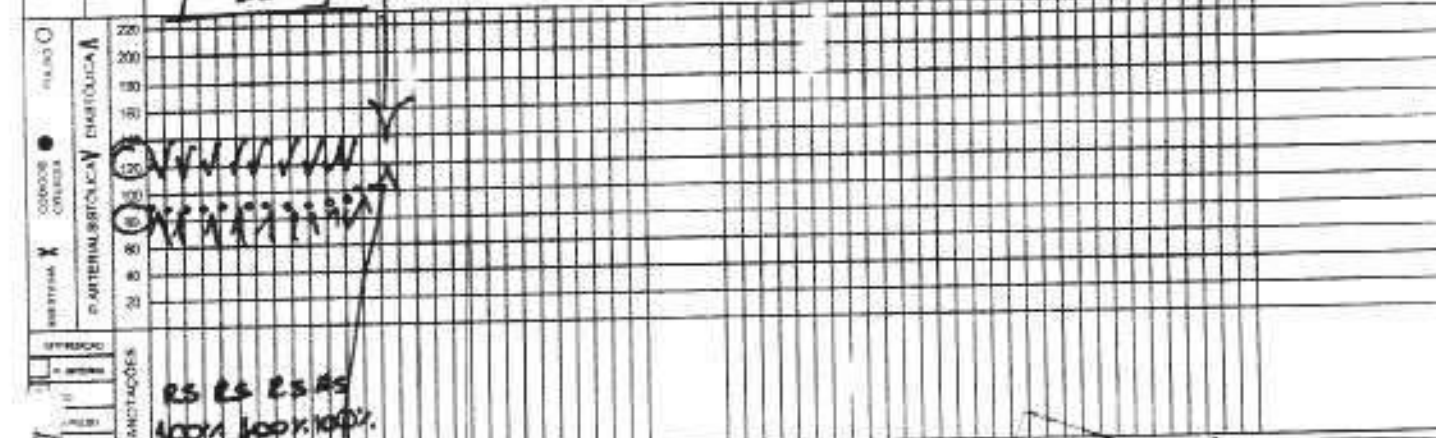
INÍCIO DA ANESTESIA **12:45** TÉRMINO DA ANESTESIA **13:30hs** DURAÇÃO DA ANESTESIA **45 minutos**

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO QUANT. DE CH VALORES R\$

ANESTESISTA **DR. ANDRÉ** CPF CRM-PB

12:45 **13:30**

200ml



☐ ANESTESIA GERAL ☐ RAQUIDIANA ☐ EPIDURAL ☐ BLOC PLEXO ☐ BLOQUEIO NERVOS ☒ OUTROS **SENAC**

TECNICA

USUÁRIO	USUÁRIO	MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NOATO ANESTÉSICO	
GLUCOSE	1	Propofol 50mg	11
ROCA	2	Rufanil 100mg EV	12
PARAL	3	Daunomid 5mg	13
ROCA	4	Dexametasona 10mg EV	14
ROCA	5	Hidrocortisona 500mg EV	15
ROCA	6	Fenilalanina 100mg EV	16
ROCA	7		17
ROCA	8		18
ROCA	9		19
ROCA	10		20

TECNICA: Paciente monitorizado, submetido à ventilação com jato, em pH, Rito SENAC com ①, ② e ③. Efeito satisfatório.



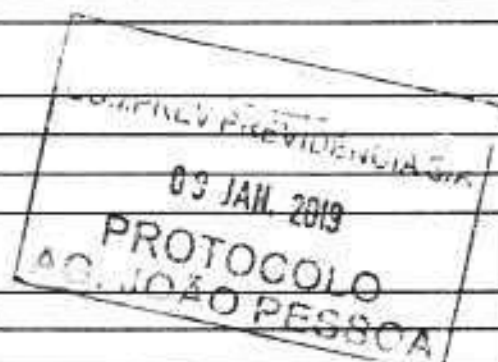
UNIVERSIDADE
BRASIL

RELATÓRIO DE CIRURGIA

MEETSHI

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA
Posição e Preparo:
ANTIBIOTICOPROFILAXIA
PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA
ASSEPSIA E ANTISSEPISIA
APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS
Incisão:
Achados:
FERIMENTO EXTENSO EM JOELHO
Conduta:
LAVAGEM EXAUSTIVA COM SF 0,9%
REVISÃO DE HEMOSTASIA

Fechamento:
FECHAMENTO POR PLANOS ANATOMICOS
CURATIVO
Observação:



Médico/CRM:

João Pessoa,

02/09/2017

Nome: Alexandro Aguiar de Jesus BE/Prontuário: _____

Idade: _____ Sexo: ☒ Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 15/08/17

Clínica/Setor: _____ EMP: _____ LR: _____

Cirurgia: hmb do tálho

Cirurgião: Jm. Orlando 1º Assistente: Jm. Tóco Rodriguez

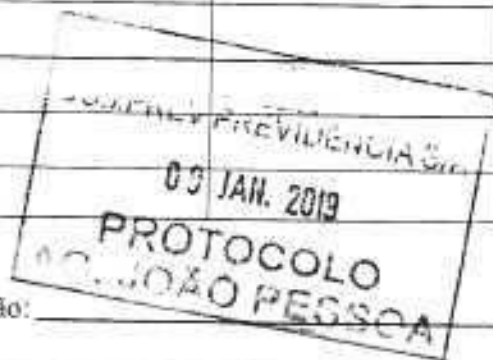
2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____

Instrumentador: _____ Anestésista: _____

Tipo de Anestesia: _____ Horário: Início _____ : _____ Término _____ : _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>1) Ferimento de parede no tálho</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>hmb no tálho</u>	



Acidente durante Ato Cirúrgico: () Sim () Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelação: () Sim () Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

() Enfermaria () Terapia Intensa () Residência () Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM: _____

João Pessoa, 15/08/17

Nota de Sala Cirúrgica

NOME DO PACIENTE	Alexandre Aguiar da Silva		
IDADE	33	RE	10/7292
CIRURGIÃO	Luzianna Cirurgião de Ferimentos de Fêmur D.		
CIRURGIÃO	Dr. Wilson de Paula		
ANESTESIA	Rafaela Anestesia + Sedação		
ANESTESISTA	Dr. Hercules		
INSTRUMENTADOR			
DATA	15/03/17	TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA INÍCIO	11:30
		CIRURGIÃO	PM 12:00
ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)			
ASA 1 (ASA 2) (ASA 3) (ASA 4) (ASA 5)			
GRAU DE CONTAMINAÇÃO (1) LIMPA (2) CONTAMINADA (3) INFECTADA (4) POTENCIALMENTE CONTAMINADA			
MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS QTD.			
ALFENTANIL		G. R. 150	
BUPIVACAÍNA ISOMÉRICA			
BUPIVACAÍNA PESADA	1	S.F. 100mg	
CETAMINA		300 mg	
UROPERIDOL			
ETOMIDATO			
FENOBARBITAL		ALCOOL ETILICO 90%	
FENTANIL		PVP DEGERMANTE	
FLUMAZENIL		PVP TINTURA	
ISOPRURANO		PVP TÓPICO	
LEVORUPIVACAÍNA C/ VASO		SABÃO ANTISÉPTICO	
LEVORUPIVACAÍNA S/ VASO			
LIDOCAÍNA C/ VASO		AGULHA 13X4,5	
LIDOCAÍNA S/ VASO +		AGULHA 25X07	
MIDAZOLAM	1	AGULHA 25X08	
MORFINA	1	AGULHA 40X12	
NUMBUM		AGULHA PERIDURAL Nº16	
PANCURÔNIO		AGULHA PERIDURAL Nº17	
PETIDINA		AGULHA PERIDURAL Nº18	
PROPÓFOL		AGULHA RAQUÍ Nº26	
RAMIFENTANIL		AGULHA RAQUÍ Nº26	
ROCURÔNIO		AGULHA RAQUÍ Nº27	
SEVOFLURANO		ALGODÃO ORTOPÉDICO	
SUXAMETÔNIO		ATADURA DE CREPON	
TIOPENTAL		ATADURA CESSADA	
MEDICAÇÕES		QTD.	
ADRENALINA		BOLSA PL. COLISTOMINA	
ÁGUA DESTILADA		CÂNULA N° TRAQUEOSTOMIA	
ATROPINA		CATETER DE OXIGÊNIO	
BEXTRA		CATETER EMBOLO. ARTERIAL N°	
CEFAZOLINA		CATETER EPIDURAL Nº16	
DEXAMETASONA	1	CATETER EPIDURAL Nº17	
DIPIRONA SÓDICA		CATETER EPIDURAL Nº18	
EPIEDRINA	1	CERA PARA OSSO	
FLUORESCÉIN		COLET. URINA FECHADO	
GLICOSE 50%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	
GLUCONATO DE CÁLCIO		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	
HIDROCORTISONA		DRENO DE PENROSE	
LIDOCAÍNA GELÉIA		DRENO DE SUÇÃO	
ONDASENTRONA	1	ELETRODOS	
PLASIL		EQUIPO MACROGOTAS	
PROSTIGMINE		EQUIPO TRANSP. SANGUE	
PROTAMINA		ESPONJA DE PVH	
TENDOCAN		ESPARADRAPO	
	1	GAZES	
		GAZES ALGODOADAS	
		GEL ELETROLÍTICO	
		JELCO Nº4	
		JELCO Nº15	
		Gorro de PT	
		Proteção de PT	
MATERIAIS CONT.		QTD.	
JELCO Nº18			
JELCO Nº20			
JELCO Nº22			
JELCO Nº24			
KIT SIST. DREN. TORÁCICA N°			
LÂMINA BISTURI Nº11			
LÂMINA BISTURI Nº15			
LÂMINA BISTURI Nº21			
LÂMINA BISTURI Nº24			
LÂMINA DE DERMATOMO			
LÂMINA DE ENXERTO			
LUVA DE PROCEDIMENTO PAR.			
LUVA ESTÉRIL Nº7.0			
LUVA ESTÉRIL Nº7.5			
LUVA ESTÉRIL Nº8.0			
LUVA ESTÉRIL Nº8.5			
MÁSCARA CIRÚRGICA			
MULTIVIAS			
PERFORADOR DE SORO			
SCALP Nº19			
SCALP Nº21			
SERINGA 3ML			
SERINGA 5ML			
SERINGA 10ML			
SERINGA 20ML			
SONDA ASP. TRAQUEAL Nº8			
SONDA ASP. TRAQUEAL Nº10			
SONDA ASP. TRAQUEAL Nº12			
SONDA ASP. TRAQUEAL Nº14			
SONDA ASP. TRAQUEAL Nº16			
SONDA FOLEY 2VIAS Nº12			
SONDA FOLEY 2VIAS Nº14			
SONDA NASOG. CURTA			
SONDA NASOG. LONGA			
SONDA URETRAL N°			
TORNEIRINHA			
TUBO ENDOTRAQUEAL N°			
TUBO ENDOTRAQUEAL N°			
TUBO ENDOTRAQUEAL N°			
TUBO SILICONE (LATEX)			
FIO CAT GUT CROMADO N°			
FIO CAT GUT CROMADO N°			
FIO DE AÇO N°			
FIO DE AÇO N°			
FIO DE NYLON N°			
FIO DE NYLON N°			
FIO DE NYLON N°			
FIO POLILACTINA N°			
FIO POLILACTINA N°			
FIO POLILACTINA N°			
FIO POLIPROPILENO N°			
FIO POLIPROPILENO N°			
FIO POLIGLECAPRONE N°			
FIO SEDA N°			
FITA CARDÍACA			
MATERIAL ESPECIAL		QTD.	
CATETER DE PIC			
CIMENTO CIRÚRGICO			
CLIP TITÂNIO LIGADURA			
FIO DE KIRSCHNER N°			
FIO DE KIRSCHNER N°			
FIO STEINMAN N°			
FIO STEINMAN N°			
GRAMPEADOR CIRÚRGICO			
HIMOST. ABSORVIVEL			
KIT DERIVA VENTRICULAR			
PRÓTESE VASCULAR			
KIT PAM			
FIXADOR EXTERNO			
EMPRESA			
PARAFUSOS CORTICAIS			
PARAFUSOS CORTICAIS			
PARAFUSOS ESPONJOSO			
PARAFUSOS ESPONJOSO			
PARAFUSOS MALEOLAR			
PARAFUSOS MALEOLAR			
PLACA			
PLACA			
EQUIPAMENTOS			
ASPIRADOR			
BISTURI ELÉTRICO			
CARDIOMONITOR			
DESBIBLADOR			
FOCO AUXILIAR			
FOCO CENTRAL			
MICROSCOPIO			
PULSÍMETRO DE PULSO			
PUNTA INVASIVA INVASIVA			
PERFORADOR ELÉTRICO			
SERRA			
CIRCULANTE			

