



Número: **0801798-93.2019.8.15.1071**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de Jacaraú**

Última distribuição : **03/12/2019**

Valor da causa: **R\$ 7.087,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
DAIJON DOUGLAS FERNANDES DE BRITO FILHO (AUTOR)		ABRAAO COSTA FLORENCIO DE CARVALHO (ADVOGADO)	
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
33828097	01/09/2020 10:22	<a href="#">2747742_CONTESTACAO_Anexo_02</a>	Outros Documentos



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 08 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190467003

Vítima: DAIJON DOUGLAS FERNANDES DE BRITO FILHO

Data do Acidente: 19/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), DAIJON DOUGLAS FERNANDES DE BRITO FILHO

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,

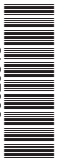
**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 14679504

Pag. 01689/01690 - carta\_01 - INVALIDEZ

00020845





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 08 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3190467003

Vítima: DAIJON DOUGLAS FERNANDES DE BRITO FILHO

Data do Acidente: 19/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), DAIJON DOUGLAS FERNANDES DE BRITO FILHO

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

<b>Autorização de pagamento</b>	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto, sem abreviações e/ou rasuras, de todos os campos dos Dados Cadastrais, pois o entregue está incompleto.
<b>Declaração do Proprietário do Veículo</b>	Apresentar o formulário "Declaração do Proprietário do Veículo" para validar o acidente noticiado. O formulário, disponível em nosso site, deverá ser preenchido e assinado, com reconhecimento de firma por autenticidade, pelo proprietário do veículo em que a vítima estava no acidente.

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

Pag. 00793/00794 - carta\_03 - INVALIDEZ

00040397



Carta nº 14679690





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 13 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190467003

Vítima: DAIJON DOUGLAS FERNANDES DE BRITO FILHO

Data do Acidente: 19/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), DAIJON DOUGLAS FERNANDES DE BRITO FILHO

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

<b>Declaração do Proprietário do Veículo</b>	Apresentar o formulário "Declaração do Proprietário do Veículo" para validar o acidente noticiado. O formulário, disponível em nosso site, deverá ser preenchido e assinado, com reconhecimento de firma por autenticidade, pelo proprietário do veículo em que a vítima estava no acidente.
--	--

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

Pag. 00117/00118 - carta\_03 - INVALIDEZ

00060059



Carta nº 14698196



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/09/2020 10:22:57

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090110225707300000032365059>

Número do documento: 20090110225707300000032365059

Num. 33828097 - Pág. 3



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 30 de Outubro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190467003**

**Vítima: DAIJON DOUGLAS FERNANDES DE BRITO FILHO**

**Data do Acidente: 19/01/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), DAIJON DOUGLAS FERNANDES DE BRITO FILHO**

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

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

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **DAIJON DOUGLAS FERNANDES DE BRITO FILHO**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **001**

Agência: **000002191-1**

Conta: **000002046-X**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 0268689/19 3 - CPF da vítima: 438.598.574-93 4 - Nome completo da vítima: Dairon Douglas Fernandes de Brito

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

5 - Nome completo: Dairon Douglas Fernandes de Brito 6 - CPF: 438.598.574-93  
7 - Profissão: Serviços Gerais 8 - Endereço: rua Techo 9 - Número: 510 10 - Complemento: -  
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Aracaju de centro 13 - Estado: PE 14 - CEP: 59250-000  
15 - E-mail: 193493969029 16 - Tel.(DDD): 193493969029

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

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

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

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

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)  
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: -  
AGÊNCIA: - CONTA: - AGÊNCIA: - CONTA: -  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha 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.

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: -

25 - Grau de Parentesco com a vítima: - 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: -

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: - Falecidos: - 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: - Falecidos: - 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: -

CPF: -

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: -

CPF: 07 AGO. 2019

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Aracaju PE 07/08/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Dairon Douglas Fernandes de Brito Filho

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

1007/2019

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 0268699/19 3 - CPF da vítima: 438.998.574-93 4 - Nome completo da vítima: Douglas Douglas Fernandes de Brito

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

5 - Nome completo: Douglas Douglas Fernandes de Brito 6 - CPF: 438.998.574-93  
7 - Profissão: Engenheiro 8 - Endereço: Rua Teodoro 9 - Número: 310 10 - Complemento: -  
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Aracaju de dentro 13 - Estado: PB 14 - CEP: 59200-000  
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): (83) 9985-9079

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

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

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

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

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)  
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: Banco do Brasil

AGÊNCIA: 2191 1 CONTA: 2.046 ☒  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha 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.

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(s) (vivo(s) ou não)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido 37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido 38 - 1º Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2º Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Aracaju PB 07/08/2019 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Douglas Douglas Fernandes de Brito Filho 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 43 - Assinatura do Procurador (se houver):

101 10007/2010



# Extrato de Conta Corrente

## Cliente

Nome

DALTON D F BRITO FH

Agência

2191-1

Conta

2.046-X

## Movimento

Data	Dep. origem	Histórico	Documento	Valor	Saldo
00/00/0000		Saldo Anterior			0,00 C
Saldo					0,00 C
Juros *					0,00
Data de Débito de Juros					02/09/2019
IOF *					0,00
Data de Débito de IOF					02/09/2019

(\*) Apurados de acordo com o somatório dos saldos devedores diários no mês anterior ao débito.

## Informações Adicionais

Impresso em 08.08.2019 às 10:32:36

Central de Atendimento BB - 4004 0001 ou 0800 729 0001  
Serviço de Atendimento ao Consumidor - SAC - 0800 729 0722  
Ouvidoria BB - 0800 729 5678  
Deficientes Auditivos ou de Fala - 0800 729 0088







**BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL**

Livro nº 02/2019

Ocorrência nº. 284/2019



Aos 20 dias de MAIO de DOIS MIL E DEZENOVE, nesta cidade de JACARAÚ/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **JAIME JOSÉ CAVALCANTE DE MATOS**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrevã(o) Kennedy de Carvalho Andrade, às 14h:26min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

**DAIJON DOUGLAS FERNANDES DE BRITO FILHO**, conhecido por \_\_\_\_\_, RG nº 4.473.362-SSP/SP, CPF nº 718.598.574-93, nacionalidade brasileiro(a), estado civil: união estável, profissão: serviços gerais, filho(a) de Daijon Douglas Fernandes de Brito e Maria do Livramento Pequeno dos Santos, natural de Rio de Janeiro/RJ, nascido(a) em 30/11/1998, do sexo masculino, residente e domiciliado(a) no(a) Rua São Pedro, S/Nº, nº \_\_\_\_\_, bairro: Centro - Lagoa de Dentro/PB, tendo como ponto de referência: mercadinho NOVA OPÇÃO, fone(s) para contato: (83) 99183-9816.

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

- 1) NATUREZA DO FATO: **ACIDENTE DE TRÂNSITO;**
- 2) DATA DO FATO: 19 de janeiro de 2019;
- 3) HORÁRIO: 18h:30min;
- 4) LOCAL: Estrada de areia no Sítio Piabas nº \_\_\_\_\_, bairro \_\_\_\_\_ - Lagoa de Dentro/PB;
- 5) UNIDADE DE SAÚDE PARA A QUAL O ACIDENTADO FOI ENCAMINHADO: hospital de traumas de João Pessoa;
- 6) O COMUNICANTE/VÍTIMA CONDUZIA O VEÍCULO? SIM;
- 7) SENDO O(A) COMUNICANTE CONDUTOR(A) DO VEÍCULO ENVOLVIDO NO ACIDENTE, É ELE HABILITADO? não;
- 8) O VEÍCULO DO(A) COMUNICANTE/VÍTIMA ENCONTRA-SE EM DIA COM AS OBRIGAÇÕES TRIBUTÁRIAS? NÃO INFORMADO.

**9) DESCRIÇÃO DO(S) VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S) NO ACIDENTE:**

HONDA/NXR150 BROS ESD, NIV: 9C2KD0540CR513275, ano/modelo: 2011/2012, cor vermelha, placa: LQZ-3531/RJ, licenciada em nome de: JOSEMAR CAGLIONI.

**10) TESTEMUNHA(S) DO FATO/ACIDENTE:**

**NÃO HOUVE**

**11) BREVE RESUMO DO FATO:**

QUE o comunicante conduzia o referido veículo, levando na garupa sua companheira: ANNY KESSIA DOS SANTOS, quando foi atingido frontalmente pelo veículo: S 10, placa: LNC-3898/RJ, cor prata, conduzido por EDIELSON FERREIRA DO NASCIMENTO; QUE o casal foi socorrido para o hospital de traumas de João Pessoa, onde o notificante ficou internado por cerca de um mês.

**12) OBSERVAÇÕES:**

**ESTE BOLETIM TEM VALIDADE DE 30 DIAS E NESSE PRAZO DEVERÁ O COMUNICANTE PROVIDENCIAR A SEGUNDA VIA DO(S) DOCUMENTO(S) PERDIDO(S)/EXTRAVIADO(S).**

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrevã(o) que digitei.

*Daijon Douglas Fernandes de Brito Filho*  
**DAIJON DOUGLAS FERNANDES DE BRITO FILHO**  
Comunicante

*Kennedy De Carvalho Andrade*  
Escrivã(o)/Agente Mat. nº 155.335-6





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 0268689/19 3 - CPF da vítima: 438.598.574-93 4 - Nome completo da vítima: Dairon Douglas Fernandes de Brito

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

5 - Nome completo: Dairon Douglas Fernandes de Brito 6 - CPF: 438.598.574-93  
7 - Profissão: Serviços Gerais 8 - Endereço: Av. Techo 9 - Número: 510 10 - Complemento: -  
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Aracaju de dentro 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55250-000  
15 - E-mail: - 16 - Tel (DDD): (93) 991969029

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

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

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

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

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)  
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: -  
AGÊNCIA: - CONTA: - AGÊNCIA: - CONTA: -  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha 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.

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: -

25 - Grau de Parentesco com a vítima: - 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: -

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: - Falecidos: - 30 - Vítima deixou nascituro (voinascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: - Falecidos: - 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: -

CPF: -

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: -

CPF: -

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Aracaju - PE 07/08/2019  
Dairon Douglas Fernandes de Brito Filho

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

0007/2019



Prefeitura Municipal de Lagoa de Dentro - PB  
Secretaria Municipal de Saúde  
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192

## DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que nos arquivos do SAMU 192 consta o atendimento ao paciente Dajon Douglas Fernandes de Brito Filho, CPF: 718.598.574-93, RG: 4.473.362, CNS: 2037 5630 2490 0071, residente na Rua São Pedro, Lagoa de Dentro – PB. Foi vítima de acidente de moto no dia 19 de janeiro de 2019, na zona rural de Lagoa de Dentro – PB. Realizado protocolo de imobilização do politraumatizado e encaminhado ao H.E.E.T.S.H.L., onde foi adequadamente recebido pela equipe de plantão.

Lagoa de Dentro, 17 de maio de 2019.

Dr. Joab César Souza Campos  
Responsável Técnico  
Enfermeiro Coren-Pb: 400 10-4

Dr. Joab César Souza Campos  
Enfermeiro  
COREN-PB 40010-4



# 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: 24/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

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

CLIENTE: DAIJON DOUGLAS FERNANDES DE BRITO FILHO

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02191-1

CONTA: 000000002046-X

---

---

Nr. da Autenticação 7AA54BE2084A3F98



MARIA DO LIVRAMENTO PEQUENO DOS SANTOS  
RUA SAO PEDRO, S/N - CENTRO  
LAGOA DE DENTRO / PB CEP: 58250000 (AG: 22)

Emissão: 17/01/2019 Referência: Jan / 2019  
Classe/Subcl: RESIDENCIAL / BAIXA RENDA MONOFÁSICO B/230, Km25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680  
Rateio: 10 - 31 - 300 - 3890 Nº medidor: 00000558956

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 018.727.871  
Cod. para Déb. Automático: 0001166346

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

Conta referente a

Apresentação

Data prevista da  
próxima leitura

CPF/ CNPJ/ RANI

Jan / 2019

17/01/2019

15/02/2019

688.953.984-04

Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora):

5/1156634-6

Canal de contato

Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei  
nº 10.428, de 26 de abril de 2002.

Quer reduzir a conta de luz? Adote hábitos conscientes: não deixe  
a porta da geladeira aberta sem necessidade, lave e passe o  
máximo de roupas possível de uma só vez e não se esqueça de  
apagar as luzes ao sair dos ambientes





Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT S.A  
Tel 21 3861-4600 www.seguradoralider.com.br  
Rua da Assembleia, 100 – 26º andar – Edifício City Tower – Centro  
20011-904 – Rio de Janeiro – RJ



Rio de Janeiro, 26 de setembro de 2019  
Circular DIREG – 015/2019

Aos  
Corretores Parceiros

**REF: Revisão dos documentos de Sinistros DPVAT - Registro de Ocorrência, Comprovante de Ato Declaratório, Comprovante de Residência, Declaração de Proprietário, Boletim de Atendimento Médico, Laudo do IML, Declaração de Inexistência do Laudo do IML e Pedido do Seguro DPVAT-testemunhas.**

Com objetivo de simplificar o processo dos sinistros administrativos, novos procedimentos devem ser observados, conforme o quadro a seguir:

Documento:	De:	Para:
Registro de Ocorrência Policial	Original ou cópia autenticada	Cópia simples
Comprovante do Ato Declaratório	Exigido para acidentes declarados com data superior a 30 dias	Exclusão da lista de documentos de regulação.
Comprovante de Residência	Contas de consumo emitidas em até 180 dias	Qualquer comprovante de residência, sem prazo de validade
Declaração de Proprietário de Veículo	Exigido para coberturas DAMS e Invalidez com acidentes envolvendo motocicletas	Exclusão da lista de documentos de regulação.
Boletim de Atendimento Médico	Emitido no dia do acidente	Emitido em até 72 horas da data do acidente
Laudo do IML	Original ou cópia autenticada	Cópia simples
Declaração de Inexistência do Laudo do IML	03 opções de motivos para não apresentação do Laudo no Pedido do Seguro DPVAT	Opção única de motivo para não apresentação do Laudo no Pedido do Seguro DPVAT

Os novos procedimentos passam a vigorar para sinistros avisados:

- a) A partir do dia 30/09/2019; ou
- b) Anteriores a 30/09/2019 (novos pendenciamentos).

Todas as comunicações relacionadas aos documentos e procedimentos aqui citados ficam alteradas ou revogadas quanto à sua forma e seu conteúdo, conforme a seguir:

1





HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMATOLÓGICO HUMBERTO LUCENA  
DIVISÃO MÉDICA



## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE Daijon Douglas Fernandes de Brito Filho  
DATA DE NASCIMENTO 30/11/98  
NOME DA MÃE Maria do Livramento Pequeno dos Santos

### DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º 113538  
BOLETIM DE ENTRADA N.º 1137047  
DATA DO ATENDIMENTO 19/01/19  
HORA DO ATENDIMENTO 20:54  
MOTIVO DO ATENDIMENTO Acidente de moto  
DIAGNÓSTICO (S) Fratura exposta de fêmur E e tibia E  
CID 10 S72.3 S82.2

### AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de acidente de moto, com TCE, fratura exposta do fêmur e tibia, ferimentos em região frontal, couro cabeludo, região zigomático-maxilar E. Avaliado pela Neurocirurgia, BMF, Traumatologia e internado para tratamento cirúrgico.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC de crânio  
RX face, cervical, tórax, coxa E, perna E  
USG(fast)

### RESULTADOS DOS EXAMES:

Tc: sem anormalidades  
RX: fratura de fêmur e tibia esquerdos.



### TRATAMENTO:

Sutura de múltiplos ferimentos na face (19/01/19) Limpeza mecânico-cirúrgica + fixação externa MIE (realizado em 20/01/19). Retirada de fixador externo em fêmur E (realizado em 30/01/19). Tratamento cirúrgico de fratura de fêmur E (realizado em 07/02/19). Retirada de fixador externo em perna E (realizado em 11/02/19). Osteossíntese de fratura de tibia esquerda (realizado em 18/02/19)

ALTA HOSPITALAR: 19/02/19  
DATA DA EMISSÃO: 10/05/19

Dr. Juan Jaime Alcoba Arce  
CRM: 3323/PB

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







Terapeuta Respiratória

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, s/n - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1137047



## Identificação do paciente

ID 1367778	Nome DANON DOUGLAS FERNANDES DE BRITO FILHO		Sexo Masculino	
Data de nascimento 30/12/1993	Idade 20 anos 20 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe MARIA DO LIVRAMENTO PEQUENO DOS SANTOS		Pai DANON DOUGLAS FERNANDES DE BRITO		
Escolaridade		Responsável (Parentesco) DANUZA DEBORA DE BRITO VIEIRA - IRMAO(A)		
DDD Móvel 83	Fone Móvel 993004433	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo de documento		Nº Cns		
Local de procedência LAGOA DE DENTRO		Tipo MUNICIPIO		UF PB
E-mail	Naturalidade RIO DE JANEIRO	CBOR		
Endereço				
CEP 58250000	Município de residência LAGOA DE DENTRO	UF PB	Logradouro SAO PEDRO	
Número SN	Complemento	Bairro CENTRO		

## Admissão

Data e Hora 19/01/2019 20:54:08	Número da pulseira 1000007163769	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica	
Classificação de risco	Origem do paciente RUA	
Caráter do atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO

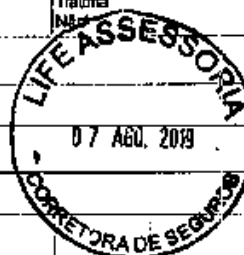
## Indicadores e Transporte

Caso policial NÃO	Plano de saúde NÃO	Veio de ambulância NÃO	Trauma NÃO
Meio de transporte SAMU	Quem transportou		
Sinais Vitais			
PA 120	x	87	mmHg
Pulso		Temperatura	

## Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrassonografia []
Dados clínicos Paciente vítima de acidente de moto, suspenso de pratinha da equipe de resgate, e endosado com cunha.						
Diagnóstico						CID
Atendido por THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA						Tempo 24seg

Imprimir



19/01/2019 7



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/09/2020 10:22:57

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090110225707300000032365059>

Número do documento: 20090110225707300000032365059

Num. 33828097 - Pág. 16





dra. fernand  
01/02 (31/01/19)  
De  
NS  
FA

not for. ext. lib. ext.  
31/03/19  
De  
NS  
FA

future fee  
18/01/19  
De  
NS  
FA

20/01/19  
2MC + fix. fis. is  
DC  
NS  
FA

rel. lib. ext. fis. is  
De  
NS  
FA

dra. fernand  
18/02 (31/01/19)  
De  
NS  
FA

rel. lib. ext. fis. is  
30/01/19  
De  
NS  
FA







Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

AREA AMARELA

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

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente <b>DALION DOUGLAS FERNANDES DE BRITO FILHO</b>	BAE 1137047	Data/Hora Entrada 15/01/2019 20:54:08	Data Baixa
Data de nascimento 30/12/1998	Idade 20a 21d	Sexo Masculino	CNS
Mãe <b>MARIA DO LIVRAMENTO PEQUENO DOS SANTOS</b>			Telefone de Contato (83) 993004433
Endereço <b>SAO PEDRO, SN</b>	Bairro <b>CENTRO</b>	Município <b>LAGOA DE DENTRO</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>VEICULO X MOTO</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>BRUNO DE LUNA ROMA</b>	Nº Cons. Regional <b>10075/PB</b>
Data/Hora Classificação 15/01/2019 20:54:08		Data/Hora Prescrição 20/01/2019 00:40:12	Prontuário

### Anamnese

Tratamento cirúrgico de fratura exposta de fêmur e tibia esquerdos - fixador externo feito por Dr. Tibério

! solicto raio x controle  
Internação hospitalar para procedimento cirúrgico  
orientado por Dr. Tibério

### DIETA

DIETA LIVRE, VIA ORAL

### MEDICAÇÃO

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

Diluir

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

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

Diluir

ONDANSETRONA 8MG/4ML (AMPOLA 4ML), ADMINISTRAR 8,0 ML VIA E.V., 8/8H, SE NECESSÁRIO SE NAUSEAS (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 24,0)

PTOPRIL 25 MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 25,0 MG VIA ORAL, AGORA, (OBSERVAÇÕES: SE PAS > 160 OU PAD > 110 ;  
AVISAR PLANTONISTA DE PAS > 200)

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

OMEPRAZOL 20MG CÁPSULA, ADMINISTRAR 40,0 MG VIA ORAL, 1X AO DIA, (OBSERVAÇÕES: EM JEJUM, PELA MANHÃ)

GLICOSE 50% SOLUÇÃO INJETÁVEL (AMPOLA 10ML), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., AGORA, 0,0 (MGTSM) (OBSERVAÇÕES: SE HGT <80)

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

Diluir

TRAMADOL 50MG /ML INJETÁVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 8/8H, SE NECESSÁRIO SE DOR INTENSA  
(DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 6,0)

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

Diluir

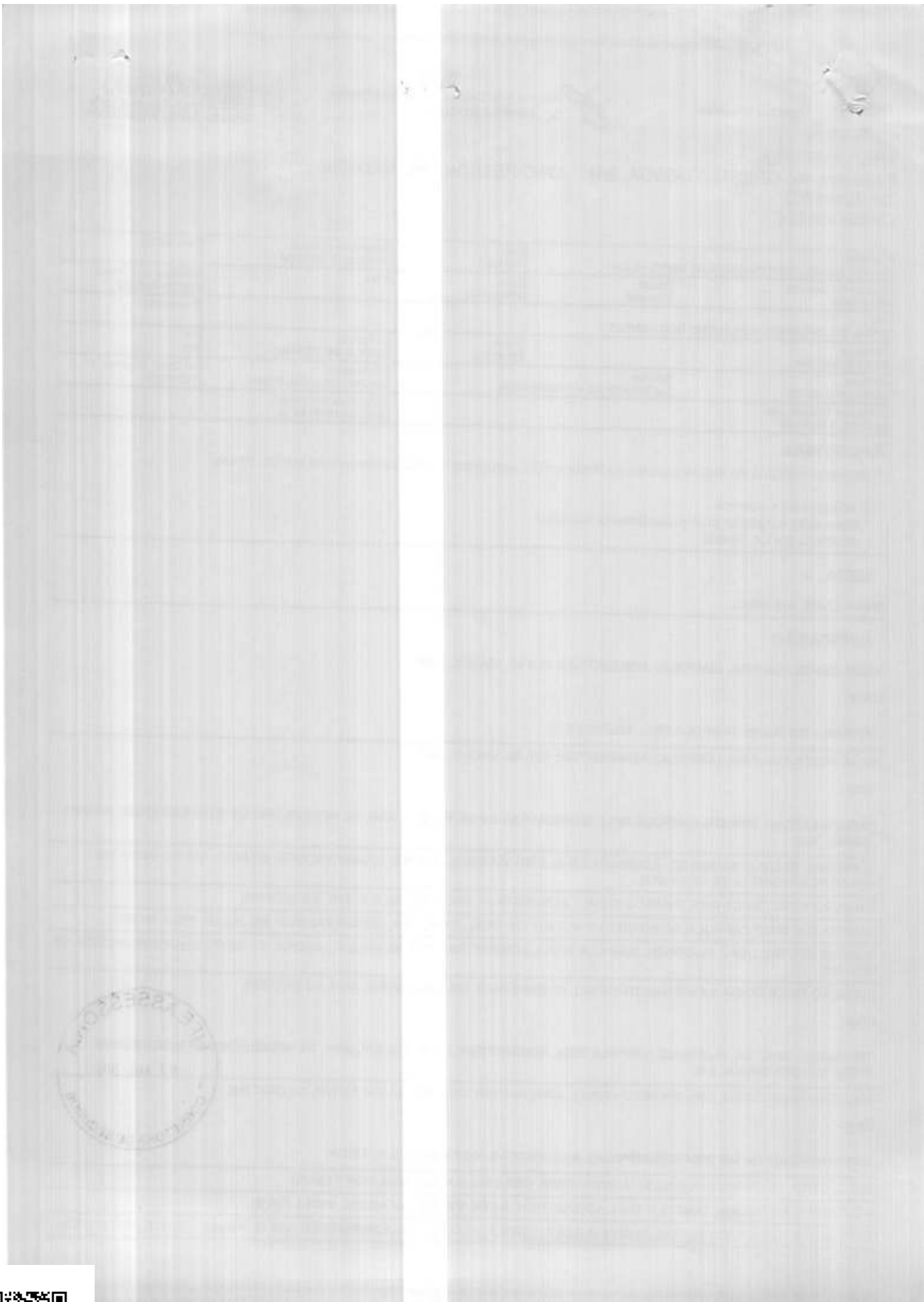
CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., 12/12H

CEFALOTRINA 1G (FRASCO-AMPOLA), ADMINISTRAR 1000,0 MG VIA E.V., 6/6H, POR 7 DIA(S)

GENTAMICINA 80MG/2ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 6,0 ML VIA E.V., 1X AO DIA, POR 7 DIA(S)

HEPARINA SÓDICA 5000UI/2ML (AMPOLA 0,25 A 0,30ML) - ALTO RISCO, ADMINISTRAR 0,25 ML VIA S.C., 12/12H, 0,0 (MGTSM)





**CUIDADOS**

CURATIVO, (OBSERVAÇÕES: DIÁRIO)

HGT 6/6HS

FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIO E MOTORA

INSULINA REGULAR CONFORME HGT

SSVV + CCGG

**EXAME LABORATORIAL**

COAGULOGRAMA COMPLETO

CREATININA

GLICOSE

HEMOGRAMA COMPLETO

TGO (ASPARTATO AMINOTRANFERASE/AST)

TGP (ALANINA AMINOTRANFERASE/ALT)

IONOGRAMA

UREIA

**EXAME DE IMAGEM**

RADIOGRAFIA DE COXA ESQUERDA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: AP/P)

RADIOGRAFIA DE PERNA ESQUERDA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: AP/P)

**Conduta**

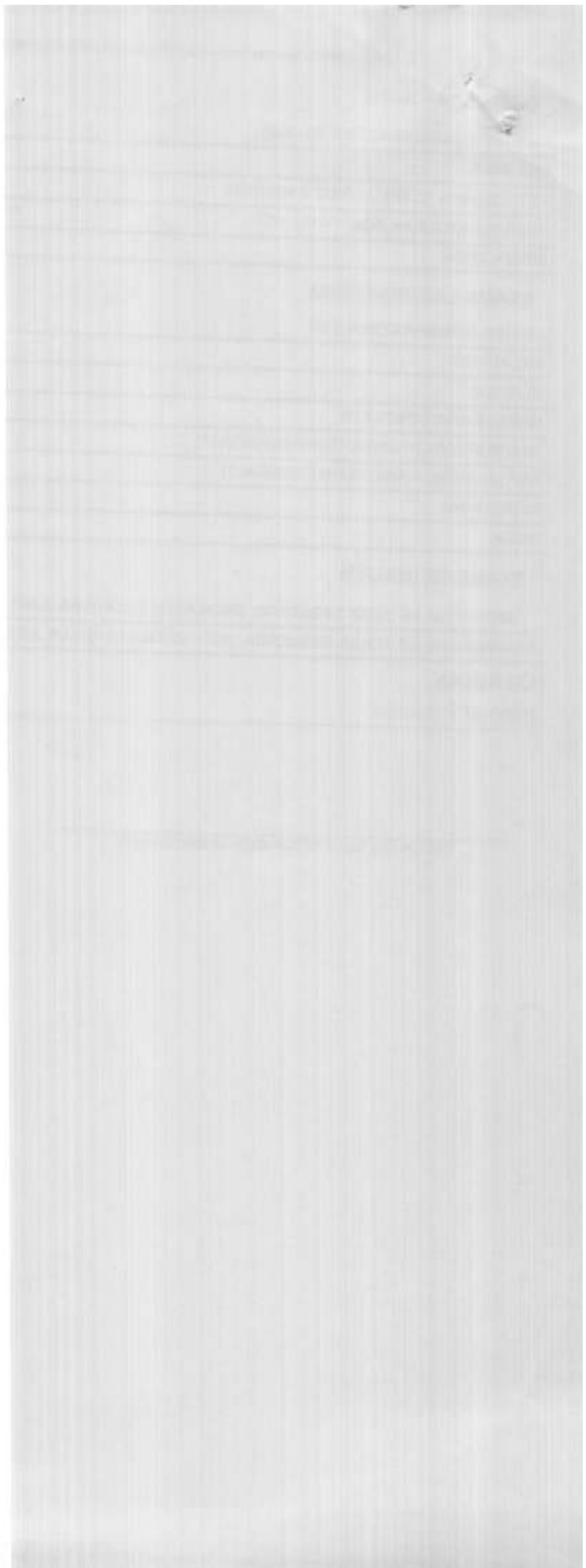
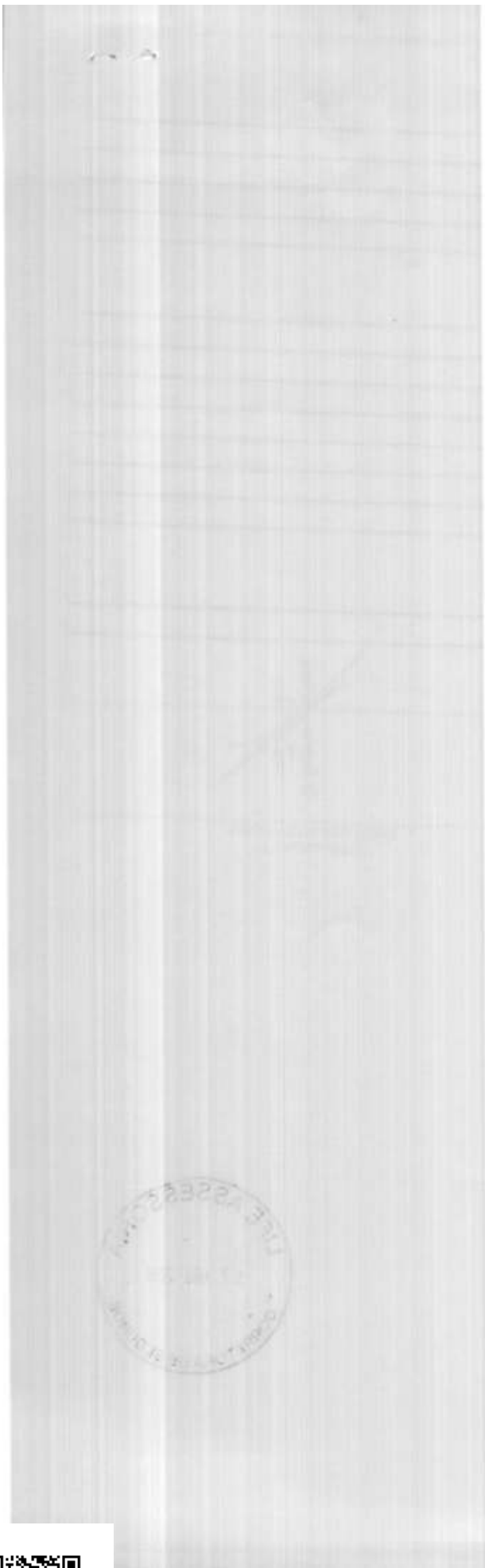
Internar Paciente

Dr Bruno de Luna Roma  
MEDICO  
CRM: 10075

DALTON DOUGLAS FERNANDES DE BRITO FILHO

BRUNO DE LUNA ROMA  
(CRM: 10075/PB)





**SALA DE OBSERVAÇÃO ÁREA VERDE**

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

Tel: 32165700

CNES: 2778696

Paciente <b>DAJON DOUGLAS FERNANDES DE BRITO FILHO</b>		SAE <b>1137047</b>	Data/Hora Entrada <b>19/01/2019 20:54:56</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>30/12/1998</b>	Idade <b>20a 21d</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS	Telefone de Contato <b>(83) 993004433</b>
Mãe <b>MARIA DO LIVRAMENTO PEQUENO DOS SANTOS</b>		Prontuário		
Endereço <b>SAO PEDRO, SN</b>	Bairro <b>CENTRO</b>	Município <b>LAGOA DE DENTRO</b>	UF <b>PB</b>	
Acidente <b>VEICULO X MOTO</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>JOSE MANGUEIRA RAMALHO</b>	Nº Cons. Regional <b>1399/PB</b>	
Data/Hora Classificação <b>19/01/2019 20:54:56</b>		Data/Hora Prescrição <b>19/01/2019 21:20:49</b>		

**Anamnese**

PACIENTE DEU ENTRADA NESTE SERVIÇO VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO APRESENTANDO POLITRAUMATISMO COM TCE FRATURA EXPOSTA DO FEMUR E TIBIA RELATA DOR COM LIMITAÇÃO EM AMBULAR CONSCIENTE ORIENTADO MUCOSAS DESCORADAS ESTADO GERAL COMPROMETIDO.

