

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

0024738120

CPF da vítima:

085.357.924-57

Nome completo da vítima:

Keverson Gilson da Silva

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

Nome completo:

Keverson Gilson da Silva

CPF:

085.357.924-57

Profissão:

Peleiro

Endereço:

Rua Major Angélio Xavier

Número:

58

Complemento:

Bairro:

Padreagal

Cidade:

Campina Grande

Estado:

PB

CEP:

58425-480

E-mail:

Telefone:

(83) 98805.6654

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

RENDA MENSAL:

☒ RECURSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA

(Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0041

CONTA:

469671

4

AGÊNCIA:

CONTA:

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

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

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

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles 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.

Assinatura  
Digital da  
vítima ou  
beneficiário  
não alfabetizado

Local e Data:

João Pessoa, 17/06/2020

Nome:

CPF:

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

KEVERSON GILSON DA SILVA

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome:

CPF:

Assinatura

2ª | Nome:

CPF:

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

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

# 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: 27/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: EVERTON GILSON DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00041

CONTA: 000000469671-4

---

Nr. da Autenticação C57BFE8DF71608DF

# BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segurável-ela de conta.

Regra para simples pagamento da nota fiscalizada de energia elétrica Nº 005.557.821



ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Av. Dep. Raimundo Asfora, 4799 - BR 230 - KM 158 - Três Irmãs  
Campina Grande / PB - CEP 58473-700  
CNPJ 08.826.596/0001-95 Insc.Est. 16.203.839-1

## DADOS DO CLIENTE

ADEILDA DA SILVA  
RUA MAJOR ANGELINO XAVIER 59  
CAMPINA GRANDE

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

4/32777-5

| REFERÊNCIA | APRESENTAÇÃO | CONSUMO | VENCIMENTO | TOTAL A PAGAR |
|------------|--------------|---------|------------|---------------|
| JAN/2020   | 13/01/2020   | 110     | 20/01/2020 | R\$ 62,08     |

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.00009 03149.036000 01087.689178 7 81400000006208

Pagador: ADEILDA DA SILVA CNPJ/CPF: 931.467.284-00

RUA MAJOR ANGELINO XAVIER 59 - PEDREGAL - CAMPINA GRANDE / PB - CEP 00000-000

| Nosso-Número      | Nr Documento    | Data Vencimento | Valor do Documento | Valor Pago |
|-------------------|-----------------|-----------------|--------------------|------------|
| 31490360001087689 | 000032777202001 | 20/01/2020      | R\$ 62,08          |            |

BENEFICIÁRIO: ENERGISA BORBOREMA DISTRIB DE ENERGIA SA 08.826.596/0001-95

AV DEPUTADO RAIMUNDO ASFORA, 4799 - BR 230 KM 158 - TRÊS IRMÃS - CAMPINA GRANDE / PB - CEP 58423-700

Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2057-5



GOVERNO  
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº: 1937343

CLASS. DE RISCO: VERMELHO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52

Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809

Data: 06/07/2019

Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07

Atendente: acolhimento

PACIENTE: EVERTON GILSON DA  
SILVA

CEP: 58400002

Nascimento: 09/12/1997

Endereço: RUA MAJOR ANGELINO XAVIER

Sexo: M

Telefone: 88936144

Cidade: Campina Grande

Idade: 021

Bairro: PEDREGAL

Nome da Mãe: ADEILDA DA SILVA

RG: 4095146

Nº: 59

Responsável:

CPF:

Profissão: ATENDENTE

Estado Civil: Solteiro(a)

Data de

CNS: 700006616866909

Atend: 06/07/2019

Motivo: ACIDENTE DE MOTO MOTO X CARRO

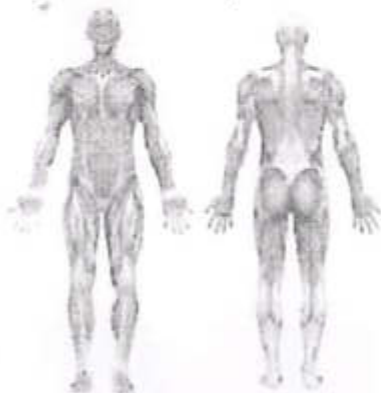
Hora: 12:15:51

CONVÊNIO: SUS

OBS FÍSICA:

MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO (Identifique o local com o número correspondente ao lado)



- |                         |                                  |
|-------------------------|----------------------------------|
| 1. Abrasão              | 19. Fratura óssea fechada        |
| 2. Amputação            | 20. Fratura óssea aberta         |
| 3. Avulsão              | 21. Hematoma                     |
| 4. Contusão             | 22. Ingurgitamento Venoso        |
| 5. Crepitação           | 23. Laceração                    |
| 6. Dor                  | 24. Lesão tendinária             |
| 7. Edema                | 25. Luxação                      |
| 8. Empalhamento         | 26. Mordedura                    |
| 9. Erisipela subcutânea | 27. Movimento torácico paradoxal |
| 10. Esmagamento         | 28. Objeto Encaixado             |
| 11. Equimose            | 29. Otorragia                    |
| 12. F. Arma branca      | 30. Paralisia                    |
| 13. F. Arma de fogo     | 31. Parestia                     |
| 14. F. Cortado          | 32. Parestesia                   |
| 15. F. Cortante         | 33. Queimadura                   |
| 16. F. Certo-contuso    | 34. Rinite                       |
| 17. F. Perfuro-contuso  | 35. Sinais de Isquemia           |
| 18. F. Perfuro-cortante | 36.                              |

OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada = \_\_\_\_\_ % Grau ( ) 1º Grau ( ) 2º Grau ( ) 3º Grau

DIAGNOSTICO / CID:

Queda de moto. / Fr. múltipla lateral  
( ) ( ) ( )

EXAME PRIMÁRIO - OS CLÍNICOS

Vol. vítima de queda de moto  
com escorregos em MIE. Ombro (E)  
fratura fechada de MIE. Perce,  
braço e abdome sem  
al terações

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS ( ) Fotorreagentes ( ) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( )

Glasgow \_\_\_\_\_ PA \_\_\_\_\_ HGT: \_\_\_\_\_

EXAMES SOLICITADOS:

( ) Laboratoriais

( ) Ultrassonografia:

( ) Gasometria arterial

( ) Radiografias:

( ) Tomografia Computadorizada

( )

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: ORTOPEDIA, \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ Dia 07/19

Especialista: \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ Dia 1/19

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

| Nº | PRESCRIÇÕES E CONDUTAS | HORÁRIO REALIZADO |
|----|------------------------|-------------------|
| 1  | Tab. 500mg Beirax MIE  |                   |
| 2  | Infusão de 100ml.      |                   |
| 3  |                        |                   |
| 4  |                        |                   |
| 5  |                        |                   |
| 6  |                        |                   |

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Dr. Paulo Câmara  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM-PB 11907  
+ Dr. Bruno

Dr. Paulo Câmara  
CRM-PB 11907

GOVERNO  
DA PARAIBA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52  
Av. Mai. Floriano Peixoto, 4700 - Moinhos, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809  
Data: 06/07/2019

Paciente: EVERTON GILSON DA SILVA Idade: 021 N° ATEND: 1937343

ACIDENTE DE TRABALHO : NAO  
DATA: 06/07/2019 HORA : 12:17:06

ESPECIALIDADE : **CIRURGIA**

MOTIVO : ACIDENTE DE MOTO  
ESPECIFICAÇÃO DO MOTIVO : MOTO X CARRO

SINAIS VITAIS

HGT: SAT O2: PA: TEMP: FC: FR: PESO:

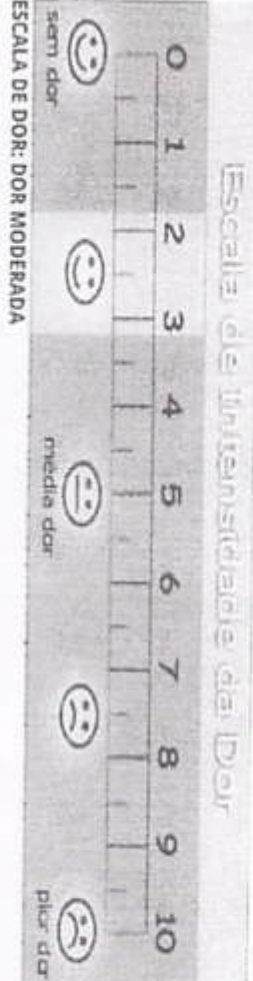
DIABETES ( )SIM (X)NÃO HAS ( )SIM (X)NÃO  
DEF. MOTORA ( )SIM (X)NÃO

ALERGIAS : NEGA  
MEDICAÇÃO EM USO :  
ESTADO GERAL : BOM  
AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

( ) CONVULSÃO ( ) INCONSCIENTE (X) CONSCIENTE (X) ORIENTADO  
( ) DESORIENTADO ( ) AGITADO ( ) COOPERATIVO ( ) DEPRESSIVO ( ) APÁTICO  
( ) IRRITADO ( ) DIMINUIÇÃO DE FORÇA MOTORA

SINTOMAS REFERIDOS

( ) FEBRE ( ) VÔMITO ( ) DIARRÉIA ( ) EXANTEMA  
( ) PRURIDO ( ) DISPNEIA (X) DOR ( ) INAPETÊNCIA ( ) ALTERAÇÕES VISUAL  
( ) ANAFILAXIA ( ) FLEBITE ( ) INAPETÊNCIA ( ) ALTERAÇÕES VISUAL  
( ) EPIGASTRALGIA ( ) CONSTIPAÇÃO ( ) MELENA ( ) SÍBILOS ( ) TOSSE



CLASSIFICAÇÃO DE RISCO :  
VERMELHO

CONTROLE DOS SINAIS VITAIS:

| HORA | PA | TEMP | FC | FR | DIURESE | ASSINATURA<br>ENFERMEIRO/COREN | DO |
|------|----|------|----|----|---------|--------------------------------|----|
|      |    |      |    |    |         |                                |    |
|      |    |      |    |    |         |                                |    |
|      |    |      |    |    |         |                                |    |
|      |    |      |    |    |         |                                |    |

OBS: SAMU - CG  
ENFERMEIRO/COREN  
acolhimento

*[Handwritten signature]*

## EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

#ontologia

Paciente el pariente externo em  
fca ortopedica da perna (E) infra-  
púbica + dor e edema TVZ (E) +  
Escuridão em cotovelo (E) e joelho  
(E).

EF: cotovelo SI limitado

Dor e edema TVZ (E) ++/ut.

Família 2 lares infirmos (E).

Após a fca Moleza lateral (E) cicatrizes  
-ocultas.

Ed. Sutura + Drenagem

Ainda a ser

~~Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)~~

DESTINO DO PACIENTE \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ às \_\_\_\_: \_\_\_\_hs

( ) Centro cirúrgico

( ) Internação (setor)

( ) Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL

( ) Alta hospitalar / ( ) A revelia

( ) Decisão Médica

( ) Óbito

Raimundo da Silva

Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

BMF Pariente externo em fca  
06/07/19 de mto, apresentando

perda laste - entressa em  
região submandibular,  
e sinais de fadiga  
de face.

Ed. Sutura e pontos /  
Mto BMF.

#ontologia

fo TVZ el peguon Abotne de pinct.

Ed: Infusa pl cirurgia da TVZ  
qps liberar pele cir. qnf

SERVIÇOS REALIZADOS: (16-30) Cirurgia Geral. Paciente com história de câncer autômato  
histórico de área de 3 horas. Diga dos braços e abdômen  
sem nenhuma subcutânea ou dor a palpacao.

Abolam: plaus, fca de, de pectus e nodos.

ED: Abotne de cirurgia qnf

| CÓDIGO/PROCEDIMENTO | CBO | IDADE |
|---------------------|-----|-------|
|                     |     |       |
|                     |     |       |
|                     |     |       |
|                     |     |       |
|                     |     |       |
|                     |     |       |
|                     |     |       |

Dr. Ronaldo Eudemia  
CRM: 3739  
Cirurgia Geral





SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

[illegible]



GOVERNO  
DA PARAÍBA

SECRETÁRIA DE SAÚDE DO ESTADO  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

## REQUISIÇÃO DE EXAME

NOME: Inerton Gilson da Silva

PRONTUÁRIO:

DATA DE NASCIMENTO:

|        |       |      |       |         |          |      |        |
|--------|-------|------|-------|---------|----------|------|--------|
| IDADE: | SEXO: | COR: | PESO: | ALTURA: | CLINICA: | ENF: | LEITO: |
|--------|-------|------|-------|---------|----------|------|--------|

DADOS CLÍNICOS:

lcs - ep.

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAME SOLICITADO:

Rx Tornozelo (E) - AP + Perfil

URGÊNCIA:

☐

ROTINA:

☐

DATA:

19/07/19

HORA DA SOLICITAÇÃO:

Dra. Ana Maria da S. Anselmo  
MR. Ortopedia - Traumatologia  
CRM-PB 7825

RESPONSÁVEL PELA SOLICITAÇÃO

RAIO X  
REALIZADO EM:  
19/07/19

ANEXOS

Hospital: Inst. Gu. em Hosp. de Código: \_\_\_\_\_  
 Procedimento: Inst. Gu. em Hosp. de Cód. Procedimento: \_\_\_\_\_  
 Paciente: Edverson Roberto da Silva  
 Data da Cirurgia: 19/04/17 Nº prontuário: 1934343 Convênio: \_\_\_\_\_  
 Cirurgião: Dr. Oliveira Código: \_\_\_\_\_ ☒ Reposição ( ) Caixa Pronta

**DESCRIÇÃO DE PRODUTOS UTILIZADOS**

| Qtd. | Descrição      | Cód. Produto | Valor Unit. | Valor Total |
|------|----------------|--------------|-------------|-------------|
| 01   | Placa 1/3 Tulo |              |             |             |
|      | 35x107 Furo 2  |              |             |             |
|      |                |              |             |             |
|      |                |              |             |             |
|      |                |              |             |             |
|      |                |              |             |             |
|      |                |              |             |             |
|      |                |              |             |             |
|      |                |              |             |             |
|      |                |              |             |             |

**ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS**

|                                         |      |      |    |    |    |  | Valor Unit. | Valor Total |
|-----------------------------------------|------|------|----|----|----|--|-------------|-------------|
| Parafuso Cortical<br>(3.5) mm           | Nº   | 14   | 15 | 24 | 45 |  |             |             |
|                                         | Qtd. | 03   | 01 | 01 | 01 |  |             |             |
|                                         | Cód. |      |    |    |    |  |             |             |
| Parafuso Cortical<br>( ) mm             | Nº   |      |    |    |    |  |             |             |
|                                         | Qtd. |      |    |    |    |  |             |             |
|                                         | Cód. |      |    |    |    |  |             |             |
| Parafuso Esponjoso<br>4.0 mm            | Nº   | 3040 |    |    |    |  |             |             |
|                                         | Qtd. | 01   |    |    |    |  |             |             |
|                                         | Cód. |      |    |    |    |  |             |             |
| Parafuso Esponjoso<br>6.5 mm R/16 Curta | Nº   |      |    |    |    |  |             |             |
|                                         | Qtd. |      |    |    |    |  |             |             |
|                                         | Cód. |      |    |    |    |  |             |             |
| Parafuso Esponjoso<br>6.5 mm R/32 Longa | Nº   |      |    |    |    |  |             |             |
|                                         | Qtd. |      |    |    |    |  |             |             |
|                                         | Cód. |      |    |    |    |  |             |             |
| Parafuso Maleolar<br>4.5 mm             | Nº   |      |    |    |    |  |             |             |
|                                         | Qtd. |      |    |    |    |  |             |             |
|                                         | Cód. |      |    |    |    |  |             |             |

QBS.: O PREENCHIMENTO DO PRONTUÁRIO É OBRIGATÓRIO.

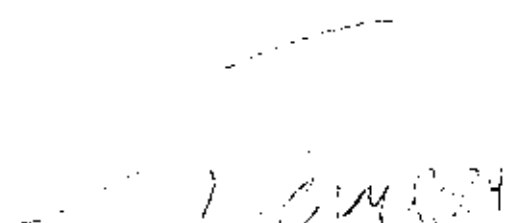
Anotações do Médico

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO CONSULTOR DE VENDAS

Condições de Pagamento: \_\_\_\_\_  
 Faturar N.F para: \_\_\_\_\_  
 Cód. do consultor: \_\_\_\_\_ Total: \_\_\_\_\_  
 Cód. Instrumentador: \_\_\_\_\_

**TABELA DE ALDRETE E KROULIK MODIFICADA**  
( Critérios para altas da SRPA)

| <b>Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico</b>                                                                          | <b>Hora entrada</b> | <b>Hora saída</b> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|-------------------|
| Nenhum Movimento = 0<br>Movimenta 2 membros = 1<br>Movimenta 4 membros = 2                                                               |                     | 2                 |
| Apnéia = 0<br>Respiração Limitada, Dispneia = 1<br>Respiração profunda e tosse = 2                                                       |                     | 2                 |
| PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0<br>PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1<br>PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2 |                     | 2                 |
| Sat O2 < 90 com oxigênio = 0<br>Sat O2 > 90 com oxigênio = 1<br>Sat O2 > 92% sem oxigênio = 2                                            |                     | 2                 |
| Não responde ao chamado = 0<br>Despertado ao chamado = 1<br>Completamente acordado = 2                                                   |                     | 2                 |
| <b>TOTAL DE PONTOS:</b>                                                                                                                  |                     | 6                 |

  
Assinatura do anestesista

## BOLETIM DE ENFERMAGEM

|                                            |  |                                                                        |  |                                                       |                   |                                               |  |                                            |  |
|--------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------|-------------------|-----------------------------------------------|--|--------------------------------------------|--|
| NOME: <u>Everton Selson do Silva</u>       |  |                                                                        |  |                                                       |                   |                                               |  |                                            |  |
| IDADE: <u>21</u>                           |  | SEXO: M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> |  | DATA DE NASCIMENTO: <u>1</u> / <u>1</u> / <u>às</u>   |                   | h                                             |  |                                            |  |
| SETOR: <u>Ortopedia II</u>                 |  |                                                                        |  |                                                       | LEITO: <u>8-3</u> |                                               |  |                                            |  |
| DIAGNÓSTICO MÉDICO: <u>Fx de Tornozelo</u> |  |                                                                        |  |                                                       |                   |                                               |  |                                            |  |
| ALERGIAS:                                  |  | SIM <input type="checkbox"/>                                           |  | NÃO <input checked="" type="checkbox"/>               |                   | QUAIS:                                        |  |                                            |  |
| MEDICAÇÃO CONTÍNUA:                        |  | SIM <input type="checkbox"/>                                           |  | NÃO <input checked="" type="checkbox"/>               |                   | QUAIS:                                        |  |                                            |  |
| DOENÇA CRÔNICA:                            |  | SIM <input type="checkbox"/>                                           |  | NÃO <input checked="" type="checkbox"/>               |                   | QUAIS:                                        |  |                                            |  |
| PRESENÇA DE ESCARA:                        |  | SIM <input type="checkbox"/>                                           |  | NÃO <input checked="" type="checkbox"/>               |                   | LOCAL:                                        |  |                                            |  |
| PRESSÃO ARTERIAL:                          |  | HIPOTENSO <input type="checkbox"/>                                     |  | NORMOPOTENSO <input checked="" type="checkbox"/>      |                   | HIPERTENSO <input type="checkbox"/>           |  |                                            |  |
| SISTEMA NEUROLÓGICO:                       |  | CONSCIENTE <input checked="" type="checkbox"/>                         |  | INCONSCIENTE <input type="checkbox"/>                 |                   | ORIENTADO <input checked="" type="checkbox"/> |  |                                            |  |
| SISTEMA RESPIRATÓRIO:                      |  | DISPÊNICO <input type="checkbox"/>                                     |  | TAQUIPÊNICO <input type="checkbox"/>                  |                   | EUPNÉICO <input checked="" type="checkbox"/>  |  | BRADIPNÉICO <input type="checkbox"/>       |  |
| SIST. GENITOURINÁRIO (DIURESE)             |  | NORMAL <input checked="" type="checkbox"/>                             |  | POLÚRIA <input type="checkbox"/>                      |                   | OLIGÚRIA <input type="checkbox"/>             |  | SVD <input type="checkbox"/>               |  |
|                                            |  | DUSÚRIA <input type="checkbox"/>                                       |  | CISTOSTOMIA <input type="checkbox"/>                  |                   | ANÚRIA <input type="checkbox"/>               |  |                                            |  |
| MOBILIDADE:                                |  | DEÂMBULA <input checked="" type="checkbox"/>                           |  | DEÂMBULA C/ APOIO <input checked="" type="checkbox"/> |                   | ACAMADO <input type="checkbox"/>              |  | S/ DEFICITE MOTOR <input type="checkbox"/> |  |
|                                            |  | TETRAPLEGIA <input type="checkbox"/>                                   |  | HEMIAPLEGIA <input type="checkbox"/>                  |                   | PARESIA <input type="checkbox"/>              |  | RESTRITO NO PEITO <input type="checkbox"/> |  |
| SIST. GAS. ROINTEATINAL (DIETA)            |  | VO <input checked="" type="checkbox"/>                                 |  | SNG <input type="checkbox"/>                          |                   | SNE <input type="checkbox"/>                  |  |                                            |  |
| ESTADO NUTRICIONAL:                        |  | NUTRIDO <input checked="" type="checkbox"/>                            |  | DESNUTRIDO <input type="checkbox"/>                   |                   | OBESO <input type="checkbox"/>                |  | CAQUÉTICO <input type="checkbox"/>         |  |
| DADOS VITAIS:                              |  | PA:                                                                    |  | T:                                                    |                   | FR:                                           |  | FC:                                        |  |
|                                            |  |                                                                        |  |                                                       |                   |                                               |  | PESO:                                      |  |

## DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM

|                                                                                                                            |                                                        |                       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> RISCO DE QUEDA                                                                                    | CD/FR:                                                 |                       |
| <input type="checkbox"/> RISCO DE ASPIRAÇÃO                                                                                | CD/FR:                                                 |                       |
| <input checked="" type="checkbox"/> RISCO DE INFECÇÃO                                                                      | CD/FR:                                                 | procedimento invasivo |
| <input type="checkbox"/> RISCO DE DESEQUILÍBRIO DA TEMPERATURA CORPORAL                                                    | CD/FR:                                                 |                       |
| <input type="checkbox"/> RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL                                                                        | CD/FR:                                                 |                       |
| <input type="checkbox"/> RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA <input type="checkbox"/> RETENÇÃO URINÁRIA                             | CD/FR:                                                 |                       |
| <input type="checkbox"/> RISCO DE SANGRAMENTO                                                                              | CD/FR:                                                 |                       |
| <input type="checkbox"/> NÁUSEA                                                                                            | CD/FR:                                                 |                       |
| <input type="checkbox"/> DOR AGUDA <input type="checkbox"/> DOR CRÔNICA                                                    | CD/FR:                                                 |                       |
| <input type="checkbox"/> PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ                                                                      | CD/FR:                                                 |                       |
| <input type="checkbox"/> MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA                                                                   | CD/FR:                                                 |                       |
| <input type="checkbox"/> DÉFICIT NO AUTO CUIDADO <input type="checkbox"/> ALIMENTAR-SE <input type="checkbox"/> PARA BANHO | CD/FR:                                                 |                       |
| <input type="checkbox"/> INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA                                                                   | CD/FR:                                                 |                       |
| <input type="checkbox"/> RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA                                                                  | CD/FR:                                                 |                       |
| <input type="checkbox"/> RISCO DE SÍNDROME DO DESUSO                                                                       | CD/FR:                                                 |                       |
|                                                                                                                            | CD/FR:                                                 |                       |
|                                                                                                                            | CD/FR:                                                 |                       |
|                                                                                                                            | CD/FR:                                                 |                       |
| <b>Kaline Pontes dos S. Lima</b><br><b>00REN-PE 528.295 - ENF</b>                                                          | CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA<br>FR: FATOR RELACIONADO |                       |

ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL

| ASSINATURA DO RESPONSÁVEL | PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM                                                                                                             | APRAZAMENTO | ASSINATURA |
|---------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|------------|
|                           | <input checked="" type="checkbox"/> MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS.                                                                    | 12/12       |            |
|                           | <input type="checkbox"/> REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR.                                                                      |             |            |
|                           | <input type="checkbox"/> ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA.                                                         |             |            |
|                           | <input type="checkbox"/> INSTALAR CATÉTER DE O2 A DL/MIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA.                                              |             |            |
|                           | <input type="checkbox"/> AVALIAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA (RUIDOS, ESTERTORES E BATIMENTOS DA ASA DO NARIZ).             |             |            |
|                           | <input type="checkbox"/> ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS.                                                                                   |             |            |
|                           | <input type="checkbox"/> POSICIONAR O PACIENTE EM DECUBITO DE 45°.                                                                   |             |            |
|                           | <input type="checkbox"/> MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA, QUANDO RECOMENDADO.                                               |             |            |
|                           | <input checked="" type="checkbox"/> MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO (EDMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR, HIPEREMIA).              | sempre      |            |
|                           | <input checked="" type="checkbox"/> ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO.                                                                      | contínuo    |            |
|                           | REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE                                                                    |             |            |
|                           | <input checked="" type="checkbox"/> RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, ÀS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E AS REPOSTAS DO PACIENTE. | sempre      |            |



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

|                                                                                                       |  |                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------|
| 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE<br>HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES |  | 2 - CNES<br>2362856 |
| 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE<br>HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES  |  | 4 - CNES<br>2362856 |

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE  
EVERTON GILSON DA SILVA

6 - Nº DO PACIENTE  
1937522

7 - CARTÃO DO SUS  
70006616866909

10 - NOME DA AILÉ OU RESPONSÁVEL  
ADEILDA DA SILVA

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)  
RUA MAJOR ANGELINO XAVIER, 59, PEDREGAL

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA  
Campina Grande

14 - COORDENADA LOCAL (UF, CEP)  
PB 58400002

11 - TIPOLOGIA DO CASO  
83

17 - TIPOLOGIA DO CASO  
85936144

9 - SEXO  
MASC ☒ FEM ☐

8 - DATA DE NASCIMENTO  
09/12/1997

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINTOMAS E SINTOMAS CLÍNICOS  
Falta de ar, dor no peito, tosse com sangue.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO  
Suspeita de infarto agudo do miocárdio.

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS/RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS  
Exame físico: FC 100 bpm, PA 120/80 mmHg, SpO2 95%.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO  
Tratamento de emergência para infarto agudo do miocárdio.

26 - CLÍNICA  
02

28 - DOCUMENTO  
(X) CNIL ( ) CPF  
700501777865557

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE  
WANY DE PAIVA CAMARA

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO  
06/07/2019

32 - ASSINATURA E CARIMBO DO Nº DO REGISTRO DO CONSILHIO

21 - CID 10 PRINCIPAL  
I21

22 - CID 10 SECUNDÁRIO  
I22

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

36 - VINHULO COM A PREVIDÊNCIA

37 - EMPREGADOR

38 - AUTÔNOMO

39 - DESEMPREGADO

40 - APOSENTADO

41 - NÃO SEGURO

35 - CNIL DA SEGURADORA

36 - Nº DO BILHETE

37 - CNIL

38 - CNIL DA EMPRESA

39 - CNIL

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COB. ORGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - Nº DOCUMENTO(CN/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - ASSINATURA E CARIMBO DO Nº DO REGISTRO DO CONSILHIO

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

SUS  
Sistema Único de Saúde

LAUD-3 PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

7 - CARTÃO DO SUS

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

12 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

parte inferior de fratura da anca c/  
fractura de joelho, punção de  
cofunda + anca + punção de  
cofunda + anca + punção de  
cofunda + anca + punção de

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

fratura + anca + punção de

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

26 - CLÍNICA

28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

WYRY DE PAIVA CAMARA

06/07/2019

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

700501777865557

29 - N.º DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

32 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÁNSITO

34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - VÍNCULO COM A EVENTUALIDADE

( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEQUANDO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - DOB, GRUPO EMISSOR

45 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - N.º DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

( ) CHS ( ) CFS

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

**GOVERNO**  
**DA PARAIBA**



GOVERNO  
 DA PARAIBA

Número do Prontuário: 76963

DATA DA CIRURGIA: 19/07/2019

Número do Atendimento: 1937522 Cln: ORTOPEDIA 2 / ENT 8 / Let: 1

# **DESCRIÇÃO CIRÚRGICA**

Nome do Paciente: EVERTON GILSON DA SILVA

Data da Internação: 06/07/2019

Atendimento: 1937522

Diagnóstico Pré-Operatório: FRATURA TORNOZELO ESQUERDO

Diagnóstico Pós-Operatório:

Cirurgia: TRATAMENTO CIRÚRGICO FRATURA TORNOZELO ESQUERDO

Data

Equipe:

Cirurgião: RICARDO AMORIM FILHO

Aux 1: JOAO PAULO OLIVEIRA NUNES

Aux 2: EVERLAN DA SILVA MEIRA

Aux 3:

Instrumentador: NORMA

Anestesiista: RICARDO JOSE RAMOS LOUREIRO

Tipo de anestesia: RAQUIANESTESIA

Relatório Imediato do Patologista: NÃO

Exame Radiológico no Ato: SIM

Acidente Durante Operação: NÃO OCORREU

Descrição da Operação: 1 - PACIENTE EM DDII SOB ANESTESIA  
 2 - ASSEPSIA + ANTISSEPISIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTERIS  
 3 - INCISÃO EM FACE LATERAL DO TORNOZELO ESQUERDO + DILATÇÃO POR  
 PLANOS + HEMOSTASIA  
 4 - REDUÇÃO CRUENTA DA FRATURA + FIXAÇÃO COM PLACA 1/3 CANULAR 7 F +  
 PARAFUSOS CORTICAIS  
 5 - LAVADO DE FO CM SF  
 6 - SUTURA  
 7 - CURATIVO  
 8 - A URPA.

Dr. Ana Maria da Silva Anselmo  
 CRM-PB 7825  
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Assinatura/Cartão

Ana Maria Da Silva Anselmo

Data 19/07/2019

## NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

| PACIENTE:               |  | LEITE                      |  | CONVENIO                     |  | IDADE   |  | REGISTRO                  |  | GOVERNO DA PARAIBA            |  |
|-------------------------|--|----------------------------|--|------------------------------|--|---------|--|---------------------------|--|-------------------------------|--|
| Everton Gilson da Silva |  | DN 09-12-97                |  | SUS                          |  | 1937343 |  |                           |  | SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE |  |
| CIRURGIA                |  |                            |  | CIRURGIÃO                    |  |         |  | ANESTESIA                 |  |                               |  |
| Troc. cirurg. cefalica  |  |                            |  | Dr. João Paulo de Evaristo   |  |         |  | Hospital de               |  |                               |  |
| Troc. Toracozelo        |  |                            |  | Dr. Ricardo                  |  |         |  | Encargado e Trauma Dem    |  |                               |  |
| ANESTESIA               |  |                            |  | ANESTESIA                    |  |         |  | Luz Gonzaga Fernandes     |  |                               |  |
| Rafael                  |  |                            |  | DE Ricardo                   |  |         |  |                           |  |                               |  |
| INSTRUMENTADORA         |  | DATA                       |  | INICIO                       |  | FIM     |  |                           |  |                               |  |
| Norma                   |  | 14-07-19                   |  | 10:00                        |  | 11:20   |  |                           |  |                               |  |
| Qtd.                    |  | MODIFICAÇÕES ANESTESICAS   |  | Boia Colostoma               |  | Qtd.    |  | FIOS                      |  | CÓDIGO                        |  |
|                         |  | Adrenalina amp.            |  | Catel. p/ Osg.               |  |         |  | Catgut cromado Serlix     |  |                               |  |
|                         |  | Atropina amp.              |  | Catel. De Urinar Sist. Fech. |  |         |  | Catgut cromado Serlix     |  |                               |  |
|                         |  | Diazepam amp.              |  | Compressa Grande             |  |         |  | Catgut cromado Serlix     |  |                               |  |
| 01                      |  | Dimorfo amp.               |  | Compressa Pequena            |  |         |  | Catgut Simples            |  |                               |  |
|                         |  | Dolanina amp.              |  | Colonofide                   |  |         |  | Catgut Simples Serlix     |  |                               |  |
|                         |  | Efrane ml                  |  | Dreno                        |  |         |  | Catgut Simples Serlix     |  |                               |  |
|                         |  | Fenegan amp.               |  | Dreno Kerr n°                |  |         |  | Catgut Simples Serlix     |  |                               |  |
|                         |  | Fentanil ml                |  | Dreno Penrose n°             |  |         |  | Cera p/ osso              |  |                               |  |
|                         |  | Inova ml                   |  | Dreno Pezzer n°              |  |         |  | Ethibond                  |  |                               |  |
| 01                      |  | Ketalar ml                 |  | Equipo de Macrogolas         |  |         |  | Ethibond                  |  |                               |  |
|                         |  | Meclozina                  |  | Equipo de Macrogolas         |  |         |  | Ethibond                  |  |                               |  |
|                         |  | Nubahin amp.               |  | Equipo de Sangue             |  |         |  | Fio de Algodão Serlix     |  |                               |  |
|                         |  | Pavulon amp.               |  | Equipo de PVC                |  |         |  | Fio de Algodão Serlix     |  |                               |  |
|                         |  | Proligamine amp.           |  | Esparradrapo Largo cm        |  |         |  | Fio de Algodão Sutupak    |  |                               |  |
|                         |  | Protolixido l/m            |  | Furacim ml                   |  |         |  | Fio de Algodão Sutupak    |  |                               |  |
|                         |  | Quelicin ml                |  | Gase Pacote c/ 10 unidades   |  |         |  | Fila cardiaca             |  |                               |  |
|                         |  | Rapifen amp.               |  | H.O. ml                      |  | 02      |  | Mononylon                 |  | 2-0                           |  |
|                         |  | Thionembutal ml            |  | Intracath Adulto             |  |         |  | Mononylon                 |  |                               |  |
| Qtd.                    |  | Tracrium amp               |  | Intracath Infantil           |  |         |  | Prolene Serlix            |  |                               |  |
|                         |  | MEDICAÇÕES                 |  | Lamina de Bisturi n° 23      |  |         |  | Prolene Serlix            |  |                               |  |
| 01                      |  | Agua Destilada amp.        |  | Lamina de Bisturi n° 11      |  |         |  | Prolene Serlix            |  |                               |  |
| 02                      |  | Decadron amp.              |  | Lamina de Bisturi n° 15      |  |         |  | Prolene Serlix            |  |                               |  |
|                         |  | Dipirona amp.              |  | Luvas 7.0                    |  |         |  | Vicryl Serlix             |  |                               |  |
|                         |  | Flaxidol amp.              |  | Luvas 7.5                    |  |         |  | Vicryl Serlix             |  |                               |  |
|                         |  | Flebocortid amp.           |  | Luvas 8.0                    |  |         |  | Vicryl Serlix             |  |                               |  |
|                         |  | Geramicina amp.            |  | Luvas 8.5                    |  |         |  |                           |  |                               |  |
|                         |  | Glicose amp.               |  | Oxigenio l/m                 |  | 22      |  |                           |  |                               |  |
|                         |  | Glucon de Calcio amp.      |  | Polifix                      |  |         |  |                           |  |                               |  |
|                         |  | Haemacel ml.               |  | PVPI Degemante ml            |  |         |  |                           |  |                               |  |
|                         |  | Heparina ml.               |  | PVP Iodado ml                |  |         |  |                           |  |                               |  |
|                         |  | Kanakion amp.              |  | Sabão Antiséptico            |  | Qtd.    |  | SOROS                     |  |                               |  |
|                         |  | Lasix amp.                 |  | Saco coletor                 |  | 01      |  | SE Normotermico fr 500 ml |  | 9/10/98                       |  |
| 01                      |  | Medrolinazol.              |  | Seringa desc. 10 ml          |  | 02      |  | SG Gelado fr 500 ml       |  |                               |  |
| 02                      |  | Pamidron                   |  | Seringa desc. 20 ml          |  | 01      |  | SE Hipertermico fr 500 ml |  |                               |  |
|                         |  | Prolamina                  |  | Seringa desc. 05 ml          |  |         |  | SG Ringr fr 500 ml        |  |                               |  |
|                         |  | Revivan amp                |  | Sonda                        |  |         |  | SG fr 500 ml              |  |                               |  |
|                         |  | Simplanon amp.             |  | Sonda folley                 |  | Qtd.    |  | ORTESE E PRÓTESE          |  |                               |  |
| 02                      |  | Cefalotina 1g              |  | Sonda Nasogotica             |  |         |  |                           |  |                               |  |
|                         |  |                            |  | Sonda Uretral n°             |  |         |  |                           |  |                               |  |
|                         |  |                            |  | Sierychrom ml                |  |         |  |                           |  |                               |  |
|                         |  |                            |  | Torneirinha                  |  |         |  |                           |  |                               |  |
| Qtd.                    |  | MATERIAIS / SOLUÇÕES       |  | Vaselina ml                  |  |         |  |                           |  |                               |  |
| 01                      |  | Aguilha desc. 25 x 40 x 12 |  | Gelcon 18                    |  |         |  |                           |  |                               |  |
|                         |  | Aguilha desc. 28 x 28      |  | Lalase                       |  |         |  |                           |  |                               |  |
|                         |  | Aguilha desc. 3 x 4.5      |  | Electrodo                    |  |         |  |                           |  |                               |  |
|                         |  | Aguilha p/ raque n°        |  |                              |  |         |  |                           |  |                               |  |
| 2/19                    |  | Alcool de Enfermagem       |  |                              |  |         |  |                           |  |                               |  |
|                         |  |                            |  |                              |  |         |  |                           |  |                               |  |

## Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

|               |                                            |           |              |                  |
|---------------|--------------------------------------------|-----------|--------------|------------------|
| Paciente:     | Joaquim Gilson da Silva                    |           | Idade:       |                  |
| Convênio:     | Bris                                       |           | Data:        |                  |
| Procedimento: | Trat. Luxação el. fix. de Fract. tornozelo |           |              |                  |
| Cirurgião:    | Dr. João Paulo                             | Auxiliar: | Anestesista: | Dr. Ricardo      |
| Início:       | 10:00                                      | Término:  | 11:20        | Anestesia Raquel |

[illegible][illegible][illegible]

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1937522 Paciente: EVERTON GILSON DA SILVA Idade: 021 Sexo: M  
Nome da Mãe: ADELDA DA SILVA Data de Nascimento: 09/12/1997 Admissão: 06/07/2019 DI - 12  
Clínica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 8 Leito: 1 Diagnóstico: FX TNZ E

DIA 18/07/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Crismarcos Rodrigues da Silva /

| Prescrição                               |  | Apazamento |
|------------------------------------------|--|------------|
| TÍTULA: 18/07/2019 HORA: 06:20:01        |  | OK         |
| DIPIRONA SODICA 500 MG V.O. 1COMP. 8h/8h |  |            |
| FAZER SE NECESSARIO                      |  |            |
| RAT (COMB DOS GIBRISSE) XNDA/PERNA       |  |            |
| CURATIVOS 1X POR DIA                     |  |            |

DIURESE: + EVACUAÇÕES: +

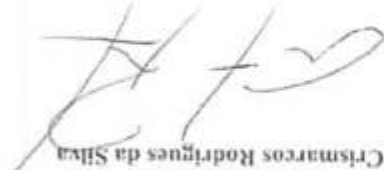
EXAMES OK

FERIM NA PERNA SEM SINAIS DE INFECÇÃO EM CICATRIZAÇÃO.

CD:VPM  
AGUARDA CIRURGIA TNZ

ASSINATURA + CARIMBO

Crismarcos Rodrigues da Silva



Dr. Crismarcos Rodrigues da Silva  
MÉDICO - CRM 3335

① 15m 2m + 1m 00:00

Dr. Wagner Luiz Bello de Menezes  
MR. ORTOPEDIA, TRAT. MIOLOGIA  
CRM / PS 8925

PA-90150  
P-69  
T-36,9

Elas de S. Bontor  
TEC. ENFERM.  
COREN-PB 387.090



GOVERNO  
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 17/07/2019

Horas: 07:55:16

Médico (a) Diarista : Crismarcos Rodrigues da Silva

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

### DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1937522 Paciente: EVERTON GILSON DA SILVA Idade: 021 Sexo: M

Nome da Mãe: ADEILDA DA SILVA Data de Nascimento: 09/12/1997 Admissão: 06/07/2019

Clinica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 8 Leito: 1 Diagnóstico: FX TNZ E

DIA 17/07/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Crismarcos Rodrigues da Silva /

| Item | Prescrição                                                                     | Aprazamento |
|------|--------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| 1    | DIETA LIVRE                                                                    | ✓           |
| 2    | SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. 1FRASCO, 8h/8h                                | ✓           |
| 3    | DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h                             | ✓           |
| 4    | TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h<br>Reconstituir 2ML ABD.   | ✓           |
| 5    | ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO<br>8/8H | ✓           |
| 6    | CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS                                                | ✓           |
| 7    | CURATIVOS 1X POR DIA                                                           | ✓           |

### EVOLUÇÃO

DATA: 17/07/2019 HORA: 07:55:01

FRAT TORN ESQ + FERI EXTENSO PERNA

BEG, ESTÁVEL

DIURESE: + EVACUAÇÕES: +

EXAMES OK

FERIM NA PERNA SEM SINAIS DE INFECÇÃO EM FASE DE CICATRIZAÇÃO.

CD: VPM

AGUARDA CIRURGIA TNZ

ASSINATURA + CARIMBO  
Crismarcos Rodrigues da Silva

CRISMARCOS RODRIGUES DA SILVA  
MÉDICO(A) ASSISTENTE  
17/07/2019

P.A P R T°C

110x90 76 19 36,7



GOVERNO  
DA PARÁ

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 16/07/2019

Horas: 07:29:17

Médico (a) Diarista : Crismarcos Rodrigues da Silva

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

### DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1937522 Paciente: **EVERTON GILSON DA SILVA** Idade: 021 Sexo: M

Nome da Mãe: ADEILDA DA SILVA Data de Nascimento: 09/12/1997 Admissão: 06/07/2019

Clínica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 8 Leito: 1 Diagnóstico: FX TNZ E

DIA 16/07/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Crismarcos Rodrigues da Silva /

| Item | Prescrição                                                                                                             | Aprazamento    |
|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|
| 1    | DIETA LIVRE                                                                                                            |                |
| 2    | SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. 1FRASCO, 8h/8h                                                                        | 14 23/06       |
| 3    | CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. 1FRA AMP, 12h/12h<br>Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF | 18 06/06       |
| 4    | DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h                                                                     | 12 18 06/06    |
| 5    | TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h<br>Reconstituir 2ML ABD,                                           | 18 06          |
| 6    | ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO<br>8/8H                                         | 5 NIX. Sem Dor |
| 7    | TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 8h/8h<br>+ 100ML SF, LENTO                                           | 4 12 18 06/06  |
| 8    | CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS                                                                                        | cliente        |
| 9    | CURATIVOS 1X POR DIA                                                                                                   | cliente        |

### EVOLUÇÃO

DATA: 16/07/2019 HORA: 07:28:20

FRAT TORN ESQ + FERI EXTENSO PERNA

BEG, ESTÁVEL

DIURESE: + EVACUAÇÕES: +

EXAMES OK

FERIM NA PERNA SEM SINAIS DE INFECÇÃO EM FASE DE CICATRIZAÇÃO.

CD: VPM

AGUARDA CIRURGIA TNZ

ASSINATURA + CARIMBO  
Crismarcos Rodrigues da Silva

GOVERNO  
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 15/07/2019

Horas: 07:31:14

Médico (a) Diarista : Crismarcos Rodrigues da Silva

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

### DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1937522 Paciente: EVERTON GILSON DA SILVA Idade: 021 Sexo: M

Nome da Mãe: ADEILDA DA SILVA Data de Nascimento: 09/12/1997 Admissão: 06/07/2019

Clínica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 8 Leito: 1 Diagnóstico: FX TNZ E

DIA 15/07/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Crismarcos Rodrigues da Silva /

| Item | Prescrição                                                                                                             | Aprazamento  |
|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| 1    | DIETA LIVRE (Dieta zero a partir de 12:00h (16/07/19))                                                                 | SND          |
| 2    | SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. 1FRASCO, 8h/8h                                                                        | X 2 8        |
| 3    | CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. 1FRA AMP, 12h/12h<br>Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF | 18 26        |
| 4    | DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h                                                                     | 12 18 20 26  |
| 5    | TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h<br>Reconstituir 2ML ABD,                                           | 18 26        |
| 6    | ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO<br>S/SH                                         |              |
| 7    | TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 8h/8h<br>+ 100ML SF, LENTO                                           | (12) 22 (26) |
| 8    | CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS                                                                                        | cle          |
| 9    | CURATIVOS 1X POR DIA                                                                                                   | cle          |

### EVOLUÇÃO

DATA: 15/07/2019 HORA: 07:29:41

FRAT TORN ESQ + FERI EXTENSO PERNA

BEG. ESTÁVEL

DIURESE: + EVACUAÇÕES: +

EXAMES OK

CD: VPM

AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO  
Crismarcos Rodrigues da Silva



GOVERNO  
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 14/07/2019

Horas: 10:40:07

Médico (a) Diarista : Ana Maria Da Silva Anselmo

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

### DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1937522 Paciente: **EVERTON GILSON DA SILVA** Idade: 021 Sexo: M

Nome da Mãe: ADEILDA DA SILVA Data de Nascimento: 09/12/1997 Admissão: 06/07/2019

Clínica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 8 Leito: 1 Diagnóstico: FX TNZ E

DIA 14/07/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Ana Maria Da Silva Anselmo /

| Item | Prescrição                                                                                                             | Aprazamento             |
|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| 1    | DIETA LIVRE                                                                                                            |                         |
| 2    | SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. 1FRASCO, 8h/8h                                                                        | <del>18</del> 22 oc     |
| 3    | CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. 1FRA AMP, 12h/12h<br>Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF | <del>18</del> 22 oc     |
| 4    | DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h                                                                     | <del>18</del> 22 oc     |
| 5    | TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h<br>Reconstituir 2ML ABD,                                           | <del>18</del> 22 oc     |
| 6    | ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO<br>8/8H                                         | 32                      |
| 7    | TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 8h/8h<br>+ 100ML SF, LENTO                                           | 14 Presente S/Dor 22 06 |
| 8    | CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS                                                                                        | ciente                  |
| 9    | CURATIVOS 1X POR DIA                                                                                                   | ciente                  |

### EVOLUÇÃO

DATA: 14/07/2019 HORA: 10:39:55

BEG, ESTÁVEL, SEM DISTÚRBIOS NAS ÚLTIMAS 24H

DIURESE: + EVACUAÇÕES: +

CD: VPM

AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO  
Ana Maria Da Silva Anselmo

Dra. Ana Maria Da Silva Anselmo  
Méd. Ortopedia e Traumatologia  
CRM-15 7825

GOVERNO  
DO MARANHÃO

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 06/07/2019

Horas: 17:01:38

Médico (a) Diarista : Ywry De Paiva Camara

# PRESCRIÇÃO MÉDICA

## DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1937522 Paciente: EVERTON GILSON DA SILVA Idade: 021 Sexo: M

Nome da Mãe: ADELDA DA SILVA Data de Nascimento: 09/12/1997 Admissão: 06/07/2019

Clínica: AMARCELIA Enfermaria: 10 Leito: 1 Diagnóstico: FX TNZ E

90x

DIA 06/07/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Ywry De Paiva Camara /

| Item | Prescrição                                                                                                            | Aprazamento |
|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| 1    | DIETA LIVRE                                                                                                           |             |
| 2    | SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. 1FRASCO, 8h/8h                                                                       | 2x. ok      |
| 3    | CEFTRIAXONA SODICA 1G INTRAVENOSO INTRAMUSCULAR E.V. 1FRA AMP, 12h/12h<br>Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF | 1x. ok      |
| 4    | DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h                                                                    | 1x. ok      |
| 5    | TENONICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h<br>Reconstituir 2ML ABD.                                          | 1x. ok      |
| 6    | ONDANSSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO<br>8-8H                                       | CT          |
| 7    | TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 8h/8h<br>+ 100ML SF LENTO                                           | 2x. ok      |
| 8    | DECBITO MUDANÇA<br>2-2H                                                                                               | CT          |
| 9    | CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS                                                                                       | CT          |
| 10   | CURATIVOS 1X POR DIA                                                                                                  | CT          |

## EVOLUÇÃO

DATA: 06/07/2019 HORA: 16:57:00

##### ADMISSÃO #####

Paciente vítima de acidente de moto com trauma em MIE e Cotovelo D, e cotovelo D.  
Dor + desconforto em TNZ E, bem como ferimento extenso e profundo em face anterior  
de Perna Esquerda, sangrante com exposição muscular.  
Raio X evidência fratura de TNE Esquerda com abertura de Pinça tibial E.  
Nega alergias, HAS ou DM2.

S:

1. LMC + Sutura de Ferimentos
2. Imobilização de TNZ com Tala Bota MIE
3. Solicito pra operatório
4. Internar para cirurgia eletiva

ASSINATURA CARIMBO  
Ywry De Paiva CamaraYwry De Paiva Camara  
CRM: 1937522

GOVERNO  
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 12/07/2019

Horas: 07:40:03

Médico (a) Diarista : Crismarcos Rodrigues da Silva

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

### DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1937522 Paciente: EVERTON GILSON DA SILVA Idade: 021 Sexo: M

Nome da Mãe: ADEILDA DA SILVA Data de Nascimento: 09/12/1997 Admissão: 06/07/2019

Clínica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 8 Leito: 1 Diagnóstico: FX TNZ E

DIA 12/07/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Crismarcos Rodrigues da Silva /

| Item | Prescrição                                                                                                             | Apazamento |
|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 1    | DIETA LIVRE                                                                                                            | ct         |
| 2    | SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. 1FRASCO, 8h/8h                                                                        | 14 2A 8    |
| 3    | CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. 1FRA AMP, 12h/12h<br>Reconstituir 10 ML ABD. Diluir em 100 ML SF | 18 6       |
| 4    | DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h                                                                     | 12 18 2A 8 |
| 5    | TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h<br>Reconstituir 2ML ABD.                                           | 18 6       |
| 6    | ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO<br>8/8H                                         | ct         |
| 7    | TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 8h/8h<br>+ 100ML SF, LENTO                                           | 14 2A 8    |
| 8    | CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS                                                                                        | ct         |
| 9    | CURATIVOS 1X POR DIA                                                                                                   | ct         |

### EVOLUÇÃO

DATA: 12/07/2019 HORA: 07:39:39

Diagnóstico: FX TNZ E + FERIMENTO EXTENSO PERNA ESQ Data de Internamento: 06/07/2019

DIH 7

BEG, ESTÁVEL, SEM DISTERMIAS

EXAMES OK

COM TALA GESSADA MIE

CD:VPM

AGUARDA TRAT CIRURGICO TNZ

ASSINATURA + CARIMBO  
Crismarcos Rodrigues da Silva

*Handwritten signature of Dr. Crismarcos Rodrigues da Silva*

Dr. Crismarcos Rodrigues da Silva  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
MÉDICO - CRM 5113



GOVERNO  
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 13/07/2019

Horas: 08:17:43

Médico (a) Diarista : Everlan Da Silva Meira

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

### DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1937522 Paciente: EVERTON GILSON DA SILVA Idade: 021 Sexo: M

Nome da Mãe: ADEILDA DA SILVA Data de Nascimento: 09/12/1997 Admissão: 06/07/2019

Clinica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 8 Leito: 1 Diagnóstico: FX TNZ E

DIA 13/07/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Everlan Da Silva Meira /

| Item | Prescrição                                                                                                             | Aprazamento |
|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| 1    | DIETA LIVRE                                                                                                            | et          |
| 2    | SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. 1FRASCO, 8h/8h                                                                        | et          |
| 3    | CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. 1FRA AMP, 12h/12h<br>Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF | et          |
| 4    | DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h                                                                     | et          |
| 5    | TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h<br>Reconstituir 2ML ABD.                                           | et          |
| 6    | ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO<br>8/8H                                         | et          |
| 7    | TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 8h/8h<br>+ 100ML SF, LENTO                                           | et          |
| 8    | CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS                                                                                        | et          |
| 9    | CURATIVOS 1X POR DIA                                                                                                   | et          |

### EVOLUÇÃO

DATA: 13/07/2019 HORA: 08:17:37

BEG, ESTÁVEL, SEM DISTÚRBIOS NAS ÚLTIMAS 24H

DIURESE: + EVACUAÇÕES: +

CD: VPM

AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO  
Everlan Da Silva Meira

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

“SERV. DE IDENT. E IDENT. V. C. M.”

P-234



*Everton Gilson da Silva*

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.095.146 DATA DE EXPIRAÇÃO 14/09/2012

NOME EVERTON GILSON DA SILVA

FILIAÇÃO GILSON RAIMUNDO DA SILVA ADEILDA DA SILVA

NACIONALIDADE CAMPINA GRANDE-PB DATA DE NASCIMENTO 09/12/1997

DOC. ORIGEM NASC. N. 72.489 FLS. 03V LIV. A/64 CARTÓRIO 2 CAMPINA GRANDE-PB

CPF

Assinatura do Titular

ABSTRACTA DO CARTÃO

LEI Nº 7.115 DE 29/06/83

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA

**CPF**

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de Inscrição

085.357.924-57

Nome

EVERTON GILSON DA SILVA

Nascimento

09/12/1997

Endereço

**CORREIOS**



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200029102 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** EVERTON GILSON DA SILVA **Data do acidente:** 06/07/2019 **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

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

**Data da análise:** 21/01/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DISTAL DE TÍBIA ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS). ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE TORNOZELO 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 MODERADO DE TORNOZELO ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** PÁG. 12\_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 completa da mobilidade de um tornozelo | 25 %                                         | Em grau médio - 50 %                                 | 12,5%         | R\$ 1.687,50          |
|                                              |                                              | <b>Total</b>                                         | <b>12,5 %</b> | <b>R\$ 1.687,50</b>   |

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0024718/20

**Vítima:** EVERTON GILSON DA SILVA

**CPF:** 085.357.924-57

**Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

**Data do acidente:** 06/07/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** EVERTON GILSON DA SILVA

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

**EVERTON GILSON DA SILVA : 085.357.924-57**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](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: 17/01/2020  
Nome: EVERTON GILSON DA SILVA  
CPF: 085.357.924-57

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/01/2020  
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA  
CPF: 614.058.096-04

\_\_\_\_\_  
EVERTON GILSON DA SILVA

\_\_\_\_\_  
SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA

---

**Rio de Janeiro, 21 de Janeiro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200029102**

**Vítima: EVERTON GILSON DA SILVA**

**Data do Acidente: 06/07/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), EVERTON GILSON DA SILVA**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

**Rio de Janeiro, 31 de Janeiro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200029102**

**Vítima: EVERTON GILSON DA SILVA**

**Data do Acidente: 06/07/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), EVERTON GILSON DA SILVA**

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\$ 1.687,50 |

|                                                                |              |
|----------------------------------------------------------------|--------------|
| Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25% |              |
| Graduação: Em grau médio 50%                                   |              |
| % Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%              |              |
| Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =                        | R\$ 1.687,50 |

**Recebedor: EVERTON GILSON DA SILVA**

**Valor: R\$ 1.687,50**

**Banco: 104**

**Agência: 000000041**

**Conta: 00000469671-4**

**Tipo: CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

0024738120

CPF da vítima:

085.357.924-57

Nome completo da vítima:

Everton Gilson da Silva

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

Nome completo:

Everton Gilson da Silva

CPF:

085.357.924-57

Profissão:

Peleiro

Endereço:

Rua Major Angélio Xavier

Número:

58

Complemento:

Bairro:

Padreagal

Cidade:

Campina Grande

Estado:

PB

CEP:

58425-480

E-mail:

Telefone:

(83) 98805.6654

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

RENDA MENSAL:

☒ RECURSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA

(Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE

(Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0041

CONTA:

469671

4

AGÊNCIA:

CONTA:

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

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

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

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim ☐ Não

Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles 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.

Assinatura  
Digital da  
vítima ou  
beneficiário  
não alfabetizado

Local e Data:

Nome:

CPF:

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Everton Gilson da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome:

CPF:

Assinatura

2ª | Nome:

CPF:

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

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



**GOVERNO  
DA PARAÍBA**

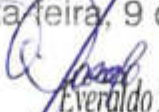
**SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA  
DEFESA SOCIAL  
8ª DELEGACIA DISTRITAL,**

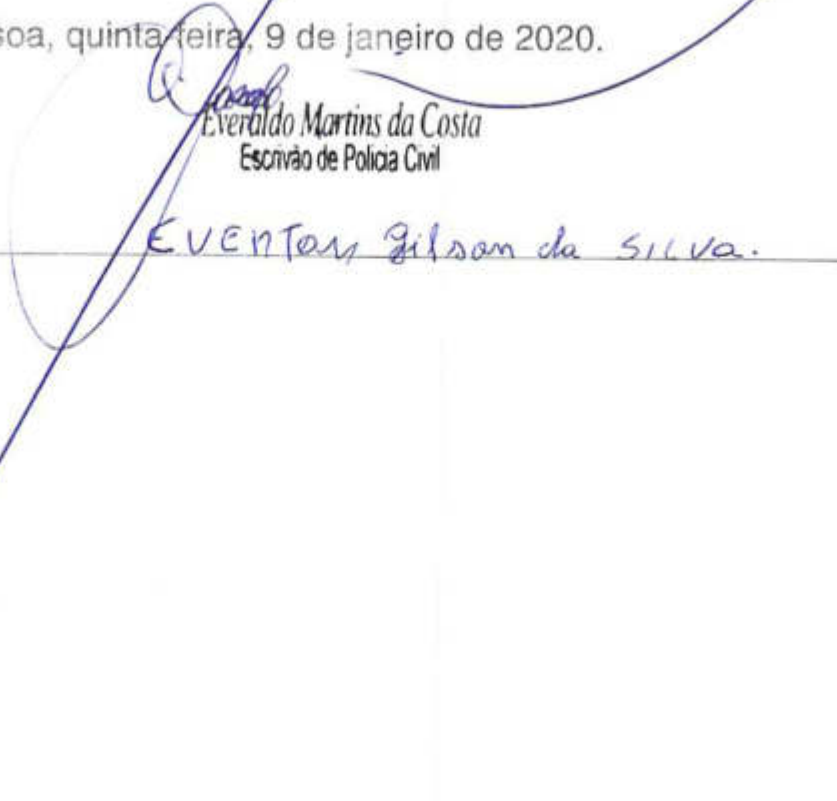


## CERTIDÃO

CERTIFICO em razão do meu cargo e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo o livro de ocorrências desta Delegacia, às fls. ocorrência de nº 40 /2019, na mesma continha o seguinte teor: quinta-feira, 9 de janeiro de 2020, nesta cidade de João Pessoa e na 8ª Delegacia Distrital, onde presente se encontra o Delegado Jorge Rodrigues da Costa, às 11:50 horas, compareceu o Sr. **Everton Gilson da Silva**, portador da cédula de identidade nº 4.095.146 Seds/PB, CPF nº 085.357.924 - 57, brasileira, natural de Campina Grande/PB, solteiro, com 22 anos de idade, filho de Gilson Raimundo da Silva e de Adeilda da Silva, Atendente, residente à rua Major Angelino Xavier nº 59, bairro do Pedregal, Campina Grande-PB, o qual notificou que, No início da tarde do dia 06 de julho de 2019, se conduzia na motocicleta Shineray Phoenix, ano e modelo 2012, cor vermelha, placa QFL 8628/PB e identificada pelo chassi nº LXYXCBL08DO534218, cadastrada em nome de Djailson Sousa Silva, pela avenida João Moura, quando foi surpreendido por um veículo cruzando a sua frente e assim, mesmo tendo tentado livrá-lo, não conseguiu, colidiu na lateral do veículo e acidentou-se, consequentemente, foi socorrido ao Hospital de Traumas Dom Luiz Gonzaga Fernandes, conforme laudo Médico apresentado. Diante o exposto, solicita providências. O referido é verdade. Dou fé. Eu Everaldo Martins da Costa, Escrivão que o digitei.

João Pessoa, quinta-feira, 9 de janeiro de 2020.

  
Everaldo Martins da Costa  
Escrivão de Polícia Civil

  
EVERTON GILSON DA SILVA.