03 JAN. 2019
PROTOCOLO
DA PESSOA

ASSINATURA
NOME
Cirurgião

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- Posição decúbito dorsal Horizontal Sol
Anterior
- Membro + estéril

Incisão:

- 7cm Incisão

Achados:

- Secção Amulata + odor fétido em região
de Tórax.

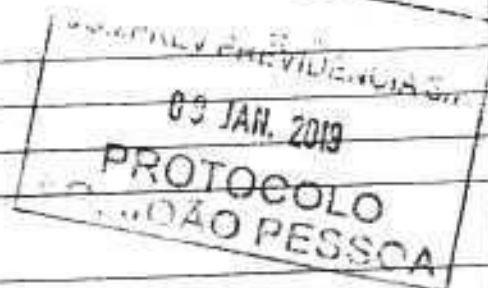
Conduta:

- Clotura de Ferida (de 2 pontos)
- Desbridamento de grande quantidade de
Secção Amulata em região de Tórax.
- Lavagem extensiva de Ferida com
DFO 9%.

Fechamento:

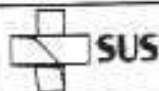
- Fechamento por Primária
- Curativos estéril.

Observação:



Médico/CRM:

João Pessoa, 15.08.17



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

Folha 1/2

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: _____

2 - CNES: _____

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: **HESS HL**

4 - CNES: **32108127**

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: **Alexandre Agripino da Silva**

6 - Nº DO PRONTUÁRIO: **1017297**

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): _____

8 - DATA DE NASCIMENTO: **1/1**

9 - SEXO: **Masc. 01** **Fem. 03**

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: _____

11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE: _____

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): _____

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: _____

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO: _____

15 - UF: _____

16 - CEP: _____

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH): _____

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR: _____

19 - COD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR: _____

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: **FIXADORES EXTERNOS**

21 - COD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA: **10/2015**

22 - DIAGNÓSTICO INICIAL: _____

23 - COD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA: **10/2015**

24 - COD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA: **10/2015**

25 - COD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA: **10/2015**

26 - COD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA: **10/2015**

27 - COD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA: **10/2015**

28 - COD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA: **10/2015**

29 - COD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA: **10/2015**

30 - COD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA: **10/2015**

31 - COD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA: **10/2015**

32 - COD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA: **10/2015**

33 - COD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA: **10/2015**

34 - COD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA: **10/2015**

35 - COD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA: **10/2015**

36 - COD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA: **10/2015**

37 - COD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA: **10/2015**

38 - COD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA: **10/2015**

39 - COD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA: **10/2015**

40 - COD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA: **10/2015**

41 - COD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA: **10/2015**

42 - COD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA: **10/2015**

43 - COD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA: **10/2015**

44 - COD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA: **10/2015**

45 - COD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA: **10/2015**

46 - COD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA: **10/2015**

47 - COD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA: **10/2015**

48 - COD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA: **10/2015**

49 - COD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA: **10/2015**

50 - COD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA: **10/2015**

51 - COD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA: **10/2015**

52 - COD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA: **10/2015**

53 - COD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA: **10/2015**

54 - COD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA: **10/2015**

55 - COD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA: **10/2015**

56 - COD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA: **10/2015**

57 - COD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA: **10/2015**

58 - COD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA: **10/2015**

59 - COD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA: **10/2015**

60 - COD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA: **10/2015**

61 - COD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA: **10/2015**

62 - COD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA: **10/2015**

63 - COD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA: **10/2015**

64 - COD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA: **10/2015**

65 - COD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA: **10/2015**

66 - COD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA: **10/2015**

67 - COD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA: **10/2015**

68 - COD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA: **10/2015**

69 - COD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA: **10/2015**

70 - COD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA: **10/2015**

71 - COD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA: **10/2015**

72 - COD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA: **10/2015**

73 - COD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA: **10/2015**

74 - COD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA: **10/2015**

75 - COD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA: **10/2015**

76 - COD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA: **10/2015**

77 - COD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA: **10/2015**

78 - COD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA: **10/2015**

79 - COD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA: **10/2015**

80 - COD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA: **10/2015**

81 - COD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA: **10/2015**

82 - COD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA: **10/2015**

83 - COD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA: **10/2015**

84 - COD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA: **10/2015**

85 - COD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA: **10/2015**

86 - COD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA: **10/2015**

87 - COD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA: **10/2015**

88 - COD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA: **10/2015**

89 - COD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA: **10/2015**

90 - COD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA: **10/2015**

91 - COD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA: **10/2015**

92 - COD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA: **10/2015**

93 - COD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA: **10/2015**

94 - COD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA: **10/2015**

95 - COD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA: **10/2015**

96 - COD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA: **10/2015**

97 - COD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA: **10/2015**

98 - COD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA: **10/2015**

99 - COD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA: **10/2015**

100 - COD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA: **10/2015**

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

01 Fixador Ext. Ossos Médios e Longos.
0x 3,5 Rampago - Neta Usado - (Preca).

PROFISSIONAL SOLICITANTE

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: _____

40 - DATA DA SOLICITAÇÃO: **10/2015**

41 - DOCUMENTO: _____

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

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

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: _____

45 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: **03 JAN 2019**

46 - DOCUMENTO: _____

47 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: _____

48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): _____

PROTOCOLO
LAUDÃO PESSOA



RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEETSII

Nome: Alencar Aguiar do Amaral BE/Prontuário: _____Idade: _____ Sexo: () Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 1/1/1Clínica/Setor: Ortopedia EMP: _____ LR: _____Cirurgia: Ligamento MCL e LCA + artroscopiaCirurgião: Dr. Walter Roberto 1º Assistente: Dr. Luiz Henrique2º Assistente: Dr. Nilton Aguiar 3º Assistente: _____

Instrumentador: _____ Anestesista: _____

Tipo de Anestesia: _____ Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Osteoartrite de Fêmur</u>	

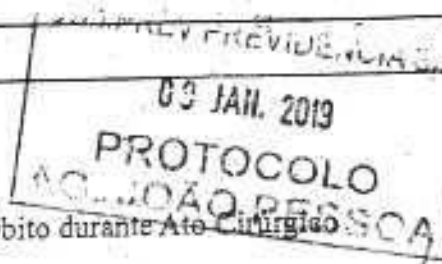
Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Ligamento MCL e LCA</u>	
<u>Artroscopia</u>	
<u>Artroscopia</u>	
<u>Artroscopia</u>	
<u>Artroscopia</u>	
<u>Artroscopia</u>	
<u>Artroscopia</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: () Sim () Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelação: () Sim () Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

(X) Enfermaria () Terapia Intensiva () Residência () Óbito durante Ato Cirúrgico

João Pessoa, 10/01Médico/CRM: TJ

Nota de Sala Cirúrgica

NOME DO PACIENTE: Alexandre Aguiar da Silva
 IDADE: 33 ANOS
 SEXO: M
 CIRURGIÃO: Dr. Roberto Augusto + Reposição de fixador
 ANESTESIA: Raspi
 ANESTESISTA: Dr. João Batista + Sérgio (R2)
 INSTRUMENTADOR: Dr. Roberto Augusto
 DATA: 12/01/13 HORA: 13:30

ÍNDICE DE RISCO DE CRÍTICA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)
 ASA 1 (ASA 2) (ASA 3) (ASA 4) (ASA 5)
 GRAU DE CONTAMINAÇÃO: () LIMPA () CONTAMINADA () CONTECTADA () POTENCIALMENTE CONTAMINADA

MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD	MATERIAIS CONT.	QTD	FIOS	QTD
ALFENTANIL		JELCO N°18		FIO CAT GUT CROMADO N°	
RUPIVACAÍNA ISORARICA		JELCO N°20		FIO CAT GUT CROMADO N°	
RUPIVACAÍNA PESADA	1	JELCO N°22		FIO DE AÇO N°	
CETAMINA	500	JELCO N°24		FIO DE AÇO N°	
DROPERIDOL		KIT SIST. DREN. TORÁXICA N°		FIO DE NYLON N° 20	122
ETOMIDATO		LÂMINA RB* LRI N°11		FIO DE NYLON N° 1	
FENOBARBITAL		LÂMINA BISTURI N°15		FIO DE NYLON N°	
FENTANILA	1	LÂMINA BISTURI N°23		FIO POLIGLACTINA N°	122
FLUMAZENIL		LÂMINA BISTURI N°24		FIO POLIGLACTINA N°	
ISOPFLURANO		LÂMINA DE DERMATO N°		FIO POLIGLACTINA N°	
LEVORUPVACAÍNA C/ VASO		LÂMINA DE ENXERTO		FIO POLIPROPILENO N° 2	17
LEVORUPVACAÍNA S/ VASO		LUVA DE PROCEDIMENTO PAR.	OK	FIO POLIPROPILENO N°	
LIDOCAÍNA C/ VASO		AGULHA 13X4,5	OK	FIO POLIPROPILENO N°	
LIDOCAÍNA S/ VASO +		AGULHA 25X07	OK	FIO POLIGLECAPRONE N°	
MIDAZOLAM	1	AGULHA 25X08	OK	FIO SEDA N°	
MORFINA	0,2	AGULHA 40X12	OK	FITA CARDÍACA	
NIMBILIM		AGULHA PERIDURAL N°18		MATERIAL ESPECIAL	QTD
PANCURÔNIO		AGULHA PERIDURAL N°17		CATETER DE PE	
PETIDINA		AGULHA PERIDURAL N°18		CIMENTO CIRÚRGICO	
PROPÓFOL		AGULHA RAQUÍD N°20		CLIP TITÂNIO LIGADURA	
RAMIFENTANILA		AGULHA RAQUÍD N°20	1	FIO DE KIRSCHNER N°	
ROCURÔNIO		AGULHA RAQUÍD N°20		FIO DE KIRSCHNER N°	
SEVOFLURANO		ALGODÃO ORTOPÉDICO		FIO STEINMAN N°	
SUNAMETÔNIO		ATADURA DE CREPOM	122	FIO STEINMAN N°	
TROPENTIL		ATADURA GESSADA		GRAMPEADOR CIRÚRGICO	
ADRENALINA		BOLSA P/ COCOSTOMIA		HEMOST. ABSORVÍVEL	
ÁGUA DESTILADA	122	CÂNULA P/ TRAQUEOSTOMIA N°		KIT. DERRIVA. VENTRICULAR	
ATROPINA		CATETER DE OXIGÊNIO	1	PROTESE VASCULAR	
BEXTRA		CATETER EMBOLEC. ARTERIAL N°		KIT. PAM	
CEFAZOLINA		CATETER EPIDURAL N°16		FIXADOR EXTERNO	1
DIFENAMETASONA	1	CATETER EPIDURAL N°17		SONDA ASP. TRAQUEAL N°8	
DIPIRONA SÓDICA	1	CATETER EPIDURAL N°18		SONDA ASP. TRAQUEAL N°10	
EFEDRINA		COLET. URINA FECHADO		SONDA ASP. TRAQUEAL N°12	
FLUORSEMIOL		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	122	SONDA ASP. TRAQUEAL N°14	
GLUCORÉ 50%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS		SONDA ASP. TRAQUEAL N°16	
GLUCONATO DE CÁLCIO		DRENO DE PENROSSE		SONDA FOLEY 2VIAS N°12	
HIIDROCORTISONA		DRENO DE SUCCÃO		SONDA FOLEY 2VIAS N°14	
LIDOCAÍNA GELEIA		ELETRODOS	12	SONDA NASOG. CURTA	
ONDASENTRONA	1	EQUIPO MACKUGOTAS	1	SONDA NASOG. LONGA	
PLASIL		EQUIPO TRANSF. SANGUE		SONDA RETRAL N°	
PROSTIDMINE		EQUIPO MICROGOTAS		TORNEIRINHA	1
PROTAMINA		ESPONJA DE PVPI	122	TUBO ENDO. RAQUEAL N°	
TENOXICAN		ESPARADRAPO	OK	TUBO ENDO. RAQUEAL N°	
Serapilina	1	GAZES 12x12	122	TUBO ENDO. RAQUEAL N°	
		GAZES ALGODOADAS		TUBO SILICONE (LATEX)	1
		GEL ELETROLÍTICO	OK		
		JELCO N°14			
		JELCO N°16			

09 JAN. 2013
 PROTOCOLO
 PESSOA

EMPRESA
 Ox 3,5 Amporje
 PARAFUSOS CORTICAIS
 PARAFUSOS ESPONDO
 PARAFUSOS MALBOLAR
 EQUIPAMENTOS
 1 ASPIRADOR
 1 BISTURI ELÉTRICO
 1 CAPNOGRAFO
 1 CARDIOMONITOR
 1 DESFIBRILADOR
 1 FOXO AUXILIAR
 1 FOXO CENTRAL
 1 MICROSCÓPIO
 1 OXÍMETRO DE PULSO
 1 P.A. INVASIVA/ NÃO INVASIVA
 1 PERFURADOR ELÉTRICO
 1 SERRA
 CIRCULANTE

Extensão 11

FICHA DE ANESTESIA

DATA: 12/08/17 PRONTUÁRIO: 1017297

PACIENTE: Alexandre Agripino da Silva SEXO: M COR: IDADE: 33

DIAGNÓSTICO: 130 x 90 PULSO: 83 PRESSÃO: 120/80/77 TEMPERATURA: PESO: GRUPO SANGÜÍNEO:

ESTADO GERAL: () BOM (X) REGULAR () MAL () PESSIMO RISCO CIRÚRGICO: () BOM (X) REGULAR () MAL () PESSIMO

EXAMES COMPLEMENTARES: Clusado AP. RESPIRATÓRIO: estável AP. CIRCULATÓRIO: estável

AP. DIGESTIVO: reflexo ESTADO MENTAL: sedado DROGAS EM USO: ESTADO FÍSICO (ASA): I

PRE-ANESTÉSICO: Fentanil 100mcg + midazolam 2mg

DOSE/HORA:

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Infecção de partes moles da MZP

CIRURGIA REALIZADA: Limpeza cirúrgica de ferida + expansão de L. fibrosa externa

CIRURGIÃO: AUXILIARES:

INÍCIO DA ANESTESIA: 11:15 TÉRMINO DA ANESTESIA: 13:20 DURAÇÃO DA ANESTESIA:

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: Dr. João Batista + Dr. Sérgio R2 VALORES R5:

CRM-PB:

ANESTESIA:

RESPIRADOR:

MONITORIAÇÃO:

ANESTESIA GERAL: ☒ RACIOLINA ☐ SPIRAL ☐ BLOC RENO ☐ SUG. NERVOS ☐ OUTROS

MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

USO	QUANTIDADE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	15 mg										
2	80 mg										
3	8 mg										
4	4 mg										
5	25										
6	100 mg										
7											
8											
9											
10											

Observações: Pte. monitorizada, sentado, Venotomia em MSE #26, oxigenação/ventilação normal, pressão arterial estável com agitação mínima. N° 266 entre 13-14, LCRP de um sangue e ingestão de (1+)

ANESTESIA:

ANESTESIA:

RELATÓRIO DE CIRURGIA



RECIBO

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- ① DDH - 2da. Interação
- ② Anestesia 0 Antifibrilante
- ③ Anestesia do Compêso E

Incisão:

- ④ Incisão longitudinal lateral em caso III
- ⑤ Direção para Ventrô
- ⑥ Hemostasia cutânea

Achados:

- ⑦ Secção purulenta em grande quantidade
- ⑧ Síndrome de hipotensão em conduto femoral

Condução:

- ⑨ Imposição Mecânica cirúrgica com lavagem Ed. Sustitua com 10 litros de solução
- ⑩ Delimitação de Tecidos Destrutivos
- ⑪ Coleta de Fragmentos ósseos de Partes da pelve para cultura
- ⑫ Remoção de Hemostasia
- ⑬ Retorno de Fixador Externo e colocação de Novo Fixador Externo em 2 pontos

Fechamento:

- ⑭ Sutura por Placas
- ⑮ Curativo estéril

Observação:

- Colunido Material para C. João Pessoa
- Não há necessidade de Fíg. cirúrgica com informações

do Peritônio

Médico/CRM:

João Pessoa,

17/12/81



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: Alexandre Aguiar da Silva BE/Prontuário: _____
Idade: _____ Sexo: ☒ Masculino ☐ Feminino Cor: _____ Data: 1/1/1
Clínica/Setor: Ortopedia EMP: _____ LR: _____
Cirurgia: _____
Cirurgião: D. Galvão 1º Assistente: D. João Pessoa
2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____
Instrumentador: _____ Anestesista: _____
Tipo de Anestesia: _____ Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
- fratura de humeral distal D. infectada	
- Osteomielite de fêmur (D)	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
- Drenagem cirúrgica + desbridamento de tecido necrótico de fêmur distal	
- lavagem da caixa distal	
+ Tratamento cirúrgico de osteomielite de fêmur (D)	

Acidente durante Ato Cirúrgico: ☐ Sim ☒ Não, Descrição: _____

Biopsia de Congelação: ☐ Sim ☒ Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

☒ Enfermaria ☐ Terapia Intensa ☐ Residência ☐ Óbito durante Ato Cirúrgico

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
03 JAN. 2019
PROTOCOLO
N.º 10.000.000.000

Médico/CRM: _____

João Pessoa, 01/01/19

28



FINC 454 (R.07.12)



SOCIEDADE BRASILEIRA DE ANESTESIOLOGIA

FICHA DE ANESTESIA



DATA 08/08/2017

PRONTUÁRIO

IDADE:

1017297

PACIENTE	ALEXANDRE AGNIPINO DA SILVA			SEXO:	M	GRUPO SANGÜÍNEO	
RESPIRAÇÃO	RESPIRAÇÃO		TEMPERATURA	PESO			
ESTADO GERAL (BOM) (REGULAR) (MAU) (PESSIMO)	REGULAR		RISCO CIRÚRGICO	BOM (X) (REGULAR) (MAU) (PESSIMO)			
EXAMES COMPLEMENTARES				AP CIRCULATORIO			
AD RESPIRATORIO		ESTADO MENTAL		DROGAS EM USO		ESTADO FÍSICO (ASA)	
PRE-ANESTÉSICO							
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO							
CIRURGIA							
INÍCIO DA ANESTESIA							
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO							
ANESTESIA							

OSTEOMIELITE DO FÊMUR DIREITO
TRATAMENTO CIRÚRGICO

DR. ORLANDO

AUXILIARES

DR. JOAO HENRIQUE

15:00

TERMINO DA ANESTESIA

12:40

DURAÇÃO DA ANESTESIA

70 MINUTOS

VALORES RS

2584

CRM-PB

2584

2584

2584

2584

2584

2584

2584

2584

2584

2584

2584

2584

2584

2584

2584

2584

2584

2584

2584

2584

2584

2584

2584

2584

2584

2584

2584

2584

2584

2584

RINGER LACTATO - 1.500

Neto Leite Fernandes de Araújo
Médico - CRM: 2584

ANESTESIA

MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

1	NEOCAINA	250 mg
2	FENTANIL	50 mcg
3	DEMASTORIL	100 mg
4	PETOPROFENOLO	100 mg
5	CEFASOLINA	1000 mg
6	DIMORF	100 mg
7		
8		
9		
10		

Neto Leite Fernandes de Araújo
Médico - CRM: 2584

Neto Leite Fernandes de Araújo
Médico - CRM: 2584

PROVIDÊNCIAS
03 JAN. 2019
PROTOCOLO
00030 PESSOA

Neto Leite Fernandes de Araújo



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEE TSHL

NOME: **ALEXANDRE AGRIPINO DA SILVA** BE/PRONTUÁRIO: **1017297**
IDADE: **33** SEXO: ☒ MASC ☐ FEM COR: DATA: **01/08/2017**
CLÍNICA /SETOR: **ORTOPEDIA** EMP: LR:
CIRURGIA: **TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURAS EXPOSTAS**
CIRURGIÃO: **DR STEFFERSON** 1º ASS: **DR ANDRIE**
2º ASS: **DR RODRIGO AMARAL** 3º ASS: **DR GLAUBER RZ**
INSTRUMENTADOR: ANESTESISTA:
TIPO DE ANESTESIA: **GERAL** HORÁRIO INÍCIO: TÉRMINO:

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO	CID
FRATURA EXPOSTA FEMUR DISTAL SUPRAINTERCONDILINA DIREITA	
FRATURA EXPOSTA DE PATELA DIREITA (MULTIFRAGMENTADA)	
FRATURA EXPOSTA DE ANTEBRAÇO DIREITO	
FRATURA DA BASE DO 5º METACARPO DA MÃO DIREITA	
FRATURA EXPOSTA DA FALANGE PROXIMAL DO 3º QUIRODACTILO	
LESÃO EXTENSA DE PARTES MOLES EM JOELHO DIREITO	

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	CÓDIGO
REDUCAO + FIXAÇÃO PROVISÓRIA DO FEMUR DISTAL DIREITO	
LIMPEZA MECANICO CIRURGICA DO JOELHO	
TRATAMENTO CIRURGICO DEFINITIVO EM PATELA DIREITA	
REDUÇÃO + FIXAÇÃO DEFINITIVA EM FX DO ANTEBRÇO DIREITO	
FIXAÇÃO PROVISÓRIA DA FRATURA DE FALANGE PROXIMAL DO 3º DEDO	

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO: ☐ SIM ☒ NÃO

DESCRIÇÃO:

BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO: ☐ SIM ☒ NÃO

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

☒ ENFERMARIA

☐ TERAPIA INTENSIVA

☐ RESIDÊNCIA

☐ ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM:

Glauber R. Norais Miranda
Médico
CRM - RJ 9220

DATA: **01/08/2017**



Nota de Sala Cirúrgica

NOME DO PACIENTE: Alexandre Henrique da Silva	
IDADE: 33	SEXO: M
CIRURGIÃO: Dr. Sérgio de Mat. exp. de Joelho	ANESTESISTA: Dr. Sérgio + Dr. Rodrigo + Dr. Amelior
ANESTESIA: geral	
ANESTESISTA: Dr. Sérgio	
INSTRUMENTADOR: Dr. Sérgio	
DATA: 01/08/17	HORARIO: 04:00
INDICE DE RISCO DE CIRURIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS): ASA 1 (ASA 2) (ASA 3) (ASA 4) (ASA 5)	
GRAU DE CONTAMINAÇÃO: () LIMPA () CONTAMINADA () INSPECTADA () POTENCIALMENTE CONTAMINADA	
MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS QTD.	
ALFENTANILA	
BUPIVACAÍNA ISOBÁRICA	
BUPIVACAÍNA PESADA	
CETAMINA	
DROPERIDOL	
ETOMIDATO	
PROPOFOL	
FENTANILA	
FLUMAZENIL	
ISOFLURANO	
LEVOBUPIVAÍNA C/ VASO	
LEVOBUPIVAÍNA S/ VASO	
LIDOCAÍNA C/ VASO	
LIDOCAÍNA S/ VASO	
MIDAZOLAM	
MORFINA	
NMBUM	
PANCRÔNIO	
PETIDINA	
PROPORPOL	
RAMIFENTANILA	
ROCURÔNIO	
SEVOFLURANO	
SUXAMETÔNIO	
TIOPENTAL	
MATERIAIS CONT. QTD.	
JELCO Nº11	
JELCO Nº20	
JELCO Nº22	
JELCO Nº24	
KIT SIST. DREN. TORÁCICA Nº	
LÂMINA BISTURI Nº1	
LÂMINA BISTURI Nº13	
LÂMINA BISTURI Nº23	
LÂMINA BISTURI Nº24	
LÂMINA DE DERMATOMO	
LÂMINA DE INXERTO	
LUVA DE PROCEDIMENTO PAR.	
LUVA ESTÉRIL Nº7,0	
LUVA ESTÉRIL Nº7,5	
LUVA ESTÉRIL Nº8,0	
LUVA ESTÉRIL Nº8,5	
MÁSCARA CIRÚRGICA	
MULTIVIAS	
PERFURADOR DE SOBO	
SCALP Nº19	
SCALP Nº21	
SERINGA 3ML	
SERINGA 5ML	
SERINGA 10ML	
SERINGA 20ML	
BOLSA P/ COLOSTOMIA	
CÂNULA P/ TRAQUEOSTOMIA Nº	
CATETER DE OXIGÊNIO	
CATETER EMBOLEC. ARTERIAL Nº	
CATETER EPIDURAL Nº16	
CATETER EPIDURAL Nº17	
CATETER EPIDURAL Nº18	
CATETER EPIDURAL Nº19	
CERA PARA OSSO	
COLET. URINA FECHADO	
COMPRESSAS CIRÚRGICAS	
COMPRESSAS CIRÚRGICAS	
DRENO DE PENROSE	
DRENO DE SUÇÃO	
ELETRODOS	
EQUIPO MACROGOTAS	
EQUIPO TRANSF. SANGUE	
EQUIPO MICROGOTAS	
ESPONJA DE PVP	
ESPARADRAPO	
GAZES	
GAZES ALGODADAS	
GEL ELÉTRICO	
JELCO Nº14	
JELCO Nº16	
MATERIAIS ESPECIAIS QTD.	
CATETER DE PE	
CIMENTO CIRÚRGICO	
CLIP TITÂNIO LIGADURA	
FIO DE KIRSCHNER Nº	
FIO DE KIRSCHNER Nº	
FIO STEINMAN Nº	
FIO STEINMAN Nº	
GRAMPEADOR CIRÚRGICO	
HEMOST. ABSORVIVEL	
KIT DERIVA VENTRICULAR	
PROTESE VASCULAR	
KIT PAM	
PROVADOR EXTERNO	
EMPRESA	
PARAFUSOS CORTICAIS	
PARAFUSOS CORTICAIS	
PARAFUSOS ESPONGIOSOS	
PARAFUSOS ESPONGIOSOS	
PARAFUSOS MALEOLAR	
PARAFUSOS MALEOLAR	
PLACA	
PLACA	
EQUIPAMENTOS	
ASPIRADOR	
BISTURI ELÉTRICO	
CAPNOGRAFO	
CARDIOMONITOR	
DEFIBRILADOR	
FOCO AUXILIAR	
FOCO CENTRAL	
MICROSCOPIO	
POMMETRO DE PULSO	
P.A. INVASIVA NÃO INVASIVA	
PERFURADOR ELÉTRICO	
SERRA	
CIRCULANTE	
Circulante: Santos	
Circulante: Ente	
Circulante: Ente	