SOLICITO PARECER DA ORTOPEDIA,NEURO,VASCULAR E BUCO

**MEDICAÇÃO**

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 1,0 MG VIA E.V., AGORA, (OBSERVAÇÕES: SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100 ML)

**EXAME DE IMAGEM**

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO

RADIOGRAFIA DE OSSOS DA FACE (MN + LATERAL + HIRTZ)

RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL PERFIL

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)

ULTRASSONOGRAFIA - FAST

RADIOGRAFIA DE COXA ESQUERDA

RADIOGRAFIA DE PERNA ESQUERDA

**CID10**

Código	Descrição
T07	Traumatismos múltiplos não especificados

**Conduta**

Em observação



DAJON DOUGLAS FERNANDES DE BRITO FILHO

JOSE MANGUEIRA RAMALHO  
033  
Hospital  
1399  
1399/PB

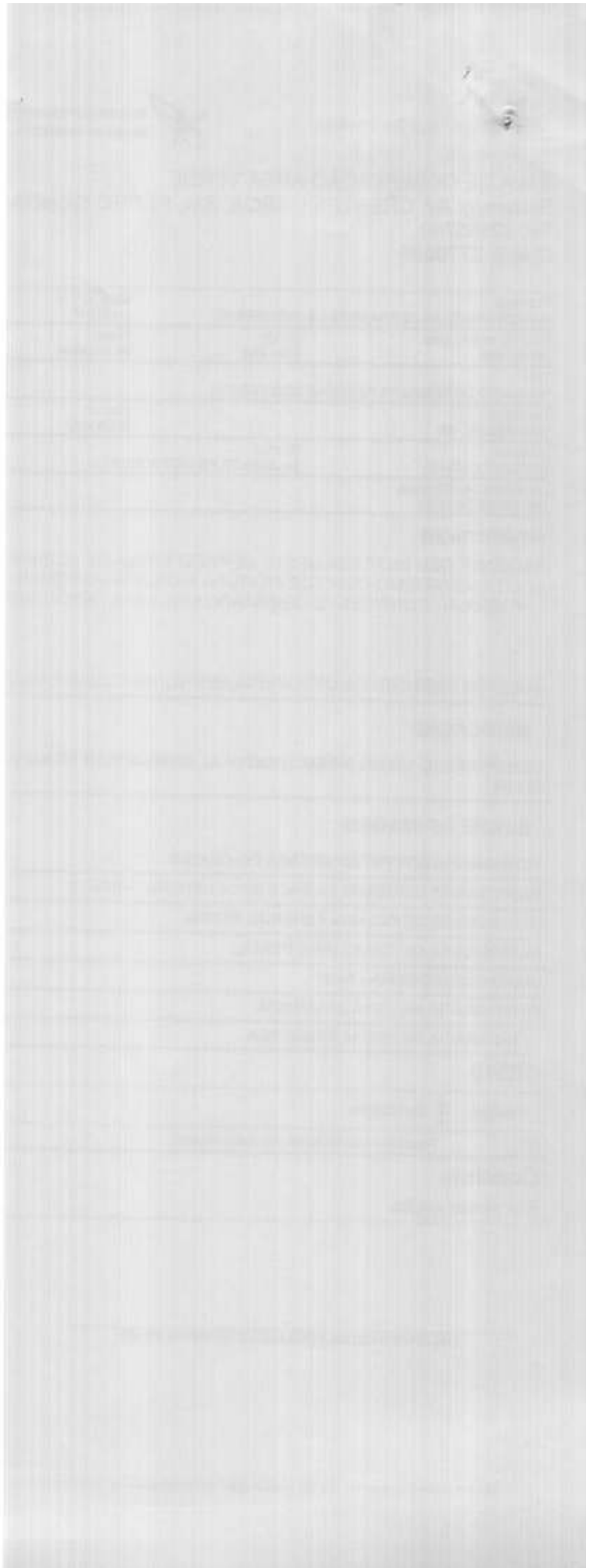
Boletim registrado por: THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA em 19/01/2019 20:54:32



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/09/2020 10:22:57

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090110225707300000032365059

Número do documento: 20090110225707300000032365059





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBA

## CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

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

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
DAIJON DOUGLAS FERNANDES DE BRITO FILHO	1137047	18/01/2019 20:54:06	
Data de nascimento	Idade	Sexo	CNS
30/12/1998	20a 21d	Masculino	
Mãe			Telefone de Contato
MARIA DO LIVRAMENTO PEQUENO DOS SANTOS			(83) 993004433
			Prontuário
Endereço	Bairro	Município	UF
SAO PEDRO, SN	CENTRO	LAGOA DE DENTRO	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
VEICULO X MOTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	LEONARDO COSTA DE ALMEIDA PAIVA	4550/PB
Data/Hora Classificação	Data/Hora Prescrição		
19/01/2019 20:54:06	20/01/2019 09:16:23		

## Anamnese

Paciente submetido a suturas múltiplas de face sob anestesia geral, em caráter de urgência, sem intercorrências.  
exame físico, FCC em frontal, couro cabeludo e complexo zigomático maxilar-esquerdo.  
o exame tomográfico de CRÂNIO, sem sinais de fratura do terço médio e superior de face.  
Solicito nova avaliação após melhora de quadro clínico.

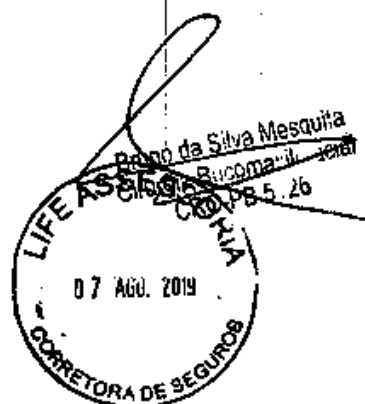
CD.

- 1- Sutura de ferimentos
- 2- Reavaliação pós melhora do quadro.

## Conduta

Em observação

DAIJON DOUGLAS FERNANDES DE BRITO FILHO

LEONARDO COSTA DE ALMEIDA PAIVA  
(4550/PB)

Boletim registrado por: THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA em 18/01/2019 20:54:32

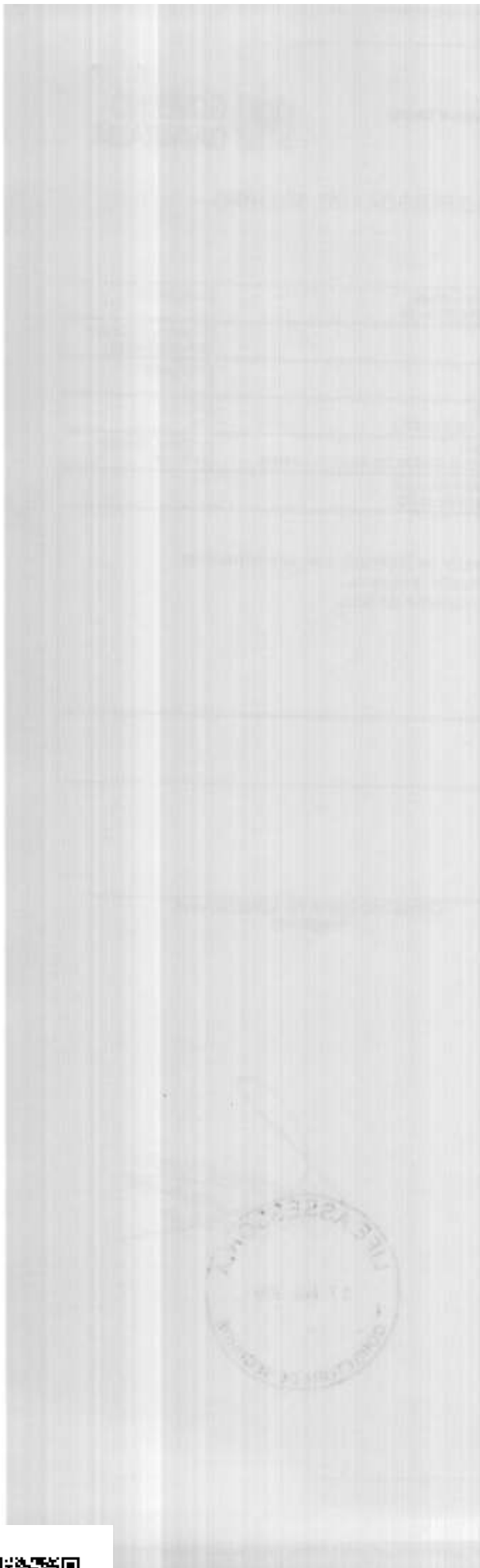
16.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&amp;imprimirDadosAnteriores=N&amp;perform=imprimir&amp;id=496420&amp;pesquisa=S&amp;perform=im... 1/1

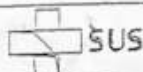


Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/09/2020 10:22:57

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090110225707300000032365059

Número do documento: 20090110225707300000032365059





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

H.E.C.T. S.H.L.

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

H.E.C.T. S.H.L.

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Daipm Douglas Fernandes de Melo Filho

6 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

7 - DATA DE NASCIMENTO

8 - SEXO

9 - MASCULINO ☒ 1 FEMININO ☐

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CDD - CDD MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

18 - CDD DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

19 - CDD DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

20 - CDD DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

21 - CDD DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

22 - CID 10 PRINCIPAL

23 - CID 10 SECUNDÁRIO

24 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

27 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

28 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

29 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

30 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

31 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

32 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

33 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

34 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

35 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

36 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

37 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

38 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

39 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

40 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

41 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

42 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

43 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

44 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

45 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

46 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

47 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

48 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

49 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

50 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

51 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

52 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

53 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

54 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

55 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

56 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

57 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

58 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

59 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

60 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

61 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

62 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

63 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

64 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

65 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

66 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

67 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

68 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

69 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

70 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

71 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

72 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

73 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

74 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

75 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

76 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

77 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

78 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

79 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

80 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

81 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

82 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

83 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

84 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

85 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

86 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

87 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

88 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

89 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

90 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

91 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

92 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

93 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

94 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

95 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

96 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

97 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

98 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

99 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

100 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

101 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

102 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

103 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

104 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

105 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

106 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

107 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

108 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

109 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

110 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

111 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

112 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

113 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

114 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

115 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

116 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

117 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

118 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

119 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

120 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

121 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

122 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

123 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

124 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

125 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

126 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

127 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

128 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

129 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

130 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

131 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

132 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

133 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

134 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

135 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

136 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

137 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

138 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

139 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

140 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

141 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

142 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

143 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

144 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

145 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

146 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

147 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

148 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

149 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

150 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

151 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

152 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

153 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

154 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

155 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

156 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

157 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

158 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

159 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

160 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

161 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

162 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

163 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

164 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

165 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

166 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

167 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

168 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

169 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

170 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

171 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

172 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

173 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

174 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

175 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

176 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

177 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

178 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

179 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

180 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

181 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

182 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

183 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

184 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

185 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

186 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

187 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

188 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

189 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

190 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

191 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

192 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

193 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

194 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

195 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

196 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

197 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

198 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

199 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

200 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

201 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

202 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

203 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

204 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

205 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

206 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

207 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

208 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

209 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

210 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

211 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

212 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

213 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

214 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

215 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

216 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

217 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

218 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

219 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

220 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

221 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

222 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

223 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

224 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

225 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

226 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

227 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

228 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

229 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

230 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

231 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

232 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

233 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

234 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

235 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

236 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

237 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

238 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

239 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

240 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

241 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

242 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

243 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

244 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

245 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

246 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

247 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

248 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

249 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

250 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

251 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

252 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

253 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

254 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

255 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS</



# RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: Daizon Douglas Pinheiro de Azevedo Filho BE/Prontuário: 1137047  
 Idade: 20 Sexo: ☒ Masculino ( ) Feminino Cor: \_\_\_\_\_ Data: 18/02/19  
 Clínica/Setor: Ortopedia EMP: \_\_\_\_\_ LR: \_\_\_\_\_  
 Cirurgia: Osteossíntese de fratura de tíbia (E)  
 Cirurgião: Dr. Luciano Lima 1º Assistente: Dr. Matheus Pinheiro  
 2º Assistente: Dr. Romanos 3º Assistente: Dr. Matheus MEZ  
 Instrumentador: \_\_\_\_\_ Anestesista: \_\_\_\_\_  
 Tipo de Anestesia: Proprioalvear Horário: Início \_\_\_\_\_ Término \_\_\_\_\_

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
(E) Fratura de Fêmur distal (E)	
(E) Fratura Diáfise de tíbia (E)	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
Osteossíntese de fratura de tíbia (E) com haste intramedular, 09 x 340 mm	

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

Dr. Matheus Pinheiro  
 Ortopedia e Traumatologia  
 Médico  
 CRM-PE 10204

João Pessoa, 18/02/19

Médico/CRM: \_\_\_\_\_





### Nota de Sala Cirúrgica

[illegible]





## RELATÓRIO DE CIRURGIA



NOME: DAIJON DOUGLAS FERNANDES DE BRITO FILHO BE/PRONTUÁRIO 1137047  
IDADE: 20 SEXO: MASCULINO COR: DATA: 11/02/2019  
CLÍNICA / SETOR: EMP: LR:  
CIRURGIA: RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO EM PERNA ESQUERDA  
CIRURGIÃO: DR LUCIANO LYRA 1º ASS: MR1 LAIANA  
2º ASS: 3º ASS:  
INSTRUMENTADOR: ANESTESISTA:  
TIPO DE ANESTESIA: SEDAÇÃO HORÁRIO INÍCIO: TÉRMINO:

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATORIO	CID
FRATURA DE OSSO DA PERNA ESQUERDA	

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	CÓDIGO
RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO DE PERNA ESQUERDA	

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO:  
DESCRIÇÃO:  
BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO:



## ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

☒ ENFERMARIA ☐ TERAPIA INTENSIVA  
☐ RESIDÊNCIA ☐ ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM:

DATA:

11/02/2019

Laiana  
MÉDICA  
CRM- 4411



英下司

CIRCULANTE  
 8 Jan 29. F. E. ...  
 0452 - 321





# RELATÓRIO DE CIRURGIA



## DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

### Posição e Preparo:

- ① Paciente em DDH sob anestesia
- ② Anestesia e Antérmica
- ③ Apoição de campos estéril

### Início:

- ④ Iniciar transplante patelar (E)
- ⑤ Aneuria: Dissecção de nervos por planos anteriores
- ⑥ Introdução de injeção
- ⑦ Passagem de fio guia sob auxílio de escopo

### Atividade:

- ⑧ Frenagem do canal medular
- ⑨ Redução Fênica ⑩ Fixação com haste intramedular 9x340 5mm
- ⑪ Bloqueio proximal sob auxílio de guia

### Conclusão:

- e escopo, com parafusos 4,5mm cortical no 45 e 40
- ⑫ Bloqueio distal no mas livre com parafusos 4,5 mm cortical n° 40 e 35 mm
  - ⑬ Conexão externa com S.F. 9/4
  - ⑭ Remoção de Hemostáticos
  - ⑮ Fechamento por planos anteriores com reparo de tendão patelar
  - ⑯ curativo

### Fechamento:

- ① Rx de controle



### Observação:

Dr. [illegible]  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PB 10204

Médico/CRM:

Dr. [illegible]  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PB 10204

João Pessoa, 18/02/19

F(NQ).ASCIR.009-1



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/09/2020 10:22:57

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090110225707300000032365059

Número do documento: 20090110225707300000032365059

	DESCRIÇÃO DA CIRURGIA
Posição e Preparo:	
PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA	
ASSEPSIA E ANTISSEPSIA	
APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS	
Conduta:	
RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO DE PERNA ESQUERDA	
CURETAGEM DE LOCAL DOS PINOS	
CURATIVOS ESTÉREIS	
RAIO-X DE CONTROLE	
TALA BOTA EM PERNA ESQUERDA	
Fechamento:	
Observação:	

Médico/CRM:

Laiana Dantas Barreto  
MÉDICA  
CRM. 4451

João Pessoa,

11/02/2019





AV. ORESTES LISBOA, S/n - PEDRO GONDIM  
CNES: 445385 - Tel.: 8332165700

Impresso por: LAIANA  
KAREN DANTAS BARRETO  
Em: 29/01/2019 08:30:44

Nome <b>DAJON DOUGLAS FERNANDES DE BRITO FILHO</b>	Boletim de Atendimento <b>1137047</b>	Data/Hora Entrada <b>19/01/2019 20:54:08</b>	Data/Hora Saída
Data de nascimento <b>30/12/1998</b>	Idade <b>20</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>702604342272233</b>
Tempo de internação	Convênio <b>SUS</b>	Plantão <b>DIURNO</b>	
Data de Entrada <b>19/01/2019 20:54:08</b>	Data Internação <b>20/01/2019 06:28:43</b>	Permanência na Unidade: <b>9d 11h 36min</b>	Permanência no Leito: <b>3d 17h 14min</b>

### EVOLUÇÃO MEDICA (LAIANA KAREN DANTAS BARRETO - 29/01/2019 08:30:29)

#### EVOLUÇÃO

##### PROCEDIMENTO:

##### DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

##### ORTOPEDIA

9º DPO DE FIXAÇÃO EXTERNA (fixador externo transarticular em mie)  
FRATURA DE FEMUR E PERNA ESQUERDA

##### DOR TESTICULAR

ESTÁVEL NO LEITO, NEUROVASCULAR DE MMII PRESERVADO, FO SEM SINAIS DE INFECÇÃO E COM PEQUENO SANGRAMENTO PELOS PINOS

EXAMES OK

PARECER DO UROLOGISTA = ANALGESIA E OBSERVAÇÃO HOSPITALAR QUANTO A DOR TESTICULAR

CD: VPM

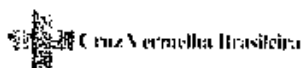
Seção: POSTO IB - ENF 14 Leito: 0003 - ORTOPEDIA  
Profissional responsável pela Informação: LAIANA KAREN DANTAS BARRETO

Número Conselho: 8491

Laiana Karen Dantas Barreto  
MÉDICA  
CRM: 8491







Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, Sn - PEDRO GONDIM  
CNS: 445365 - Tel.: 8332165700

Impresso por: LAIANA  
KAREN DANTAS BARRETO  
Em: 28/01/2019 07:43:55

Nome <b>DAJON DOUGLAS FERNANDES DE BRITO FILHO</b>	Boletim de Atendimento <b>1137647</b>	Data/Hora Entrada <b>19/01/2019 20:54:08</b>	Data/Hora Saída
Data de nascimento <b>30/12/1998</b>	Idade <b>20</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>702504342272233</b>
Tempo de Internação	Convênio <b>SUS</b>	Plantão <b>DIURNO</b>	
Data de Entrada <b>19/01/2019 20:54:08</b>	Data Internação <b>20/01/2019 06:28:43</b>	Permanência na Unidade: <b>8d 10h 49min</b>	Permanência no Leito: <b>2d 15h 27min</b>

### EVOLUÇÃO MEDICA (LAIANA KAREN DANTAS BARRETO - 28/01/2019 07:34:32)

#### EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

#### ORTOPEDIA

8º DPO DE FIXAÇÃO EXTERNA (fixador externo transarticular em mie)  
FRATURA DE FEMUR E PERNA ESQUERDA

#### DOR TESTICULAR

ESTÁVEL NO LEITO, NEUROVASCULAR DE MMII PRESERVADO, FO SEM SINAIS DE INFECÇÃO E COM  
PEQUENO SANGRAMENTO PELOS PINOS

EXAMES OK

CD: VPM

AGUARDO PARECER DO UROLOGISTA

SOLICITO NOVOS RAIO-X

Seção: POSTO IB - ENF 14 Leito: 0003 - ORTOPEDIA  
Profissional responsável pela Informação: LAIANA KAREN DANTAS BARRETO

Número Conselho: 8491

Laiana Karen Dantas Barreto  
Médica  
CRM- 2401





Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, S/n - PEDRO GONDIM  
CNES: 445365 - Tel: 8332165700

Impresso por: LAIANA  
KAREN DANTAS BARRETO  
Em: 24/01/2019 13:32:14

Nome <b>DALTON DOUGLAS FERNANDES DE BRITO FILHO</b>		Boletim de Atendimento <b>1137047</b>	Data/Hora Entrada <b>19/01/2019 20:54:08</b>	Data/Hora Saída
Data de nascimento <b>30/12/1998</b>	Idade <b>20</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>702904342272233</b>	Frontalário <b>113538</b>
Tempo de internação		Convênio <b>SUS</b>	Plantão <b>DIURNO</b>	
Data de Entrada <b>19/01/2019 20:54:08</b>	Data Internação <b>20/01/2019 06:28:43</b>	Permanência na Unidade: <b>4d 16h 38min</b>	Permanência no Leito: <b>2d 2h 50min</b>	

### EVOLUÇÃO MEDICA (LAIANA KAREN DANTAS BARRETO - 24/01/2019 13:31:58)

#### EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

4º DPO DE FIXAÇÃO EXTERNA (fixador externo transarticular em mie) DE FRATURA DE FEMUR E PERNA ESQUERDA

SEM QUEIXAS

ESTÁVEL NO LEITO, NEUROVASCULAR DE MMII PRESERVADO  
FO SEM SINAIS DE INFECÇÃO

CD: VPM

Seção: BLOCO - URPA ENF 41 | Leito: LEITO URPA - 9004  
Profissional responsável pela Informação: LAIANA KAREN DANTAS BARRETO

Número Conselho: 8491

*[Handwritten signature]*





AV. ORESTES LISBOA, S/N -  
CNES: 454554 - Tel.: 8332165700

Impresso por: TOMAS  
CATAO MONTE RASO  
Em: 24/01/2019 10:00:03

Nome: <b>DANILON DOUGLAS FERNANDES DE BRITO FILHO</b>		Boletim de Atendimento <b>1137047</b>	Data/Hora Entrada <b>19/01/2019 20:54:08</b>	Data/Hora Saída
Data de nascimento <b>30/12/1988</b>	Idade <b>20</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>702504342272233</b>	Prontuário <b>113538</b>
Tempo de Internação		Convênio <b>SUS</b>	Plantão <b>DIURNO</b>	
Data de Entrada <b>19/01/2019 20:54:08</b>	Data Internação <b>20/01/2019 08:28:43</b>	Permanência na Unidade: <b>4d 13h 6min</b>	Permanência no Leito: <b>1d 23h 19min</b>	

### EVOLUÇÃO MEDICA (TOMAS CATAO MONTE RASO - 24/01/2019 09:59:47)

#### EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

##NCIR##

- HED LAMINAR DE POLO TEMP ESQ

EVOL:

SEM INTERCORRENCIAS NEUROLÓGICAS

FOG 15

CONSCIENTE, ORIENTADO

SEM DEFICITS

CD: TCC DE CONTROLE PARA AVALIAR ALTA DA NCR

Seção: BLOCO - URPA ENF 41 Leito: LEITO URPA - 9004  
Profissional responsável pela informação: TOMAS CATAO MONTE RASO

Número Conselho: 7742

Tomas Catão Monte Raso  
Neurocirurgia  
CRM/PP 7742





Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena

AV. ORESTES LUSBOA, S/N - PEDRO GONDIM  
CNS: 2468276 - Tel.: 8332165700

Nome		DALTON DOUGLAS PERMANDES DE SAATO FILHO		Boleim de Alargamento		1137047		Data/Hora Entrada		19/01/2019 20:54:08		Data/Hora Saída	
Data de nascimento		30/12/1988		Idade		20		Sexo		Masculino		Procedimento	
Tempo de Internação				Convênio		SUS		Plano		DIURNO		Permanência no Leito:	
Data de Entrada		19/01/2019 20:54:08		Data Internação		20/01/2019 08:28:43		Permanência na Unidade:		2d 13h 8min		2d 2h 35min	

EVOLUÇÃO MÉDICA (JIM UMBERTO CANTISANI NETO - 22/01/2019 09:03:25)

EVOLUÇÃO  
PROCEDIMENTO:  
DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:  
#NEUROCIRURGIA#

#POLITRAUMA - ADMISSÃO 19/01/2019  
#HEDA LAMINAR TEMPORAL À ESQUERDA  
#AMNESIA GLOBAL TRANSITÓRIA

PALENTE EVOLUI MANTENDO QUADRO NEUROLÓGICO

AO EXAME: CONSCIENTE, ALERTA, CONFUSO  
SEM DÉFICITS APARENTES  
ESCORIAÇÕES EM HEMIFACE À ESQUERDA  
GCS 14

TC CONTROLE - 21/01/2019: PEQUENO HEDA LAMINAR TEMPORAL À ESQUERDA + PNEUMOENCEFALO

CD: REPETIR TCC 24/01/2019 PARA AVALIAR ALTA PELA NEUROCIRURGIA  
OBSERVAÇÃO NEUROLÓGICA

EM CASO DE REBAIXAMENTO SENSORIAL COMUNICAR IMEDIATAMENTE A NEUROCIRURGIA DE PLANTÃO

Sócio: ÁREA LARANJA - UDC B Leito: LETO EXTRA 02  
Profissional responsável pela internação: JIM UMBERTO CANTISANI NETO

Número Conselho: 7765

Dr. JIM U. CANTISANI NETO  
Neurocirurgião - CRM: 7765





Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

URPA, S/N - NDA  
CNES: 1256678 - Tel.:

Impresso por: LEONARDO  
PEREIRA DA COSTA MATIAS  
Em: 21/01/2019 19:06:45

Nome <b>DALTON DOUGLAS FERNANDES DE BRITO FILHO</b>		Boletim de Atendimento 1137047	Data/Hora Entrada 19/01/2019 20:54:08	Data/Hora Saída
Data de nascimento 30/12/1998	Idade 20	Sexo Masculino	CNS	Prontuário 113538
Tempo de Internação		Convênio SUS	Plantão NOTURNO	
Data de Entrada 19/01/2019 20:54:08	Data Internação 20/01/2019 08:28:43	Permanência na Unidade: 1d 22h 12min		Permanência no Leito: 1d 12h 38min

### **EVOLUÇÃO MEDICA (LEONARDO PEREIRA DA COSTA MATIAS - 21/01/2019 19:01:38)**

#### **EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

#### **NEUROCIRURGIA:**

PACIENTE DE 20 ANOS, ADMITIDO EM 19/01, VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO APRESENTANDO POLITRAUMATISMO COM TCE FRATURA EXPOSTA DO FÊMUR E TIBIA.

AO EXAME: GLASGOW 13, PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES, MOVIMENTANDO OS 4 MEMBROS.

TC DE CRÂNIO (19/01): Lesão de partes moles parietal direita e frontal esquerda com solução de continuidade e exposição óssea.

Fratura dos seios frontais, células etmoidais, esfenóide e teto da órbita esquerda.

Focos de pneumoencéfalo.

Estruturas cerebrais de morfologia e coeficiente de atenuação normais.

Cerebelo e demais estruturas da fossa posterior sem evidências de alterações.

Sulcos corticais, fissuras e cisternas encefálicas de padrão habitual para a idade.

Sistema ventricular de morfologia e dimensões normais.

Ausência de calcificações patológicas intra-cranianas.

Não há desvios das estruturas que compõem a linha média.

CD: SUPORTE CLÍNICO + OBSERVAÇÃO NEUROLÓGICA.

SOL. TC DE CRÂNIO DE CONTROLE.

Seção: ÁREA LARANJA - UDC B Leito: LEITO EXTRA 02

Profissional responsável pela Informação: LEONARDO PEREIRA DA COSTA MATIAS

Leonardo P. da Costa Matias  
Neurocirurgião  
CRM: 93.8028 CRM - PB

Número Conselho: 8028



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/09/2020 10:22:57

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090110225707300000032365059>

Número do documento: 20090110225707300000032365059



Dr. Maria Elzimar P. M. Leite  
Número de inscrição: 2292

Profissional responsável pelo atendimento: ELZIMAR MAGALHAES LEITE  
Leito: LEITO EXTRA 02

COND. PACIENTE ESTÁVEL, MONITORIZADO, COM ALTA DA ANESTESIA AGUARDANDO VAGA EM ENFERMARIA  
SOLICITO EX. LABORATORIOS  
PENDENTE TC DE FACE SOLICITADO ONTEM.  
AO EXAME: ACR = BNF EM 2 TEMPO  
AF = MV + S/RA  
PA = 130X80MMHG  
SP02 = 97%  
AVP = MSD  
ABD. = PLANO, FLACIDO  
SUTURA EM HEMI FACE E PALPEBRA E, O QUE DIFICULTA ATIVIDADE EM ABERTURA PALPEBRAL  
FIXADOR EXTERNO EM MIE  
PACIENTE ESTÁVEL, CONSCIENTE, ORIENTADO, MUCOSAS HIPOCORADADAS, HIPOHIDRATADO, BOA  
SATURAÇÃO, DIURESE PRESENTE, ESPONTANEA

##FRATURA EXPOSTA DE FEMUR E TIBIA E  
TRAUMA DE FACE COM SUTURA EM HEMIFACE ESQ.

##### PLANTÃO ANESTESIOLOGIA#####

EVOLUÇÃO  
PROCEDIMENTO:  
DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

### EVOLUÇÃO MÉDICA (ELZIMAR MAGALHAES LEITE - 21/07/2019 08:23:23)

Nome	DALTON DOUGLAS FERNANDES DE BRITO FILHO
Idade	1137947
Sexo	Masculino
Condomínio	SUS
Tempo de internação	18/07/2019 06:26:43
Data de entrada	18/07/2019 20:54:08
Data de nascimento	30/12/1988
Idade	30
Local de nascimento	113538
Prontuário	113538
Plano	DIURNO
Permanência no Leito	10 1h Semín

Impresso por: ELZIMAR  
MAGALHAES LEITE  
Em: 21/07/2019 08:24:16

AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM  
CNPJ: 2582863 - TEL: 0332195700

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Serviço de Atendimento

GOVERNO  
DA PARAIBA

Cruz Vermelha Brasileira



Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

INTERNO, S/N -  
CNES: 454546 - Tel.:

Impresso por: ANA KARINA  
DE MEDEIROS TORMES  
Em: 22/01/2019 11:01:53

Nome	DALION DOUGLAS FERNANDES DE BRITO FILHO		Boletim de Atendimento	Data/Hora Entrada	Data/Hora Saída
			1137047	19/01/2019 20:54:08	
Data de nascimento	Idade	Sexo	CNS	Prontuário	
30/12/1998	20	Masculino		113538	
Tempo de Internação	Convênio		Plantão		
	SUS		DIURNO		
Data de Entrada	Data Internação	Permanência na Unidade:		Permanência no Leito:	
19/01/2019 20:54:08	20/01/2019 06:28:43	2d 14h 7min		19m	

### EVOLUÇÃO MEDICA (ANA KARINA DE MEDEIROS TORMES - 22/01/2019 11:01:34)

#### EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

BMF

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE AUTO X MOTO SUBMETIDO A SUTURA DE MULTIPLOS FERIMENTOS EM FACE E FRATURA DE FEMUR EM CARATER DE URGENCIA. EVOLUI EM BEG, EUPNEICO EM AR AMBIENTE, ORIENTADO, CONTACTUANTE, DESCORADO. MULTIPLOS FERIMENTOS EM FACE COM SUTURA EM POSICAO SEM SANGRAMENTO ATIVO OU SINAIS FLOGISTICOS, BOA ABERTURA BUCAL, OCLUSAO ESTAVEL, PTOSE DE PALPEBRA SUPERIOR ESQ, NEGA ALTERACAO DA AV, AUSENCIA DE DEGRAU OSSEO PALPAVEL EM FACE. TC DE FACE SEM SINAIS DE FRATURA.

CD: ALTA DA BMF

SEGUE AOS CUIDADOS DA ORTOPEDIA E NCR

Seção: BLOCO - URPA ENF 41 Leito: LEITO URPA - 9004  
Profissional responsável pela informação: ANA KARINA DE MEDEIROS TORMES

Número Conselho: 5724

Ana Karina Tormes





Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM  
CNS: 6121221 - Tel.:

Impresso por: ALEXANDRE  
MEDEIROS DOS SANTOS  
Em: 21/01/2019 20:59:04

Nome <b>DAIJON DOUGLAS FERNANDES DE BRITO FILHO</b>	Boletim de Atendimento <b>1137047</b>	Data/Hora Entrada <b>19/01/2019 20:54:08</b>	Data/Hora Saída
Data de nascimento <b>30/12/1998</b>	Idade <b>20</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS
Tempo de Internação	Convênio <b>SUS</b>		Plantão <b>NOTURNO</b>
Data de Entrada <b>19/01/2019 20:54:08</b>	Data Internação <b>20/01/2019 06:28:43</b>	Permanência na Unidade: <b>2d 5min</b>	Permanência no Leito: <b>1d 14h 31min</b>

### EVOLUÇÃO MEDICA (ALEXANDRE MEDEIROS DOS SANTOS - 21/01/2019 20:58:50)

#### EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

cirurgia vascular : paciente vítima de trauma em mie ha 2 dias ,no momento apresentando todos os pulsos presentes em mie,sensibilidade e motricidade presente em pododactilos  
conduta : á traumatologia

Seção: AREA LARANJA - UDC/B Leito: LEITO EXTRA 02  
Profissional responsável pela informação: ALEXANDRE MEDEIROS DOS SANTOS

Número Conselho: 5148

033005148  
Alexandre M. D. Santos







SUS

Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde

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

Folha 1/2

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

H.C.C.T. S.H.L

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

H.C.C.T. S.H.L

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Daipen Douglas Fernandes de Brito Filho

6 - Nº DO PROCEDIMENTO

1137047

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - FATO

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

19 - COD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

21 - COD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

22 - DIAGNÓSTICO INICIAL

23 - CID 10 PRINCIPAL

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

27 - COD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

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

☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO I

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO II

29 - DESCRIÇÃO

Lote: 003595 Código: F08 2 209

SISTEMA DE FIXAÇÃO OSSEA

SARTORI - LINEFIX FEMUR T

350 - ESTERIL

Feb: 03/10/2018 Val: 10/2023

Registro Anvisa Nº 80083650031

Material ACO INOX/ALUMINIO

Lote: 003595 Código: F08 2 209

SISTEMA DE FIXAÇÃO OSSEA

SARTORI - LINEFIX FEMUR T

350 - ESTERIL

Feb: 03/10/2018 Val: 10/2023

Registro Anvisa Nº 80083650031

Material ACO INOX/ALUMINIO

Lote: 002095 Código: AF35 8 680

PINO INTRAMEDULAR OSSEO - R

X C X 4,5 X 200 X T

Feb: 14/09/2018 Val: 09/2023

Registro Anvisa Nº 80083650026

Material ACO INOX F138

Luiz Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP

CNPJ: 04.861.623-0001-00 - Rio Claro /SP

Tel: -55 19 3538-1910 info@sartori.ind.br

35 - DESCRIÇÃO

Luiz Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP

CNPJ: 04.861.623-0001-00 - Rio Claro /SP

Tel: -55 19 3538-1910 info@sartori.ind.br

Luiz Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP

CNPJ: 04.861.623-0001-00 - Rio Claro /SP

Tel: -55 19 3538-1910 info@sartori.ind.br

3 - C Lote: 002095 Código: AF35 8 680

PINO INTRAMEDULAR OSSEO - R

X C X 4,5 X 200 X T

Feb: 14/09/2018 Val: 09/2023

Registro Anvisa Nº 80083650026

Material ACO INOX F138

Luiz Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP

CNPJ: 04.861.623-0001-00 - Rio Claro /SP

Tel: -55 19 3538-1910 info@sartori.ind.br

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Fixador externo (2)  
Pino intramedular osseo (2)  
Aguilha de Kirsch A.100 (1)

Luiz Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP

CNPJ: 04.861.623-0001-00 - Rio Claro /SP

Tel: -55 19 3538-1910 info@sartori.ind.br

07 AGO. 2019

CORRESPONDÊNCIA DE SEGUROS

PROFISSIONAL SOLICITANTE

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

41 - DOCUMENTO

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

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

( ) CNS ( ) CPF

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

47 - DOCUMENTO

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

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

( ) CNS ( ) CPF





## RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEETSHL

84/03

NOME: **DAIJON DOUGLAS FERNANDES DE BRITO FILHO** 1137047  
IDADE: **20** SEXO: ☒ MASC ☐ FEM COR: P DATA: **30/1/2019**  
CLÍNICA /SETOR: **ORTOPEDIA** EMP: LR:  
CIRURGIA: **RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO DA COXA ESQUERDA**  
CIRURGIÃO: **DR EDSON TINOCO** 1º ASS: **DR EVERTON**  
2º ASS: **MR1 FRANCINELIO** 3º ASS:  
INSTRUMENTADOR: ANESTESISTA:  
TIPO DE ANESTESIA: **SEDAÇÃO** HORÁRIO INÍCIO: **10 20** TÉRMINO: **11 00 H**

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO	CID
<b>FRATURA DO FEMUR ESQUERDO</b>	

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	CÓDIGO
<b>RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO DO FEMUR ESQUERDO</b>	

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



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

MÉDICO/CRM: **DR. MILTON LINHARES Freitas** DATA: **30/1/2019**

Dr. Francinêlio  
Médico  
CRM PB 9803  
CNS 703404579057800



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA
Posição e Preparo:
<b>PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA</b>
<b>ASSEPSIA E ANTISSEPISIA</b>
<b>COLOCACAO DE CAMPOS OPERATORIOS</b>
Incisão:
Achados:
<b>FRATURA DO FEMUR ESQUERDO</b>
Conduta:
<b>RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO DO FEMUR ESQUERDO</b>
Fechamento:
<b>CURATIVOS ESTÉREIS</b>
Observação:
<b>RX DE CONTROLE</b>

Médico/CRM:

~~DR. MILTON LINHARES~~

João Pessoa,

30/1/2019

Dr Francinêlio Freitas  
Médico  
CRM PB 9603  
CNS 703404579057800



# Nota de Sala Cirúrgica

REVISOR

NOME DO PACIENTE: <u>Raoni Douglas Fernandes da Brita Filho</u>								
IDADE: <u>90</u> BE: <u>113047</u> PRONTUÁRIO: _____ ENFERMARIA: _____ LEITO: _____								
CIRURGIÃO: <u>Estuado de Azevedo Estima de Paula (E)</u>								
CIRURGIÃO: <u>Dr. Edson Linhares + Dr. A. E. Estima</u>								
ANESTESIA: <u>Raqui</u>								
ANESTESISTA: <u>Dr. Tiago</u>								
INSTRUMENTADOR: _____								
DATA: <u>30/01/19</u> TEMPO CIRÚRGICO: _____ ANESTESIA: INÍCIO: <u>07:00</u> CIRURGIA: INÍCIO: <u>08:00</u>								
ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA - 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		01	JELCO Nº18		01	FIO CAT GUT CROMADO Nº		
BUPIVACAÍNA ISOBÁRICA			JELCO Nº20			FIO CAT GUT CROMADO Nº		
BUPIVACAÍNA PESADA			JELCO Nº22			FIO DE AÇO Nº		
TIAMINA			JELCO Nº24			FIO DE AÇO Nº		
ROPERIDOL			KIT SIST. DREN TORÁCICA Nº			FIO DE NYLON Nº		
ETOMIDATO			LÂMINA BISTURI Nº11			FIO DE NYLON Nº		
FENOBARBITAL			LÂMINA BISTURI Nº15			FIO DE NYLON Nº		
FENTANIL			LÂMINA BISTURI Nº21			FIO POLILACTINA Nº		
FLUMAZENIL			LÂMINA BISTURI Nº24			FIO POLILACTINA Nº		
ISOFLURANO			LÂMINA DE DERMATÓMOMO			FIO POLILACTINA Nº		
LEVOSUPTVACAÍNA C/ VASO		01	LÂMINA DE ENCORTO			FIO POLIPROPILENO Nº		
LEVOSUPTVACAÍNA S/ VASO			LUVAS DE PROCEDIMENTO PAR.		10	FIO POLIPROPILENO Nº		
LIDOCAÍNA C/ VASO		01	LUVAS ESTÉRIL Nº10			FIO POLIPROPILENO Nº		
LIDOCAÍNA S/ VASO			LUVAS ESTÉRIL Nº15			FIO POLILECAPRONE Nº		
MIDAZOLAM			LUVAS ESTÉRIL Nº18		01	FIO SEDA Nº		
MORFINA		01	LUVAS ESTÉRIL Nº18			FITA CARDÍACA		
NIMBUTUM			MÁSCARA CIRÚRGICA		01	MATERIAL ESPECIAL		QTD.
PANCURÔNIO			MULTÍVIAS			CATETER DE PIC		
PETIDINA			PERFURADOR DE SORO			CIMENTO CIRÚRGICO		
PROPOFOL			SCALP Nº19			CLIP TITÂNIO LIGADURA		
RAMFENTANIL			SCALP Nº21			FIO DE KIRSCHNER Nº		
ROCURÔNIO			SERINGA 3ML			FIO DE KIRSCHNER Nº		
SEVOFLURANO			SERINGA 5ML		01	FIO STERNMAN Nº		
SUXAMETÔNIO			SERINGA 10ML		01	FIO STERNMAN Nº		
TIOPENTAL			SERINGA 20ML			GRAMPEADOR CIRÚRGICO		
MEDICAÇÕES		QTD.	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº8			FIO 05T. ABSORVÍVEL		
ADRENALINA			SONDA ASP. TRAQUEAL Nº10			KIT. DERIVA VENTRICULAR		
ÁGUA DESTILADA			SONDA ASP. TRAQUEAL Nº12			PRÓTESE VASCULAR		
ATROPINA			SONDA ASP. TRAQUEAL Nº14			KIT. PAM		
BEXTRA			SONDA ASP. TRAQUEAL Nº16			FIXADOR EXTERNO		
CEFALOTINA		01	SONDA FOLEY 2VIAS Nº12			EMPRESA		
DEXAMETASONA		01	SONDA FOLEY 2VIAS Nº14			PARAFUSOS CORTICIS		
DIFTRONA SÓDICA			SONDA NASOG. CURTA			PARAFUSOS CORTICIS		
EFEDRINA			SONDA NASOG. LONGA			PARAFUSOS CORTICIS		
FUROSEMIDA			SONDA URETRAL Nº			PARAFUSOS CORTICIS		
GLICOSE 50%			TOMMERLINHA			PARAFUSOS CORTICIS		
GLUCONATO DE CÁLCIO			TUBO ENDOTRAQUEAL Nº			PARAFUSOS CORTICIS		
HIDROCORTISONA			TUBO ENDOTRAQUEAL Nº			PARAFUSOS CORTICIS		
LIDOCAÍNA GELÉIA			TUBO ENDOTRAQUEAL Nº			PARAFUSOS CORTICIS		
ONDASINTRONA			TUBO SILICONE (LATEX)			PARAFUSOS CORTICIS		
PLASIL						PLACA		
PROSTIGMINE						EQUIPAMENTOS		
PROTAMINA						ASPIRADOR		
TENOXICAN						BISTURI ELÉTRICO		
						CAPNÓGRAFO		
						CÁRDIOMONITOR		
						DEFIBRILADOR		
						FOCO AUXILIAR		
						FOCO CENTRAL		
						MICROSCÓPIO		
						OXÍMETRO DE PULSO		
						P.A. INVASIVÃO INVASIVO		
						PERFURADOR ELÉTRICO		
						SERRA		
						CIRCULANTE		

F (NCA) ASCIR.021-1



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/09/2020 10:22:57

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090110225707300000032365059

Número do documento: 20090110225707300000032365059

1137047

DATA 2011

PRONTUÁRIO:

NOME: Rayon Douglas Fernandes SEXO: M COR:  IDADE: 20

PRÉ-ANESTESIA	PULSO 70	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO 70	GRUPO SANGÜÍNEO
ESTADO GERAL ( ) BOM ( ) REGULAR ( ) MAL ( ) PÉSSIMO	RISCO CIRÚRGICO ( ) BOM ( ) REGULAR ( ) MAL ( ) PÉSSIMO				

ESTADO GERAL ( ) BOM ( ) REGULAR ( ) MAU ( ) PÉSSIMO	RISCO CIRURGICO ( ) BOM ( ) REGULAR ( ) MAU ( ) PÉSSIMO
EXAMES COMPLEMENTARES	

AP. RESPIRATORIO *Aspiraciones* AP. ORILLAS *2500* *2500*

AP. DIGESTADO ESTADO MEXICO DROGAS EN USO

DIAGNÓSTICO DE LABORATÓRIO

DIAGNOSTIC RE-EXAMINATIONS  
CIRURGICAL RE-EXAMINATIONS

CHIRURGIA: Tam AUNG MYE: John

INÍCIO DA ANESTESIA	TERMINO DA ANESTESIA	DURAÇÃO DA ANESTESIA
---------------------	----------------------	----------------------

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	QUANT. DE CH.	VALORES R\$
ANEXO 1	1	100,00

ANESTESISTA *serres* CP

SLA  
 Mervyn Kehrwald  
 A.E. & A.C.  
 714 714

[illegible]

[illegible][illegible]

☒ BONE JOINT ☐ SPINAL ☐ BLOOD VESSEL ☐ BLOOD NERVE ☐ OTHER  
 H A A P W R O L L Y L R F S L A C 26 Q.

MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO	
13	11

14164-1-80

07 Aug, 2019

AP 7 ☐ ZEMERARDA

OUTROS \_\_\_\_\_

ERVABLES IMPRONTES

\_\_\_\_\_

2001

\_\_\_\_\_



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/09/2020 10:22:57  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090110225707300000032365059>

 Número do documento: 20090110225707300000032365059

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/09/2020 10:22:57

<http://pje.tipb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090110225707300000032365059>

Número do documento: 20090110225707300000032365059

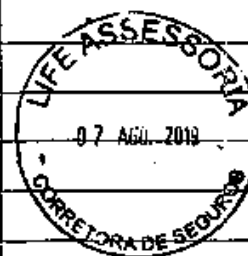
Num. 33828097 - Pág. 51

# RELATÓRIO DE CIRUR

Nome: DANIEL AUGUSTO FERNANDES BE/Prontuário: \_\_\_\_\_  
 Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: ☒ Masculino ( ) Feminino Cor: \_\_\_\_\_ Data: 19/01/19  
 Clínica/Setor: ORTOPEDIA EMP: \_\_\_\_\_ LR: \_\_\_\_\_  
 Cirurgia: \_\_\_\_\_  
 Cirurgião: DR TEÓFILO 1º Assistente: DR TIBÉRIO  
 2º Assistente: DR YURY 3º Assistente: \_\_\_\_\_  
 Instrumentador: \_\_\_\_\_ Anestesista: \_\_\_\_\_  
 Tipo de Anestesia: \_\_\_\_\_ Horário: Início 23:00 Término 00:50

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>FX EXPÔSTA DE FÊMUR E TÍBIA</u>	
<u>CONTAMINADA</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>LMC E FIXAÇÃO EXTERNA</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

Dr. Yury Cordeiro  
 Ortopedia e Traumatologia  
 CRP 100.000

João Pessoa, 20/01/19

Médico/CRM: \_\_\_\_\_





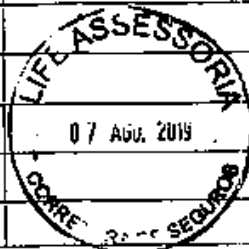
# RELATÓRIO DE CIRURGIA

Data

Nome: Dr. Sr. Douglas Fernandes BE/Prontuário: 1157017  
 Idade: 20 Sexo: ☒ Masculino ( ) Feminino Cor: \_\_\_\_\_ Data: 18/01/19  
 Clínica/Setor: Bloco 1 CRBMF EMP: \_\_\_\_\_ LR: \_\_\_\_\_  
 Cirurgia: Suturas Múltiplas do Faco  
 Cirurgião: Dr. Leonardo Paiva 1º Assistente: Dr. Bruno Mesquita  
 2º Assistente: Dr. Téo Lima 3º Assistente: \_\_\_\_\_  
 Instrumentador: \_\_\_\_\_ Anestesista: Dr. Carlos  
 Tipo de Anestesia: Local Horário: Início 23:00 Término 00:00

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Suturas Múltiplas do Faco</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Suturas Múltiplas do Faco</u>	



Acidente durante Ato Cirúrgico: ( ) Sim (x) Não. Descrição: \_\_\_\_\_

Biopsia de Congelação: ( ) Sim (x) Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico: \_\_\_\_\_

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

Médico/CRM: Bruno da Silva Mesquita  
Cirurgião Geral - Especialista  
CRM-PB/5 20

João Pessoa, 18/01/19

João  
Fernandes (FE)



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/09/2020 10:22:57

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090110225707300000032365059>

Número do documento: 20090110225707300000032365059

Nota de Sala Cirúrgica



**NOME DO PACIENTE:** Davison Douglas Fernandes de Brito Filho

**IDADE:** 312 **SEXO:** M **QUARTO:** 113 **ENFERMARIA:** 113 **LEITO:** 113

**CIRURGIÃO:** DR. Edson de Fátima Esperto de Figueiredo @ Figueiredo Esperto & DR. Tadeu de Fátima Esperto & DR. Prunha (AI)

**CIRURGIÃO:** DR. Tadeu de Fátima Esperto & DR. Prunha (AI)

**ANESTESIA:** Geral

**ANESTESISTA:** DR. Elvino

**INSTRUMENTADOR:**

**DATA:** 10/11/19 **TEMPO CIRÚRGICO:** 22:135 **ANESTESIA INÍCIO:** 00:45' **CIRURGIÃO INÍCIO:** 00:45'

**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 (1) CONTAMINADA (1) INFECTADA (1) POTENCIALMENTE CONTAMINADA

MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.
ALFENTANIL	5.500ml P	JELCO Nº18		FIO CAT GUT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA ISOBARICA	100ml	JELCO Nº20		FIO CAT GUT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA PESADA		JELCO Nº22		FIO DE AÇO Nº	
CETAMINA	1	JELCO Nº24		FIO DE AÇO Nº	
DROPERIDOL		KIT SIST. DREN. TORÁXICA Nº		FIO DE NYLON Nº2.0	101
ETOMIDATO	SOLUÇÕES	LÂMINA BISTURI Nº11		FIO DE NYLON Nº2.0	101
FENOBARBITAL	ÁLCOOL ETÍLICO 70%	LÂMINA BISTURI Nº15		FIO DE NYLON Nº2.0	101
FENTANILA	PVP DEGERMANTE	LÂMINA BISTURI Nº23		FIO POLIGLACTINA Nº	40
FLUMAZENIL	PVP TINTURA	LÂMINA BISTURI Nº24		FIO POLIGLACTINA Nº	
ISOFLURANO	PVP TÓPICO	LÂMINA DE DERMATOMO		FIO POLIGLACTINA Nº	
VOBUPIVACAÍNA C/VASO	SABÃO ANTISÉPTICO	LÂMINA DE ENXERTO		FIO POLIPROPILENO Nº	
VOBUPIVACAÍNA S/VASO	MATERIAIS	LUVAS DE PROCEDIMENTO PAR	10000	FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAÍNA C/VASO	AGULHA 13X4.5	LUVAS ESTERIL Nº7.0		FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAÍNA S/VASO	AGULHA 25X07	LUVAS ESTERIL Nº7.5		FIO POLIGLECAPRONE Nº	
MIDAZOLAN	AGULHA 25X08	LUVAS ESTERIL Nº8.0	100	FIO SEDA Nº	
MORFINA	AGULHA 40X12	LUVAS ESTERIL Nº8.5		FITA CARDÍACA	
NIMBUSUM	AGULHA PERIDURAL Nº16	MÁSCARA CIRÚRGICA	101	MATERIAL ESPECIAL	QTD.
PANCURÔNIO	AGULHA PERIDURAL Nº17	MULTIVIAS		CATETER DE PIC	
PETIDINA	AGULHA PERIDURAL Nº18	PERFURADOR DE SORO		CIMENTO CIRÚRGICO	
PROPOFOL	AGULHA RAQUI Nº23G	SCALP Nº19		CLIP TITÂNIO LIGADURA	
RAMIFENTANILA	AGULHA RAQUI Nº24G	SCALP Nº21		FIO DE KIRSCHNER Nº	
ROCURÔNIO	AGULHA RAQUI Nº27G	SERINGA 5ML		FIO DE KIRSCHNER Nº	
SEVOFLURANO	ALGODÃO ORTOPÉDICO	SERINGA 5ML		FIO STERNMAN Nº	
SUXAMETÔNIO	ATADURA DE CREPOM	SERINGA 10ML	10	FIO STERNMAN Nº	
TIOPENTAL	ATADURA GESSADA	SERINGA 20ML	10	GRANDEADOR CIRÚRGICO	
MEDICAÇÕES	QTD.	BOLSA P/COLOSTOMIA		HEMOST. ABSORVÍVEL	
ADRENALINA	CÂNULA P/TRAQUEOSTOMIA Nº	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº8		KIT DERIVA. VENTRICULAR	
ÁGUA DESTILADA	CATETER DE OXIGÊNIO	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº10		KIT DE VASCULAR	
ATROPINA	CATETER EMBOLEC. ARTERIAL Nº	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº12		KIT VASO	
BEXTRA	CATETER EPIDURAL Nº16	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº14		FIXADOR EXTERNO	1
CEFALOXINA	CATETER EPIDURAL Nº17	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº16		EMPRESA	
DEXAMETASONA	CATETER EPIDURAL Nº18	SONDA FOLEY 2VIAS Nº12		PARAFUSOS CORTICAIS	
IONA SÓDICA	CERA PARA OSO	SONDA FOLEY 2VIAS Nº14		PARAFUSOS CORTICAIS	
LIFEDRINA	COLET. URINA FECHADO	SONDA NASOG. CURTA		PARAFUSOS ESPONJOSOS	
FLUROSEMIDA	COMPRESSAS CIRÚRGICAS	SONDA NASOG. LONGA		PARAFUSOS ESPONJOSOS	
GLICOSE 50%	COMPRESSAS CIRÚRGICAS	SONDA URETRAL Nº		PARAFUSOS ESPONJOSOS	
GLUCONATO DE CÁLCIO	DRENO DE PENROSE	TORNABOMBA		PARAFUSOS ESPONJOSOS	
HIDROCORTISONA	DRENO DE SUÇÃO	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	1.5	PARAFUSOS ESPONJOSOS	
LIDOCAÍNA GELÉIA	ELETRODOS	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		PARAFUSOS ESPONJOSOS	
ONDASENTRONA	EQUIPO MACROGOTAS	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		PARAFUSOS ESPONJOSOS	
PLASIL	EQUIPO TRANSF. SANGUE	TUBO SILICONE (LATEX)		PARAFUSOS ESPONJOSOS	
PROSTIGMIDE	EQUIPO MICROGOTAS			PARAFUSOS ESPONJOSOS	
PROTAMINA	ESPONJA DE PVP			PARAFUSOS ESPONJOSOS	
TENOXICAN	ESPARADRAPO			PARAFUSOS ESPONJOSOS	
CISAPRACINO	GAZES (PAE) 10X10			PARAFUSOS ESPONJOSOS	
GENTAMICINA	GAZES ALGODADAS			PARAFUSOS ESPONJOSOS	
	GEL ELETROLÍTICO			PARAFUSOS ESPONJOSOS	
	JELCO Nº14			PARAFUSOS ESPONJOSOS	
	JELCO Nº16			PARAFUSOS ESPONJOSOS	
	Agulha de Bore A-100		101	PARAFUSOS ESPONJOSOS	

Circulante: Germana Cruz + Gaciana





# RELATÓRIO DE CIRURGIA

REC758L

## DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- 1 Paciente em DDA sob anestesia geral
- 2 Anestesia com PVP 10%
- 3 Irrigação com S.F. 0.5% após os campos cirúrgicos
- 4 Sutura dos Ferimentos com V.C.R. 3-0, V.C.R. 4-0

Incisão:

- 1 Nilon 5-0 • Nilon 3-0
- 2 Irrigação com S.F. 0.5%

Achados:

Conduta:

Fechamento:

Observação:



Bruno da Silva Mesquita  
Cirurgião Geral - R. 11  
CRM-PB 5.26

João Pessoa, 12/01/18

Médico/CRM:

F(NG).ASCIR.005-1

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/09/2020 10:22:57

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090110225707300000032365059>

Número do documento: 20090110225707300000032365059

Num. 33828097 - Pág. 56

# RELATÓRIO DE CIRURGIA

RECEBIMOS

## DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

PACIENTE em DDH SOB ANESTESIA

ASSEPÇÃO + ANTISEPSIA

APROSIÇÃO DE CAMPOS ESTERIL

Incisão:

20-GRADUADA em PENNA. (E) POR PLANOS.

ATE FOCO. F8

Achados:

F8 EXPOSITA DE FEMUR e TÍBIA

Conduta:

LIMPEZA EXAUSTIVA COM SFO, P2  
DESBRANQUEAMENTO DE TECIDOS DESVITALIZADOS  
REALIZAÇÃO MANOBRAS DE REDUÇÃO EM FEMUR.  
APOSICÃO DE FIXADOR EXTERNO EM FEMUR ANTERIO  
LATERAL.  
REALIZAÇÃO MANOBRAS DE REDUÇÃO EM TÍBIA  
APOSICÃO DE FIXADOR EXTERNO EM TÍBIA ANTERIOR.  
FIXADOR TRANS ARTICULAR.  
SUTURA DE PCE.  
CURATIVO.  
NA CONTATOS.

Fechamento:

Observação:

NALIA NECESSIDADE DE NOVA LIMPEZA EM  
48 hs.



Dr. Yuri Cordeiro  
Ortop  
CRM-11502

João Pessoa, 20/01/19.

Médico/CRM:

F(NG).ASCIR.009-1





AV. ORESTES LISBOA, S/n - PEDRO GONDIM  
CNPJ: 445365 - Tel.: 8332185700

Impresso por: LAIANA KAREN  
DANTAS BARRETO  
Em: 10/02/2019 06:48:55

Nome DALJON DOUGLAS FERNANDES DE BRITO FILHO	Boletim de Atendimento 1137047	Data/Hora Entrada 19/01/2019 20:54:08	Data/Hora Saída
Data de nascimento 30/12/1998	Idade 20	Sexo Masculino	CNS 702504342272233
Tempo de internação 21d 21min	Convênio SUS	Plantão NOTURNO	Permanência no Leito: 15d 15h 33min
Data de Entrada 19/01/2019 20:54:08	Data Internação 20/01/2019 09:28:43	Permanência na Unidade: 21d 9h 05min	

### EVOLUÇÃO MEDICA (LAIANA KAREN DANTAS BARRETO - 10/02/2019 06:48:22)

#### EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

ORTOPEDIA

DPO DE RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO DA COXA ESQUERDA  
3o DPO DE FRATURA DE FÊMUR ESQUERDA  
PERNA ESQUERDA EM USO DE FIXADOR EXTERNO

QUEIXA-SE DE DOR EM COXA ESQUERDA

EFO: NEUROVASCULAR DE MIE PRESERVADO COM FERIDA OPERATÓRIA SANGRANDO BASTANTE

EXAMES OK

CD: VPM

AGENDAR RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO DE PERNA ESQUERDA

Seção: POSTO IB - ENF 14 Lato: 0003 - ORTOFEDIA

Profissional responsável pela Informação: LAIANA KAREN DANTAS BARRETO

Número Conselho: 8491



Laiana Karen Dantas Barreto  
MEDICA  
CRM: 6457



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/09/2020 10:22:57

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090110225707300000032365059>

Número do documento: 20090110225707300000032365059



AV. ORESTES LISBOA, S/n - PEDRO GONDIM  
CNPJ: 445385 - Tel.: 8332165700

Impresso por: LAIANA  
KAREN DANTAS BARRETO  
Em: 09/02/2019 09:21:24

Nome	DALTON DOUGLAS FERNANDES DE BRITO FILHO		Boletim de Atendimento	Data/Hora Entrada	Data/Hora Saída
			1137047	19/01/2019 20:54:08	
Data de nascimento	Idade	Sexo	CNS	Prontuário	
30/12/1998	20	Masculino	702504342272233	113538	
Tempo de Internação	Convênio		Plantão		
20d 2h 53min	SUS		DIURNO		
Data de Entrada	Data Internação	Permanência na Unidade:		Permanência no Leito:	
19/01/2019 20:54:08	20/01/2019 08:28:43	20d 12h 27min		14d 18h 5min	

### EVOLUÇÃO MEDICA (LAIANA KAREN DANTAS BARRETO - 09/02/2019 09:21:10)

#### EVOLUÇÃO

##### PROCEDIMENTO:

##### DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

##### ORTOPEDIA

DPO DE RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO DA COXA ESQUERDA

2a DPO DE FRATURA DE FEMUR ESQUERDA

PERNA ESQUERDA EM USO DE FIXADOR EXTERNO

QUEIXA-SE DE DOR EM COXA ESQUERDA

EFO: NEUROVASCULAR DE MIE PRESERVADO COM FERIDA OPERATÓRIA SANGRANDO BASTANTE

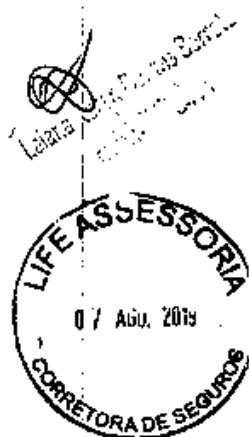
EXAMES OK

CD: VPM

AGENDAR RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO DE PERNA ESQUERDA

Seção: POSTO IB - ENF 14 Leito: 0003 - ORTOPEDIA  
Profissional responsável pela informação: LAIANA KAREN DANTAS BARRETO

Número Conselho: 8481





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBAAV. ORESTES LUBBO, S/n - PEDRO GONDIM  
CNPES: 445365 - Tel: 8332165700Impresso por: LAIANA KAREN  
DANTAS BARRETO  
Em: 08/02/2019 07:38:17

Nome <b>DALTON DOUGLAS FERNANDES DE BRITO FILHO</b>	Boletim de Atendimento <b>1137047</b>	Data/Hora Entrada <b>19/01/2019 20:54:08</b>	Data/Hora Saída
Data de nascimento <b>30/12/1998</b>	Idade <b>20</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>782504342272233</b>
Tempo de Internação <b>19d 1h 10min</b>	Convênio <b>SUS</b>	Plantão <b>DIURNO</b>	Prontuário <b>113558</b>
Data da Entrada <b>19/01/2019 20:54:08</b>	Data Internação <b>20/01/2019 08:28:43</b>	Permanência na Unidade: <b>19d 10h 44min</b>	Permanência no Leito: <b>13d 16h 22min</b>

**EVOLUÇÃO MEDICA (LAIANA KAREN DANTAS BARRETO - 08/02/2019 07:37:52)****EVOLUÇÃO****PROCEDIMENTO:****DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:****ORTOPEDIA****DPO DE RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO DA COXA ESQUERDA****1o DPO DE FRATURA DE FEMUR ESQUERDA****PERNA ESQUERDA EM USO DE FIXADOR EXTERNO****QUEIXA-SE DE DOR EM COXA ESQUERDA****EFO: NEUROVASCULAR DE MIE PRESERVADO COM FERIDA OPERATÓRIA SANGRANDO BASTANTE****CD: SOLICIT HEMOGRAMA****AGENDAR RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO DE PERNA ESQUERDA**

Seção: POSTO IB - ENF 14 - Leito: 0003 - ORTOPEDIA

Profissional responsável pela informação: LAIANA KAREN DANTAS BARRETO

Número Conselho: 8491

Laiana Karen Dantas Barreto  
MÉDICA  
CRM- 8491



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/09/2020 10:22:57

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090110225707300000032365059>

Número do documento: 20090110225707300000032365059





Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, S/n - PEDRO GONDIM  
CNPJ: 445365 - Tel.: 8332165700

Impresso por: LAIANA KAREN  
DANTAS BARRETO  
Em: 06/02/2019 08:31:01

Nome DAJON DOUGLAS FERNANDES DE BRITO FILHO	Boletim de Atendimento 1137047	Data/Hora Entrada 18/01/2019 20:54:06	Data/Hora Saída
Data de nascimento 30/12/1998	Idade 20	Sexo Masculino	CNS 702504342272233
Tempo de Internação 17d 2h 3min	Convênio SUS	Plantão DIURNO	
Data de Entrada 18/01/2019 20:54:06	Data Informação 30/01/2019 06:28:43	Permanência na Unidade: 17d 11h 37min	Permanência no Leito: 11d 17h 18min

## EVOLUÇÃO MEDICA (LAIANA KAREN DANTAS BARRETO - 06/02/2019 08:30:41)

### EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

ORTOPEDIA

7º DPO DE RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO DA COXA ESQUERDA  
FRATURA DE FEMUR E PERNA ESQUERDA  
EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM PERNA ESQUERDA

SEM QUEIXAS

ESTÁVEL NO LEITO, NEUROVASCULAR DE MMII PRESERVADO, FO SEM SINAIS DE INFECÇÃO

EXAMES OK

CD: VPM

AGENDAR PROCEDIMENTO CIRURGICO PARA QUINTA-FEIRA  
SOLICITO RX

Sessão: POSTO IB - ENF 14 Leito: 0003 - ORTOPEDIA  
Profissional responsável pela Informação: LAIANA KAREN DANTAS BARRETO

Número Conselho: 8491

Laiana Karen Dantas Barreto  
MÉDICA  
CRM- 8491





AV. ORESTES LISBOA, S/n - PEDRO GONDIM  
CNPJ: 445365 - Tel.: 8332165700

Impresso por: LAIANA  
KAREN DANTAS BARRETO  
Em: 05/02/2019 08:27:05

Nome <b>DAJON DOUGLAS FERNANDES DE BRITO FILHO</b>	Sistema de Atendimento <b>1137047</b>	Data/Hora Entrada : <b>18/01/2019 20:54:06</b>	Data/Hora Saida
Data de nascimento <b>30/12/1998</b>	Idade <b>20</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>702504342272233</b>
Tempo de Internação <b>16d 1h 50min</b>	Convênio <b>SUS</b>	Plantão <b>DIURNO</b>	Prontuário <b>113538</b>
Data da Entrada <b>18/01/2019 20:54:06</b>	Data Internação <b>20/01/2019 08:28:43</b>	Permanência na Unidade: <b>16d 14h 33min</b>	Permanência no Leito: <b>16d 17h 11min</b>

**EVOLUÇÃO MEDICA (LAIANA KAREN DANTAS BARRETO - 05/02/2019 08:26:54)**

## EVOLUÇÃO

**PROCEDIMIENTO:**

**DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:**

## ORTOPEDIA

8o DPO DE RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO DA COXA ESQUERDA  
FRATURA DE FEMUR E PERNA ESQUERDA  
EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM PERNA ESQUERDA

**SEM QUEIXAS**

ESTÁVEL NO LEITO, NEUROVASCULAR DE MMII PRESERVADO, FO SEM SINAIS DE INFEC

**EXAMES OK**

CD: VPM

AGENDAR PROCEDIMENTO CIRURGICO PARA QUINTA-FEIRA

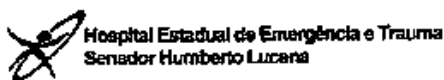
**Seção: POSTO IB - ENF 14      Leito: 0003 - ORTOPEDIA**

Profissional responsável pela informação: LAIANA KAREN DANTAS BARRETO



Laiana Aren Dentas Barreto  
MED  
CRM





AV. ORESTES LISBOA, S/n - PEDRO GONDIM  
CNES: 445365 - Tel.: 8332165700

Impresso por: LAIANA  
KAREN DANTAS BARRETO  
Em: 04/02/2019 07:16:01

Nome <b>DAJON DOUGLAS FERNANDES DE BRITO FILHO</b>	Boletim de Atendimento <b>1137047</b>	Data/Hora Entrada <b>19/01/2019 20:54:08</b>	Data/Hora Saída
Data de nascimento <b>30/12/1998</b>	Idade <b>20</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>702904342272233</b>
Tempo de Internação <b>15d 48min</b>	Convênio <b>SUS</b>	Plantão <b>DIURNO</b>	
Data de Entrada <b>19/01/2019 20:54:08</b>	Data Internação <b>20/01/2019 08:29:43</b>	Permanência na Unidade: <b>15d 10h 22min</b>	Permanência no Leito: <b>Sd 16h</b>

### EVOLUÇÃO MEDICA (LAIANA KAREN DANTAS BARRETO - 04/02/2019 07:15:53)

#### EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

#### ORTOPEDIA

5o DPO DE RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO DA COXA ESQUERDA  
FRATURA DE FEMUR E PERNA ESQUERDA  
EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM PERNA ESQUERDA

SEM QUEIXAS

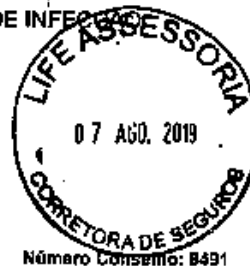
ESTÁVEL NO LEITO, NEUROVASCULAR DE MMII PRESERVADO, FO SEM SINAIS DE INFECÇÃO

EXAMES OK

CD: VPM

AGENDAR PROCEDIMENTO CIRURGICO PARA QUINTA-FEIRA  
RETIRAR PONTOS

Seção: POSTO IB - ENF 14 Leito: 0003 - ORTOPEDIA  
Profissional responsável pela informação: LAIANA KAREN DANTAS BARRETO



Laiana Karen Dantas Barreto  
MEDICA  
CRM: 65571





Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISSOA, S/n - PEDRO GONDIM  
CNES: 445365 - Tel.: 8332165700

Impresso por: LAIANA  
KAREN DANTAS BARRETO  
Em: 01/02/2019 07:27:10

Nome <b>DAIJON DOUGLAS FERNANDES DE BRITO FILHO</b>	Boletim de Atendimento <b>1137047</b>	Data/Hora Entrada <b>19/01/2019 20:54:08</b>	Data/Hora Saída
Data de nascimento <b>30/12/1998</b>	Idade <b>20</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>702504342272233</b>
Tempo de Internação <b>12d 59min</b>		Convênio <b>SUS</b>	Plantão <b>DIURNO</b>
Data de Entrada <b>19/01/2019 20:54:08</b>	Data Internação <b>20/01/2019 08:28:43</b>	Permanência na Unidade: <b>12d 10h 33min</b>	Permanência no Leito: <b>6d 16h 11min</b>

### EVOLUÇÃO MEDICA (LAIANA KAREN DANTAS BARRETO - 01/02/2019 07:27:01)

#### EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

ORTOPEDIA

12º DPO DE FIXAÇÃO EXTERNA (fixador externo transarticular em mie)  
2º DPO DE RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO DA COXA ESQUERDA  
FRATURA DE FEMUR E PERNA ESQUERDA

SEM QUEIXAS

ESTÁVEL NO LEITO, NEUROVASCULAR DE MMII PRESERVADO, FO SEM SINAIS DE INFECÇÃO

EXAMES OK

CD: VPM

Sessão: POSTO IB - ENF 14 Leito: 0003 - ORTOPEDIA  
Profissional responsável pela Informação: LAIANA KAREN DANTAS BARRETO

Número Conselho: 8491



Laiana Karen Dantas Barreto  
MEDICA  
CRM- 8491





Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DO RIO GRANDE DO NORTE

AV. ORESTES LUIZOA, S/n - PEDRO GONDIM  
CNPJ: 445365 - Tel.: 8332165700

Impresso por: LAIANA  
KAREN DANTAS BARRETO  
Em: 31/01/2019 11:51:34

Nome <b>DALTON DOUGLAS FERNANDES DE BRITO FILHO</b>	Boletim de Atendimento <b>1137047</b>	Data/Hora Entrada <b>19/01/2019 20:54:08</b>	Data/Hora Saída
Data de nascimento <b>30/12/1998</b>	Idade <b>20</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>702504342272233</b>
Tempo de Internação <b>11d 5h 23min</b>		Convênio <b>SUS</b>	Plantão <b>DIURNO</b>
Data de Entrada <b>18/01/2019 20:54:08</b>	Data Internação <b>20/01/2019 08:28:43</b>	Permanência na Unidade: <b>11d 14h 57min</b>	Permanência no Leito: <b>5d 20h 35min</b>

### EVOLUÇÃO MÉDICA (LAIANA KAREN DANTAS BARRETO - 31/01/2019 11:51:20)

#### EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

#### ORTOPEDIA

11º DPO DE FIXAÇÃO EXTERNA (fixador externo transarticular em mie)  
1º DPO DE RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO DA COXA ESQUERDA  
FRATURA DE FEMUR E PERNA ESQUERDA

SEM QUEIXAS

ESTÁVEL NO LEITO, NEUROVASCULAR DE MMII PRESERVADO, FO SEM SINAIS DE INFECÇÃO

EXAMES OK

CD: VPM

Seção: POSTO IB - ENF 14 Leito: 0003 - ORTOPEDIA

Profissional responsável pela informação: LAIANA KAREN DANTAS BARRETO

Número Conselho: 6491



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/09/2020 10:22:57

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090110225707300000032365059>

Número do documento: 20090110225707300000032365059



INTERNO, S/N -  
CNS: 454546 - Tel.:

Impresso por: ANA KARINA  
DE MEDEIROS TORMES  
Em: 31/01/2019 07:24:39

Nome <b>DAIJON DOUGLAS FERNANDES DE BRITO FILHO</b>	Boletim de Atendimento <b>1137047</b>	Data/Hora Entrada <b>19/01/2019 20:54:08</b>	Data/Hora Saída
Data de nascimento <b>30/12/1998</b>	Idade <b>20</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>702504342272233</b>
Tempo de Internação <b>11d 58min</b>		Convênio <b>SUS</b>	Plantão <b>DIURNO</b>
Data de Entrada <b>19/01/2019 20:54:08</b>	Data Internação <b>20/01/2019 06:28:43</b>	Permanência na Unidade: <b>11d 10h 30min</b>	Permanência no Leito: <b>5d 16h 8min</b>

### EVOLUÇÃO MEDICA (ANA KARINA DE MEDEIROS TORMES - 31/01/2019 07:24:00)

#### EVOLUÇÃO

##### PROCEDIMENTO:

##### DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

BMF

PACIENTE SUBMETIDO A SINTESE DE MULTIPLOS FERIMENTOS EM FACE NO DIA 22/01, SEM FRATURAS NA TC DE FACE. SUTURAS EM POSICAO SEM SINAIS FLOGISTICOS.

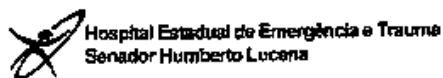
CD: SOLICITO REMOCAO DE PONTOS. SEGUÉ DE ALTA DA BMF E AO CUIDADOS DA ORTOPEDIA

Seção: POSTO IB - ENF 14 Leito: 0003 - ORTOPEDIA  
Profissional responsável pela informação: ANA KARINA DE MEDEIROS TORMES

Número Conselho: 5724

Ana Karina M. Tormes  
C. BULIMAXILOFACIAL/DTM-DOF  
5724





INTERNO, S/N -  
CNES: 454547 - Tel.:

Impresso por: ELISIANE  
CALEONES DO  
NASCIMENTO  
Em: 10/02/2019 13:43:10

Nome <b>DAJON DOUGLAS FERNANDES DE BRITO FILHO</b>	Boletim de Atendimento <b>1137047</b>	Data/Hora Entrada <b>19/01/2019 20:54:08</b>	Data/Hora Saída
Data de nascimento <b>30/12/1993</b>	Idade <b>20</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>702504342272233</b>
Tempo de Internação <b>21d 7h 15min</b>		Convênio <b>SUS</b>	Plantão <b>DIURNO</b>
Data de Entrada <b>19/01/2019 20:54:08</b>	Data Internação <b>20/01/2019 06:28:43</b>	Permanência na Unidade: <b>21d 16h 48min</b>	Permanência no Leito: <b>15d 22h 27min</b>

**DIAGNÓSTICO ENFERMAGEM (ELISIANE CALEONES DO NASCIMENTO - 10/02/2019 13:41:28)**

**AValiação Inicial**

DIAGNÓSTICO: SINAIS DE INFECÇÃO

**PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS**

DIAGNÓSTICO: DOR

**REGULAÇÃO TÉRMICA**

DIAGNÓSTICO: RISCO PARA ALTERAÇÃO DA TEMPERATURA CORPORAL

**INTEGRIDADE FÍSICA**

DIAGNÓSTICO: INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA

**SONO E REPOUSO**

DIAGNÓSTICO: DISTÚRPIO NO PADRÃO DE SONO

**ATIVIDADE FÍSICA**

DIAGNÓSTICO: ATIVIDADE FÍSICA PREJUDICADA

Seção: POSTO IB - ENF 14 Leito: 0003 - ORTOPEDIA  
Profissional responsável pela Informação: ELISIANE CALEONES DO NASCIMENTO



Número Conselho: 389925

*339925*



**SUS**Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)**Folha  
1/2**Identificação do Estabelecimento de Saúde**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HEGTSHL

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HEGTSHL

4 - CNES

**Identificação do Paciente**

5 - NOME DO PACIENTE

Joaquim Douglas Fernandes de Brito Filho

6 - N° DO PRONTUÁRIO

1137047

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

Masc ☒ 1

9 - SEXO

Fem. ☐ 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

DDD

11 - TELEFONE DE CONTATO  
N° DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

**MUDANÇA DE PROCEDIMENTO**

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

19 - Cód. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

21 - Cód. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

22 - DIAGNÓSTICO INICIAL

23 - CID 10 PRINCIPAL

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

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

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

27 - Cód. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

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

☐

DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐

DIÁRIA DE UTI TIPO I

☐

DIÁRIA DE UTI TIPO II

☐

DIÁRIA DE UTI TIPO III

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

30 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

TMC - Ex. D/S/DCS 01 N° 03

Ex. 4, 5 N° 03 01

Parapente deslizante N° 70 01

01 Parapente exposto N° 65

Pino de compressão 01

Parapente verticais sendo: (01) N° 32, (04) N° 34, (01) N° 40,

Placa DCS 135° 14 Furos (Avalia) 01

(01) N° 52, (01) N° 64

Aguilha de Pêlo A 100 01

Sis de Kirchman N° 2,5 02 (usados para equis)

**PROFISSIONAL SOLICITANTE**

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

40 - DATA DA SOLICITAÇÃO

41 - DOCUMENTO

42 - N° DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

43 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

( ) CNS ( ) CPF

Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PE 691 CRM-PE 17606  
SPOT 12614**AUTORIZAÇÃO**

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

47 - DOCUMENTO

48 - N° DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

49 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

( ) CNS ( ) CPF





# RELATÓRIO DE CIRURGIA



Nome: Deilson Douglas Fernandes de Melo Filho BE-Prontuário: \_\_\_\_\_  
 Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: ( ☒ ) Masculino ( ) Feminino Cor: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Clínica/Setor: Ortopedia EMP: \_\_\_\_\_ LR: \_\_\_\_\_  
 Cirurgia: Procedimento cirúrgico fratura de fêmur esquerdo  
 Cirurgião: Dr. Celso Vieira 1º Assistente: Dr. Roberto Correia  
 2º Assistente: \_\_\_\_\_ 3º Assistente: \_\_\_\_\_  
 Instrumentador: \_\_\_\_\_ Anestesista: \_\_\_\_\_  
 Tipo de Anestesia: \_\_\_\_\_ Horário: Início \_\_\_\_\_ Término \_\_\_\_\_

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fratura de fêmur esquerdo</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Procedimento cirúrgico fratura de fêmur esquerdo</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: \_\_\_\_\_

Dr. Celso Vieira  
 CRM 10075

João Pessoa, 07/02/2019



## THE KEY

2

Род. 2000

CD  
KING ASCE 02-1



MEETSKL

FICHA DE ANESTESIA



Paciente: Diogen Douglas Fernandes de Brito Filho DATA: 07/02/19 PRONTUÁRIO: 4437047

SEXO: M COR: BR IDADE: 20

PRESSÃO ARTERIAL: 130/80 PULSO: 65 RESPIRAÇÃO: 16 TEMPERATURA: 36.5 PESO: 65 GRUPO SANGÜÍNEO: O+

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

EXAMES COMPLEMENTARES: VPM

AP. RESPIRATÓRIO: suprimido AP. CIRCULATÓRIO: estável hemodinamicamente

AP. DIGESTIVO: em jejum ESTADO MENTAL: LOTE DROGAS EM USO: VPM

PRÉ-ANESTÉSICO: MDZ 2.5mg ESTADO FÍSICO (ASA): I

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura diafisária de fêmur D

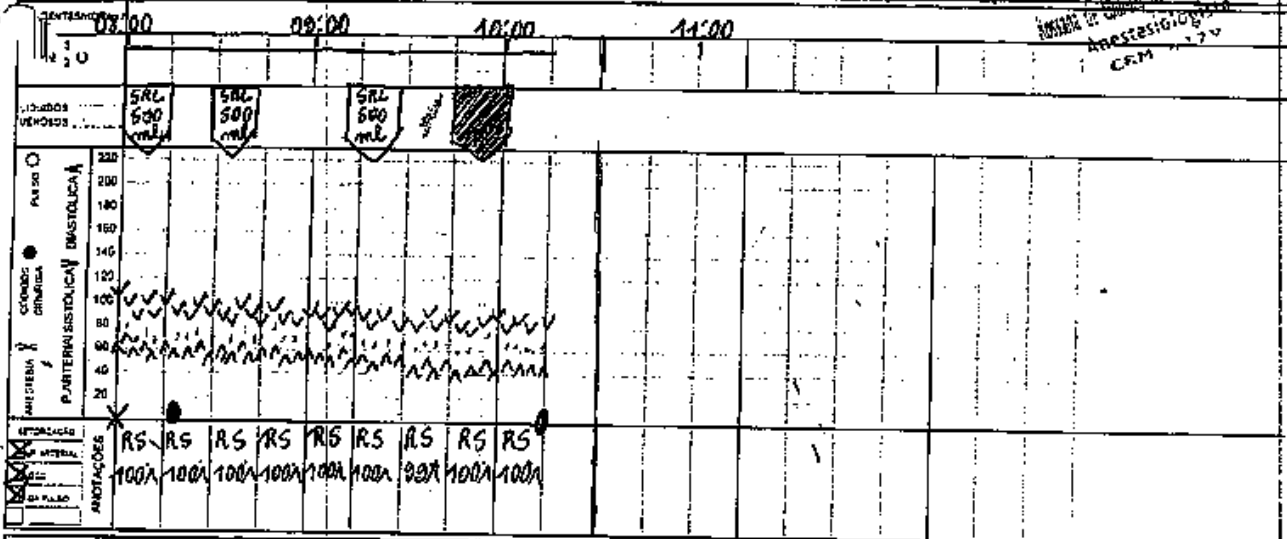
CIRURGIA REALIZADA: Tratamento cirúrgico de fratura diafisária de fêmur D

CIRURGIÃO: Dr. Roberto Coria AUXILIARES: Dr. Alison

INÍCIO DA ANESTESIA: 08:00 TÉRMINO DA ANESTESIA: 10:15 DURAÇÃO DA ANESTESIA: 02h 15min

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: 86.22 QUANT. DE CH.: 1000 VALORES RS: 1000

ANESTESISTA: Dr. Rosanna de Valença CPM: 4437047



ANESTESIA GERAL (X) RACIOCINÁ ( ) EPIDURAL ( ) BLOCO PLEXO ( ) BLOCO NERVOS ( ) OUTROS: Sedação

Paciente sedado monitorizado. Primeiros 15min em MDZ. Sedação com (9). Realizada a respiração e antiespasmódica.

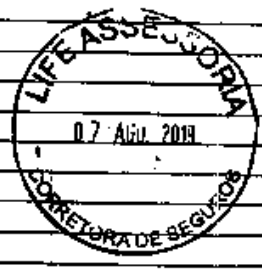
USO DE MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

1. Bupivacaína 0.5% 20mg	11. Efedrina 25mg
2. Midazolam 8.0mg	12.
3. Ondansetrona 4mg	13.
4. Dexametasona 10mg	14.
5. Propofol 2g	15.
6. Propofol 100mg	16.
7. Fentanil 0.75mg	17.
8. Fentanil 50mcg/50mg	18.
9. MDZ 2.5mg + 2.5mg + 2.5mg	19.
10. Noradrenalina 0.5% 100mg	20.

DESTAQUE DO PACIENTE: ☐ APTA ☐ ENFERMARIA ☐ UTI ☐ RESIDÊNCIA ☒ OUTROS: URPA

OBSERVAÇÕES: em nível a 70%. Paciente sedado, com nível de L3-L4, com agulha Quincke 26G. Injetado (9) + (10). I.C.R. (9). Bloqueio de fratura, com antiespasmódica. Realizada a respiração e antiespasmódica, com nível a 70%. Bloqueio de fratura. E, via endovenosa, com uso de agulha 100+50G. Injetado (10).

ASSINATURA DO ANESTESISTA: [Assinatura]



# RELATÓRIO DE CIRURGIA

MEETIN

## DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em DOA sob anestesia  
Cefalotomia + antineoplásica  
Após a colocação da placa

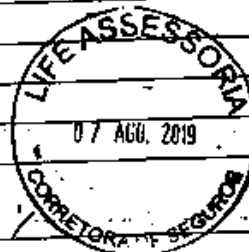
Incisão:

Incisão na linha mediana  
Abertura da placa  
Cuidados de hemostasia

Achados:

Conduta:

Redução direta da fratura  
Fixação com placa DCS + parafusos  
Articular e esponjoso + parafuso estabilizador  
Fechamento da incisão



Fechamento:

Limpeza abundante com SPO, 91  
Sutura por planos  
Curativos e medicação

Observação:

Placa e Curativo

Dr. Suelio Moreira Torres  
CRM 10074

João Pessoa, 09/02/2019

Assinatura/CRM:

F(NG).ASCIR.009-1



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/09/2020 10:22:57

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090110225707300000032365059>

Número do documento: 20090110225707300000032365059



## RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEETSHI

NOME: **DAIJON DOUGLAS FERNANDES DE BRITO FILHO** 1137047  
IDADE: **20** SEXO: ☒ MASC ☐ FEM COR: P DATA: **30/1/2019**  
CLÍNICA / SETOR: **ORTOPEDIA** EMP: LR:  
CIRURGIA: **RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO DA COXA ESQUERDA**  
CIRURGIÃO: **DR EDSON TINOCO** 1º ASS: **DR EVERTON**  
2º ASS: **MR1 FRANCINELIO** 3º ASS:  
INSTRUMENTADOR: ANESTESISTA:  
TIPO DE ANESTESIA: **SEDAÇÃO** HORÁRIO INÍCIO: **10 20** TÉRMINO: **11 00 H**

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO	CID
<b>FRATURA DO FEMUR ESQUERDO</b>	

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	CÓDIGO
<b>RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO DO FEMUR ESQUERDO</b>	

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

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

MÉDICO/CRM: **DR. MILTON LINHARES** DATA: **30/1/2019**

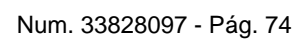
Dr. Francinêlio Freitas  
Médico  
CRM PB 9583  
CNS 703404579057600



2

30/1/2019

7034045







VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	4.473.362
DATA DE EXPEDIÇÃO	04/08/2017
NOME	DAIJON DOUGLAS FERNANDES DE BRITO
FILHO	
FILIAÇÃO	DAIJON DOUGLAS FERNANDES DE BRITO MARIA DO LIVRAMENTO PEQUENO DOS SANTOS
NATURALIDADE	RIO DE JANEIRO-RJ
DOC ORIGEM	NASC.N.201080 FLS.78 LIV.1051A CARTORIO 5º RIO DE JANEIRO-RJ
CPF	
João Pessoa - PB	
Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/09/2020 10:22:57	
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090110225707300000032365059	
Número do documento: 20090110225707300000032365059	

Chancela do Nucleo Civil 29/08/83  
Ident. Civil e Criminal







**Ministério da Fazenda**  
**Recetta Federal**  
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF



Número 718.598.574-93

Nome DAJON DOUGLAS FERNANDES DE BRITO FILHO

Nascimento 30/11/1998

CÓDIGO DE CONTROLE 5424.7ECD.6C86.3B3D



Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil  
às 10:51:55 do dia 29/04/2019, (hora e data de Brasília)  
dígito verificador: 00

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



## IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Melissa Douglas Fernandes de Brito  
 DATA DO ACIDENTE 04/01/2019 CPF DA VÍTIMA 718.598.574-93  
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO \_\_\_\_\_  
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É \_\_\_\_\_  
 ENDEREÇO DO PORTADOR Rua Fedro  
 Nº 314 COMPLEMENTO \_\_\_\_\_ BAIRRO Centro  
 CIDADE Chacara de dentro UF RS CEP 95050-000  
 E-MAIL \_\_\_\_\_ TELEFONE (51) 991928649

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

## DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

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

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

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

## DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)  
☐ CARTeira DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
☐ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
☐ RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
☐ COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS  
☐ NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)  
☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFINHEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ☐ CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

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

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO

- MORTE = R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00, ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRADIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVIDA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO), ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSO [WWW.DPVATSEGURODOTRANSLISTO.COM.BR](http://WWW.DPVATSEGURODOTRANSLISTO.COM.BR) OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

## PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 07-09-2019IDENTIDADE 4.473.362ASSINATURA Melissa Douglas F. de Brito

## RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_

ASSINATURA \_\_\_\_\_

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190467003 **Cidade:** Lagoa de Dentro **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** DAIJON DOUGLAS FERNANDES DE BRITO FILHO **Data do acidente:** 19/01/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 16/10/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DIAFISÁRIA DE FÊMUR E TÍBIA ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO/PLACA E PARAFUSOS/LIMPEZA CIRÚRGICA). ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** PÁG. 15 À 24 / 34 À 44 / 56 À 61 \_CIRURGIA

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190467003 **Cidade:** Lagoa de Dentro **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** DAIJON DOUGLAS FERNANDES DE BRITO FILHO **Data do acidente:** 19/01/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 16/10/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DIAFISÁRIA DE FÊMUR E TÍBIA ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO/PLACA E PARAFUSOS/LIMPEZA CIRÚRGICA). ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** PÁG. 15 À 24 / 34 À 44 / 56 À 61 \_CIRURGIA

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0268689/19

**Vítima:** DAIJON DOUGLAS FERNANDES DE BRITO

**CPF:** 718.598.574-93

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 19/01/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** FERNANDES DE BRITO

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

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

**DAIJON DOUGLAS FERNANDES DE BRITO FILHO : 718.598.574-93**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### 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](http://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: 07/08/2019  
Nome: DAIJON DOUGLAS FERNANDES DE BRITO FILHO  
CPF: 718.598.574-93

DAIJON DOUGLAS FERNANDES DE BRITO FILHO

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/08/2019  
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA  
CPF: 614.058.096-04

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA





## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0268689/19

Número do Sinistro: 3190467003

Vítima: DAIJON DOUGLAS FERNANDES DE BRITO

CPF: 718.598.574-93

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 19/01/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FERNANDES DE BRITO

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

Declaração do Proprietário do Veículo

### ATENÇÃO

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

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

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

#### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 10/10/2019  
Nome: DAIJON DOUGLAS FERNANDES DE BRITO FILHO  
CPF: 718.598.574-93

DAIJON DOUGLAS FERNANDES DE BRITO FILHO

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA

