

---

Rio de Janeiro, 02 de Julho de 2018

**Aos Cuidados de:** GETSON FEITOSA DOS SANTOS

**Nº Sinistro:** 3180292206

**Vitima:** GETSON FEITOSA DOS SANTOS

**Data do Acidente:** 15/01/2018

**Cobertura:** INVALIDEZ

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180292206**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



---

Rio de Janeiro, 04 de Julho de 2018

**Aos Cuidados de:** GETSON FEITOSA DOS SANTOS

**Sinistro:** 3180292206

**Vítima:** GETSON FEITOSA DOS SANTOS

**Data do Acidente:** 15/01/2018

**Cobertura:** INVALIDEZ

**Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o número **3180292206** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT **0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 20 de Julho de 2018

Carta n°: 13118627

A/C: GETSON FEITOSA DOS SANTOS

Nº Sinistro: 3180292206  
Vitima: GETSON FEITOSA DOS SANTOS  
Data do Acidente: 15/01/2018  
Cobertura: INVALIDEZ

**Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ**

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: GETSON FEITOSA DOS SANTOS

Valor: R\$ 843,75

Banco: 237

Agência: 000003433-9

Conta: 000000205167-2

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros 25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

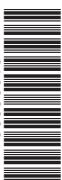
Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 =	R\$	843,75
--	-----	--------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



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

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

Sinistro: **3180292206**

Nome do(a) Examinado(a): **GETSON FEITOSA DOS SANTOS**

Endereço do(a) Examinado(a): **RUA PROJETADA nº 102 - HEITEL SANTIAGO - SANTA RITA/PB**

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 22414232 - SSP**

Data e local do acidente: **15/01/2018 JOAO PESSOA/PB**

Data e local do exame: **13/07/2018 JOAO PESSOA/PB**

**Resultado da Avaliação Médica**

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

**FRATURA DO ÚMERO PROXIMAL ESQUERDO**

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

**FRATURA DO ÚMERO PROXIMAL ESQUERDO TRATADA CIRURGICAMENTE COM REDUÇÃO ABERTA E FIXAÇÃO INTERNA COM FIOS DE KIRSCHNER E FISIOTERAPIA. APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA MEDINDO CERCA DE 13 CM EM FACE INTERNA ANTERIOR DO BRAÇO ESQUERDO, LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE ELEVAÇÃO, ABDUÇÃO E ADUÇÃO DO OMBRO ESQUERDO.**

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

**CICATRIZ CIRÚRGICA MEDINDO CERCA DE 13 CM EM FACE INTERNA ANTERIOR DO BRAÇO ESQUERDO, LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE ELEVAÇÃO, ABDUÇÃO E ADUÇÃO DO OMBRO ESQUERDO.**

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

SIM       NÃO

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível a qualquer medida terapêutica)?

SIM       NÃO

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

**DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO OMBRO ESQUERDO**

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

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

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

Vítima em tratamento

Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_\_\_ dias

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

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

Região Corporal(Sequela): **OMBRO ESQUERDO**

10%     25%     50%     75%     100%

Região Corporal(Sequela):

10%     25%     50%     75%     100%

Região Corporal(Sequela):

10%     25%     50%     75%     100%

Região Corporal(Sequela):

10%     25%     50%     75%     100%

VIII.\* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

**REVISOR CONCORDA COM AS CONCLUSÕES DO MÉDICO EXAMINADOR -**

**Médico Perito: JOAO FERNANDES DE SOUZA CRM:2732 PB/PB**



Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)  
Carimbo com nome e CRM



**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO  
DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de **titularidade do BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

**É obrigatório Representante Legal para:**

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

048.551.884-84

Nome completo da vítima

GETSON FEITOSA DOS SANTOS

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo GETSON FEITOSA DOS SANTOS	CPF titular da conta 048.551.884-84	Profissão AGENTE JÚCIO GOVAT
Endereço RUA RIO JETADA	Número 102	Complemento A
Bairro HOTEL SANTIAGO	Cidade SANTA MATA	Estado PB
Email	CEP 58.300-000	
	Telefone (DDD) 98843-6659	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

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

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

BRADESCO (237)  BANCO DO BRASIL (001)  ITAÚ (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (004)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Name B20 DUSICO	NRO. [ ]		
AGÊNCIA NRO. 3433	D/V 9	CONTA NRO. 02051672	D/V 2
(Informar dígito se existir)			

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

JOÃO PESSOA, 24 de JUNHO de 2018

Local e Data

  
João Pessoa, 24 de Junho de 2018

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 01049.01.2018.1.00.420**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01049.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na integra; À(s) 16:02 horas do dia 01 de junho de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigação, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu **Getson Feitosa dos Santos**, CPF nº 048.551.884-84, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Agente Sócio-Educativo, filho(a) de Maria Jose Feitosa dos Santos e Normando José do Santos Bezerra, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 12/11/1978 (39 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Projetada, Nº 102A, bairro Heitel Santiago, tendo como ponto de referência Ponto Final, na cidade de Santa Rita/PB, telefone(s) para contato (83) 98843-6659.

**Dados do(s) Fatos:**

Local: Rua Alfredo Ferreira da Rocha, Próximo a Praça do Coqueiral, João Pessoa/PB, bairro Mangabeira; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 15/01/18 06:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

Que conduzia a MOTOCICLETA HONDA/CG 160 START, PRETA, 2017/2018, PLACA QFZ7004/PB, CHASSI 9C2KC2500JR000245, registrada em nome do noticiante, quando ao passar por uma curva perdeu o controle vindo a cair ao solo e lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. ELIVALDO SALES DE TOLEDO, CRM 1873/PB/PB, DATADO DE 09.05.2018, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, para onde foi socorrido pelo SAMU; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 01 de junho de 2018.

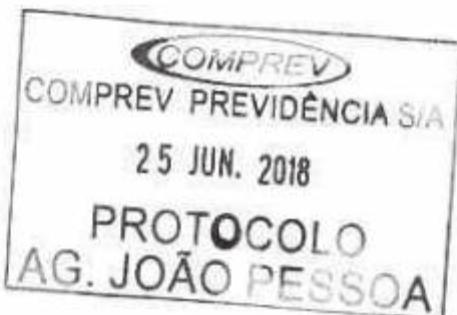
FABIANA DE LIMA BEZERRA

Agente de Investigação

Getson Feitosa dos Santos

GETSON FEITOSA DOS SANTOS

Noticiante



Procedimento Policial: 01049.01.2018.1.00.420

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

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL\* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

**Casos com vítima entre 0 a 15 anos** - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

**Casos com vítima entre 16 e 17 anos** - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima interditada com curador** - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

GETSON FEITOSA SANTOS

CPF da Vítima

043.551.884-84

Data do Acidente

15.01.2018

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

**Assinalar uma das opções abaixo:**

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguição da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

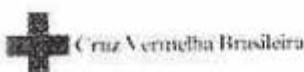
JOÃO PESSOA, 21 de JUNHO

Local e Data



Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1055643



Identificação do paciente				
ID 1251719	Nome GETSON FEITOSA DOS SANTOS	Sexo Masculino		
Data de nascimento 12/11/1978	Idade 39 anos 2 meses 3 dias	Estado civil	Religião	Pronome
Mãe MARIA JOSE FEITOSA DOS SANTOS			Pai NORMANDO JOSE DOS SANTOS BEZERRA	
Escolaridade			Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 96762866	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 2241423	Nº Crns		
Local de procedência MANGABEIRA		Type BAIRRO	UF PB	
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	CBQR		

#### Endereço

CEP 58057455	Município da residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro Carmem Coeli C. Moreira
Número SWN	Complemento		Bairro Mangabeira

#### Admissão

Data e Hora 15/01/2018 07:03:41	Número da pulseira 100006177309	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL		Clinica
Classificação de risco		Origem do paciente RUA
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS

#### Indicadores e Transporte

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

#### Sinais Vitais

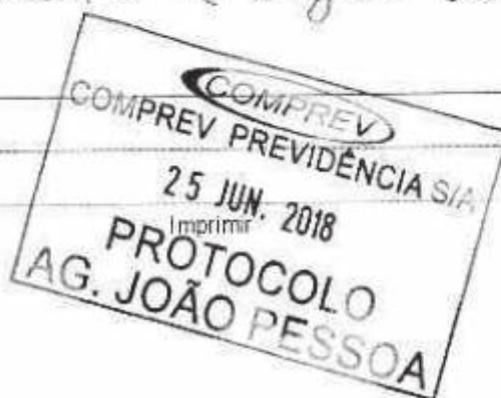
PA X	mmHg	P脉	Temperatura
---------	------	----	-------------

#### Exames complementares

Raios X [ ] Sangue [ ] Urina [ ] TC [ ] Liquor [ ] ECG [ ] Ultrasonografia [ ]  
 Dados clínicos: Paciente Vítima de acidente de moto, Refere que em ontem tiver reagido com dts/clinica

Diagnóstico  
Atendido por  
KELLY DE SOUZA BARBOSA

CID: Sebastião Benedito Ferreira Jr.  
Enfermeiro: GOREN  
Tempo: 58seg



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 18/07/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

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

CLIENTE: GETSON FEITOSA DOS SANTOS

BANCO: 237

AGÊNCIA: 03433-9

CONTA: 000000205167-2

---

Nr. Autenticação

BRADESCO1807201805000000000237034330000020516784375 PAGO



**CAGEPA**

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA

Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB  
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

FÁRÀ CONTATO COM A FABRICA  
INFORME ESTA NO MÉDIO

MATRÍCULA

71989072

DATA LEITURA

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA E ESGOTOS E SERVIÇOS

ABR/2018

GETSON FEITOSA DOS SANTOS  
RUA VILA LOCAL 02 ST. 15, 102 - A - HETTEL  
SANTIAGO SANTA RITA PB 58300-000

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Hidrômetro	Consumo	Resíduo	Filtração	
003.015.220.0146.000	000	1	0	0	0	
<b>Hidrômetro</b>	<b>Data de Instalação</b>	<b>Localização</b>		<b>Situação Água</b>		<b>Situação Esgoto</b>
317ES10233	28/09/2017	ENTERRADO		POTENCIAL		
ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (m³)	LEITURA DE DATA	PROXIMA LEITURA		
6	15	9	28/09/2017	29/09/2017		
HIST. DE CONS./ANOR. LEIT./QDR/ID. DA ÁGUA LEITEU - 01/04/2011-05						
MAR/2018	2	8	PARALELO	EXIG.	ANALIS.	CONFIRM.
FEV/2018	2	17	TERCEIRA	0	0	0
JAN/2018	2	0	CLORO	0	0	0
DEZ/2017	3	0	COL. TÉRMIC	0	0	0
NOV/2017	2	0	LOR	0	0	0
OUT/2017	3	0	COL. TÉRMIC	0	0	0
MEDIDAS						

**COMPREV**  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
25 JUN. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	GETSON FEITOSA DOS SANTOS
DATA DE NASCIMENTO	12/11/78
NOME DA MÃE	MARIA JOSE FEITOSA DOS SANTOS

### DADOS EXTRAÍDOS DO PRONTUÁRIO

PRONTUÁRIO N.º	106598
BOLETIM DE ENTRADA N.º	1055643
DATA DO ATENDIMENTO	15/01/18
HORA DO ATENDIMENTO	07:03
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA DA EXTREMIDADE SUPERIOR DO UMERO
CID 10	S42.2

### AVALIAÇÃO INICIAL:

PACIENTE DEU ENTRADA NESTE SERVIÇO, REFERINDO DOR E LIMITAÇÃO FUNCIONAL NO OMBRO ESQUERDO. PRESENÇA DE ESCORIAÇÕES NA MÃO ESQ. AVALIADO PELA CIRURGIA GERAL, ORTOPEDIA.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX OMBRO ESQUERDO.  
TC DE OMBRO ESQUERDO

### RESULTADOS DOS EXAMES:

RX OMBRO ESQ. - FRATURA DE TUBEROSIDADE MAIOR DE UMERO ESQ.

### TRATAMENTO:

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA LUXAÇÃO DE UMERO ESQUERDO

ALTA HOSPITALAR: 25/01/18  
DATA DA EMISSÃO: 09/05/18

Dr. ELIVALDO Sales de Toledo  
CRM: 1873/PB



## AREA AMARELA

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

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente <b>GETSON FEITOSA DOS SANTOS</b>	BAE <b>1055643</b>	Data/Hora Entrada <b>15/01/2018 07:03:41</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>12/11/1978</b>	Idade <b>39</b>	Sexo <b>Masculino</b>	Telefone de Contato <b>(83) 96762866</b>
Mãe <b>MARIA JOSE FEITOSA DOS SANTOS</b>			Prontuário
Endereço <b>Carmem Coeli C. Moreira, SWN</b>	Bairro <b>Mangabeira</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>QUEDA / OUTROS</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>PEDRO ROMAO DANTAS</b>	Nº Cons. Regional <b>9799/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>15/01/2018 07:03:41</b>		Data/Hora Prescrição <b>15/01/2018 11:17:59</b>	
Corvâncio <b>SUS</b>	Nº Matrícula		Senha

## Anamnese

↑ de redução incruenta de fratura-luxação d eumero proximal esquerdo  
cd; internação para realizar procedimento cirúrgico no segundo tempo

## DIETA

DIETA LIVRE, VIA ORAL

## MEDICAÇÃO

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H, 0.0 (MGTSM)

Diluir

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

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 8/8H, 0.0 (MGTSM)

Diluir

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

LIPTOPRIL 25 MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 1,0 COMPRIMIDO VIA ORAL, AGORA, (OBSERVAÇÕES: SE PAS > 160 OU PAD > J ; 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 2,0 CÁPSULA VIA ORAL, 1X AO DIA, (OBSERVAÇÕES: EM JEJUM, PELA MANHÃ)

GLICOSE 50% SOLUÇÃO INJETAVEL (AMPOLA 10ML), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., AGORA, 0.0 (MGTSM) (OBSERVAÇÕES: SE HGT <60)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V, 8/8H, 0.0 (MGTSM)

Diluir

TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (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

## CUIDADOS

CURATIVO, (OBSERVAÇÕES: DIARIO)

HGT 6/6HS  
Paciente registrado nr.: KE.LY.DF.SOUZA BARBOSA em 15/01/2018 07:06:39

FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIO E MOTORA

INSULINA REGULAR CONFORME HGT

SSVV + CCGG

SOLICITAÇÃO DE PARECER DA CARDIOLOGIA, (OBSERVAÇÕES: RISCO CIRURGICO)

**EXAME LABORATORIAL**

HEMOGRAMA

COAGULOGRAMA COMPLETO

**EXAME DE IMAGEM**

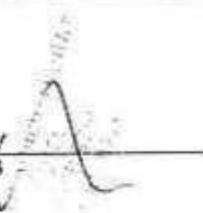
ELETROCARDIOGRAMA

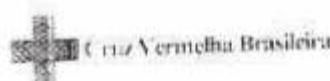
**Conduta**

Internar Paciente

GETSON FEITOSA DOS SANTOS

PEDRO ROMAO DANTAS  
(: 9799/PB)





Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



## AREA LARANJA UDC

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

Tel: 32165700

CNES: 2458276

Paciente <b>GETSON FEITOSA DOS SANTOS</b>	BAE 1055643	Data/Hora Entrada 15/01/2018 07:03:41	Data Baixa:
Data de nascimento 12/11/1978	Idade: 39	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 96762866
<b>Mãe</b> <b>MARIA JOSE FEITOSA DOS SANTOS</b>			
Endereço Carmem Coeli C. Moreira, SWN	Bairro Mangabeira	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional CARLOS ALBERTO MARQUES VIEIRA	Nº Cons. Regional 6902/PB
Data/Hora Classificação 15/01/2018 07:03:41		Data/Hora Prescrição 15/01/2018 08:39:26	
Convênio: SUS	Nº Matrícula		Senha

### Anamnese

CIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO. RELATA DOR E LIMITAÇÃO FUNCIONAL NO OMBRO ESQUERDO APRESENTA ESCORIAÇÕES NA MÃO ESQUERDA

NEUROVASCULAR NORMAL. RADIOGRAFIAS EVIDENCIAM FRATURA-LUXAÇÃO GLENO-UMERAL ESQUERDA CD: TRAMAL E AO BLOCO CIRÚRGICO PARA PROCEDIMENTO DE REDUÇÃO DA FRATURA-LUXAÇÃO

### MEDICAÇÃO

TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA. (OBSERVAÇÕES: ANALGESIA)

### CID10

Código	Descrição
S43.0	Luxação da articulação do ombro

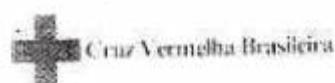
### Conduta

Em observação

GETSON FEITOSA DOS SANTOS

CARLOS ALBERTO MARQUES VIEIRA  
(CRM: 6902/PB)





GOVERNO  
DA PARAÍBA

## AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
GETSON FEITOSA DOS SANTOS	1055643	15/01/2018 07:03:41	
Data de nascimento	idade	Sexo	Telefone de Contato
12/11/1978	39	Masculino	(83) 96762866
Mae			Prontuário
MARIA JOSE FEITOSA DOS SANTOS			
Endereço	Bairro	Município	UF
Carmem Coeli C. Moreira, SWN	Mangabeira	JOAO PESSOA	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
QUEDA / OUTROS	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	GILSON MARCELO PEREIRA DE MELO	3448/PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
15/01/2018 07:03:41		15/01/2018 07:21:25	
Convênio	Nº Matricula		Senha
SUS			

## Anamnese

ciente vítima de acidente de motocicleta (queda), trazido pelo SAMU com quadro de dor à mobilização de ombro esquerdo.

CONDUTA: Solicito raio x da articulação de ombro esquerdo. Parecer da Ortopedia. Alta da Cirurgia Geral. Aos cuidados da Ortopedia.

## CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA. (OBSERVAÇÕES: DOR EM OMBRO ESQUERDO)

## EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO ESQUERDO(TRES POSICOES), (INDICAÇÕES CLÍNICAS: DOR)

## CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

## Conduta

Em observação

Gilson Marcelo P. de Melo  
Cirurgia Geral  
CRM 3448

GILSON MARCELO PEREIRA DE MELO  
(: 3448/PB)

GETSON FEITOSA DOS SANTOS







CROUZ VERMELHA  
BRASILEIRA

# RELATÓRIO DE CIRURGIA



Nome: Giovanni Ferreira Sampaio BE/Prontuário: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: ( )Masculino ( )Feminino Cor: \_\_\_\_\_ Data: 7/1/2018

Clínica/Setor: Ortopedia EMP: \_\_\_\_\_ LR: \_\_\_\_\_

Cirurgia: Fratura aberta de Ex. de úmero proximal

Cirurgião: Dra. Santino 1º Assistente: Dra. Jamil

2º Assistente: Dra. Vitoria 3º Assistente: \_\_\_\_\_

Instrumentador: \_\_\_\_\_ Anestesista: \_\_\_\_\_

Tipo de Anestesia: \_\_\_\_\_ Horário: Início \_\_\_\_\_ Término \_\_\_\_\_

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fratura aberta</u>	
<u>Tuberosidade maior</u>	
<u>de úmero proximal</u>	
<u>com úmero em angulos</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>- tratamento</u>	
<u>de Fratura aberta</u>	
<u>de úmero proximal</u>	

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

Biopsia de Congelação: ( )Sim ( )Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

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

Médico/CRM: \_\_\_\_\_

João Pessoa, 24/7/18

NOME DO PACIENTE	Gelson feito dos Santos						
IDADE	39	SEXO	M	DATA	10/05/2013	ENFERMAGEM	14
CIRURGIA	Intervenção	Fratura úmero trânsito exposto					
CIRURGIAO	Dra Soraína	F. Dr. Soraína 2º Dr. Victor					
ANESTÉSICA	Bloqueio de Plexo						
ANESTESISTA	Dra Abdan						
INSTRUMENTADOR							
DATA	24/01/18	TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA INÍCIO	13:30	CR	14:00	FIM	16:30
ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)							
ASA I	ASA 2	ASA 3	ASA 4	ASA 5	ASA 6	ASA 7	ASA 8
GRAUDE CONTAMINAÇÃO (1) LIMPA (2) CONTAMINADA (3) INFECTADA (4) POTENCIALMENTE CONTAMINADA							
MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD.		MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS		QTD.
ALFENTANILA		S. R. 4.500 PT	JELCO Nº 8				
BUPIVACAINA ISOBÁRICA		S. F. 100	JELCO Nº 20				
BUPIVACAINA PESADA		S. F. 500ML	JELCO Nº 22				
CETAMINA		1 mg mesa	JELCO Nº 24				
DROPERIDOL			JAT SIST DREN TORAXICA Nº				
ETOMIDATO		SOLUÇÕES	QTD.	LÂMINA BISTURI Nº 11			
FENOBARBITAL		ALCOOL ETÍLICO 70%		LÂMINA BISTURI Nº 12			
FENTANILA		PVP DEGERMANTE		LÂMINA BISTURI Nº 21			
FUMAZENIL		PVP TINTURA		LÂMINA BISTURI Nº 24			
ISOFLURANO		PVP TOPICO		LÂMINA DE DERMATOMO			
LEVOBUPIVACAINA CI VASO		SABÃO ANTISEPTICO		LÂMINA DE ENXERTO			
LEVOBUPIVACAINA SI VASO		MATERIAIS	QTD.	LÂVIA DE PROCEDIMENTO PAR			
LIDOCAYNA CI VASO	27	AGULHA 31X4,5		LÂVIA ESTERIL Nº 7,0			
LIDOCAYNA SI VASO	2x	AGULHA 23X07		LÂVIA ESTERIL Nº 7,5			
MIDAZOLAN		AGULHA 23X08		LÂVIA ESTERIL Nº 8,0			
MORFINA		AGULHA 40X12		LÂVIA ESTERIL Nº 8,5			
NIMBUM		AGULHA PERIDURAL Nº 16		MASCARA CIRÚRGICA			
PANCURÔNIO		AGULHA PERIDURAL Nº 17		MULTIVIAS			
PETÔDINA		AGULHA PERIDURAL Nº 18		PERFURADOR DE SORO			
PROPORFOL		AGULHA RAQUI Nº 25G		SCALP Nº 9			
RAMPENTANILA		AGULHA RAQUI Nº 26G		SCALP Nº 11			
ROCURÔNIO		AGULHA RAQUI Nº 27G		SERRINGA 1ML			
SEVOFLURANO		ALGODÃO ORTOPÉDICO		SERRINGA 3ML			
SUXAMETÔNIO		ATADURA DE CREPOM		SERRINGA 10ML			
TIOPIENTAL		ATADURA GESSADA		SERRINGA 20ML			
MEDICAÇÕES	QTD.	BOLSA PI COLOSTOMIA		SONDA ASP TRAQUEAL Nº 8			
ADRENALINA		CÂNULA PI TRAQUEOSTOMIA Nº		SONDA ASP TRAQUEAL Nº 10			
ÁGUA DESTILADA		CATETER DE OXIGENIO		SONDA ASP TRAQUEAL Nº 12			
ATROFOPINA		CATETER ÁMBOLEC ARTERIAL N		SONDA ASP TRAQUEAL Nº 14			
BEXTRA		CATE TER EPIDURAL Nº 16		SONDA ASP TRAQUEAL Nº 16			
CEFAZOLINA		CATETER EPIDURAL Nº 17		SONDA FOLEY 2VIAS Nº 12			
DEXAMETASONA		CATETER EPIDURAL Nº 18		SONDA FOLEY 2VIAS Nº 16			
DIPRIONA SÓDICA		CERA PARA OSSO		SONDA NASOG CURTA			
Efedrina		COLET URINA FECHADO		SONDA NASOG LONGA			
FUROSEMIDA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS		SONDA URETRAL Nº			
GLICOSE 5%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS		TORNEIRINHA			
GLUCONATO DE CALCIO		DRENO DE PENKOE		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº			
HIDROCORTISONA		DRENO DE SUCCÃO		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº			
LIDOCAYNA GELÉIA		ELETRODOS		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº			
ONDASENTRONA		EQUIPO MACROGOTAS		TUBO SILICONE (DRIVE)			
PLASIL		EQUIPO TRANSF SANGUE					
PROSTIGMINE		EQUIPO MICROGOTAS					
PROTAMINA		ESPINHA DE PVP					
TENOIXCAN		ESPARADRAPO		FIOS			
Comum		GAZES		FIOS ALGODÃO S/A Nº			
		GAZES ALGODoadas		FIOS ALGODÃO S/A Nº			
		DEL ELETROLITICO		FIOS ALGODÃO C/A Nº			
		JELCO Nº 14		FIOS ALGODÃO C/A Nº			
		JELCO Nº 16					
Gorra Des FAD							
Protege Aretado							
01 Agulha A.50 (Vycem)							

CROZ VERMELHA  
BRASILEIRA

## FICHA DE ANESTESIA

REF ID: 111

DATA: 24/04/18

PRONTUÁRIO:

PACIENTE: GETSON FERREIRA DE SANTOS | SEXO: M | COR: R | IDADE: 37

PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICO 150 | RESPIRAÇÃO | TEMPERATURA PESO | GRUPO SANGUÍNEO

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

EXAMES COMPLEMENTARES

AP. RESPIRATÓRIO | AP. CIRCULATÓRIO

AP. DIGESTIVO | ESTADO MENTAL CONF | DROGAS EM USO

PRE-ANESTÉSICO  
DOSE / HORA

ESTADO FÍSICO (ASA)

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Entumecimento muscular

CIRURGIA REALIZADA: Tumor de meningoma

CIRURGIAO: SANTOS | AUXILIARES

INÍCIO DA ANESTESIA: 13:20 | TÉRMINO DA ANESTESIA: 16:30 | DURAÇÃO DA ANESTESIA: 3h

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

ANI: SISTEMA: ABDO & LARINGE | CRM-PB: 61 | Dr. Abdon Moreira Lustosa  
Médico Anestesiologista | CRM-PB 4184

AGRADECIMENTO: Obrigado

O: 3 N: 2

USADAS VENOSAS:

O: 0 N: 0

USADAS ARTERIAIS:

O: 0 N: 0

USADAS CAVAS:

O: 0 N: 0

USADAS DIÁFRAGMÁTICAS:

O: 0 N: 0

USADAS CARDIACAS:

O: 0 N: 0

USADAS URINÁRIAS:

O: 0 N: 0

USADAS RESPIRATÓRIAS:

O: 0 N: 0

USADAS SISTÔMICAS:

O: 0 N: 0

USADAS VASCULARES:

O: 0 N: 0

USADAS NEUROLOGICAS:

O: 0 N: 0

USADAS GENITOURINÁRIAS:

O: 0 N: 0

USADAS HEMODINÂMICAS:

O: 0 N: 0

USADAS HEPATOBILIÁRIAS:

O: 0 N: 0

USADAS GASTROINTESTINAIS:

O: 0 N: 0

USADAS PULMONARES:

O: 0 N: 0

USADAS MUSCULARES:

O: 0 N: 0

USADAS SISTÉMICAS:

O: 0 N: 0

USADAS CARDIACAS:

O: 0 N: 0

USADAS VASCULARES:

O: 0 N: 0

USADAS NEUROLOGICAS:

O: 0 N: 0

USADAS GENITOURINÁRIAS:

O: 0 N: 0

USADAS HEPATOBILIÁRIAS:

O: 0 N: 0

USADAS GASTROINTESTINAIS:

O: 0 N: 0

USADAS PULMONARES:

O: 0 N: 0

USADAS MUSCULARES:

O: 0 N: 0

USADAS SISTÉMICAS:

O: 0 N: 0

USADAS CARDIACAS:

O: 0 N: 0

USADAS VASCULARES:

O: 0 N: 0

USADAS NEUROLOGICAS:

O: 0 N: 0

USADAS GENITOURINÁRIAS:

O: 0 N: 0

USADAS HEPATOBILIÁRIAS:

O: 0 N: 0

USADAS GASTROINTESTINAIS:

O: 0 N: 0

USADAS PULMONARES:

O: 0 N: 0

USADAS MUSCULARES:

O: 0 N: 0

USADAS SISTÉMICAS:

O: 0 N: 0

USADAS CARDIACAS:

O: 0 N: 0

USADAS VASCULARES:

O: 0 N: 0

USADAS NEUROLOGICAS:

O: 0 N: 0

USADAS GENITOURINÁRIAS:

O: 0 N: 0

USADAS HEPATOBILIÁRIAS:

O: 0 N: 0

USADAS GASTROINTESTINAIS:

O: 0 N: 0

USADAS PULMONARES:

O: 0 N: 0

USADAS MUSCULARES:

O: 0 N: 0

USADAS SISTÉMICAS:

O: 0 N: 0

USADAS CARDIACAS:

O: 0 N: 0

USADAS VASCULARES:

O: 0 N: 0

USADAS NEUROLOGICAS:

O: 0 N: 0

USADAS GENITOURINÁRIAS:

O: 0 N: 0

USADAS HEPATOBILIÁRIAS:

O: 0 N: 0

USADAS GASTROINTESTINAIS:

O: 0 N: 0

USADAS PULMONARES:

O: 0 N: 0

USADAS MUSCULARES:

O: 0 N: 0

USADAS SISTÉMICAS:

O: 0 N: 0

USADAS CARDIACAS:

O: 0 N: 0

USADAS VASCULARES:

O: 0 N: 0

USADAS NEUROLOGICAS:

O: 0 N: 0

USADAS GENITOURINÁRIAS:

O: 0 N: 0

USADAS HEPATOBILIÁRIAS:

O: 0 N: 0

USADAS GASTROINTESTINAIS:

O: 0 N: 0

USADAS PULMONARES:

O: 0 N: 0

USADAS MUSCULARES:

O: 0 N: 0

USADAS SISTÉMICAS:

O: 0 N: 0

USADAS CARDIACAS:

O: 0 N: 0

USADAS VASCULARES:

O: 0 N: 0

USADAS NEUROLOGICAS:

O: 0 N: 0

USADAS GENITOURINÁRIAS:

O: 0 N: 0

USADAS HEPATOBILIÁRIAS:

O: 0 N: 0

USADAS GASTROINTESTINAIS:

O: 0 N: 0

USADAS PULMONARES:

O: 0 N: 0

USADAS MUSCULARES:

O: 0 N: 0

USADAS SISTÉMICAS:

O: 0 N: 0

USADAS CARDIACAS:

O: 0 N: 0

USADAS VASCULARES:

O: 0 N: 0

USADAS NEUROLOGICAS:

O: 0 N: 0

USADAS GENITOURINÁRIAS:

O: 0 N: 0

USADAS HEPATOBILIÁRIAS:

O: 0 N: 0

USADAS GASTROINTESTINAIS:

O: 0 N: 0

USADAS PULMONARES:

O: 0 N: 0

USADAS MUSCULARES:

O: 0 N: 0

USADAS SISTÉMICAS:

O: 0 N: 0

USADAS CARDIACAS:

O: 0 N: 0

USADAS VASCULARES:

O: 0 N: 0

USADAS NEUROLOGICAS:

O: 0 N: 0

USADAS GENITOURINÁRIAS:

O: 0 N: 0

USADAS HEPATOBILIÁRIAS:

O: 0 N: 0

USADAS GASTROINTESTINAIS:

O: 0 N: 0

USADAS PULMONARES:

O: 0 N: 0

USADAS MUSCULARES:

O: 0 N: 0

USADAS SISTÉMICAS:

O: 0 N: 0

USADAS CARDIACAS:

O: 0 N: 0

USADAS VASCULARES:

O: 0 N: 0

USADAS NEUROLOGICAS:

O: 0 N: 0

USADAS GENITOURINÁRIAS:

O: 0 N: 0

USADAS HEPATOBILIÁRIAS:

O: 0 N: 0

USADAS GASTROINTESTINAIS:

O: 0 N: 0

USADAS PULMONARES:

O: 0 N: 0

USADAS MUSCULARES:

O: 0 N: 0

USADAS SISTÉMICAS:

O: 0 N: 0

USADAS CARDIACAS:

O: 0 N: 0

USADAS VASCULARES:

O: 0 N: 0

USADAS NEUROLOGICAS:

O: 0 N: 0

USADAS GENITOURINÁRIAS:

O: 0 N: 0

USADAS HEPATOBILIÁRIAS:

O: 0 N: 0

USADAS GASTROINTESTINAIS:

O: 0 N: 0

USADAS PULMONARES:

O: 0 N: 0

USADAS MUSCULARES:

O: 0 N: 0

USADAS SISTÉMICAS:

O: 0 N: 0

USADAS CARDIACAS:

O: 0 N: 0

USADAS VASCULARES:

O: 0 N: 0

USADAS NEUROLOGICAS:

O: 0 N: 0

USADAS GENITOURINÁRIAS:

O: 0 N: 0

USADAS HEPATOBILIÁRIAS:

O: 0 N: 0

USADAS GASTROINTESTINAIS:

O: 0 N: 0

USADAS PULMONARES:

O: 0 N: 0

USADAS MUSCULARES:

O: 0 N: 0

USADAS SISTÉMICAS:

O: 0 N: 0

USADAS CARDIACAS:

O: 0 N: 0

USADAS VASCULARES:

O: 0 N: 0



CRUZ VERMELHA  
BRASILEIRA

## RELATÓRIO DE CIRURGIA



### DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

#### Posição e Preparo:

- (1) D D T 1/2x Sustentação  
 (2) Encostado, R amparo  
 (3) C C E

#### Inclinação:

- (1) Visão de acima D, H, P  
 (2) Visão de baixo V, P, A  
 (3) Visão lateral V, P, A

#### Achados:

- Infecção de Tubercolose  
Infecção da úmida II

#### Conduta:

- Ressecção de cunha  
 Fixação com fio  
 Linfadenectomia  
1 Fio de Kirschner 20  
12 Fios

#### Fechamento:

- Sutura com 11 fios

#### Observação:



Médico/CRM:

João Pessoa. 24/09/17

## RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: Gerson Fettke per Sante BE/Prontuário: \_\_\_\_\_  
 Idade: 31 Sexo: () Masculino () Feminino Cor: \_\_\_\_\_ Data: 15/01/18  
 Clínica/Setor: 0110 Edicão EMP: \_\_\_\_\_ LR: \_\_\_\_\_  
 Cirurgia: Redução encarceramento do testículo direito e varicocele  
 Cirurgião: Dr. Gerson Sante 1º Assistente: \_\_\_\_\_  
 2º Assistente: \_\_\_\_\_ 3º Assistente: \_\_\_\_\_  
 Instrumentador: \_\_\_\_\_ Anestesista: \_\_\_\_\_  
 Tipo de Anestesia: \_\_\_\_\_ Horário: Início \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ Término \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>(Forâneo - Encarceramento do testículo direito e varicocele)</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Redução encarceramento do testículo - varicocele do ímano proximal (6)</u>	

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

Biopsia de Congelação: () Sim () Não

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:  
 () Enfermaria () Terapia Intensa () Residência () Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM: \_\_\_\_\_

João Pessoa, 15/01/18



SAC-02  
HIST

PETSON Feitosa dos Santos

NOME DO PACIENTE: CARSON  
IDADE: 39A SE: 10556133  
MUNICIPIO: MONTANHA  
ESTADO: RIO GRANDE DO SUL  
ENDERECO: 71100-000  
BAIRRO: CENTRO  
CEP: 96300-000  
LEITO: 04 BLOCO E

**DODUCAO** **INTERNA**  
**CIRURGIA** **B-126 BATO SANDU**

~~DELEGACAO SEM CASO~~

**ANESTESIA** **SEMA GAN**

~~ANESTESIA~~ ~~DE SEDACION~~ ~~DE ALCOHOL~~

ANESTHESIA IN

INSTRUMENTADOR

CLASSIFICAZIONE RISICO DI CIRCONFERENZA ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTE)

DOSE DE RISCO DE CRUZADA - ASA I (ANESTÉSICO)

( ) ASA 1 ( ) ASA 2 ( ) ASA 3 ( ) ASA 4 ( ) ASA 5 ( )  
URGÊNCIA DE CONCERNIÇÃOD: ( ) LIDERA ( ) CONTAMINADA ( ) INFECTADA ( ) POTENCIALMENTE CONTAMINADA

GRADO DE CONTAMINAÇÃO ( ) LIMPA ( ) CONTAMINADA	MATERIAL DE COPO	FIO CAT GUT CROMADO Nº		
MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD.	TELCO Nº 16	TELCO Nº 20	TELCO Nº 22

MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD.		JELCO N°16	FIO CAT GUT CROMADO N°
ALFENTANILA			JELCO N°16	FIO DE ACO N°
BUPIVACAÍNA ISOBÁRICA			JELCO N°22	FIO DE ACO N°
BUPIVACAÍNA PESADA			JELCO N°24	FIO DE NYLON N°
CETAMINA			KIT SIST DREN TORACICA N°	FIO DE NYLON N°
DROPERIDOL		SOLUÇÕES	LÂMINA BISTURI N°1	FIO DE NYLON N°
ETONIDATO		ALCOOL ETILICO 70%	LÂMINA BISTURI N°5	FIO POLIGLACTINA N°
FENOBARBITAL		FVPI DEGERMANTE	LÂMINA BISTURI N°13	FIO POLIGLACTINA N°
FENTANILA		FVPI INTURA	LÂMINA BISTURI N°24	FIO POLIGLACTINA N°
FLUMAZENIL		FVPI TÓPICO	LÂMINA DE DERMÁTOMO	FIO POLIGLACTINA N°
GOFURANO		SABÃO ANTISEPTICO	LÂMINA DE ENXERTO	FIO POLIPROPILENO N°
LEVOBUPIVACAÍNA C/VASO		MATERIAIS	LUVA DE PROCEDIMENTO PAR.	FIO POLIPROPILENO N°
LEVOBUPIVACAÍNA S/VASO			LUVA ESTERIL N°7.0	FIO POLIPROPILENO N°
LIDOCAYNA C/VASO	AGULHA 13X4.5		LUVA ESTERIL N°7.5	FIO POLIVALECAPRONE N°
LIDOCAYNA S/VASO	AGULHA 25X07	30/04/11	LUVA ESTERIL N°8.0	FIO SEDA N°
MIDAZOLAM	AGULHA 25X08		LUVA ESTERIL N°8.5	FITA CARDIÁCA
MORFINA	AGULHA PERIDURAL N°16		MASCARA CIRÚRGICA	MATERIAL ESPECIAL
NIMBUM	AGULHA PERIDURAL N°17		MULTIVIAS	QTD.
PANCURÔNIO	AGULHA PERIDURAL N°18		PERFURADOR DE SORO	CAITER DE PIC
PETIDINA	AGULHA RAQUI N°16G		SCALP N°19	CEMENTO CIRÚRGICO
PROPOFOLO	— 01	AGULHA RAQUI N°16G	SCALP N°21	CLIP TITÂNIO LIGADURA
RAMIFENTANILA	AGULHA RAQUI N°17G		SERINGA 1ML	FIO DE KIRSCHNER N°
ROCURÔNIO	ALGODÃO ORTOPÉDICO		SERINGA 1ML	FIO DE KIRSCHNER N°
SEVOFLURANO	ATADURA DE CREPOM		SERINGA 1ML	FIO STEINMAN N°
SIXAMETÔNIO	ATADURA GESSADA		SERINGA 1ML	FIO STEINMAN N°
TROPENTAL			SONDA ASP TRAQUEAL N°4	GRAMPEADOR CIRÚRGICO
MEDICAÇÕES	QTD.	BOLSA P/ COLOSTOMIA	SONDA ASP TRAQUEAL N°10	ESEMOT. ABSORVÍVEL
ADRENALINA		CÂNULA P/ TRAQUEOSTOMIA N°	SONDA ASP TRAQUEAL N°12	KIT DERIVA. VENTRICULAR
ÁGUA DESTILADA		CAITER DE OXIGENIO	SONDA ASP TRAQUEAL N°14	PRÓTESE VASCULAR
ATROFENA		CAITER EMBOLÉC ARTERIAL N°	SONDA ASP TRAQUEAL N°16	KIT PAM
BEXTRA		CATETER EPIDURAL N°16	SONDA FOLEY 2VIAS N°12	FIXADOR EXTERNO
CEFAZOLINA		CATETER EPIDURAL N°17	SONDA FOLEY 2VIAS N°14	EMPRESA
DEXAMETASONA		CATETER EPIDURAL N°18	SONDA NASOG. CURTA	PARAFUSOS CORTICais
DIPIRONA SÓDICA		CERA PARA OSSO	SONDA NASOG. LONGA	PARAFUSOS CORTICais
EFEDRINA		COLET. URINA FECHADO	SONDA URETRAL N°	PARAFUSOS ESPONJOSO
FUROSEMIDA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	TORNEIRINHA	PARAFUSOS ESPONJOSO
GLICOSE 50%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	TUBO ENDOTRAQUEAL N°	PARAFUSOS MALEOLAR
GLICOCATÔNIO DE CALCIO		URENO DE PENROSE	TUBO ENDOTRAQUEAL N°	PARAFUSOS MALEOLAR
HIDROCORTISONA		DREN DE SUÇÃO	TUBO SILICONE (LATEX)	PLACA
HIDROCAÍNA GELEIA		ELETRODOS	— PRE	PRENDIDORES
DINTASENTRONA		EQUIPO MACROGOTAS	— DA	PRENDIDORES
PLASE		EQUIPO TRANSF. SANGUE	25 JUN	EQUIPAMENTOS
PROSTIGMENE		EQUIPO MICROGOTAS	QTD. 3	CAITER
PROTAMINA	n	ESPONJA DE PVPI	1 KIDS	CAITER
TEHOXICAN		ESPARADRATO	1) BISTURI ELÉTRICO	PROTOCOLO
		GAZES	1) EPIGRÁFO	JOAO
		GAZES ALGODOADAS	1) CARDIOMONITOR	DESTERILIZADOR
		GEL ELETROLÍTICO	1) DESTERILIZADOR	FOCO AUXILIAR
		JELCO N°14	1) FOCO CENTRAL	FOCO CENTRAL
		JELCO N°16	1) MICROSCOPIO	MICROSCOPIO
			1) OXÍMETRO DE PULSO	OXÍMETRO DE PULSO
			1) P.A. INVASIVA/ABO INVASIVA	P.A. INVASIVA/ABO INVASIVA
			1) PERFURADOR ELÉTRICO	PERFURADOR ELÉTRICO
			1) SERRA	SERRA
				CIRCULANTE
				07-9533
				FORJASCIR 221-1

1953

## FICHA DE ANESTESIA

DATA: 15/1/18

PRONTUÁRIO:

IDADE: 39.

PACIENTE:	GETSOU PERITOSA DOS SANTOS (M)		COR:	ESTADO MENTAL			
PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	78 mmHg	RESPIRAÇÃO	EUP	TEMPERATURA	PESO	GRUPO SANGUÍNEO
ESTADO GERAL	BOM / REGULAR		IMAU	IPÉSSIMO	RISCO CIRÚRGICO	BOM / IRREGULAR / IMAU / IPÉSSIMO	
EXAMES COMPLEMENTARES			URIN				
AP. RESPIRATÓRIO	NON			AP. CIRCULATÓRIO	UPU		
AP. DIGESTIVO	NORM		ESTADO MENTAL	ON GUARDO	DROGAS EM USO	UPU	ESTADO ESCORTADO
TRATAMENTO ESTUDADO							
DOSE TÓRICA							
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO	REMOVIMENTO DE CIRROSIS CUBANO (E)						
CIRURGIA REALIZADA	CIRURGIA AUXILIARES						
CIRURGIÃO DR.	DURADA DA ANESTESIA 215 min						
INÍCIO DA ANESTESIA 9:30	TÉRMINO DA ANESTESIA 10:15						
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	VALORES RS						
ANESTESISTA CRM-PB	CRM-PB						



ANESTESIA GERAL  RACIOCINA  EPIDURAL  BLOCO FLEXO  BLOQUEIOS  OUTROS Sedativo

REANIMAÇÃO CARDIACA (1) + (2) + (3) CFT NISIL 100% 2L m

MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

VIDA VITAL  VASOATIVOS  INHALADORES  SISTEMAS DE VENTILAÇÃO  MONITORES

1. FENFLUREMIL 100mg = IMP 11  
2. PRODOPAL 50mg = IMP 12  
3. CETAMINA 200 - IMP 13

DRENAGEM  DRENAGEM  DRENAGEM  DRENAGEM  DRENAGEM

14  
15  
16  
17  
18

ESTÍMULO DO PACIENTE  ENFERMAGEM  UTI  RESIDÊNCIA  OUTROS

19  
20

OBSERVACOES IMPORTANTES

21  
22  
23  
24

ASSINATURA DO ANESTESISTA

FINIG ABCP 026

25 JUN. 2018  
PROTÓCOLO  
AG. JOÃO NE  
CUMPRE PREVIDÊNCIAS  
CUMPRE PREVIDÊNCIAS

21

## DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

## Posição e Preparo:

- Recinto em TTH Sol Gedésio

## Incisão:

- Sem Evacu

## Achados:

- Fractura - luxação de úmero, ferida

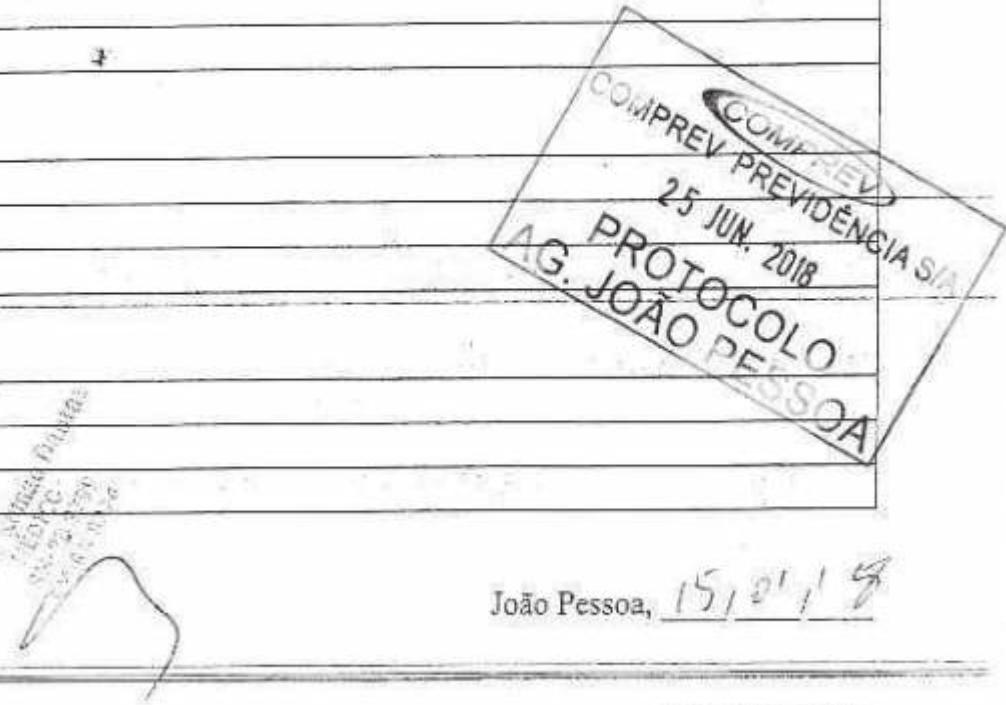
## Condutas:

- pede liga momentânea de fratura luxada  
- estabilização da gá de úmero proximal  
- com braçadeira de fixação monta-  
- traseira

## Fechamento:

- Sem fechamento

## Observação:



João Pessoa, 15/01/18

Médico/CRM:

Nome: ROBERTO FEROSA DOS SANTOS		Número Protocolo: 30069	
Data de: 08/11/1976	Sexo: Masculino	Data de Informação: 14/01/2018 12:16:14	Data de Alta: 30/01/2018 08:45:56
Motivo da alta: ALTA HOSPITALAR			
Conduta: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA LUXAÇÃO DE UMERO ESQUERDO, FO EM 09/01/2018 NEUROVASCULAR OK, TÓCIA A TAUJO, CITALOLOMÉTADA POR DR. UMBERTO JANCEN.			
Resumo da Internação: SEM INTERCORRÊNCIAS			
Resultado de Exames: FF RX			
Tratamento: REDUÇÃO INCRIMINA DE LUXAÇÃO NO DIA 18/01 PÔR DR. ROBERTO SANTOS. TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE TUBEROSIDADE MAIOR DE UMERO ESQUERDO NO DIA 23/01/2018 PÔR DR. SANTINO.			
Diagnóstico: S122 - Fratura de extremidade superior do úmero			
Recomendações: RETORNO AO AMBULATORIO DO HTOP EM 15 DIAS (3242011 PARA MARCAR RETORNO)			
<p style="text-align: right;">PESO: _____ ALTURA: _____ DATA: _____</p>  <p>PEDRO HENRIQUE GUTIERRÉZ VARIGAS FREITAS CRM 11575-PB</p>			
<p style="text-align: center;">Data: 25/01/2018</p>			





**CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO**

VIA	0113194190-7	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
0	00/00000000	2017	
0	GETSON FEITOSA DOS SANTOS		
4			
5			
5			
0			
8	04855188484	PLACA	QF27004/PB
8	NOVO	ANT./UF	PB
	9C2KC2500DR000245		
	ESPECIE DO VEÍCULO / NÃO APLIC		COMBUSTÍVEL GASOLINA
	HONDA / C01 T60 START		ANO FAB. 2017
	CAR / POT / CI 2 P/162 /CI		ANO MOD. 2018
	CATEGORIA PARTIC		COR PREDOMINANTE PRETA
I	COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA 00/00/0000	VENC. COTAS 1*
P	BANCA / PRAIA	PARCELAMENTO / COTAS 0	2*
V			3*
A			
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)		REF. (R\$)	PRÉMIO TOTAL (R\$)
SEGUR		PÁG	DATA DE PAGAMENTO 24/04/2018
OBSERVAÇÕES			
A.F ADM DE CONG NACION HONDA LTDA			
0			
JOAO PESSOA - PB		24/04/2018	909670
			



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180292206      **Cidade:** João Pessoa      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** GETSON FEITOSA DOS SANTOS      **Data do acidente:** 15/01/2018      **Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

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

**Data da análise:** 04/07/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** TRAUMA NO OMBRO ESQUERDO

**Resultados terapêuticos:** DEPENDE DE PERICIA MEDICA

**Sequelas permanentes:**

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

**Observações:** AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NO PROCESSO NÃO FORAM PERTINENTES PARA QUE O EXAMINADOR VALORASSE COM SEGURANÇA POSSÍVEIS SEQUELAS ADQUIRIDAS

## 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
		Total	0 %	R\$ 0,00

## PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

**Nome do médico:** PAULO ARTUR DE ARAUJO AMORIM

**CRM do médico:** 52.86271-1

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Paulo Artur de Araújo Amorim".

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180292206      **Cidade:** João Pessoa      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** GETSON FEITOSA DOS SANTOS      **Data do acidente:** 15/01/2018      **Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DO ÚMERO PROXIMAL ESQUERDO.

**Descrição do exame médico pericial:** DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO OMBRO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** FRATURA DO ÚMERO PROXIMAL ESQUERDO TRATADA CIRURGICAMENTE COM REDUÇÃO ABERTA E FIXAÇÃO INTERNA COM FIOS DE KIRSCHNER E FISIOTERAPIA. APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA MEDINDO CERCA DE 13 CM EM FACE INTERNA ANTERIOR DO BRAÇO ESQUERDO, LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE ELEVAÇÃO, ABDUÇÃO E ADUÇÃO DO OMBRO ESQUERDO.  
CICATRIZ CIRÚRGICA MEDINDO CERCA DE 13 CM EM FACE INTERNA ANTERIOR DO BRAÇO ESQUERDO, LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE ELEVAÇÃO, ABDUÇÃO E ADUÇÃO DO OMBRO ESQUERDO.

**Sequelas permanentes:** APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 13/07/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:** - REVISOR CONCORDA COM AS CONCLUSÕES DO MÉDICO EXAMINADOR.

**Médico examinador:** JOAO FERNANDES DE SOUZA

**CRM do médico:** 2732 PB

**UF do CRM do médico:** PB

## DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
<b>Total</b>			<b>6,25 %</b>	<b>R\$ 843,75</b>

## PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

**Médico revisor:** JANICE DE ALMEIDA PINTO MIGUEZ

**CRM do médico:** 52.63583-9

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**