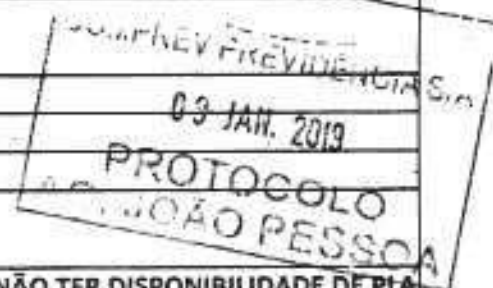


HOSPITAL
SANTA HELENA

RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEE75H1

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA
Posição e Preparo:
PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA
ASSEPSIA E ANTISSEPSIA + ANTIBIOTICOPROFILAXIA
APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS
Incisão:
2 AMPLIAÇÃO DE FERIMENTO EM JOELHO DIREITO
2 AMPLIAÇÃO DE FERIMENTO EM ANTEBRAÇO DIREITO
Achados:
Condução:
REDUÇÃO + FIXAÇÃO INTERNA INTERCONDILAR COM PARAFUSO ESPONJOSO DO FEMUR DISTAL+
REDUÇÃO E FIXAÇÃO DE FRATURA DE PATELA COM CERCLAGEM + FIXADOR TRANSARTICULAR DE JOELHO
SOB AUXÍLIO DE ESCOPIA
LAVAGEM EXAUSTIVA (+ 10 LITROS DE SORO FISIOLÓGICO) DE COXA ESQUERDA
OBS : ALTO GRAU DE CONTAMINAÇÃO (VÁRIOS FRAGMENTOS DE SOLO NA FERIDA)
REDUÇÃO + FIXAÇÃO DE FRATURA DO ANTEBRAÇO DIREITO COM PLACA DE RECONSTRUÇÃO 14FUROS
LAVAGEM EXAUSTIVA
REDUÇÃO + FIXAÇÃO EXTERNA DE FRATURA DA FALANGE PROXIMAL DE 3º DEDO
Fechamento:
FECHAMENTO POR PLANOS ANATÔMICOS
CURATIVO
RX DE CONTROLE
Observação:
SOLICITO AVALIAÇÃO DA CIRURGIA VASCULAR
UTILIZADO PLACA DE RECONSTRUÇÃO EM ANTEBRAÇO , DEVIDO A NÃO TER DISPONIBILIDADE DE PLACA
ACIDENTE COM MATERIAL PERFURO-CORTANTE COM DR RODRIGO AMARAL , SENDO SOLICITADO AVALIAÇÃO



Médico/CRM:

Glauber M. Norais Miranda
Médico
CRM - PB 9220

João Pessoa,

01/08/2017



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: Alexandro Augusto de Sá BE/Prontuário: _____
Idade: _____ Sexo: (☒) Masculino (☐) Feminino Cor: _____ Data: 16/09/12
Clínica/Setor: Ortopedia EMP: _____ LR: _____
Cirurgia: Ulc de Fêmur
Cirurgião: Dr. Marcelo 1º Assistente: Dr. Rodrigo
2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____
Instrumentador: _____ Anestesista: _____
Tipo de Anestesia: _____ Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Ulc de Fêmur</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Ulc de Fêmur +</u>	
<u>Reforço de fixador</u>	
<u>Transfusão de Talla</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: (☐) Sim (☐) Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelação: (☐) Sim (☐) Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

(☐) Enfermaria (☐) Terapia Intensa (☐) Residência (☐) Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM: _____

João Pessoa, 16/09/12

Nome: Guilherme R. da Silva BE/Prontuário: _____
Idade: _____ Sexo: ☒ Masculino ☐ Feminino Cor: _____ Data: 16/09/11
Clínica/Sector: ORTOPEDIA EMP: _____ LR: _____
Cirurgia: FX DE PUNHA
Cirurgião: DR. MILTON LEMMA 1º Assistente: _____
2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____
Instrumentador: _____ Anestesista: DR. R. M.
Tipo de Anestesia: Local Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>FX PUNHA</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>MC DE PUNHA</u>	
<u>PLACAR DE PUNHA</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: ☐ Sim ☒ Não. Descrição: _____
Biopsia de Congelação: ☐ Sim ☒ Não
Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:
☒ Enfermaria ☐ Terapia Intensiva ☐ Residência ☐ Óbito durante Ato Cirúrgico

EXEMPLO PREVIDÊNCIA Sim
03 JAN. 2013
PROTOCOLO
DR. JOÃO PESSOA

Médico/CRM: _____
Dr. Matheus Mozart
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 9056

João Pessoa, 16/09/11

2

NOME DO PACIENTE: **Alexandre Agostino da Silva**
 IDADE: **33** DE **01/12/2007** SEXO: **M** INFERMARIA: **11** LEITO: **06**
 CIRURGIÃO: **Dr. Vitoriano** DATA: **16/09/17** HORA: **13:30** LOCAL: **13:50**
 ANESTESIA: **Raquiomedestesia + Sedação**
 ANESTESISTA: **Dr. André**
 INSTRUMENTADOR: **—**
 DATA: **16/09/17** COMPLETO CIRURGICO - ANESTESIA INICIADA: **13:30** CURETA: **—** HORA: **13:50**
 INDICE DE RISCO DE CIRURGIA (ASA 1) ASA 2 (ASA 3) ASA 4 (ASA 5) 1
 GRAU DE CONTAMINAÇÃO (1) LIMPA (2) CONTAMINADA (3) INFECTADA (4) POTENCIALMENTE CONTAMINADA

MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.
ALPENTANILA	1	JELCO Nº18	1	PIO CAT. GLT. CROMADO Nº	
RUPIVACAÍNA ISOMÉRICA	1	JELCO Nº20	1	PIO CAT. GLT. CROMADO Nº	
RUPIVACAÍNA PESADA	1	JELCO Nº22	1	PIO DE AÇO Nº	
CETAMINA	1	JELCO Nº24	1	PIO DE AÇO Nº	
ORFEDROL	1	KIT SIST. DREN. TORÁCICA Nº	1	PIO DE NYLON Nº	
ETOMIDATO	1	LÂMINA BISTURI Nº11	1	PIO DE NYLON Nº	
PENOBARBITAL	1	LÂMINA BISTURI Nº13	1	PIO DE NYLON Nº	
PENTANIL	1	LÂMINA BISTURI Nº23	1	PIO POLILACTINA Nº	
FLUMAZENIL	1	LÂMINA BISTURI Nº24	1	PIO POLILACTINA Nº	
ISOFLURANO	1	LÂMINA DE DERMATOMO	1	PIO POLILACTINA Nº	
LEVOBUPIVACAÍNA C/ VASO	1	LÂMINA DE ENXERTO	1	PIO POLIPROPILENO Nº	
LEVOBUPIVACAÍNA S/ VASO	1	LÂMINA DE ENXERTO	1	PIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAÍNA C/ VASO	1	LÂMINA DE ENXERTO	1	PIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAÍNA S/ VASO	1	LÂMINA DE ENXERTO	1	PIO POLIPROPILENO Nº	
MIDAZOLAM	1	LÂMINA DE ENXERTO	1	PIO POLIPROPILENO Nº	
MORFINA	1	LÂMINA DE ENXERTO	1	PIO POLIPROPILENO Nº	
NIMBUM	1	LÂMINA DE ENXERTO	1	PIO POLIPROPILENO Nº	
PANCRURÔNIO	1	LÂMINA DE ENXERTO	1	PIO POLIPROPILENO Nº	
PETUINA	1	LÂMINA DE ENXERTO	1	PIO POLIPROPILENO Nº	
PROPOFOL	1	LÂMINA DE ENXERTO	1	PIO POLIPROPILENO Nº	
RAMIFENTANILA	1	LÂMINA DE ENXERTO	1	PIO POLIPROPILENO Nº	
ROCURÔNIO	1	LÂMINA DE ENXERTO	1	PIO POLIPROPILENO Nº	
SEVOFLURANO	1	LÂMINA DE ENXERTO	1	PIO POLIPROPILENO Nº	
SUXAMETÔNIO	1	LÂMINA DE ENXERTO	1	PIO POLIPROPILENO Nº	
TIOPENTAL	1	LÂMINA DE ENXERTO	1	PIO POLIPROPILENO Nº	
MEDICAÇÕES	QTD.	MATERIAIS	QTD.	FIOS	QTD.
ADRENALINA	1	AGULHA 33X4,5	1	PIO POLIPROPILENO Nº	
ÁGUA DESTILADA	1	AGULHA 25X07	1	PIO POLIPROPILENO Nº	
ATROPINA	1	AGULHA 25X08	1	PIO POLIPROPILENO Nº	
BEXTRA	1	AGULHA 40X12	1	PIO POLIPROPILENO Nº	
CEFAZOLINA	1	AGULHA PERIDURAL Nº16	1	PIO POLIPROPILENO Nº	
DEXAMETASONA	1	AGULHA PERIDURAL Nº17	1	PIO POLIPROPILENO Nº	
DIPIRONA SÓDICA	1	AGULHA PERIDURAL Nº18	1	PIO POLIPROPILENO Nº	
EPIEDROL	1	AGULHA RAQUÍDIA Nº25G	1	PIO POLIPROPILENO Nº	
FLUORENOL	1	AGULHA RAQUÍDIA Nº26G	1	PIO POLIPROPILENO Nº	
GLICOSE 50%	1	AGULHA RAQUÍDIA Nº27G	1	PIO POLIPROPILENO Nº	
GLUCONATO DE CÁLCIO	1	ALGODÃO ORTOPÉDICO	1	PIO POLIPROPILENO Nº	
HIDROCORTISONA	1	ATADURA DE CREPOM	1	PIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAÍNA GELÉIA	1	ATADURA GESSADA	1	PIO POLIPROPILENO Nº	
ONDASENTRONA	1	ROSA P/ COLOSTOMIA	1	PIO POLIPROPILENO Nº	
PLASIL	1	CÂNDULA P/ TRAQUEOSTOMIA Nº	1	PIO POLIPROPILENO Nº	
PROSTIGMINE	1	CATETER DE OXIGÊNIO	1	PIO POLIPROPILENO Nº	
PROTAMINA	1	CATETER EMBOLEO ARTERIAL Nº	1	PIO POLIPROPILENO Nº	
TENDON	1	CATETER EPIDURAL Nº16	1	PIO POLIPROPILENO Nº	
		CATETER EPIDURAL Nº17	1	PIO POLIPROPILENO Nº	
		CATETER EPIDURAL Nº18	1	PIO POLIPROPILENO Nº	
		CERCA PARA OSSO	1	PIO POLIPROPILENO Nº	
		COLET. URINA FECHADO	1	PIO POLIPROPILENO Nº	
		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	1	PIO POLIPROPILENO Nº	
		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	1	PIO POLIPROPILENO Nº	
		DRENOS DE PENROSE	1	PIO POLIPROPILENO Nº	
		DRENOS DE SUCÇÃO	1	PIO POLIPROPILENO Nº	
		ELETRODOS	1	PIO POLIPROPILENO Nº	
		EQUIPO MACROGOTAS	1	PIO POLIPROPILENO Nº	
		EQUIPO TRANS. SANGUE	1	PIO POLIPROPILENO Nº	
		EQUIPO MICROGOTAS	1	PIO POLIPROPILENO Nº	
		ESPONJA DE PVH	1	PIO POLIPROPILENO Nº	
		ESPARADRAPO	1	PIO POLIPROPILENO Nº	
		GAZES	1	PIO POLIPROPILENO Nº	
</					

Nome: Alexandre Aguiar de Siqueira BE/Prontuário: _____
 Idade: _____ Sexo: () Masculino () Feminino Cor: _____ Data: ____/____/____
 Clínica/Setor: _____ EMP: _____ LR: _____
 Cirurgia: _____
 Cirurgião: Dr. Nelson 1º Assistente: Dr. Daniel
 2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____
 Instrumentador: _____ Anestesista: _____
 Tipo de Anestesia: _____ Horário: Início ____:____ Término ____:____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fúncula da base da</u>	
<u>língua II</u>	

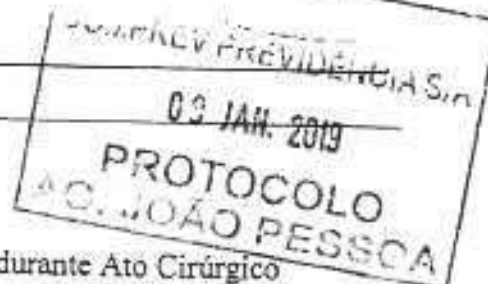
Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Petição de remoção da</u>	
<u>língua da base II</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: () Sim () Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelação: () Sim () Não

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:

() Enfermaria () Terapia Intensa () Residência () Óbito durante Ato Cirúrgico



João Pessoa, ____/____/____

Médico/CRM: _____

Dr. Nelson de Siqueira Aguiar
CRM: 5004-03-0005044-4
RUBRICADO



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: Roberto P. de Jesus BE/Prontuário: _____

Idade: _____ Sexo: (☒) Masculino (☐) Feminino Cor: _____ Data: 22/12/18

Clínica/Setor: _____ EMP: _____ LR: _____

Cirurgia: _____

Cirurgião: Dr. Roberto P. de Jesus 1º Assistente: Dr. Carlos E. Silva

2º Assistente: Dr. R. Silva 3º Assistente: _____

Instrumentador: _____ Anestesista: Dr. Carlos E. Silva

Tipo de Anestesia: _____ Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Incisão de 10 cm</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>(H) Incisão de 10 cm</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: (☐) Sim (☒) Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelação: (☐) Sim (☒) Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

(☒) Enfermaria (☐) Terapia Intensiva (☐) Residência (☐) Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM: _____

CRUZ VERMELHA BRASILEIRA
03 JAN. 2019
PROTOCOLO
JOÃO PESSOA

João Pessoa, 22/12/18



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

FICHA DE ANESTESIA



DATA: 22.9.17

PRONTUÁRIO: 1017297

PACIENTE: ALEXANDRE AGRIPINO SILVA		SEXO: M	COR: P	IDADE:
PRESSÃO ARTERIAL: 130x80	PULSO: 85	RESPIRAÇÃO: EUP	TEMPERATURA:	PESO:
ESTADO GERAL: () BOM (X) REGULAR () MAU () PESSIMO		RISCO CIRURGICO: () BOM (X) REGULAR () MAU () PESSIMO		
EXAMES COMPLEMENTARES: VPM				
AP. RESPIRATORIO: MMV SRA		AP. CIRCULATORIO: RIR 27		
AP. DIGESTIVO: TJS		ESTADO MENTAL: LOTO		DRUGAS EM USO:
PRÉ-ANESTESICO DOSE/HORA: 0.02 + FONIA		ESTADO FISICO: ASA II AD		
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATORIO: FRACTURA DO OSSO DA PERNA DIREITA				
CIRURGIA REALIZADA: RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO				
CIRURGIÃO:				
AUXILIARES:				
INÍCIO DA ANESTESIA: 14.45		TERMINO DA ANESTESIA: 15.15		DURAÇÃO DA ANESTESIA: 30 min
ÍNDIGO DO PROCEDIMENTO:		QUANT. DE CH:		VALORES R\$:
ANESTESISTA: DRA. FERNANDA		CRM-PB:		

ANESTESISTA: DRA. FERNANDA	ANESTESIA: WEG EVERTON																																									
<table border="1"> <tr> <td>ANESTESIA</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> <td>7</td> <td>8</td> <td>9</td> <td>10</td> <td>11</td> <td>12</td> <td>13</td> <td>14</td> <td>15</td> <td>16</td> <td>17</td> <td>18</td> <td>19</td> <td>20</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> <td>7</td> <td>8</td> <td>9</td> <td>10</td> <td>11</td> <td>12</td> <td>13</td> <td>14</td> <td>15</td> <td>16</td> <td>17</td> <td>18</td> <td>19</td> <td>20</td> </tr> </table>		ANESTESIA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
ANESTESIA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20																						
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20																							

<input type="checkbox"/> ANESTESIA GERAL <input type="checkbox"/> RAJUDAMA <input type="checkbox"/> EVOLUÇÃO <input type="checkbox"/> BLOCO FLEXO <input type="checkbox"/> BLOCO NERVOS <input type="checkbox"/> OUTROS: SEDONAALOSSA	
TECNICA	
LIQUOR	Medicamentos e materiais usados no ato anestésico
1. FENTANIL 100µg	11
2. MIDAZOLAM 5mg	12
3. PROPOL 30mg + 20g + 30g	13
4. 20g + 30g	14
5.	15
6.	16
7.	17
8.	18
9.	19
10.	20
OBSERVAÇÕES IMPORTANTES	
- ANESTESIA GERAL - VENOCENO 4206 ML 5% - OXIGENIO - ADITIVO VENOSA	

PROTÓCOLO
03 JAN. 2019
Pessoa

Nota de Sala Cirúrgica

NOME DO PACIENTE: Alexandre Aguiar da Silva
 IDADE: 33 RE: 10/12/2011 CONTINENTE: BRASIL INFORMAR: BRASIL LEITO: 1
 CIRURGIÃO: Dr. Ricardo de Almeida da Silva DEDICADO: Dr. Ricardo de Almeida da Silva
 CIRURGIÃO: Dr. Ricardo de Almeida da Silva DEDICADO: Dr. Ricardo de Almeida da Silva
 ANESTESIA: Endovenosa
 ANESTESISTA: Dr. Roberto
 INSTRUMENTADOR: Dr. Roberto
 DATA: 02/09/12 TEMPO CIRÚRGICO: ANESTESIA INICIA: 14h30m FIM: 15h15m
 ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIÃO: ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)
 ASA 1 (ASA 2) (ASA 3) (ASA 4) (ASA 5)
 GRAU DE CONTAMINAÇÃO: () LIMPA () CONTAMINADA () INFECTADA () POTENCIALMENTE CONTAMINADA

MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.
ALFENTANIL		JELCO Nº18		FIQ CAT GUT CROMADO Nº	
RUPIVACAÍNA ISOBARICA		JELCO Nº20		FIQ CAT GUT CROMADO Nº	
RUPIVACAÍNA PESADA		JELCO Nº21		FIQ DE AÇO Nº	
CETAMINA		JELCO Nº24		FIQ DE AÇO Nº	
DROPERIDOL		KIT SIST. DREN. TORÁCICA Nº		FIQ DE NYLON Nº	
ETOMIDATO		LÂMINA BISTURI Nº11		FIQ DE NYLON Nº	
PENOBARBITAL		SOLUÇÕES	QTD.	FIQ DE NYLON Nº	
PENTANIL		ALCOOL ETILICO 70%	2	FIQ DE NYLON Nº	
FLUMAZENIL		PVPi DEGERMANTE	2	FIQ POLIGLACTINA Nº	
ISOFLURANO		PVPi TINTURA	2	FIQ POLIGLACTINA Nº	
LEVOBUPIVAÍNA C/ VASO		PVPi TÓPICO		FIQ POLIGLACTINA Nº	
LEVOBUPIVAÍNA S/ VASO		SABÃO ANTISÉPTICO		FIQ POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAÍNA C/ VASO		MATERIAIS	QTD.	FIQ POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAÍNA S/ VASO		AGULHA 13X4,5		FIQ POLIPROPILENO Nº	
MIDAZOLAM		AGULHA 25X0,7		FIQ POLIGLACTINA Nº	
MORFINA		AGULHA 25X0,8		FIQ POLIGLACTINA Nº	
NIMBEM		AGULHA 40X1,1		FIQ SEDA Nº	
PANCURÔNIO		AGULHA PERIDURAL Nº16		FIQ SEDA Nº	
PETIDINA		AGULHA PERIDURAL Nº17		FIQ SEDA Nº	
PROPOFOL		AGULHA PERIDURAL Nº18		FIQ SEDA Nº	
RAMIFENTANIL		AGULHA RAQUÍ Nº23G		FIQ SEDA Nº	
ROCURÔNIO		AGULHA RAQUÍ Nº26G		FIQ SEDA Nº	
SEVOFLURANO		AGULHA RAQUÍ Nº27G		FIQ SEDA Nº	
SUXAMETÔNIO		ALGODÃO ORTOPÉDICO		FIQ SEDA Nº	
TIOPENTAL		ATADURA DE CREPON		FIQ SEDA Nº	
		ATADURA GESSADA		FIQ SEDA Nº	
MEDICAÇÕES	QTD.	BOLSA P/COLOSTOMIA		FIQ SEDA Nº	
ADRENALINA		CÂNULA P/TRAQUEOSTOMIA Nº		FIQ SEDA Nº	
ÁGUA DESTILADA		CATETER DE OXIGÊNIO		FIQ SEDA Nº	
ATROPINA		CATETER EMBOLETO ARTERIAL Nº		FIQ SEDA Nº	
BEXTRA		CATETER EPIDURAL Nº16		FIQ SEDA Nº	
CEFAZOLINA		CATETER EPIDURAL Nº17		FIQ SEDA Nº	
DEXAMETASONA		CATETER EPIDURAL Nº18		FIQ SEDA Nº	
DIPIRONA SÓDICA		CERA PARA OSSO		FIQ SEDA Nº	
EFEDRINA		COLETO URINA FECHADO		FIQ SEDA Nº	
FUROSEMIDA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS		FIQ SEDA Nº	
GLICOSE 10%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS		FIQ SEDA Nº	
GLUCONATO DE CÁLCIO		DRENO DE PENROSE		FIQ SEDA Nº	
HIDROCORTISONA		DRENO DE SUÇÃO		FIQ SEDA Nº	
LIDOCAÍNA GELÉIA		ELÉTRICOS		FIQ SEDA Nº	
ONDASSETRONA		EQUIPO MACROGOTAS		FIQ SEDA Nº	
PLASIL		EQUIPO TRANSF. SANGUE		FIQ SEDA Nº	
PROSTIGMINE		EQUIPO MICROGOTAS		FIQ SEDA Nº	
PROTAMINA		ESPONJA DE PVPi		FIQ SEDA Nº	
TENDONCAN		ESPARADRAPO		FIQ SEDA Nº	
		GAZES		FIQ SEDA Nº	
		GAZES ALGODOADAS		FIQ SEDA Nº	
		GEL ELÉTROLÍTICO		FIQ SEDA Nº	
		JELCO Nº14		FIQ SEDA Nº	
		JELCO Nº18		FIQ SEDA Nº	

03 JAN. 2013
 PROTOCOLO
 NÃO PESSOA

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

paciente em decúbito supino - membro superior direito -

Incisão:

Achados:

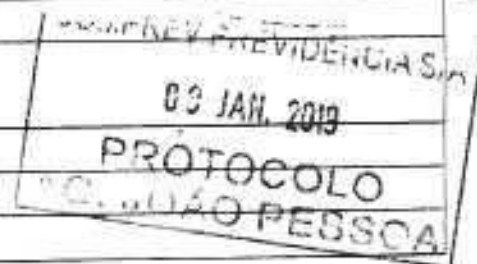
Conduta:

- remoção da lesão

nas áreas de
lesão

Fechamento:

Observação:



João Pessoa. 02/1091271

Médico/CRM: _____

FICHA DE ANESTESIA

HEETSA

PACIENTE: Alexandro Luiz da Silva DATA: 10/12/17 PRONTUÁRIO: 103.401

SEXO: M COR: IDADE: 34

PRESSÃO ARTERIAL PULSO RESPIRAÇÃO TEMPERATURA PESO GRUPO SANGÜÍNEO

ESTADO GERAL X BOM REGULAR MAU PÉSSIMO RISCO CIRÚRGICO X BOM REGULAR MAU PÉSSIMO

EXAMES COMPLEMENTARES AP. CIRCULATÓRIO

AP. RESPIRATÓRIO AP. DIGESTIVO ESTADO MENTAL lck DROGAS EM USO ESTADO FÍSICO (ASA) I

PRÉ-ANESTÉSICO DOSE/HORA

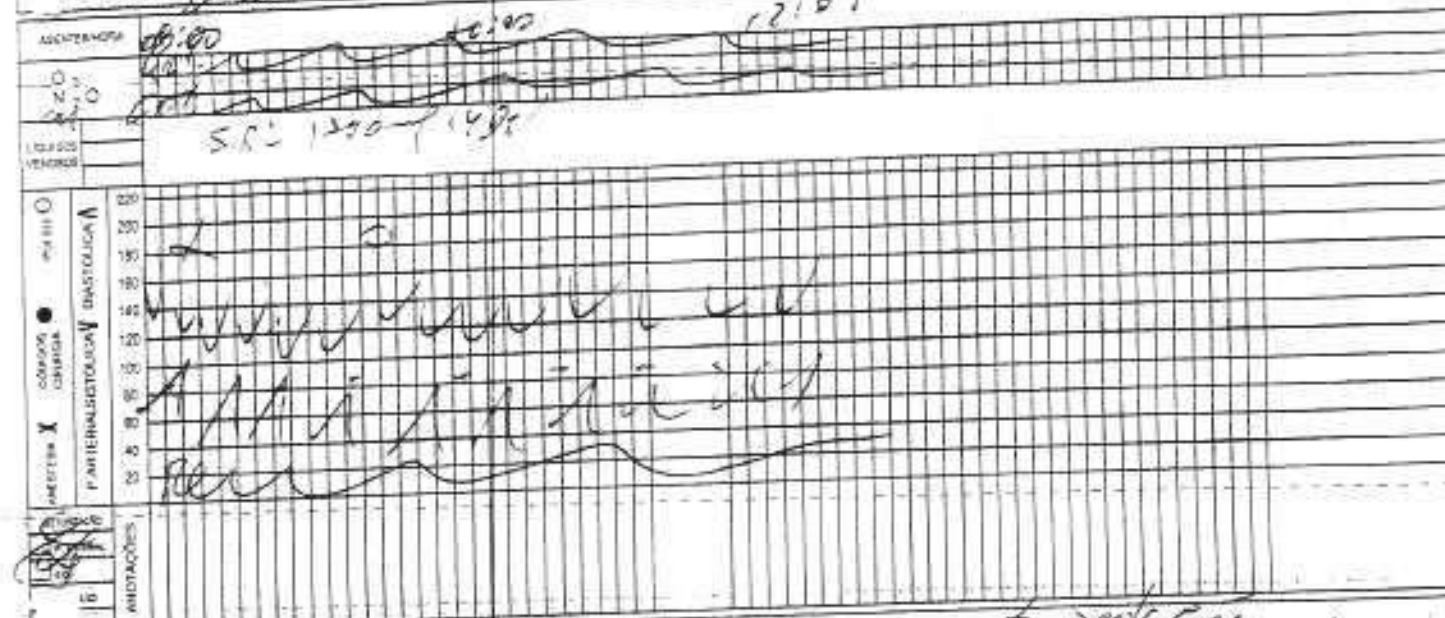
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO Fratura de fêmur

CIRURGIÃO Dr. D. S. Dantas CIRURGIÃO AUXILIARES

INÍCIO DA ANESTESIA 08:00 TÉRMINO DA ANESTESIA 2:00 DURAÇÃO DA ANESTESIA 2:00

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO QUANT. DE CH. VALORES RS

ANESTESISTA Daniel CPF 011.689.214-10 CRM-PB 7567



☐ ANESTESIA GERAL ☒ REGIONAL ☐ EPIDURAL ☐ BLOQUEIO ☐ BLOQUEIO NERVOS ☒ OUTRO dentado

Medicamentos e materiais usados no ato anestésico

QUANTIDADE	USO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1	Depil. 0.5% 100ml	20mg																			
2	Propofol - 30g	100ml																			
3	Midazolam 10mg	100ml																			
4	Atropina 1mg	100ml																			
5	Atropina 2g	20mg																			
6	Atropina 2g	20mg																			
7	Atropina 2g	20mg																			

DESTINO PACIENTE ☐ AMB ☒ INTERNAÇÃO ☐ UTI ☐ RESIDÊNCIA ☐ OUTROS

Observações importantes

Assinatura do Anestesiologista Daniel CRM-PB 7567

Assinatura do Cirurgião CRM-PB

Assinatura do Anestesiologista CRM-PB

Assinatura do Cirurgião CRM-PB

PROTÓCOLO
03 JAN. 2019
PROTÓCOLO



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: ANTONIO ASSIS DE SILVA BE/Prontuário: 101169
Idade: 34 Sexo: () Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 1/1
Clínica/Setor: CRUZEIRA EMP: _____ LR: _____
Cirurgia: Desbridamento da ferida de 10cm x 5cm
Cirurgião: Dr. João Pessoa 1º Assistente: Dr. João Pessoa
2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____
Instrumentador: _____ Anestesista: _____
Tipo de Anestesia: Local com sedação Horário: Início 11h:50 Término 13h:30

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Ferida de 10cm x 5cm</u>	<u>S</u>
<u>Desbridamento</u>	<u>_____</u>
<u>_____</u>	<u>_____</u>
<u>_____</u>	<u>_____</u>
<u>_____</u>	<u>_____</u>
<u>_____</u>	<u>_____</u>

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Desbridamento da ferida</u>	<u>_____</u>
<u>Desbridamento da ferida</u>	<u>_____</u>
<u>Desbridamento da ferida</u>	<u>_____</u>
<u>Desbridamento da ferida</u>	<u>_____</u>
<u>Desbridamento da ferida</u>	<u>_____</u>
<u>Desbridamento da ferida</u>	<u>_____</u>

Acidente durante Ato Cirúrgico: () Sim () Não, Descrição: _____

Biopsia de Congelação: () Sim () Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

() Enfermaria () Terapia Intensa () Residência () Óbito durante Ato Cirúrgico

João Pessoa, 10/11/11

Médico/CRM: _____



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEETSHL

NOME: ALEXANDRO AGRIPINO DA SILVA BE/PRONTUÁRIO: 1017297
IDADE: 34 SEXO: ☒ MASC ☐ FEM COR: DATA: 22/12/2017
CLÍNICA /SETOR: ORTOPEDIA EMP: LR:
CIRURGIA: LIMPEZA MECANICO CIRURGICA + COLETA DE MATERIAL PARA CULTURA

CIRURGIÃO: DR. CARLOS ALBERTO 1º ASS: DR. TORIBIO
2º ASS: MR1 PEDRO HENRIQUE 3º ASS:
INSTRUMENTADOR: ANESTESISTA: DR. DANIEL
TIPO DE ANESTESIA: RAQUIANESTESIA HORÁRIO INÍCIO: TÉRMINO:

DIAGNOSTICO PÓS-OPERATÓRIO	CID
OSTEOMIELITE DE FEMUR DISTAL DIREITO	

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	CÓDIGO
LIMPEZA MECANICO CIRURGICA	
DESBRIDAMENTO CIRÚRGICO	
COLETA DE MATERIAL PARA CULTURA	

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO: ☐ SIM ☒ NÃO

DESCRIÇÃO:

BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO: ☐ SIM ☒ NÃO

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

☒ ENFERMARIA
 RESIDÊNCIA

 TERAPIA INTENSIVA

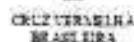
 ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM:

Dr. Pedro Henrique Freitas
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 10575

DATA: 22/12/2017





HEETS ET AL.

Médico/CRM:

Dr. Pedro Henrique Freitas
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 10575

João Pessoa,

22/12/2017

FING. AS/TP cont.



Hospital Estadual de
Emergência e Trauma
Serviço de Atendimento

Atendimento: 000000785352

Idade: 33 anos

Paciente: ALEXANDRO AGRIPINO DA SILVA

Data: 08/09/2017

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO JOELHO DIREITO

Técnica:

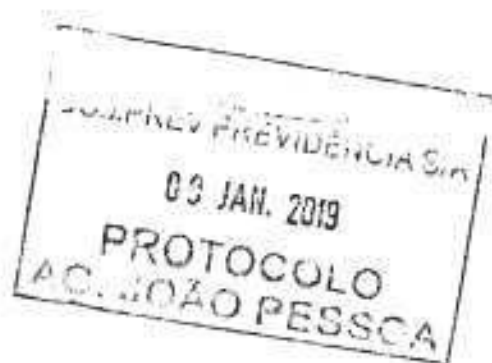
Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste iodado endovenoso.

Análise:

Fratura complexa diafiseoepifisária distal do fêmur, com diástase importante dos fragmentos ósseos e material cirúrgico metálico de fixação.

Hemartrose.

Sinais de enfisema no côndilo lateral do fêmur associado a lesão de continuidade do subcutâneo e pele adjacente, e também sequestro ósseo, podendo corresponder a osteomielite.





Hospital Estadual de
Emergência e Trauma

Unidade Hospitalar - Curitiba

Atendimento: 000000834587

Idade: 34 anos

Paciente: ALEXANDRO AGRIPINO DA SILVA

Data: 09/10/2017

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO JOELHO DIREITO

Técnica:

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste iodado endovenoso.

Análise:

Fratura complexa diáfise epifisária distal do fêmur, com diástase importante dos fragmentos ósseos e material cirúrgico metálico de fixação. Há sinais de reação periosteal nas margens ósseas.

Também há sinais de fraturas na patela com fixadores de perneio.

Hemartrose.

Sinais de edema do tecido subcutâneo.

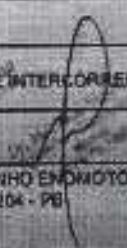
O valor prognóstico de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínicos-epidemiológicos do(a) paciente.



Documento de Alta

Nome: ALEXANDRO AGRIPINO DA SILVA		Número Prontuário: 100401	
Data de: 11/03/1983	Sexo: Masculino	Data de Internação: 01/02/2017 12:15:59	Data de Alta: 27/02/2018 07:30:42
Motivo de alta: ALTA HOSPITALAR			
Conduta: ILZAROV - DR. DIEGO 10/11/17 ANTIBIOTICOTERAPIA COM POLIMIXINA POR 8 SEMANAS (JA REALIZADO) ENCAMINHAMENTO AO HTOP (AMBULATORIO DR. DIEGO) USAR MEDICACOES PRESCRITAS EM CASO DE INTERCORRENCIAS AGUDAS, RETORNAR A ESTE SERVIÇO.			
Resumo de internação: PACIENTE VITIMA DE POLITRAUMA, COM FRATURA EXPOSTA DE FEMUR DISTAL, EVOLUINDO COM OSTEOMIELITE, ONDE FOI ORTADO POR TRATAMENTO COM FIXADOR EXTERNO DE ILZAROV ANTIBIOTICOTERAPIA ENDOVENOSA.			
Resultado de Exames: RX: FRATURA DE FEMUR DISTAL EXAMES LABORATORIAIS: OSTEOMIELITE POR MRSA - SENSIVEL A POLIMIXINA.			
Tratamento: ILZAROV - DR. DIEGO 10/11/17 ANTIBIOTICOTERAPIA COM POLIMIXINA POR 8 SEMANAS (JA REALIZADO)			
Diagnóstico: MRSA - Osteomielite crônica com abscesso drenado			
Recomendações: ENCAMINHAMENTO AO HTOP (AMBULATORIO DR. DIEGO) USAR MEDICACOES PRESCRITAS EM CASO DE INTERCORRENCIAS AGUDAS, RETORNAR A ESTE SERVIÇO.			

Data: 27/02/2018


MATHIAS MARINHO ENOMOTO
CRM: 10204 - PB

GOVERNADORIA DA PARAÍBA
03 JAN. 2019
PROTOCOLADO
AG. JOÃO PESSOA



GOVERNHO PREVIDENCIÁRIO
02 JAN. 2013
PROTOCOLO
AC. JOÃO PESSOA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL 3.231.506 -2 VIA DATA DE
EXPEDIÇÃO 18/06/2014

NOME
ALEXANDRO AGRIPIPO DA SILVA

FILIAÇÃO
JOSÉ AGRIPIPO DA SILVA
MARIA JOSEFA DA CONCEIÇÃO

NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO
SAPÉ-PB 11/09/1983

DOO ORIGEM
NASC.N.19714 FLS.58V LIV.A21
CARTÓRIO SAPÉ-PB

068.653.604-51

ASSINATURA DO DETENTOR

LEI Nº 7.116 DE 28/08/83

SECRETARIA DE PREVIDÊNCIA Social

03 JAN. 2019

PROTOCOLO

AC. JOÃO PESSOA

TEM LE PUBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 13046540

ISSO ORGANIZADOR
IDENTIDADE CIVIL: DATA TÍTULO DE FIM LIGAND
LATE 13 de JUL 97 5 000990



ASSOCIADA DE PROTEÇÃO

ASSOCIADA



ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL
CONSELHO SECCIONAL DA PARAIBA
IDENTIDADE DE ADVOGADA

22039

JULIANA BRAVO DE ARRUDA SCHERMANS

RELACION
GUIDO AREZZO DE ARRUDA COELHO
SUZANA BRAVO DE ARRUDA COELHO

REGRAS DE REGISTRO
RECIFE-PE

DATA DE ASSINATURA
28/04/1977

CPF
022.065.284-71

DATA DE EXPIRAÇÃO
01/12/2016

ASSINATURA
FABIO ANTONIO MARRAS JUNIOR
PRESIDENTE

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
03 JAN. 2019
PROTOCOLO
AD-040 PES

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 013026933448
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: 1 0032623737-2 00/00000000 2017
CDD REN: PRT 20170000039361-8

NOME: WELLINGTON DE SOUZA SILVA

CPF / CNPJ: 08417832416 PLACA: NQH2855/PB

PLACA ANT / UF: NOVO PB CHASSI: 9C2JC4110BR728635

ESPECIE TIPO: PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC COMBUSTÍVEL: GASOLINA

MARCA / MODELO: HONDA/CG 125 FAN KS ANO FAB: 2011 ANO MOD: 2011

CAP / POT / CL: 2 P/124 /CI CATEGORIA: PARTIC COR PREDOMINANTE: PRETA

COTA ÚNICA: 00/00/0000 1º VENC: COTAS

IPVA: 0 PARCELAMENTO / COTAS: 2º 3º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$): ***** IDF (R\$): ***** PRÊMIO TOTAL (R\$): ***** DATA DE PAGAMENTO: 08/02/2017

OBSERVAÇÕES: SEM RESERVA DE DOMÍNIO

CABEDELO-PB DATA: 08/02/2017 15245

41939

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE - OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAU - SEGURO DPVAT

PB Nº 013026933448 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO: 2017 DATA EMISSÃO: 08/02/2017

VIA: 1 CPF / CNPJ: 08417832416 PLACA: NQH2855/PB

RENAVAM: 00326237372 MARCA / MODELO: HONDA/CG 125 FAN KS

ANO FAB: 2011 COT. TARIF: 9 NR CHASSI: 9C2JC4110BR728635

PRÊMIO TARIFÁRIO

FMS (R\$): ***** DENATRAM (R\$): ***** CUSTO DO SEGURO (R\$): *****

CUSTO DO BILHETE (R\$): ***** SEGURO P A G O

PAGAMENTO: COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO: 08/02/2017

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.245.508/0001-04

15245-0926152-20170208

SEMPREV PREVIDÊNCIAS S.A.
03 JAN. 2013
PROTOCOLO
AC. JOÃO PESSOA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190023086 **Cidade:** Cabedelo **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALEXANDRO AGRIPINO DA SILVA **Data do acidente:** 01/08/2017 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO FÊMUR DIREITO DISTAL.
FRATURA EXPOSTA DA TÍBIA DIREITA PROXIMAL.
FRATURA EXPOSTA DA PATELA DIREITA.
FRATURA DO ANTEBRAÇO DIREITO.
FRATURA DA MÃO DIREITA (METACARPO E FALANGES)

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO APRESENTA MARCHA COM MULETAS, CICATRIZES CIRÚRGICAS NO MEMBRO SUPERIOR DIREITO E MEMBRO INFERIOR DIREITO, DEFORMIDADE DO ANTEBRAÇO DIREITO, LIMITAÇÃO DA PRONO-SUPINAÇÃO, DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO, ANQUILOSE DO JOELHO DIREITO, ENCURTAMENTO APARENTE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR DO TORNOZELO DIREITO, DEFICIT DE FORÇA MOTORA GRAVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Resultados terapêuticos: HOUVE CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DO ANTEBRAÇO, E DEMAIS FRATURA CONSOLIDARAM, PORÉM RESULTOU EM DEFORMIDADE DO ANTEBRAÇO COM LIMITAÇÃO DA PRONO-SUPINAÇÃO DO ANTEBRAÇO E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO,, RESULTOU TAMBÉM EM ANQUILOSE DO JOELHO DIREITO, ENCURTAMENTO APARENTE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR DO TORNOZELO DIREITO, DEFICIT DE FORÇA MOTORA GRAVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO E LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 01/02/2019

Conduta mantida:

Observações:

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 superiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
		Total	70 %	R\$ 9.450,00

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0009586/19

Número do Sinistro: 3190023086

Vítima: ALEXANDRO AGRIPINO DA SILVA

CPF: 068.653.604-51

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 01/08/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ALEXANDRO AGRIPINO DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 18/01/2019
Nome: JULIANA BRAVO DE ARRUDA SCHERMANN
CPF: 022.665.294-71

JULIANA BRAVO DE ARRUDA SCHERMANN

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/01/2019
Nome: MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA
CPF: 104.643.734-84

MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA