



Número: **0801672-32.2020.8.15.0061**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Mista de Araruna**

Última distribuição : **30/09/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
C. I. D. S. (AUTOR)		maria lucineide de lacerda santana (ADVOGADO)	
CLEONICE SEVERINA DA SILVA (REPRESENTANTE)		maria lucineide de lacerda santana (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
36516 116	11/11/2020 10:21	2762606_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180403071 **Cidade:** Riachão do Poço **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CARLA INACIO DA SILVA **Data do acidente:** 17/03/2018 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DISTAL DO FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM 2 ABORDAGENS (FIXADOR EXTERNO, PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE O MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

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

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: KARLA SUELY MALHAES DE SOUZA

CRM: 5252099-1

UF do CRM: RJ

Assinatura:

Karla Souza



Rio de Janeiro, 04 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: CLEONICE SEVERINA DA SILVA

Nº Sinistro: 3180403071

Vítima: CARLA INACIO DA SILVA

Data do Acidente: 17/03/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180403071**.

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

Carta nº 13327505

Pag. 00631/00632 - carta_01 - INVALIDEZ

00020316



Rio de Janeiro, 04 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: CLEONICE SEVERINA DA SILVA

Nº Sinistro: 3180403071

Vítima: CARLA INACIO DA SILVA

Data do Acidente: 17/03/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180403071**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Boletim de ocorrência não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

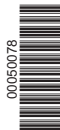
Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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

Pag. 00155/00156 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 13327648



Autorização de pagamento



Administradora do Seguro DPVAT

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 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 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

706 858 454 - 35

Nome completo da vítima

CARLA INACIO DA SILVA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo CLEONICE SEVERINA DA SILVA		CPF titular da conta 874 323 744 - 49	Profissão AGRICULTORA
Endereço SÍTIO PRIMAVERA		Número SN	Complemento
Bairro ÁREA RURAL	Cidade RIACHÃO DO POÇO	Estado PB	CEP 58348-000
Email cleonice@meuemail.com			Telefone (DDD) (83) 99369-8095

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☐ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☒ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ☐ 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 (104)

AGÊNCIA

NRO. 0922

D/V

CONTA

NRO. 489 22

D/V

OP: 013

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder 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.

SAPÉ-PB 09 de AGOSTO de 2018

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/11/2020 10:21:37

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111110213739600000034859562>

Número do documento: 20111110213739600000034859562

Num. 36516116 - Pág. 4



Boletim de ocorrência



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL
5ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE SAPÉ
Telefone: (83) 3283-5949



NA PUREZA: ACIDENTE DE TRÂNSITO

Certidão nº 1299/2018

Aos (16) dezesseis dias do dia do mês de julho, do ano de dois mil e dezoito, nesta cidade de Sapé/PB, e na Delegacia de Polícia Civil, onde presente se encontrava a Autoridade Policial, **Dr. FREDERICO CLAUDIO DE MELO MAGALHÃES**, comigo Escrivão, do seu cargo, no final declarado e assinado, às 11h:15min, compareceu **CLEONICE SEVERINA DA SILVA**, brasileira, união: estável, com 44 anos de idade, nascida aos 28/11/1973. Alfabetizada, funcionária pública filha de Clovis Inácio da Silva e de Cleonice Severina da Silva, residente no Sítio Primavera, perto do campo de Futebol de João de tinner, zona rural de Riachão do Poço/PB. A QUAL FEZ O SEGUINTE REGISTRO: QUE, é mãe da adolescente **CARLA INÁCIO DA SILVA**, brasileira, solteira, com 14 anos de idade, nascida aos 13/07/2004, CPF de nº 706.858.454-35, filha de Clovis Inácio da Silva e de Cleonice Severina da Silva, residente no Sítio Primavera, zona rural de Riachão do Poço/B. QUE, no dia 17 de maio de 2018, CARLA vinha na garupa de uma moto HONDA 150 TITAN, DE COR VERMELHA, PLACA MNM 4432/PB, conduzida pelo namorado da mesma, o jovem JOSIEL DE FREITAS ALEXANDRE, e na entrada que dá acesso a cidade Riachão do Poço, na curva da localidade Areia de Sobrado, cidade de Sobrado, JOSIEL veio a colidir com outra moto HONDA 150, DE COR VERMELHA, DE PLACA MOQ 8130/PB, a qual era conduzida pelo senhor JOSIVALDO FRANCISCO DA SILVA; QUE, no acidente faleceram no local JOSIEL e JOSIVALDO, e sua filha CARLA foi socorrida para o Hospital de Trauma, e passou vinte e nove dias; QUE, CARLA foi submetida a cirurgia. Era o que havia para Certificar. Ciente o declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 (Falsidade Ideológica) do Código Penal, depois de lido e achado conforme, expeço a presente Certidão. O referido é verdade e dou fé.

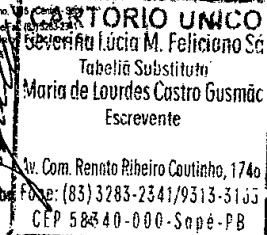
Sapé, 16 de julho de 2018.

Notificante: Cleonice Severina da Silva



Feliciano da Silva
Serviço Notarial e Registral

Rua: Com. Renato Ribeiro Coutinho, 1740
Paraíba - CEP: 58.340-000 Fone: (83) 3283-5949
Severina Lúcia M. Feliciano Sá



Autentico a presente cópia, reprodução fiel do original apresentado. Em testemunho da verdade:
Sapé-PB 09/08/2018 14:18:15
Maria de Lourdes Castro Gusmão Escrevente
(2018-006118) EMUL:R\$ 2,37 FIMPLE:R\$ 0,20 FEPI:R\$ 0,40
SELO DIGITAL: 44407871-MUN
Confira a autenticidade em <https://sellodigital.tiob.jus.br>





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL
5ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE SAPÉ
Telefone: (83) 3283-5949

NATUREZA: ACIDENTE DE TRÂNSITO

Certidão de Ocorrência nº 1864/2018

Aos (05) CINCO dias do mês de OUTUBRO (10) do ano de dois mil e dezoito, nesta cidade de Sapé/PB, e na Delegacia de Polícia Civil, onde presente se encontrava a Autoridade Policial, **Dr. FREDERICO CLAUDIO DE MELO MAGALHÃES**, comigo Escrivão, do seu cargo, no final declarado e assinado, às 11h:15min, compareceu **CLEONICE SEVERINA DA SILVA**, brasileira, união estável, com 44 anos de idade, nascida aos 28/11/1973. Alfabetizada, funcionária publica filha de Clovis Inácio da Silva e de Cleonice Severina da Silva, residente no Sítio Primavera, perto do campo de Futebol de João de tinner, zona rural de Riachão do Poço/PB. **A QUAL FEZ O SEGUINTE REGISTRO:** QUE, é mãe da adolescente **CARLA INÁCIO DA SILVA**, brasileira, solteira, com 14 anos de idade, nascida aos 13/07/2004, CPF de nº 706.858.454-35, filha de Clovis Inácio da Silva e de Cleonice Severina da Silva, residente no Sítio Primavera, zona rural de Riachão do Poço/B; QUE, no dia 17 de março de 2018, por volta das 17:40 min, sua filha **CARLA INÁCIO DA SILVA**, transitiva na garupa da MOTO HONDA 150 TITAN ANO e MODELO 2007, DE COR VERMELHA, PLACA MNM 4432/PB, CHASSI: 9C2KC08107R115908 EM NOME DE JOSE CARLOS DE FREITAS, quando na ocasião a Motocicleta em epigrafe era conduzida pelo namorado da mesma, o jovem **JOSIEL DE FREITAS ALEXANDRE**, fato ocorrido na Rodovia PB 073, que liga a cidade de Sobrado/PB e Riachão do Poço/PB, quando em uma na curva nas imediações da localidade Areia de Sobrado, Zona Rural de Sobrado/PB, **JOSIEL** veio a colidir com outra moto HONDA 150, DE COR VERMELHA, DE PLACA MOQ 8130/PB, a qual era conduzida pelo senhor **JOSIVALDO FRANCISCO DA SILVA**; QUE, no acidente faleceram no local **JOSIEL DE FREITAS ALEXANDRE** e **JOSIVALDO FRANCISCO DA SILVA**; Que sua filha menor **CARLA INACIO DA SILVA** foi socorrida pelo SAMU para o Hospital de Emergência e Trauma, na cidade de João Pessoa/PB e passou (29) vinte e nove dias internada; QUE, em virtude do acidente, sua filha **CARLA** sofreu ferimento + hematoma em coxa distal direita, com dor, edema e deformidade em joelho e coxa esquerda, ferimento com sangramento ativo em joelho e pulsos distais presentes, e que resultou na fratura de fêmur esquerdo; Que sua filha **CARLA** passou por tratamento cirúrgico de fratura de fêmur esquerdo, com fixador externo (realizado em 17/03/18), retirada de fixador externo (realizado em 29/03/18), e tratamento cirúrgico de fratura de fêmur esquerdo com fixação (realizado em 06/04/18); Que **CARLA** teve alta hospitalar em 16/04/18. Era o que havia para Certificar. Ciente o declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 (Falsidade Ideológica) do Código Penal, depois de lido e achado conforme, expeço a presente Certidão. O referido é verdade e dou fé.

Feliciano da Silva
Rua Com. Renato Roberto Gusmano, 1746
Paraíba - CEP: 58400-000 Fone: (83) 3283-5949
Secretaria de Segurança Pública
Delegacia de Polícia Civil de Sapé

SUELIO MOREIRA TORRES
Tabelião - Substituto
Rua de Lourdes - Castro Gusmano
Escrivente

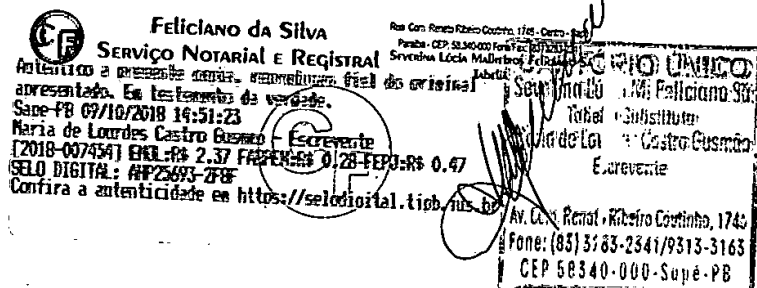
Autentico a presente com a reprodução fiel do original
apresentado. Em testemunho da verdade.
Sapé-PB 09/10/2018 14:51:23
Maria de Lourdes Castro Gusmano - Escrivente
(2018-007453) ENL-R# 2.37 FAFEN-R# 0.28 FEPJ-R# 0.47
SELO DIGITAL: 4HF25692-0E6
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.rs.br>

Sapé/PB, 05 de Outubro de 2018.



Notificante: Feliciano da Silva

Paulo Roberto P. M.
Agente/Escrivão
Mat. 182.021-4



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Conla Inacio da Silva, portador da carteira de identidade nº _____ e inscrito no CPF/MF sob o nº 406.858.454-35, residente e domiciliado na Sítio Primavera - Zona Rural, Cidade Riachão do Poço, Estado Pernambuco, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- ☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido 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 prosseguimento a 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 impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Suelio Moreira da Silva

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

SAFE - PB 09/08/2018

Local e data

889800421





ESTADO DE PARAIBA
COMARCA DE SAPE
MUNICÍPIO DE RIACHÃO DO POÇO
DISTRITO DE RIACHÃO DO POÇO

Oficial Titular do Registro Civil

[illegible][illegible]

Foi declarante A genitora.
e serviram de testemunhas VALDEMIRO DIAS LEZERRA e JANDIRA CONSTÂNCIO
FERREIRA.

Observações: Registro feito na forma del.

O referido é verdade e dou fé.

Riachão do Poço Pb 18 de Agosto de 2004

Agente Ferrnir Constanccia

000. 8550
 GRAFJET
 BL 50 FL9. PAPEL OFF-SET 75 GRAM2 FORM 2002007



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: 22/11/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CLEONICE SEVERINA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00922

CONTA: 000000048922-5

Nr. da Autenticação FA930309A6C7C427



Comprovação de ato declaratório



PREFEITURA MUNICIPAL DE SAPÉ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 DE SAPÉ



PREFEITURA
MUNICIPAL DE SAPÉ
O futuro se faz agora

FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

18:20

Data 14/03/18	ID da Ocorrência 204303	☐ USB ☒ USA	Nº / Equipe 47	Plantão: ☒ Dia ☐ Noite	Hora de Saída da Base 17:56 Hs	Hora de Chegada no Local 18:20 Hs
Paciente / Usuário Paula Braccio da Silva				Idade 13 A	Sexo: ☐ Masc ☒ Fem	Telefone:
Local da Ocorrência: ☐ Sapé ☐ Mari ☐ Sobrado ☒ Riachão ☐ Outro:				Bairro		
Logradouro PB 048 (Entrada de Riachão)				Médico Regulador Gimay		
Quantidade de vítima(s) no local: ☐ Uma ☐ Duas ☐ Três ☐ Mais de três:						
Apio no Local: ☐ USB ☐ USA ☐ Resgate / Bombeiros ☐ PM ☐ Resgate PRF ☐ SMTRANS ☐ CPTRAN ☐ Outro:						
OTA: ☐ Socorrido por Terceiros ☐ Socorrido pelos Bombeiros ☐ Evadi-se do Local ☐ Trote ☐ Outro:						

Documento de identificação do paciente:

RG: _____; CPF: _____; CNS: _____

NATUREZA DA OCORRÊNCIA

☐ CLÍNICO ☐ PSIQUIÁTRICO ☐ GINECO-OBSTÉTRICO☒ TRAUMA

Motivo: Colisão moto x moto

ESCALA DE COMA DE GLASGOW

Abertura ocular	Respostas A voz A dor Nenhuma	4 3 2 1
Resposta verbal	Orientada Confusa Palavras inapropriadas Palavras incomprensíveis Nenhuma	5 4 3 2 1
Resposta motora	Obedece comandos Localiza dor Movimento de retirada Flexão anormal Extensão anormal Nenhuma	6 5 4 3 2 1

TIPO DE AGRAVO

☐ Acidente de Trânsito	☐ Pediátrico
☐ Agressão Física	☐ Psiquiátrico
☐ Desabamento / soterramento	☐ Caso clínico
☐ Eletrocussão	☐ Quase afogamento/ afogamento
☐ F.A. B	☐ Queda _____ metros
☐ F.A.F (P.A.F)	☐ Queimaduras
☐ Gineco - obstétrico	☐ Outros:
☐ Lesões térmicas	

ANTECEDENTES

☐ AIDS	☐ Doença mental
☐ Alcoolismo	☐ Doença renal
☐ AVE	☐ Drogas
☐ Cirurgias Realizadas	☐ Hipertensão arterial
☐ Convulsão	☐ Internamentos Anteriores
☐ Diabetes	☐ Medicamentos
☐ Doença Cardíaca	☐ Problemas respiratórios
☐ Doença Infecção - contagiosa	☐ Outros

TRANSPORTE SECUNDÁRIO - ORIGEM

Serviço Médico HET 346

Responsável:

MOTIVO DO TRANSPORTE

☐ Apoio Diagnóstico ☐ Serviço de maior complexidade ☐ transferência simples ☐ outro:

TRANSPORTE SECUNDÁRIO - DESTINO

Local: _____ Responsável: _____

Função: _____

Exame clínico (principais sintomas/ queixas)

☐ agitação ☐ alergia ☐ Ausência de pulso (central) ☐ Cianose ☐ Convulsão ☐ Diarreia ☐ Dificuldade respiratória ☐ dor local
☐ febre ☐ Inconsciente/ desmaio ☐ Palidez ☐ Sangramento ☐ Vômito ☐ outros:

1. DADOS VITAIS:

PA. Sistólica 160 PA diastólica 100 Pulso: 148 FC: 148 FR: 20 TEMP: 36,5 °C Glicemia: 180 SPO₂ 98% Glasgow 15

2. VIA AÉREA

☒ Livre ☐ obstruída parcialmente ☐ Obstruída totalmente ☐ Corpo Estranho ☐ Bronco aspiração ☐ Edema de glote ☐ Obs.:

VENTILAÇÃO

☐ Espontânea ☐ Parada respiratória ☒ Assistida ☐ Ritmo irregular

EXPANSIBILIDADE

☒ Normal ☐ Superficial ☐ Regular ☐ Irregular

ACHADOS

☐ Crepitação ☐ Enfisema subcutâneo ☐ Expectoração ☐ Hemoptise ☐ Hálito etílico ☐ Outro:

3 - CIRCULAÇÃO

☐ Cianose ☐ Fria ☐ Úmida ☒ Normal ☐ Palidez ☐ Quente ☐ Seca ☐ Outros:

EDEMA

Mayara de Andrade Silva

Coord. de Atendimento

SAPÉ - 192



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/11/2020 10:21:37

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=201111021373960000034859562

Número do documento: 201111021373960000034859562

() Ausente () Palpebral () Membros Superiores () Membros Inferiores () Anasarca

PERFUSÃO

(X) Normal () Retardada (> 2 seg) () Ausente

PULSO

() Regular () Irregular () Fino (X) Cheio () Ausente

EKG

() Normal () Alterado (X) Não realizado

4 - EXAME NEUROLÓGICO

(X) Agitação () Sonolência () Coma () Convulsão () Otorrágia () Rigidez () Midríase

5 - EXAME GINECO - OBSTÉTRICO

() Abortamento () Hemorragia vaginal () Normal _____ Semana () Trabalho de parto () outros: _____

6 - DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO MÉDICA:

COLITE MOTOXMOTO? (PAINES DE FÊMEA (E) + PAINES DE MACHO (E))

7 - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:

(X) Ansiedade () Capacidade adaptativa intracraniana diminuída () Comunicação verbal Prejudicada () Confusão aguda (X) Deambulação prejudicada () Débito cardíaco diminuído () Desobstrução ineficaz de vias aéreas () Disreflexia autonômica () Dor aguda () Hipertermia () Hipotermia () Integridade da pele prejudicada () Integridade tissular prejudicada (X) Medo () Intolerância à atividade () Mucosa oral prejudicada () Padrão respiratório ineficaz () Risco de Perfusão tissular cerebral ineficaz () Perfusão tissular cardiopulmonar ineficaz () Risco de Perfusão tissular gastrointestinal ineficaz () Risco de Perfusão tissular renal ineficaz () Termorregulação ineficaz () Troca de gases prejudicada () Ventilação espontânea prejudicada () Volume de líquidos deficientes () Volume de líquidos excessivo () Náusea () Retenção urinária () Interação social prejudicada () Incontinência intestinal () Eliminação urinária prejudicada () Constipação (X) Outros: dois lados

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM: Verificar SSVV + imobilização + curativo

INTERVENÇÕES: Realizado exame físico completo
Realizado imobilização conforme protocolo
Atende aos SSVV

EVOLUÇÃO/INTERCORRÊNCIAS: paciente vítima de acidente motocarros, apresentando
ferimentos profundos de perfuração pelo canhão esquerdo + agitação, de
onde ocasionada a ocorrência de lesão de imobilização + AUP e após este
tratamento da mesma segue-se ao Hospital de Traumas

8 - EVOLUÇÃO/INTERCORRÊNCIAS MÉDICAS: PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCARROS, APRESENTANDO
PAINES DE FÊMEA (E) + PAINES DE MACHO (E) + ALGUMAS LESÕES: EUS, COMILANTE, ORIENTADO,
EVOLUÇÃO, ALIMENTAR REFERIR DO EM MEE.

9 - PROCEDIMENTOS

em conformidade com o HERSHL
() Desobstrução vias aéreas () Intubação naso/orotraqueal () Cânula Orofaringea () Ventilação mecânica (manual AMBU) () Respirador
() Inalação de oxigênio (O₂) () Drenagem torácica () Massagem cardíaca externa () Desfibrilação/ cardioversão () Controle de hemorragia
() Curativo (X) Punção venosa () Sonda gástrica () Sonda vesical () Sedação (X) Imobilização de membros (X) Colar cervical (X) Talas / tração
() Outros: _____

10 - MATERIAL UTILIZADO (ENFERMAGEM): dois pares de luvas + quatro pares luvas
+ dois equipamentos + dois jalecos

ENCAMINHAMENTO

() Liberdade após atendimento () Recusa o atendimento () Óbito no local () Óbito durante o atendimento () Óbito durante o transporte

POSICÃO DE TRANSPORTE

(X) Decúbito dorsal () Decúbito lateral () Decúbito ventral () Sentado () Elevação de cabeceira (cabeça)

RECUSO

Nome: _____ R.G. _____

Assinatura: _____

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE

Médico: DR. VIGORANTIN CRM: _____ MAT.: _____
Enfermeiro (a): Isabel COREN: 34403-6 MAT.: _____
Téc. de Enfermagem: _____ COREN: _____ MAT.: _____
Condução: _____ MAT.: _____

PERTECES DA VÍTIMA

(X) NÃO

() SIM

Objetos: _____

Mayara de Andrade
Coordenadora Geral
SUMUTSAR E-18

DR. Uliatton Galvão Pereira
MÉDICO
CRM-PB-8561



Declaração do proprietário do veículo



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, JOSÉ CARLOS DE FREITAS,
 RG nº 2.327.271, data de expedição 26/05/2014,
 Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 048.333.864-88, com
 domicílio na cidade de RIACHÃO DO POÇO, no Estado de
PARAIBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
SÍTIO JAQUINTEQUARA, nº S/N,
 complemento ZONA RURAL, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
 mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
 vítima CARLA INACIO DA SILVA, cujo o condutor era
JOSIEL DE FREITAS ALEXANDRE.

Veículo: MOTOCICLETA HONDA
 Modelo: HONDA CG125-TITAN XS
 Ano: 2007
 Placa: MINA 4432/PB
 Chassi: 9C2KEP107R115908
 Data do Acidente: 17/03/2018
 Local e Data: SAPE - PB 09/08/2018

• José Carlos de Freitas
 Assinatura do Declarante

• OBS: FALLECIDO - CONDUTOR

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



CARTÓRIO DE REG. CIVIL E TABELIONATO
 Rua Patrício A. Souza, 18, Riachão do Poço - PB

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:
 JOSÉ CARLOS DE FREITAS

Dou fé. Riachão do Poço/PB - 01/08/2018
 Tabelião Bel: Agnito Ferreira Constâncio
 Selo Digital: AHH70840-Y9Y2

Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>
 Emol R\$ 11,38 FARPEN R\$ 0,27 MP R\$ 0,18 FEPJ R\$ 1,73





João Pessoa, 18/03/18

Assinatura:  Carimbo do(a) Médico(a)

Eu, _____,
autorizo o(a) Dr. (_____, a
registrar o diagnóstico codificado CID-10 ou por extenso
neste atestado médico.

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

1ª VIA-PACIENTE

2ª VIA ANEXA AO PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

F(NG).CC.003-1





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA

LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE Carla Inacio da Silva
DATA DE NASCIMENTO 13/07/04
NOME DA MÃE Ceonice Severina da Silva

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º 107705
BOLETIM DE ENTRADA N.º 1069749
DATA DO ATENDIMENTO 17/03/18
HORA DO ATENDIMENTO 19:43
MOTIVO DO ATENDIMENTO Acidente de moto
DIAGNÓSTICO (S) Fratura de fêmur distal esquerdo
CID 10 S42.4

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de acidente de moto, trazido pelo SAMU, apresentando ferimento + hematoma em coxa distal direita, com dor edema e deformidade em joelho e coxa esquerda, ferimento com sangramento ativo em joelho E, pulsos distais presentes. Avaliado pela Traumatologia e internado para tratamento cirúrgico.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX coxa E, joelho E, bacia, perna E.

RESULTADOS DOS EXAMES:

RX: fratura de fêmur esquerdo

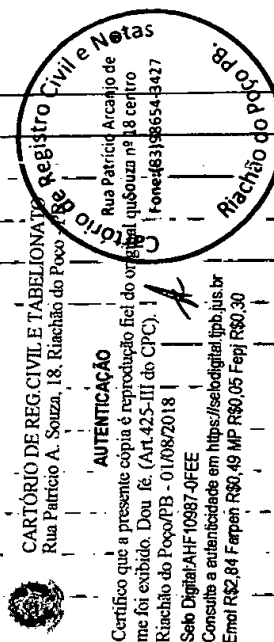
TRATAMENTO:

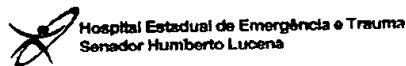
Tratamento cirúrgico de fratura de fêmur esquerdo, com fixador externo (realizado em 17/03/18). Retirada de fixador externo (realizado em 29/03/18). Tratamento cirúrgico de fratura de fêmur esquerdo com fixação (realizado em 06/04/18)

ALTA HOSPITALAR: 16/04/18
DATA DA EMISSÃO: 09/07/18

Dr. Juan Jaime Alcoba Arce
CRM: 3323/PB

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





RUA PEDRO GONDIM, S/N - - CNES: 11

Boletim de Atendimento: 10

Identificação do paciente			
ID 1271354	Nome CARLA INACIO DA SILVA	Sexo Feminino	
Data de nascimento 13/07/2004	Idade 13 anos 9 meses 4 dias	Estado civil	Religião
Mãe CLEONICE SEVERINA DA SILVA	Pai CLOVIS INACIO DA SILVA		
Escolaridade	Responsável (Parentesco) CLECIA FERREIRA DA SILVA - IRMAO(A)		
DDD Móvel 83	Fone Móvel 993094728	DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento	Número documento	Nº Cns	
Local de procedência RIACHAO	Tipo MUNICIPIO		UF PB
Email	Naturalidade SAPE	CBO/R	
Endereço			
CEP 58235000	Município de residência RIACHAO	UF PB	Logradouro SÍTIO PRIMAVERA
Número S/N	Complemento	Bairro ZONA RURAL	
Admissão			
Data e Hora 17/03/2018 19:43:41	Número da pulseira 1000005998523	Convênio SUS	
Especialidade PEDIATRIA	Clínica		
Classificação de risco	Origem do paciente RUA		
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente OUTROS	
Indicadores e Transporte			
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte 3AMU	Quem transportou		
Sinais Vitais			
PA X mmHg	Pulso	Temperatura	
Exames complementares			
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []
			Liquor []
			ECG []
			Ultrasonografia []
Dados clínicos			
Diagnóstico			CID
Atendido por JOSINETE BARBOSA DA CUNHA			Tempo 02min 33seg

Imprimir

17/04/2018 10:12



17/03/2018

172.16.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&login=josinete_barbosa_da_cunha&id=240893&pesquisa=S&perform=



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Atendimento e Trauma
Sede: João Pessoa - PBGOVERNO
DA PARAÍBA

ÁREA AMARELA

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

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente CARLA INACIO DA SILVA		BAE 1069749	Data/Hora Entrada 17/03/2018 19:43:41	Data Baixa
Data de nascimento 13/07/2004	Idade 13	Sexo Feminino	CNS	Telefone de Contato (83) 993094728
Mãe CLEONICE SEVERINA DA SILVA		Prontuário		
Endereço SÍTIO PRIMAVERA, S/N		Bairro ZONA RURAL	Município RIACHÃO	UF PB
Acidente OUTROS		Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional BRUNO DE LUNA ROMA	Nº Cons. Regional 10075/PB
Data/Hora Classificação 17/03/2018 19:43:41		Data/Hora Prescrição 17/03/2018 23:08:03		
Convênio SUS		Nº Matrícula	Senha	

Anamnese

Pré-operatório: paciente submetida a tratamento cirúrgico para fixação de fratura exposta de fêmur distal com fixador externo transarticular. Realizado ampliação do ferimento para limpeza exaustiva da fratura com SF 0,9%
Procedimento sem intercorrência
cd: internamento para posterior tratamento definitivo
início atb

DIETA

DIETA LIVRE, VIA ORAL

MEDICAÇÃO

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

Diluir

CEFALOTINA 1G (FRASCO-AMPOLA), ADMINISTRAR 1,0 G VIA E.V., 6/6H, COM INTERVALO DE 6/6H POR 7 DIA(S)

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

Diluir

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

ÁGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H, 0,0 (MGTS) (OBSERVAÇÕES: S/N)

Diluir

ONDANSETRONA 2MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 4,0 MG VIA E.V., 8/8H

ÁGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 1X AO DIA, 0,0 (MGTS) (OBSERVAÇÕES: EM JEJUM)

Diluir

OMEPRAZOL 40MG INJETAVEL COM DILUENTE (FRASCO-AMPOLA), ADMINISTRAR 40,0 MG VIA E.V., 1X AO DIA

CAPTOPRIL 25 MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 1,0 COMPRIMIDO VIA SUBLINGUAL, ACM, SE NECESSÁRIO SE PAD>11MMHG E/OU PAS>16MMHG (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 4,0)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 200,0 ML VIA E.V., 24H, 0,0 (MGTS)

ENOXAPARINA SÓDICA 40 MG/0,4ML SERINGA PREENCHEDA, ADMINISTRAR 40,0 MG VIA S.C., 1X AO DIA

GLICOSE 50% SOLUÇÃO INJETAVEL (AMPOLA 10ML), ADMINISTRAR 50,0 ML VIA E.V., ACM, 0,0 (MGTS) SE NECESSÁRIO SE HGT <60 (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 3,0)

SORO ANTITETANICO 5.000UI (AMPOLA 5ML), ADMINISTRAR 5,0 AMPOLA VIA INTRAMUSCULAR, AGORA, 0,0 (MGTS)

Boletim registrado por: JOSINETE BARBOSA DA CUNHA em 17/03/2018 19:45:14

172.16.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&login=josinete_barbosa_da_cunha&id=240893&pesquisa=S&perform=

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/11/2020 10:21:37

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111110213739600000034859562

Número do documento: 20111110213739600000034859562

Num. 36516116 - Pág. 20

17/03/2018

172.16.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&imprimirDadosAnteriores=N&perform=imprimir&id=240763&pesquisa=superior



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente CARLA INACIO DA SILVA	BAE 1069749	Data/Hora Entrada 17/03/2018 19:43:41	Data Baixa
Data de nascimento 13/07/2004	Idade 13	Sexo Feminino	Telefone de Contato (83) 993094728
Mãe CLEONICE SEVERINA DA SILVA	Bairro ZONA RURAL	Município RIACHAO	Prontuário
Endereço SITIO PRIMAVERA, S/N	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional EDUARDO MOTTA BRAGA	UF PB
Acidente OUTROS	Data/Hora Classificação 17/03/2018 19:43:41	Data/Hora Prescrição 17/03/2018 19:54:47	Nº Cons. Regional 7253/PB
Convênio SUS	Nº Matrícula	Senha	

Anamnese

COLISAO MOTO X MOTO. TRAZIDA PELO SAMU EM PROTOCOLO DE IMOBILIZAÇÃO COLAR E PRANCHA.
CONSOIENTE E ORIENTADA, NEGA TCE, USAVA CAPACETE
APRESENTANDO FERIMENTO + HEMATOMA EM COXA DISTAL DIREITA

TORAX: NDN
ABD: NDN
EXT: NDN

CD: AVALIAÇÃO ORTOPEDIA
ALTA CIRURGIA GERAL

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE BACIA

RADIOGRAFIA DE COXA ESQUERDA

RADIOGRAFIA DE JOELHO ESQUERDO (AP + LATERAL)

RADIOGRAFIA DE PERNA ESQUERDA

CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

CARLA INACIO DA SILVA

EDUARDO MOTTA BRAGA
(: 7263/PB)

Boletim registrado por: JOSINETE BARBOSA DA CUNHA em 17/03/2018 19:46:14

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/11/2020 10:21:37

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111110213739600000034859562

Número do documento: 20111110213739600000034859562

Num. 36516116 - Pág. 21



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

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V. 1X AO DIA, 0,0 (MGTSM)

Diluir

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

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

Diluir

TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., 8/8H

CUIDADOS

CURATIVO (OBSERVAÇÕES: DIÁRIO)

FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIO E MOTORA

SSVV + CCGG

EXAME LABORATORIAL

HEMOGRAMA

COAGULOGRAMA COMPLETO

UREIA - SANGUE

CREATININA

Conduta

Internar Paciente

CARLA INACIO DA SILVA

BRUNO DE LUNA ROMA
(CRM: 10075/PB)

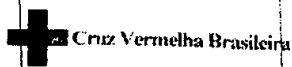
Teufilo Vanomark
Clínica de Traumatologia
MXPB - 9690

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
SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V. 1X AO DIA, 0,0 (MGTSM)
Diluir
GENTAMICINA 80MG/2ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 5,0 ML VIA E.V., 1X AO DIA, COM INTERVALO DE 1X AO DIA POR 7 DIA(S)
SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V. 8/8H, 0,0 (MGTSM) (OBSERVAÇÕES: LENTO, SN)
Diluir
TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., 8/8H
CUIDADOS
CURATIVO (OBSERVAÇÕES: DIARIO)
FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIO E MOTORA
SSVV + CCGG
EXAME LABORATORIAL
HEMOGRAMA
COAGULOGRAMA COMPLETO
UREIA - SANGUE
CREATININA
Conduta
Internar Paciente

CARLA INACIO DA SILVA

BRUNO DE LUNA ROMA
(CRM: 10075/PB)

Teutle Vanomark
Clínica de Traumatologia
MXPB - 9690

**AREA VERMELHA**

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

Tel:

CNES: 6121221

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

Paciente CARLA INACIO DA SILVA	BAE 1069749	Data/Hora Entrada 17/03/2018 19:43:41	Data Baixa
Data de nascimento 13/07/2004	Idade 13	Sexo Feminino	CNS
Mãe CLEONICE SEVERINA DA SILVA			Telefone de Contato (83) 993094728
Endereço SÍTIO PRIMAVERA, S/N	Bairro ZONA RURAL	Município RIACHÃO	Prontuário
Acidente OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional TEOFILO VANOMARK CHAVES BEZERRA	UF PB
Data/Hora Classificação 17/03/2018 19:43:41		Data/Hora Prescrição 17/03/2018 20:19:03	Nº Cons. Regional 9690/PB
Convênio SUS	Nº Matrícula	Senha	

Anamnese

Paciente vítima de acidente motociclistico (motoxmoto), apresentando dor, edema e deformidade em joelho e coxa esq. apresenta tbm ferimento com sangramento ativo em joelho e escoriações na perna esq.
ao exame: motricidade e pulsos distais +
deformidade + dor + impotencia funcional em joelho es

HD: fx exposta de femur distal?

cd: atb + tramal + sat

rx: perna, coxa, joelho e perna esq

MEDICAÇÃO

CEFALOTINA 1G (FRASCO-AMPOLA), ADMINISTRAR 1,0 G VIA E.V., AGORA, COM INTERVALO DE 6/6 HS POR 7 DIA(S)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V., AGORA, DURANTE 12 HORA(S)

Diluir

TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), DILUIR 100,0 MG

Conduta

Em observação

CARLA INACIO DA SILVA

TEOFILO VANOMARK CHAVES BEZERRA
(CRM: 9680/PB)

Atm registrado por: JOSINETE BARBOSA DA CUNHA em 17/03/2018 19:46:14

6.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&imprimirDadosAnteriores=N&perform=imprimir&id=240783&pesquisa=



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/11/2020 10:21:37

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111110213739600000034859562

Número do documento: 20111110213739600000034859562

Num. 36516116 - Pág. 24



Cruz Vermelha Brasileira



HOSPITAL AMÉRICO DE OLIVEIRA
Sociedade de Assistência Médica

INTERNO, S.N.
CNES: 454550 - Tel:

GOVERNO
DO ESTADO DO
PARANÁ

Impresso por: COORDENADOR
DE MARIA QUEIROZ
FERNANDES DE ALMEIDA
Em: 26/03/2018 08:34:23

Paciente	Boletim de Atendimento	Data/Hora Entrada	Data/Hora Saída
CARLA INACIO DA SILVA	1069749	17/03/2018 19:43:41	
Data de nascimento	Idade	Sexo	Prontuário
13/07/2004		Feminino	497798
Tempo de Internação	Convênio	Plantão	
	SUS	DIURNO	

EVOLUÇÃO MÉDICA (CONCEIÇÃO DE MARIA QUEIROZ FERNANDES DE ALMEIDA - 26/03/2018 08:34:23)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

13 ANOS

PESO: 54Kg

PO FRATURA EXPOSTA DE FÊMUR
ANEMIA

PACIENTE ESTÁVEL. EUPNEICA. HIDRATADA.

AP: MV(+) S/RA

ABDOMEN: SP

DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES

MELHORA DO EDEMA E DA DOR EM MIE. COM FIXADOR EXTERNO SEI. REPOSIÇÃO COM FERMENTOS
OK.

CD: aguarda cirurgia

Seção: PEDIATRIA - ENF 26 Leito: 0001 - CIRURGIA GERAL

Profissional responsável pela informação: CONCEIÇÃO DE MARIA QUEIROZ FERNANDES DE ALMEIDA

Número Conselho: 4541

Dir. Clínica Médica
MÉDICA
(assinado)



LEUNICE SEVERINA DA SILVA

Endereço

SÍTIO PRIMAVERA, S/N

Bairro
ZONA RURAL

Município
RIACHÃO

Acidente
OUTROS

Motivo
ACIDENTE DE MOTOCICLETA

Profissional

TEOFILO VANOMARK CHAVES BEZERRA

Data/Hora Classificação
17/03/2018 19:43:41

Data/Hora Prescrição
17/03/2018 20:19:03

Convênio
SUS

Prontuário

UF
PB

Nº CONS.
9690/PB

Senha

Anamnese

paciente vítima de acidente motociclistico (motoxmoto), apresentando dor, edema e deformidade em joelho e coxa esq.
apresenta tbm ferimento com sangramento ativo em joelho e escoriações na perna esq.
ao exame: motricidade e pulsos distais +
deformidade + dor + impotencia funcional em joelho es

HD: fx exposta de femur distal?

cd: atb + tramal + sat
rx bacia, coxa, joelho e perna esq

MEDICAÇÃO

CEFALOTINA 1G (FRASCO-AMPOLA), ADMINISTRAR 1,0 G VIA E.V., AGORA, COM INTERVALO DE 6/6 HS POR 7 DIA(S)
SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V., AGORA, DURANTE 12 HORA(S)
Diluir
TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), DILUIR 100,0 MG

Conduta

Em observação

CARLA INACIO DA SILVA

Dr. Teofilo Vanomark
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB-9690
TEOFILO VANOMARK CHAVES BEZERRA
(CRM: 9690/PB)

ARBOSA DA CUNHA em 17/03/2018 19:46:14

rescricao.do?controle=7&imprimirDadosAnteriores=N&perform=imprimir&id=





Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Raulino Lima

AV. ORESTES LISBOA, S/N -
CNES: 454556 - Tel.:



GOVERNO
DA PARAÍBA

Impresso por: CONCEICAO
DE MARIA QUEIROZ
FERNANDES DE ALMEIDA
Em: 25/03/2018 10:19:27

Paciente CARLA INACIO DA SILVA	Boletim de Atendimento 1069749	Data/Hora Entrada 17/03/2018 10:43:41	Data/Hora Saída
Data de nascimento 13/07/2004	Idade	Sexo Feminino	CNS
Tempo de Internação	Convênio SUS	Prontuário 107795	Plantão DIURNO

EVOLUÇÃO MEDICA (CONCEICAO DE MARIA QUEIROZ FERNANDES DE ALMEIDA - 25/03/2018 10:19:27)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

13 ANOS

PESO: 54Kg

PO FRATURA EXPOSTA DE FÊMUR
ANEMIA

PACIENTE ESTÁVEL, EUPNEICA, HIDRATADA

AP: MV(+) S/RA

ABDOMEN: SP

DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES

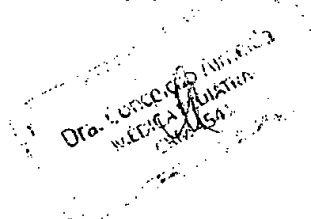
MELHORA DO EDEMA E DA DOR EM MIE. COM FIXADOR EXTERNO BEM POSICIONADO, COM FERIMENTOS OK.

CD: aguarda cirurgia

Seção: PEDIATRIA - ENF 26 Leito: 0001 - CIRURGIA GERAL

Profissional responsável pela informação: CONCEICAO DE MARIA QUEIROZ FERNANDES DE ALMEIDA

Número Conselho: 454





GOV. DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO



HOSPITAL DE REFERÊNCIA
SALVADOR - BAHIA

GOV. DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
GOV. DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNES: 2778696 - Tel.: 633216-5700

Impresso por: ALISSON
FABIO FERNANDES VIEIRA
Em: 25/03/2018 07:37:53

Paciente	Boletim de Atendimento	Data/Hora Entrada	Data/Hora Saída
CARLA INACIO DA SILVA	1069749	17/03/2018 09:43:41	
Data de nascimento	Idade	Sexo	Prontuário
13/07/2004		Feminino	137705
Tempo de Internação	Convênio	Plantão	
	SUS	DIURNO	

EVOLUÇÃO MEDICA (ALISSON FABIO FERNANDES VIEIRA - 25/03/2018 07:37:54)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

13 ANOS
PESO: 54Kg

PO FRATURA EXPOSTA DE FÊMUR
ANEMIA

PACIENTE ESTÁVEL, EUPNEICA, HIDRATADA

AP: MV(+) S/RA

ABDOMEN: SP

DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES

MELHORA DO EDEMA E DA DOR EM MIE. COM FIXADOR EXTERNO BEM POSSICIONADO, COM FERIMENTOS OK.

CD: aguarda cirurgia

Seção: PEDIATRIA - ENF 26 Leito: 0001 - CIRURGIA GERAL
Profissional responsável pela informação: ALISSON FABIO FERNANDES VIEIRA

Número Conselho: 5913

Dr. Alisson F. F. Vieira
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PB 69121 / CRM-PE 17606
S8QT 12614



24/03/2018

172.16.0.6:8080/cvb/pages/atendimento.do?&perform=imprimir&controle=2&d=384145&dataInicial=24/03/2018 10:15:13&dataFinal=24/03/2018 10:15:13



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBAINTERNO, S/N -
CNES: 454550 - Tel.:Impresso por: MILTON DA
SILVA LINHARES
Em: 24/03/2018 10:15:23

Paciente	CARLA INACIO DA SILVA		Boletim de Atendimento	Data/Hora Entrada	Data/Hora Saída
			1069749	17/03/2018 19:43:41	
Data de nascimento	Idade	Sexo	CNS	Prontuário	
13/07/2004		Feminino		107705	
Tempo de Internação	Convênio		Plano		
	SUS		DIURNO		

EVOLUÇÃO MEDICA (MILTON DA SILVA LINHARES - 24/03/2018 10:15:13)**EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

13 ANOS

PESO: 54Kg

PO FRATURA EXPOSTA DE FÊMUR
ANEMIA

PACIENTE ESTÁVEL, EUPNEICA, HIDRATADA

AP: MV(+) S/RA

ABDOMEN: SP

DIURSE E EVACUAÇÕES PRESENTES

MELHORA DO EDEMA E DA DOR EM MIE. COM FIXADOR EXTERNO BEM POSICIONADO, COM FERIMENTOS OK.

CD: MANTIDA.

Seção: PEDIATRIA - ENF 26 Leito: 0001 - CIRURGIA GERAL
Profissional responsável pela informação: MILTON DA SILVA LINHARESDr. Milton da Silva Linhares
CRM 4714 TEOT 6115
Ortopedia Traumatologia

Número Conselho: 4714

/172.16.0.6:8080/cvb/pages/atendimento.do?&perform=imprimir&controle=2&d=384145&dataInicial=24/03/2018 10:15:13&dataFinal=24/03/2018 10:15:13



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/11/2020 10:21:37

http://pje.tpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111110213739600000034859562

Número do documento: 20111110213739600000034859562



Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

INTERNO, S/N -
CNES: 454550 - Tel.:



GOVERNO
DO ESTADO DA PARAÍBA

Impresso por: CONCEICAO
DE MARIA QUEIROZ
FERNANDES DE ALMEIDA
Em: 24/03/2018 10:19:06

Paciente CARLA INACIO DA SILVA	Boletim de Atendimento 1069749	Data/Hora Entrada 17/03/2018 19:43:41	Data/Hora Saída
Data de nascimento 13/07/2004	Idade	Sexo Feminino	CNS
Tempo de Internação	Convênio SUS	Plantão DIURNO	Prontuário 107705

EVOLUÇÃO MÉDICA (CONCEICAO DE MARIA QUEIROZ FERNANDES DE ALMEIDA - 24/03/2018 09:42:36)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

13 ANOS

PESO: 54Kg

PO FRATURA EXPOSTA DE FÊMUR
ANEMIA

PACIENTE ESTÁVEL, EUPNEICA, HIDRATADA

AP: MV(+) S/RA

ABDOMEN: SP

DIURSE E EVACUAÇÕES PRESENTES

MELHORA DO EDEMA E DA DOR EM MID

CD: MANTIDA

Seção: PEDIATRIA - ENF 26 Leito: 0001 - CIRURGIA GERAL

Profissional responsável pela informação: CONCEICAO DE MARIA QUEIROZ FERNANDES DE ALMEIDA

Número Conselho: 4541

Dra. CONCEICAO MIRENLE
MÉDICA PEDIATRA
4541

172.16.0.6:8080/cvb/pages/atendimento.do?&perform=imprimir&controle=2&id=384145&dataInicial=24/03/2018%2009:42:36&dataFinal=24/03/2018%2010:19:06



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/11/2020 10:21:37

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111110213739600000034859562

Número do documento: 20111110213739600000034859562



Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

INTERNO, S/N -
CNES: 454550 - Tel.:



GOVERNO
DA PARAÍBA

Impresso por: CONCEICAO
DE MARIA QUEIROZ
FERNANDES DE ALMEIDA
Em: 23/03/2018 07:54:51

Paciente CARLA INACIO DA SILVA	Boletim de Atendimento 1069749	Data/Hora Entrada 17/03/2018 19:43:41	Data/Hora Saída
Data de nascimento 13/07/2004	Idade	Sexo Feminino	CNS
Tempo de Internação	Convênio SUS	Prontuário 107705	Plantão DIURNO

EVOLUÇÃO MEDICA (CONCEICAO DE MARIA QUEIROZ FERNANDES DE ALMEIDA - 23/03/2018 07:54:43)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:
DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

13 ANOS
PESO: 54Kg

PO FRATURA EXPOSTA DE FEMUR
ANEMIA

PACIENTE ESTÁVEL, EUPNEICA, HIDRATADA
AP: MV(+) S/RA
ABDOMEN: SP
DIURSE E EVACUAÇÕES PRESENTES
FEZ CONCENTRADO DE HEMÁCIAS ONTEM
CD: SOLICITO HEMOGRAMA DE CONTROLE PÓS TRANSFUSÃO

Seção: PEDIATRIA - ENF 26 Leito: 0001 - CIRURGIA GERAL
Profissional responsável pela informação: CONCEICAO DE MARIA QUEIROZ FERNANDES DE ALMEIDA

Número Conselho: 4541

Dr. Conceição Almeida
MÉDICA PEDIATRA
CRM 4541





Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DO PARÁ

INTERNO, S/N -
CNES: 454550 - Tel.:

Impresso por: CONCEIC
DE MARIA QUEIROZ
FERNANDES DE ALMEIDA
Em: 19/03/2018 08:20:14

Paciente CARLA INACIO DA SILVA	Boletim de Atendimento 1069749	Data/Hora Entrada 17/03/2018 19:43:41	Data/Hora Saída
Data de nascimento 13/07/2004	Idade	Sexo Feminino	CNS
Tempo de Internação	Convênio SUS	Prontuário 107705	Plantão DIURNO

EVOLUÇÃO MEDICA (CONCEICAO DE MARIA QUEIROZ FERNANDES DE ALMEIDA - 19/03/2018 08:20:05)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

13 ANOS

PESO: 54Kg

PO FRATURA EXPOSTA DE FÊMUR
ANEMIA

PACIENTE ESTÁVEL, EUPNEICA, HIDRATADA

AP: MV(+) S/RA

ABDOMEN: SP

FEZ CONCENTRADO DE HEMÁCIAS

CD: SOLICITO HEMOGRAMA PÓS TRANSFUSÃO

Seção: PEDIATRIA - ENF 26 Leito: 0001 - CIRURGIA GERAL

Profissional responsável pela informação: CONCEICAO DE MARIA QUEIROZ FERNANDES DE ALMEIDA

Número Conselho: 4541

Dr. CONCEICAO DE MARIA QUEIROZ FERNANDES DE ALMEIDA
MÉDICA PEDIATRA
CRM 4541

22/03/18

Hemograma pós transfusão (19/03/18)

Hb: 7,7 Ht: 24,3

CD: Prescrevo novamente concentrado de hemácias

Dr. CONCEICAO DE MARIA QUEIROZ FERNANDES DE ALMEIDA
MÉDICA PEDIATRA
CRM 4541





Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Impresso por: JACQUES
PAIVA CAVALCANTI
Em: 18/03/2018 08:37:10

Paciente CARLA INACIO DA SILVA	Boletim de Atendimento 1069749	Data/Hora Entrada 17/03/2018 19:43:41	Data/Hora Saída
Data de nascimento 13/07/2004	Idade	Sexo Feminino	CNS
Tempo de Internação	Convênio SUS	Plantão DIURNO	Prontuário 107705

EVOLUÇÃO MEDICA (JACQUES PAIVA CAVALCANTI - 18/03/2018 08:37:06)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

fratura exposta de fêmur distal esquerdo
PACIENTE BEMCLINICAMENTE
CD/CURATIVO +VPM

Local: PEDIATRIA - ENF 26 Leito: 0001 - CIRURGIA GERAL
Profissional responsável pela informação: JACQUES PAIVA CAVALCANTI

Número Conselho: 7625

Jacques Paiva Cavalcanti
Ortopedia Traumatologia
CRM-PB 7625
C.R.O. 49492





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBAINTERNO, S/N -
CNES: 454550 - Tel.:Impresso por: CONCEICAO
DE MARIA QUEIROZ
FERNANDES DE ALMEIDA
Em: 18/03/2018 07:51:46

Paciente CARLA INACIO DA SILVA	Boletim de Atendimento 1069749	Data/Hora Entrada 17/03/2018 19:43:41	Data/Hora Saída
Data de nascimento 13/07/2004	Idade	Sexo Feminino	CNS
Tempo de Internação	Convênio SUS	Prontuário 107705	Plantão DIURNO

EVOLUÇÃO MEDICA (CONCEICAO DE MARIA QUEIROZ FERNANDES DE ALMEIDA - 18/03/2018 07:43:27)**EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

13 anos

PESO: 54Kg

PO FRATURA EXPOSTA DE FÊMUR ESQ

PACIENTE ESTÁVEL, EUPNEICA, HIDRATADA

AP: MV(+) S/RA

ABDOMEN: PLANO, FLÁCIDO

MIE COM FIXADOR EXTERNO

CD: SOLICITO HMG + PCR

Seção: BLOCO - URPA ENF 41 Leito: LEITO URPA - 9008

Profissional responsável pela informação: CONCEICAO DE MARIA QUEIROZ FERNANDES DE ALMEIDA Número Conselho: 4541

A: 20

Vef. e exames:

Hb: 7,8 (L)

HT: 21,9

L: 10.000 (2.1/5.89/L: 5/M: 5)

PLA: 154.000

PCR: 20,3

TTPA: 22,1/32

TP: 17,6 / 13,5

AP: 62,2 (L)

INR: 1,32 (+)

U: 9,7

U: 16

Conduta: 1 Injeção
1 Injeção
1 Injeção
1 Injeção

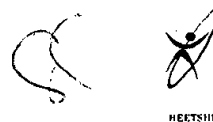
Exat. de hematócrito
Glasgow, Jussco
Vit. K.
Diazol.

CONCEICAO Almeida
MÉDICA PEDIATRA
CRM 4541





RELATÓRIO DE CIRURGIA



Nome:

Paulo Augusto da Silva

BE/Prontuário:



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/11/2020 10:21:37

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111110213739600000034859562>

Número do documento: 20111110213739600000034859562

Idade: _____ Sexo: () Masculino () Feminino Cor: _____ Data: ____/____/____
 Clínica/Setor: Ortopedia EMP: _____ LR: _____
 Cirurgia: Retirada fixador externo
 Cirurgião: Dr. Jaques 1º Assistente: Dr. Tiberio
 2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____
 Instrumentador: _____ Anestesista: _____
 Tipo de Anestesia: _____ Horário: Início _____ Término _____

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

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Retirada de fixador externo</u>	

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

Biopsia de Congelação: () Sim ☒ Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

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

Médico/CRM: _____

Dr. Tiberio Medeiros
Ortopedia - Traumatologia
CRM-487296

28 MAR. 2018

João Pessoa, ____/____/____

F(NG).ASCIR.009-I



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/11/2020 10:21:37

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111110213739600000034859562

Número do documento: 20111110213739600000034859562

Num. 36516116 - Pág. 37



RELATÓRIO DE CIRURGIA



Nome: Carla Inácio de Silva BE/Prontuário: 1069749
Idade: 132 Sexo: () Masculino ☒ Feminino Cor: _____ Data: 17/03/18
Clínica/Setor: Ortopedia EMP: _____ LR: _____
Cirurgia: Fixação externa de fêmur esquerdo
Cirurgião: Dr. Felipe 1º Assistente: Dr. Tesfale
2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____
Instrumentador: _____ Anestesista: _____
Tipo de Anestesia: Raquiocaudal Horário: Início _____ Término _____

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

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>- Tratamento cirúrgico de fratura de fêmur esquerdo com fixação externa</u>	

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

Biopsia de Congelação: () Sim ☒ Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

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

Médico/CRM: _____

SUELIO MOREIRA TORRES
CRM 8491

João Pessoa, 17/03/18





RELATÓRIO DE CIRURGIA



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA
Posição e Preparo: - Paciente em DDH sob anestesia - Assepsie e antisepsie - Aposição de campos cirúrgicos
Incisão: - Em local dos traços dos pinos em lateral da coxa esquerda
Achados: - Fratura diafisária de fêmur esquerdo
Conduta: - Passagem de pinos de Shurz - Redução inconflua com auxílio de escopo - Colocação do fixador externo
Fechamento: - Curativos estéreis
Observação: - Rx de controle

Médico/CRM:

Laiza Keren Dantas Barreto
MÉDICA
CRM. 8491

João Pessoa, 17/03/18

F(NG).ASCIR.009-I



Nota de Sala Cirúrgica

NOME DO PACIENTE: **Barla Inara da Silva**
 IDADE: **33** ANOS
 CIRURGO: **Dr. Carlos Roberto de Azevedo**
 ANESTESIA: **Desp. + Fentanil + Propofol + Bupivacaína**
 ANESTESISTA: **Dr. Alexandre**
 INSTRUMENTADOR: **Dr. Alexandre**
 DATA: **17/03/17** HORA: **22:00**
 ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTE): **ASA 1**
 GRAU DE CONTAMINAÇÃO: **CONTAMINADA**
 MEDICAMENTOS ANESTÉSICOS: **QTD.**
 ALFENTANIL 1,50 mg
 BUPIVACAÍNA ISOBÁRICA 1,50 mg
 BUPIVACAÍNA PESADA 1,50 mg
 CETAMINA 1,50 mg
 DROPERIDOL 1,50 mg
 ETOMIDATO 1,50 mg
 FENOBARBITAL 1,50 mg
 FENTANIL 1,50 mg
 FLUMAZENIL 1,50 mg
 ISOFLURANO 1,50 mg
 BUPIVACAÍNA C/ VASO 1,50 mg
 BUPIVACAÍNA S/ VASO 1,50 mg
 AINA C/ VASO 1,50 mg
 AINA S/ VASO 1,50 mg
 MIDAZOLAN 1,50 mg
 MORFINA 1,50 mg
 NIMBILUM 1,50 mg
 PANCURÔNIO 1,50 mg
 PETIDINA 1,50 mg
 PROPORFOL 1,50 mg
 RAMIFENTANIL 1,50 mg
 ROCURÔNIO 1,50 mg
 SEVOFLURANO 1,50 mg
 SUXAMETÔNIO 1,50 mg
 TIOPENTAL 1,50 mg
 MEDICAMENTOS QTD.
 ADRENALINA 1,50 mg
 ÁGUA DESTILADA 1,50 mg
 ATROPINA 1,50 mg
 BEXTRA 1,50 mg
 CEFAZOLINA 1,50 mg
 DECAMETASONA 1,50 mg
 SÓDICA 1,50 mg
 GLICOSE 50% 1,50 mg
 GLUCONATO DE CÁLCIO 1,50 mg
 HIDROCORTISONA 1,50 mg
 LIDOCAÍNA GELÉIA 1,50 mg
 ONDASENTRONA 1,50 mg
 PLASIL 1,50 mg
 PROSTIGMINE 1,50 mg
 PROTAMINA 1,50 mg
 TENOXICAN 1,50 mg
 MATERIAIS CONT. QTD.
 JELCO Nº18 1,50 mg
 JELCO Nº20 1,50 mg
 JELCO Nº22 1,50 mg
 JELCO Nº24 1,50 mg
 KIT SIST. DREN. TORÁCICA Nº 1,50 mg
 LÂMINA BISTURI Nº11 1,50 mg
 LÂMINA BISTURI Nº15 1,50 mg
 LÂMINA BISTURI Nº23 1,50 mg
 LÂMINA BISTURI Nº24 1,50 mg
 LÂMINA DE DERMATÓMIO 1,50 mg
 LÂMINA DE ENXERTO 1,50 mg
 LUVA DE PROCEDIMENTO PAR 1,50 mg
 LUVA ESTÉRIL Nº7,0 1,50 mg
 LUVA ESTÉRIL Nº7,5 1,50 mg
 LUVA ESTÉRIL Nº8,0 1,50 mg
 LUVA ESTÉRIL Nº8,5 1,50 mg
 MÁSCARA CIRÚRGICA 1,50 mg
 MULTIVIAS 1,50 mg
 PERFURADOR DE SORO 1,50 mg
 SCALP Nº19 1,50 mg
 SCALP Nº21 1,50 mg
 SÉRINGA 3ML 1,50 mg
 SÉRINGA 5ML 1,50 mg
 SÉRINGA 10ML 1,50 mg
 SÉRINGA 20ML 1,50 mg
 Sonda ASP. TRAQUEAL Nº8 1,50 mg
 Sonda ASP. TRAQUEAL Nº10 1,50 mg
 Sonda ASP. TRAQUEAL Nº12 1,50 mg
 Sonda ASP. TRAQUEAL Nº14 1,50 mg
 Sonda ASP. TRAQUEAL Nº16 1,50 mg
 Sonda FOLEY 2VIAS Nº12 1,50 mg
 Sonda FOLEY 2VIAS Nº14 1,50 mg
 Sonda NASOG. CURTA 1,50 mg
 Sonda NASOG. LONGA 1,50 mg
 Sonda URETRAL Nº 1,50 mg
 TORNEIRINHA 1,50 mg
 TUBO ENDOTRAQUEAL Nº 1,50 mg
 TUBO ENDOTRAQUEAL Nº 1,50 mg
 TUBO ENDOTRAQUEAL Nº 1,50 mg
 TUBO SILICONE (LATEX) 1,50 mg
 FIOS QTD.
 FIO ALGODÃO S/A Nº 1,50 mg
 FIO ALGODÃO S/A Nº 1,50 mg
 FIO ALGODÃO C/A Nº 1,50 mg
 FIO ALGODÃO C/A Nº 1,50 mg
 EQUIPAMENTOS QTD.
 () ASPIRADOR 1,50 mg
 () BISTURI ELÉTRICO 1,50 mg
 () CAPNOGRAFO 1,50 mg
 () CARDIOMONITOR 1,50 mg
 () DESFIBRILADOR 1,50 mg
 () FOCO AUXILIAR 1,50 mg
 () FOCO CENTRAL 1,50 mg
 () MICROSCOPIO 1,50 mg
 () OXÍMETRO DE PULSO 1,50 mg
 () P.A. INVASIVA/NÃO INVASIVA 1,50 mg
 () PERFURADOR ELÉTRICO 1,50 mg
 () SERRA 1,50 mg
 CIRCULANTE 1,50 mg

Lote: 093222 Código: AF35 8 680
 PINO INTRAMEDULAR OSSEO - R X C X 4,5 X 200 -
 Fabric.: 11/12/2017 Val.: 12/2022
 Registro ANVISA Nº: 80083650028
 Material: Ago Inox F138
 Luiz Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP
 CNPJ: 04.861.623/0001-00 - Rio Claro / SP
 Tel: +55 19 3638-1910 - comercial@sartori.ind.br

Lote: 092841 Código: F08 2 209
 SISTEMA DE FIXAÇÃO OSSEA SARTORI - LINEAR
 FEMUR T350 - ESTÉRIL
 Fabric.: 01/12/2017 Val.: 12/2022
 Registro ANVISA Nº: 80083650031
 Material: Ago Inox / Alumínio
 Luiz Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP
 CNPJ: 04.861.623/0001-00 - Rio Claro / SP
 Tel: +55 19 3638-1910 - comercial@sartori.ind.br



15/04/2018

172.16.0.6:8080/cvb/pages/atendimento.do?&perform=imprimir&controle=2&id=384145&dataInicial=15/04/2018 11:44:05&dataFinal=15/04/2018 11:44:05



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBAAV. ORESTES LISBOA, S/N -
CNES: 454554 - Tel.: 8332165700Impresso por: JACQUES
PAIVA CAVALCANTI
Em: 15/04/2018 11:44:09

Paciente	Boletim de Atendimento		Data/Hora Entrada	Data/Hora Saida
CARLA INACIO DA SILVA	1069749		17/03/2018 19:43:41	
Data de nascimento	Idade	Sexo	CNS	Prontuário
13/07/2004	13	Feminino		107705
Tempo de internação	Convênio			Plantão
	SUS			DIURNO

EVOLUÇÃO MEDICA (JACQUES PAIVA CAVALCANTI - 15/04/2018 11:44:05)**EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

paciente estavel
segue em curativo
cd: vpmSeção: PEDIATRIA - ENF 26 Leito: 0001 - CIRURGIA GERAL
Profissional responsável pela Informação: JACQUES PAIVA CAVALCANTI

Número Conselho: 7625

Jacques Paiva Cavalcanti
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 7625
CRM-PE 19492<http://172.16.0.6:8080/cvb/pages/atendimento.do?&perform=imprimir&controle=2&id=384145&dataInicial=15/04/2018%2011:44:05&dataFinal=15/04/2018%2011:44:05>

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/11/2020 10:21:37

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111110213739600000034859562>

Número do documento: 20111110213739600000034859562

Num. 36516116 - Pág. 41

15/04/2018

172.16.0.6:8080/cvb/pages/atendimento.do?&perform=imprimir&controle=2&id=384145&dataInicial=15/04/2018 07:47:10&dataFinal=15/04/2018 07:47:10



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBAINTERNO, S/N -
CNES: 454550 - Tel.:Impresso por: CONCEICAO
DE MARIA QUEIROZ
FERNANDES DE ALMEIDA
Em: 15/04/2018 07:47:18

Paciente CARLA INACIO DA SILVA	Boletim de Atendimento 1069749	Data/Hora Entrada 17/03/2018 19:43:41	Data/Hora Saída
Data de nascimento 13/07/2004	Idade 13	Sexo Feminino	CNS
Tempo de Internação	Convênio SUS	Prontuário 107705	Plantão DIURNO

EVOLUÇÃO MEDICA (CONCEICAO DE MARIA QUEIROZ FERNANDES DE ALMEIDA - 15/04/2018 07:47:10)**EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

13 anos
peso: 54kg
D6 Ceftriaxona + oxacilinapo fratura exposta de fêmur
anemia

paciente estável, eupneica, hidratada, evolui com queixa de astenia e febre diária, que tem diminuído.

ap: mv(+) s/ra

abdome: sp

diurese e evacuações presentes

~~Avaliada pela ortopedia que prescreveu concentrado de hemácias.~~

CD: Mantida

Seção: PEDIATRIA - ENF 26 Leito: 0001
Profissional responsável pela informação:CIRURGIA GERAL
CONCEICAO DE MARIA QUEIROZ FERNANDES DE ALMEIDA

Número Conselho: 4541

Dra. CONCEICAO DE MARIA QUEIROZ FERNANDES DE ALMEIDA
MÉDICA/PEDIATRIA
CRM 4541

10 fratura de fêmur
D7 Ceftriaxona + Oxacilina
Paciente em BCG, eupneica
AP e AC normais
Abdome: sp
CD: Mantida

Dra. CONCEICAO DE MARIA QUEIROZ FERNANDES DE ALMEIDA
MÉDICA/PEDIATRIA
CRM 4541

://172.16.0.6:8080/cvb/pages/atendimento.do?&perform=imprimir&controle=2&id=384145&dataInicial=15/04/2018%2007:47:10&dataFinal=15/04/2018



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/11/2020 10:21:37

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2011110213739600000034859562

Número do documento: 2011110213739600000034859562

Num. 36516116 - Pág. 42

14/04/2018

172.16.0.6:8080/cvb/pages/atendimento.do?&perform=imprimir&controle=2&id=384145&dataInicial=14/04/2018%2009:18:13&dataFinal=14/04/2018



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaINTERNO, S/N -
CNES: 454550 - Tel.:GOVERNO
DA PARAÍBAImpresso por: CONCEICAO
DE MARIA QUEIROZ
FERNANDES DE ALMEIDA
Em: 14/04/2018 09:20:38

Paciente CARLA INACIO DA SILVA	Boletim de Atendimento 1069749	Data/Hora Entrada 17/03/2018 19:43:41	Data/Hora Saída
Data de nascimento 13/07/2004	Idade 13	Sexo Feminino	Prontuário 107705
Tempo de Internação	Convênio SUS		Plantão DIURNO

EVOLUÇÃO MEDICA (CONCEICAO DE MARIA QUEIROZ FERNANDES DE ALMEIDA - 14/04/2018 09:18:13)**EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

13 anos

peso: 54kg

D5 Ceftriaxona + oxacilina

po fratura exposta de fêmur
anemia

paciente estável, eupneica, hidratada, evolui com queixa de astenia e febre diária, que tem diminuído

ap: mv(+) s/ra

abdome: sp

diurese e evacuações presentes

Avaliada pela ortopedia que prescreveu concentrado de hemácias

CD: Mantida

Seção: **PEDIATRIA - ENF 26** Leito: **0001**
Profissional responsável pela informação:**CIRURGIA GERAL****CONCEICAO DE MARIA QUEIROZ FERNANDES DE ALMEIDA**Número Conselho: **4541**
Dra. Conceição Almeida
MÉDICA-PEDIATRA
CRM 4541

s://172.16.0.6:8080/cvb/pages/atendimento.do?&perform=imprimir&controle=2&id=384145&dataInicial=14/04/2018%2009:18:13&dataFinal=14/04/2018



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/11/2020 10:21:37

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111110213739600000034859562

Número do documento: 20111110213739600000034859562

13/04/2018

172.16.0.6:8080/cvb/pages/atendimento.do?&perform=imprimir&controle=2&id=384145&dataInicial=13/04/2018%2008:02:24&dataFinal=13/04/2018%2008:02:24



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaINTERNO, S/N -
CNES: 454550 - Tel.:GOVERNO
DA PARAÍBAImpresso por: CONCEICAO
DE MARIA QUEIROZ
FERNANDES DE ALMEIDA
Em: 13/04/2018 08:02:31

Paciente CARLA INACIO DA SILVA	Boletim de Atendimento 1069749	Data/Hora Entrada 17/03/2018 19:43:41	Data/Hora Saída
Data de nascimento 13/07/2004	Idade 13	Sexo feminino	Prontuário 107705
Tempo de Internação	Convênio SUS	CNS	Plantão DIURNO

EVOLUÇÃO MEDICA (CONCEICAO DE MARIA QUEIROZ FERNANDES DE ALMEIDA - 13/04/2018 08:02:24)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

13 anos

peso: 54kg

D5 Ceftriaxona + oxacilina

po fratura exposta de fêmur
anemia

paciente estável, eupneica, hidratada, evolui com queixa de astenia e febre diária, que tem diminuído

ap: mv(+) s/ra

abdome: sp

diurese e evacuações presentes

Placa exantemática em membro superior dir

cd: Prescrevo polaramine

Seção: PEDIATRIA - ENF 26 Leito: 0001 - CIRURGIA GERAL
Profissional responsável pela informação: CONCEICAO DE MARIA QUEIROZ FERNANDES DE ALMEIDA

Número Conselho: 4541

Dra. Conceição Almeida
Médica Pediatra
CRM 4541

http://172.16.0.6:8080/cvb/pages/atendimento.do?&perform=imprimir&controle=2&id=384145&dataInicial=13/04/2018%2008:02:24&dataFinal=13/04/2018%2008:02:24

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/11/2020 10:21:37

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2011110213739600000034859562

Número do documento: 2011110213739600000034859562

Num. 36516116 - Pág. 44

12/04/2018

172.16.0.6:8080/cvb/pages/atendimento.do?&perform=imprimir&controle=2&id=384145&dataInicial=12/04/2018%2009:12:50&dataFinal=12/04/2018%2009:12:57



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaINTERNO, S/N -
CNES: 454550 - Tel.:GOVERNO
DA PARAÍBAImpresso por: CONCEICAO
DE MARIA QUEIROZ
FERNANDES DE ALMEIDA
Em: 12/04/2018 09:12:57

Paciente CARLA INACIO DA SILVA	Boletim de Atendimento 1069749	Data/Hora Entrada 17/03/2018 19:43:41	Data/Hora Saída
Data de nascimento 13/07/2004	Idade 13	Sexo Feminino	Prontuário 107705
Tempo de Internação	Convênio SUS		Plantão DIURNO

EVOLUÇÃO MEDICA (CONCEICAO DE MARIA QUEIROZ FERNANDES DE ALMEIDA - 12/04/2018 09:12:50)**EVOLUÇÃO**PROCEDIMENTO:
DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:13 anos
peso: 54kg
D4 Ceftriaxona + oxacilinapo fratura exposta de fêmur
anemiapaciente estável, eupneica, hidratada
ap: mv(+) s/ra
abdome: sp
diurese e evacuações presentes

cd: mantida

Seção: PEDIATRIA - ENF 26 Leito: 0001 - CIRURGIA GERAL
Profissional responsável pela informação: CONCEICAO DE MARIA QUEIROZ FERNANDES DE ALMEIDA Número Conselho: 4541Dra. Conceição
MÉDICA PEDIATRA
CRM 5441

tp://172.16.0.6:8080/cvb/pages/atendimento.do?&perform=imprimir&controle=2&id=384145&dataInicial=12/04/2018%2009:12:50&dataFinal=12/04/2018%2009:12:57



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/11/2020 10:21:37

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111110213739600000034859562

Número do documento: 20111110213739600000034859562

11/04/2018

172.16.0.6:8080/cvb/pages/atendimento.do?&perform=imprimir&controle=2&id=384145&dataInicial=11/04/2018%2007:05:59&dataFinal=11/04/2018%2007:05:59



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaINTERNO, S/N -
CNES: 454547 - Tel.:GOVERNO
DA PARAÍBAImpresso por: HEISENBERG
BATISTA MEDEIROS DE
ALMEIDA
Em: 11/04/2018 07:06:05

Paciente CARLA INACIO DA SILVA	Boletim de Atendimento 1069749	Data/Hora Entrada 17/03/2018 19:43:41	Data/Hora Saída
Data de nascimento 13/07/2004	Idade 13	Sexo Feminino	Prontuário 107705
Tempo de Internação	Convênio SUS	CNS	Plantão DIURNO

EVOLUÇÃO MEDICA (HEISENBERG BATISTA MEDEIROS DE ALMEIDA - 11/04/2018 07:05:59)**EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

PACIENTE RELATA EPISÓDIOS FEBRIS, NÃO VERIFICADO NO MOMENTO
FO LIMPA E SECA SEM SECREÇÃO OU HIPEREMIA
COXA FLACIDA, COM EDEMA LEVE. EM ATB INICIADO
SOLICITO HEMOGRAMA E PCR

Seção: PEDIATRIA - ENF 26 Leito: 0001 - CIRURGIA GERAL
Profissional responsável pela informação: HEISENBERG BATISTA MEDEIROS DE ALMEIDA

Número Conselho: 6229

http://172.16.0.6:8080/cvb/pages/atendimento.do?&perform=imprimir&controle=2&id=384145&dataInicial=11/04/2018%2007:05:59&dataFinal=11/04/2018%2007:05:59



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/11/2020 10:21:37

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111110213739600000034859562

Número do documento: 20111110213739600000034859562

09/04/2018

172.16.0.6:8080/cvb/pages/atendimento.do?&perform=imprimir&controle=2&id=384145&dataInicial=09/04/2018%2009:11:53&dataFinal=09/04/2018%2009:11:53



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaINTERNO, S/N -
CNES: 454550 - Tel.:GOVERNO
DA PARAÍBAImpresso por: CONCEICAO
DE MARIA QUEIROZ
FERNANDES DE ALMEIDA
Em: 09/04/2018 09:11:59

Paciente CARLA INACIO DA SILVA	Boletim de Atendimento 1069749	Data/Hora Entrada 17/03/2018 19:43:41	Data/Hora Saída
Data de nascimento 13/07/2004	Idade 13	Sexo Feminino	CNS
Tempo de Internação	Convênio SUS	Prontuário 107705	Plantão DIURNO

EVOLUÇÃO MEDICA (CONCEICAO DE MARIA QUEIROZ FERNANDES DE ALMEIDA - 09/04/2018 09:11:53)**EVOLUÇÃO****PROCEDIMENTO:****DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:**13 anos
peso: 54kgpo fratura exposta de fêmur
anemiapaciente estável, eupneica, hidratada
ap: mv(+) s/ra
abdome: sp
diurese e evacuações presentes
Evolução com febre
Iniciado ontem ceftriaxona e oxacilina

cd: mantida

Seção: PEDIATRIA - ENF 26 Leito: 0001 - CIRURGIA GERAL
Profissional responsável pela informação: CONCEICAO DE MARIA QUEIROZ FERNANDES DE ALMEIDANúmero de Registro: 4541
Dra. Conceição Almeida
MÉDICA PEDIATRA
CRM 4541<http://172.16.0.6:8080/cvb/pages/atendimento.do?&perform=imprimir&controle=2&id=384145&dataInicial=09/04/2018%2009:11:53&dataFinal=09/04/2018%2009:11:53>

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/11/2020 10:21:37

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111110213739600000034859562>

Número do documento: 20111110213739600000034859562

08/04/2018

172.16.0.6:8080/cvb/pages/atendimento.do?&perform=imprimir&controle=2&id=384145&dataInicial=08/04/2018 11:12:12&dataFinal=08/04/2018 11:12:12



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBAAV. ORESTES LISBOA, S/n - PEDRO GONDIM
ONES: 445365 - Tel.: 8332165700Impresso por: GIORDANO
JOSE MENDONCA TARGINO
Em: 08/04/2018 11:12:34

Paciente CARLA INACIO DA SILVA	Boletim de Atendimento 1069749	Data/Hora Entrada 17/03/2018 19:43:41	Data/Hora Saída
Data de nascimento 13/07/2004	Idade 13	Sexo Feminino	CNS
Tempo de Internação	Convênio SUS	Prontuário 107705	Plantão DIURNO

EVOLUÇÃO MEDICA (GIORDANO JOSE MENDONCA TARGINO - 08/04/2018 11:12:12)**EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

2o. DPO osteossintese femur distal
febre ontem +

acv ok

ar ok

lesao sulco intergluteo

cd curat comissao de pele
inicio cef e oxaSeção: PEDIATRIA - ENF 26 Leito: 0001 - CIRURGIA GERAL
Profissional responsável pela informação: GIORDANO JOSE MENDONCA TARGINO

Número Conselho: 6199

<http://172.16.0.6:8080/cvb/pages/atendimento.do?&perform=imprimir&controle=2&id=384145&dataInicial=08/04/2018%2011:12:12&dataFinal=08/04/2018%2011:12:12>

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/11/2020 10:21:37

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111110213739600000034859562>

Número do documento: 20111110213739600000034859562

05/04/2018

172.16.0.6:8080/cvb/pages/atendimento.do?&perform=imprimir&controle=2&id=384145&dataInicial=05/04/2018 09:41:04&dataFinal=05/04/2018 09:41:04



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaINTERNO, S/N -
CNES: 454550 - Tel.:GOVERNO
DA PARAÍBAImpresso por: CONCEICAO
DE MARIA QUEIROZ
FERNANDES DE ALMEIDA
Em: 05/04/2018 09:41:11

Paciente CARLA INACIO DA SILVA	Boletim de Atendimento 1069749	Data/Hora Entrada 17/03/2018 19:43:41	Data/Hora Saída
Data de nascimento 13/07/2004	Idade 13	Sexo Feminino	CNS
Tempo de Internação	Convênio SUS	Plantão DIURNO	Prontuário 107705

EVOLUÇÃO MEDICA (CONCEICAO DE MARIA QUEIROZ FERNANDES DE ALMEIDA - 05/04/2018 09:41:04)**EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

13 anos
peso: 54kgpo fratura exposta de fêmur
anemia

paciente estável, eupneica, hidratada

ap: mv(+) s/ra

abdome: sp

diurese e evacuações presentes

mantem edema e dor em mie.

Clexane em falta

Procedimento cirúrgico programado para amanhã

cd: Suspendo clexane da prescrição. Reiniciar após procedimento cirúrgico

Seção: PEDIATRIA - ENF 26 Leito: 0001 - CIRURGIA GERAL

Profissional responsável pela informação: CONCEICAO DE MARIA QUEIROZ FERNANDES DE ALMEIDA

Número Conselho: 4541

Dra. Conceição Almeida
MÉDICA PEDIATRA
CRM 4541

tp://172.16.0.6:8080/cvb/pages/atendimento.do?&perform=imprimir&controle=2&id=384145&dataInicial=05/04/2018%2009:41:04&dataFinal=05/04/2018%2009:41:04

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/11/2020 10:21:37

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2011110213739600000034859562

Número do documento: 2011110213739600000034859562

Num. 36516116 - Pág. 49

04/04/2018

172.16.0.6:8080/cvb/pages/atendimento.do?&perform=imprimir&controle=2&id=384145&dataInicial=04/04/2018%2015:43:38&dataFinal=04/04/2018%2015:43:38



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaAV. ORESTES LISBOA, S/n - PEDRO GONDIM
CNES: 445365 - Tel.: 8332165700GOVERNO
DO ESTADO DO RIO
GRANDE DO NORTEImpresso por: GIORDANO JOSE MENDONCA TARGINO
Em: 04/04/2018 15:43:41

Paciente CARLA INACIO DA SILVA	Boletim de Atendimento 1069749	Data/Hora Entrada 17/03/2018 19:43:41	Data/Hora Saída
Data de nascimento 13/07/2004	Idade 13	Sexo Feminino	Prontuário 107705
Tempo de Internação	Convênio SUS		Plantão DIURNO

EVOLUÇÃO MEDICA (GIORDANO JOSE MENDONCA TARGINO - 04/04/2018 15:43:38)**EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

13 anos
peso: 54kgpo fratura exposta de fêmur
anemiapaciente estável, eupneica, hidratada
ap: mv(+) s/ra
abdome: sp
diurese e evacuações presentes
mantem edema e dor em mie.

cd: mantida

Seção: PEDIATRIA - ENF 26 Leito: 8001 - CIRURGIA GERAL
Profissional responsável pela informação: GIORDANO JOSE MENDONCA TARGINO

Número Conselho: 6199

tp://172.16.0.6:8080/cvb/pages/atendimento.do?&perform=imprimir&controle=2&id=384145&dataInicial=04/04/2018%2015:43:38&dataFinal=04/04/2018%2015:43:38



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/11/2020 10:21:37

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111110213739600000034859562

Número do documento: 20111110213739600000034859562

Num. 36516116 - Pág. 50



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

RELATÓRIO DE CIRURGIA



HERTSUL

Nome: Carla Inácio da Silva BE/Prontuário: 106972
Idade: 13 Sexo: () Masculino (X) Feminino Cor: _____ Data: 1/1/18
Clínica/Setor: Ortopedia EMP: _____ LR: _____
Cirurgia: Reparo da fratura de Fêmur distal
Cirurgião: Dr. Leopoldo 1º Assistente: Dr. Frederico
2º Assistente: Dr. Arnelino 3º Assistente: _____
Instrumentador: _____ Anestesista: _____
Tipo de Anestesia: _____ Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fratura de Fêmur distal</u> (F)	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Realizada Redução aberta +</u>	
<u>Fixação Placa bloqueada</u>	
<u>Liss 4x7</u>	

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

Biopsia de Congelação: () Sim (X) Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

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

Médico/CRM:

Dr. Aurélio de Sá Pinto
CRM 074348/B

João Pessoa, 6/1/18

F(NG).ASCIR.009-1



RELATÓRIO DE CIRURGIA



HEETSU

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA
Posição e Preparo: - DDH Sob neuroanestesia - Aspição e Antimelizar - Alargação de canal
Incisão: Longitudinal inferolateral em tênuis (E)
Achados: Fratura de ténis distal
Condução: Realizado Redução aberta + fixação interna com placas biológicas tipo Liss P/ ténis distal Fechamento por planos Colocação de dreno de sucção curativo
Fechamento:
Observação:

Médico/CRM:

Dr. Augusto de Sá Filho
CRM: 9743 PB

João Pessoa,

06/04/18

F(NG).ASCIR.009-1



CRUZ VERDE S.A.
DE ATLETA



agulha de	GAZES ALGOD
Plástico: ABS	GEL ELETRI
	JELCON 11
	JELCON 12

Localiss 4x7 min (0.5)

data: 15/4 - 75/3

Fin KC n° 3,0 (ol)



3333

EDADE: 13 anos

500

IDADE: 13 anos

 Número do documento: 20111110213739600000034859562

F.(nG).ASCIR.026-1

ANA LUISA SOU

9190





RELATÓRIO DE CIRURGIA



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	
-	1 ^o de em DDP
-	Antesepia + Antisepsia + Curativo
Incisão:	
Achados:	
Conduta:	Retirada do fixador utilizando chave de boca nº 20
Fechamento:	
-	Curativo
-	Tala com proteção
Observação:	

Médico/CRM: _____

28 MAR 2018

João Pessoa, ____/____/____

F(NG).ASCIR.009-1



Nota de Sala Cirúrgica

NOME DO PACIENTE		Paula Inácia da Silva	
IDADE	25	SEXO	F
CIRURGIÃO	Dr. Jacques	ANESTESISTA	Dr. Karana (DR. Gesina LRP)
CIRURGIÃO	Dr. Jacques	ANESTESISTA	Dr. Karana (DR. Gesina LRP)
INSTRUMENTADOR			
DATA	22/03/18	TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA	INÍCIO 07:30 FIM 08:45
INÍCIO CIRÚRGIA	07:10	FIM	08:10
ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)			
ASA 1 () ASA 2 () ASA 3 () ASA 4 () ASA 5 ()			
GRAU DE CONTAMINAÇÃO: () LIMPA () CONTAMINADA () INFECTADA () POTENCIALMENTE CONTAMINADA			
MEDICAMENTOS ANESTÉSICOS		QTD.	
ALFENTANIL		500.97.5000	1
BUPIVACAÍNA ISOBARICA			
BUPIVACAÍNA PESADA			
CETAMINA			
DROPERIDOL			
ETOMIDATO			
FENOBARBITAL			
PENTANIL			
FLUMAZENIL			
LURANO			
BUPIVACAÍNA C/ VASO			
BUPIVACAÍNA S. VASO			
LIDOCAÍNA S. VASO			
MIODAZOLAM			
MORFINA			
NIMBÍUM			
PANCLORÓPIO			
PETIDINA			
PROPOFOL			
RAMIFENTANIL			
ROCURÔNIO			
SEVOFLURANO			
SUXAMETÔNIO			
TIOPENTAL			
MATERIAIS		QTD.	
AGULHA 13X4.5			
AGULHA 25X07			
AGULHA 25X08			
AGULHA 40X12			
AGULHA PERIDURAL Nº16			
AGULHA PERIDURAL Nº17			
AGULHA PERIDURAL Nº18			
AGULHA RAQUI Nº25G			
AGULHA RAQUI Nº26G			
AGULHA RAQUI Nº27G			
ALGODÃO ORTOPÉDICO			
ATADURA DE CREPOM			
ATADURA GESSADA			
BOLSA P/ COLOSTOMIA			
CÂNULA P/ TRAQUEOSTOMIA Nº			
CATETER DE OXIGÊNIO			
CATETER ENBOLEO ARTERIAL Nº			
CATETER EPIDURAL Nº16			
CATETER EPIDURAL Nº17			
CATETER EPIDURAL Nº18			
CERA PARA OSO			
COLET. URINA FECHADO			
COMPRESSAS CIRÚRGICAS			
COMPRESSAS CIRÚRGICAS			
DRENO DE PENROSE			
DRENO DE SUÇÃO			
ELETRODOS			
EQUIPO MACROGOTAS			
EQUIPO TRANSF. SANGUE			
EQUIPO MICROGOTAS			
ESPONJA DE PVPI			
ESPARADRAPO			
GAZES			
GAZES ALGODOADAS			
GEL ELETROLÍTICO			
JELCO Nº14			
JELCO Nº16			
MATERIAIS CONT.		QTD.	
JELCO Nº18			
JELCO Nº20			
JELCO Nº22			
JELCO Nº24			
KIT SIST. DREN. TORÁCICA Nº			
LÂMINA BISTURI Nº11			
LÂMINA BISTURI Nº15			
LÂMINA BISTURI Nº23			
LÂMINA BISTURI Nº24			
LÂMINA DE DERMATÔNIO			
LÂMINA DE ENXERTO			
LUVA DE PROCEDIMENTO PAR			
LUVA ESTÉRIL Nº7.0			
LUVA ESTÉRIL Nº7.5			
LUVA ESTÉRIL Nº8.0			
LUVA ESTÉRIL Nº8.5			
MÁSCARA CIRÚRGICA			
MULTIVIAS			
PERFURADOR DE SORO			
SCALP Nº19			
SCALP Nº21			
SERINGA 3ML			
SERINGA 5ML			
SERINGA 10ML			
SERINGA 20ML			
SONDA ASP. TRAQUEAL Nº5			
SONDA ASP. TRAQUEAL Nº10			
SONDA ASP. TRAQUEAL Nº12			
SONDA ASP. TRAQUEAL Nº14			
SONDA ASP. TRAQUEAL Nº16			
SONDA FOLEY 2VIAS Nº12			
SONDA FOLEY 2VIAS Nº14			
SONDA NASOG. CURTA			
SONDA NASOG. LONGA			
SONDA URETRAL Nº			
TORNEIRINHA			
TUBO ENDOTRAQUEAL Nº			
TUBO ENDOTRAQUEAL Nº			
TUBO ENDOTRAQUEAL Nº			
TUBO SILICONE (LATEX)			
FIOS		QTD.	
FIO CAT. GLT. CROMADO Nº			
FIO CAT. GLT. CROMADO Nº			
FIO DE AÇO Nº			
FIO DE AÇO Nº			
FIO DE NYLON Nº			
FIO DE NYLON Nº			
FIO DE NYLON Nº			
FIO POLIGLACTINA Nº			
FIO POLIGLACTINA Nº			
FIO POLIPROPILENO Nº			
FIO POLIPROPILENO Nº			
FIO POLIGLECAPRONE Nº			
FIO SEDA Nº			
FITA CARDIACA			
MATERIAL ESPECIAL		QTD.	
CATETER DE PIC			
CIMENTO CIRÚRGICO			
CLIP TITÂNIO LIGADURA			
FIO DE KIRSCHNER Nº			
FIO DE KIRSCHNER Nº			
FIO STEINMAN Nº			
FIO STEINMAN Nº			
GRANDEADOR CIRÚRGICO			
HEMOST. ABSORVÍVEL			
KIT DERIVA VENTRICULAR			
PROTESE VASCULAR			
KIT PAM			
FIXADOR EXTERNO			
EMPRESA			
PARAFUSOS CORTICAIS			
PARAFUSOS CORTICAIS			
PARAFUSOS ESPONJOSO			
PARAFUSOS ESPONJOSO			
PARAFUSOS MALEOLAR			
PARAFUSOS MALEOLAR			
PLACA			
PLACA			
EQUIPAMENTOS			
() ASPIRADOR			
() BISTURI ELÉTRICO			
() CAPNOGRÁFO			
() CARDIOMONITOR			
() DESFIBRILADOR			
() FOCO AUXILIAR			
() FOCO CENTRAL			
() MICROSCOPIO			
() OXÍMETRO DE PULSO			
() P.A. INVASIVA			
() PERFURADOR ELÉTRICO			
() SERRA			
CIRCULANTE			

Impresso por: Maria do Carmo
#631483





PREFEITURA MUNICIPAL DE SAPE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 DE SAPE



PREFEITURA
MUNICIPAL DE SAPE
O futuro se faz agora

FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Data: 14/03/18 ID da Ocorrência: 204323 ☐ USB ☒ USA Nº / Equipe: 07 Plantão: ☒ Dia ☐ Noite Hora de Saída da Base: 17:56 HS Hora de Chegada no Local: 18:30 HS

Paciente / Usuário: Carla Siqueira da Silva Idade: 13 A Sexo: ☐ Masc ☒ Fem Telefone: _____

Local da Ocorrência: ☐ Sape ☐ Mari ☐ Sobrado ☒ Riachão ☐ Outro: _____

Logradouro: PB 043 (antiga de Riachão) Bairro: _____ Médico Regulador: Culmar

Quantidade de vítima(s) no local: ☐ Uma ☐ Duas ☐ Três ☐ Mais de três: _____

Apoio no Local: ☐ USB ☐ USA ☐ Resgate / Bombeiros ☐ PM ☐ Resgate PRF ☐ SMTRANS ☐ CPTRAN ☐ Outro: _____

QTA: ☐ Socorrido por Terceiros ☐ Socorrido pelos Bombeiros ☐ Evadiu-se do Local ☐ Trote ☐ Outro: _____

Documento de identificação do paciente:

RG: _____; CPF: _____; CNS: _____

NATUREZA DA OCORRÊNCIA

☐ CLÍNICO ☐ PSIQUIÁTRICO ☐ GINECO-OBSTÉTRICO

☒ TRAUMA

Motivo: Colisão moto x moto

ESCALA DE COMA DE GLASGOW

Abertura dos olhos	Resposta verbal	Resposta motora
☐ Não abre ☐ Abre com estímulo ☐ Abre espontaneamente	☐ Orientada ☐ Orientada a pessoa ☐ Orientada a tempo e espaço ☐ Orientada a pessoa, tempo e espaço ☐ Orientada a pessoa, tempo e espaço, mas com dificuldade ☐ Orientada a pessoa, tempo e espaço, mas com dificuldade e com confusão	☐ Obedece comandos ☐ Localiza dor ☐ Localiza dor e responde ☐ Localiza dor e responde com dificuldade ☐ Localiza dor e responde com dificuldade e com confusão

TIPO DE AGRAVO

☐ Acidente de Trânsito	☐ Pediátrico
☐ Agressão Física	☐ Psiquiátrico
☐ Desabamento / soterramento	☐ Caso clínico
☐ Eletrocussão	☐ Quase afogamento/ afogamento
☐ F.A. B	☐ Queda _____ metros
☐ F.A.F. (P.A.F.)	☐ Queimaduras
☐ Gineco - obstétrico	☐ Outros: _____
☐ Lesões térmicas	

ANTECEDENTES

☐ AIDS	☐ Doença mental
☐ Alcoolismo	☐ Doença renal
☐ AVE	☐ Drogas
☐ Cirurgias Realizadas	☐ Hipertensão arterial
☐ Convulsão	☐ Internamentos Anteriores
☐ Diabetes	☐ Medicamentos
☐ Doença Cardíaca	☐ Problemas respiratórios
☐ Doença Infecto - contagiosa	☐ Outros

TRANSPORTE SECUNDÁRIO - ORIGEM

Serviço Médico: E.T.O.P.

Responsável: _____

MOTIVO DO TRANSPORTE

☐ Apoio Diagnóstico ☐ Serviço de maior complexidade ☐ transferência simples ☐ outro: _____

TRANSPORTE SECUNDÁRIO - DESTINO

Local: _____ Responsável: _____

Função: _____

Exame clínico (principais sintomas/ queixas)

☐ agitação ☐ alergia ☐ Ausência de pulso (central) ☐ Cianose ☐ Convulsão ☐ Diarreia ☐ Dificuldade respiratória ☐ dor local ☐ febre ☐ Inconsciente/ desmaio ☐ Palidez ☐ Sangramento ☐ Vômito ☐ outros: _____

1. DADOS VITAIS:

PA. Sistólica: 100 PA diastólica: 60 Pulso: 92 FC: 142 FR: 20 TEMP: 36,5 °C Glicemia: 100 SPO2: 92 Glasgow: 15

2. VIA AÉREA

☒ Livre ☐ obstruída parcialmente ☐ Obstruída totalmente ☐ Corpo Estranho ☐ Bronco aspiração ☐ Edema de glote ☐ Obs.: _____

VENTILAÇÃO

☐ Espontânea ☐ Parada respiratória ☒ Assistida ☐ Ritmo irregular

EXPANSIBILIDADE

☒ Normal ☐ Superficial ☐ Regular ☐ Irregular

ACHADOS

☐ Crepitação ☐ Enfisema subcutâneo ☐ Expectoração ☐ Hemoptise ☐ Hálito etílico ☐ Outro: _____

3 - CIRCULAÇÃO

☐ Cianose ☐ Fria ☐ Úmida ☐ Normal ☐ Palidez ☐ Quente ☐ Seca ☐ Outros: _____

EDEMA

Mayara de Almeida
Coordenadora



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/11/2020 10:21:37

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111110213739600000034859562

Número do documento: 20111110213739600000034859562

() Ausente () Palpebral () Membros Superiores () Membros Inferiores () Anasarca
PERFUSÃO
(X) Normal () Retardada (> 2 scg) () Ausente

PULSO
() Regular () Irregular () Fino (X) Cheio () Ausente

ECG
() Normal () Alterado (X) Não realizado
4 - EXAME NEUROLÓGICO

(X) Agitação () Sonolência () Coma () Convulsão () Otorrágia () Rigidez () Midríase

5 - EXAME GINECO - OBSTÉTRICO

() Abortamento () Hemorragia vaginal () Normal _____ Semana () Trabalho de parto () outros: _____

6 - DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO MÉDICA:

COVID-19, IMOBILIZADO (FIMOS DE FÊMUR (E) + FIMOS DE RÔTULA (E))

7 - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:

(X) Ansiedade () Capacidade adaptativa intracraniana diminuída () Comunicação verbal Prejudicada () Confusão aguda (X) Deambulação prejudicada () Débito cardíaco diminuído () Desobstrução ineficaz de vias aéreas () Disreflexia autonômica () Dor aguda () Hipertermia () Hipotermia () Integridade da pele prejudicada () Integridade tissular prejudicada (X) Medo () Intolerância à atividade () Mucosa oral prejudicada () Padrão respiratório ineficaz () Risco de Perfusão tissular cerebral ineficaz () Perfusão tissular cardiopulmonar ineficaz () Risco de Perfusão tissular gastrointestinal ineficaz () Risco de Perfusão tissular renal ineficaz () Termorregulação ineficaz () Troca de gases prejudicada () Ventilação espontânea prejudicada () Volume de líquidos deficientes () Volume de líquidos excessivo () Náusea () Retenção urinária () Interação social prejudicada () Incontinência intestinal () Eliminação urinária prejudicada () Constipação (X) Outros: doença

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM: Verificar SSVV + mobilização + curativos

INTERVENÇÕES: Realizado exame físico completo
Realizado mobilização conforme protocolo
Atendidos ao SSVV

EVOLUÇÃO/INTERCORRÊNCIAS: paciente vitando e obediente com xixos, apresentando
prontidão para o teste de rotula do pé direito e esquerdo, re
ação satisfatória e sem alterações, mobilizado com auxílio de
cateter de drenagem, paciente em boa tolerância com

8 - EVOLUÇÃO/INTERCORRÊNCIAS MÉDICAS: Paciente vitando de acordo com o plano de
tratamento (E) + FIMOS DE RÔTULA (E) + Atestado de Exame, etc, conforme orientações
exames, atendimento, retorno de MIE.

9 - PROCEDIMENTOS

() Desobstrução vias aéreas () Intubação naso/orotraqueal () Cânula Orofaringea () Ventilação mecânica (manual AMBU) () Respirador () Inalação de oxigênio (O₂) () Drenagem torácica () Massagem cardíaca externa () Desfibrilação/ cardioversão () Controle de hemorragia () Curativo (X) Punção venosa () Sonda gástrica () Sonda vesical () Sedação (X) Imobilização de membros (X) Colar cervical (X) Talas / tração () Outros: _____

10- MATERIAL UTILIZADO (ENFERMAGEM):

dois pares de luvas e guantes para higienização
+ gel álcool + água

ENCAMINHAMENTO

() Liberdade após atendimento () Recusa o atendimento () Óbito no local () Óbito durante o atendimento () Óbito durante o transporte

POSICÃO DE TRANSPORTE

(X) Decúbito dorsal () Decúbito lateral () Decúbito ventral () Sentado () Elevação de cabeça (cabeça)

RECUSO

Nome: _____

Assinatura: _____

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE

Médico: Dr. Vitoriano

Enfermeiro (a): Guilherme

Téc. de Enfermagem: _____

Condutor: _____

PERTECES DA VÍTIMA

☒ NÃO

☐ SIM

Objetos: _____

Dr. Vitoriano
MÉDICO
CRM-PB 85581

CRM: _____

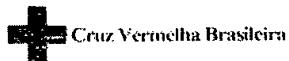
COREN: 324036

COREN: _____

MAT.: _____

Mayara de Almeida
Coordenadora Geral
SEMUT-ALPB





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

Documento de Alta

Nome: CARLA INACIO DA SILVA			Número Prontuário: 107705
Data de: 13/07/2004	Sexo: Feminino	Data de Internação: 18/03/2018 00:01:03	Data de Alta: 16/04/2018 11:43:58
Motivo da alta: ALTA MEDICA ORIENTADA POR DR. HEISENBERG			
Conduta: 10 DPO DE TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE FEMUR DISTAL ESQUERDO. EVOLUINDO COM FO EM BOM ESTADO, NEUROVASCULAR OK, SEM QUEIXAS NO MOMENTO.			
Resumo da Internação: SEM INTERCORRENCIAS			
Resultado de Exames: EF RX			
Tratamento: TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE FEMUR DISTAL ESQUERDO NO DIA 06/04/2018 POR DR. LEOPOLDO			
Diagnóstico: S72.4 - Fratura da extremidade distal do fêmur			
Recomendações: RETORNO AO AMBULATORIO DO HTOP EM 7 DIAS (LIGAR 32142911 PARA MARCAR RETORNO)			

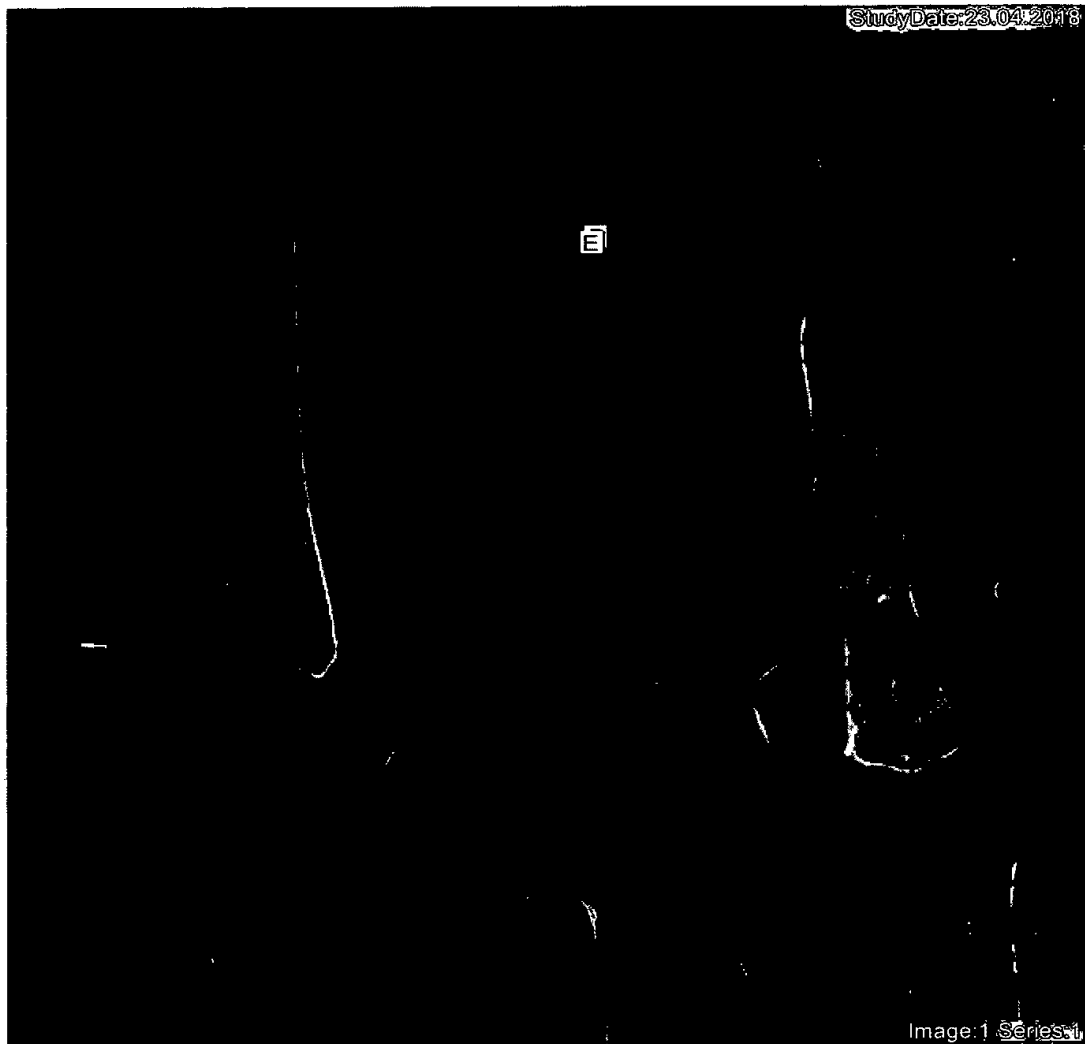
Data: 16/04/2018

PEDRO HENRIQUE GUTIERREZ
VARGAS FREITAS
CRM: 10575 - PB



PatientID: 000000058231
PatientName: CARLA INACIO DA SILVA

Sex: Feminino
BirthDate: 13.07.2004
Age: 13a.



HTOP



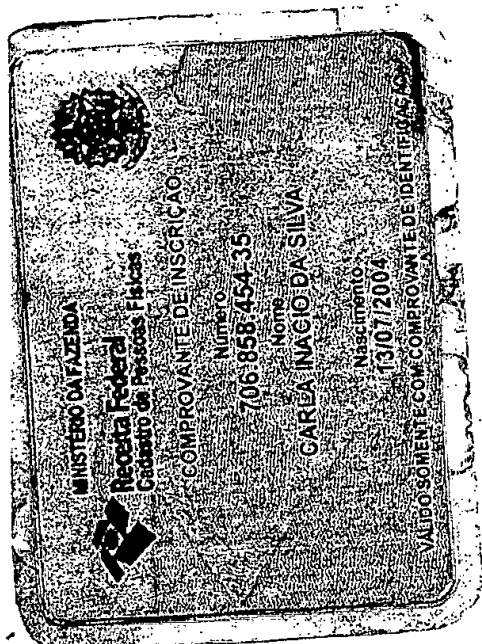
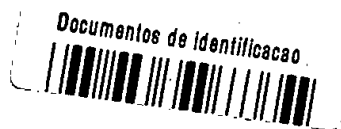
PatientID: 000000058231
PatientName: CARLA INACIO DA SILVA

Sex: Feminino
BirthDate: 13.07.2004
Age: 13a.

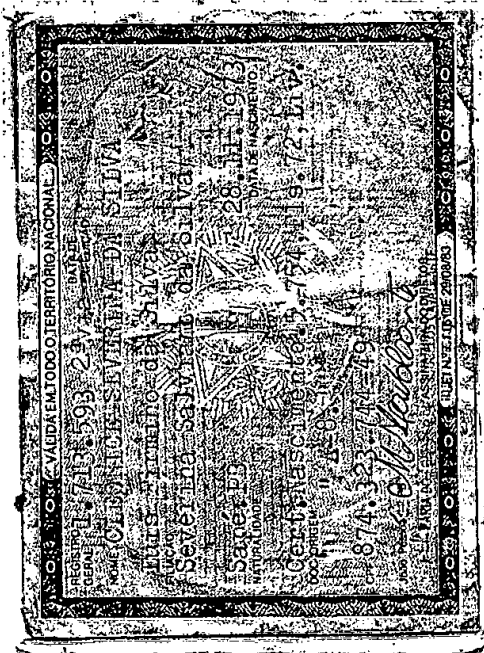
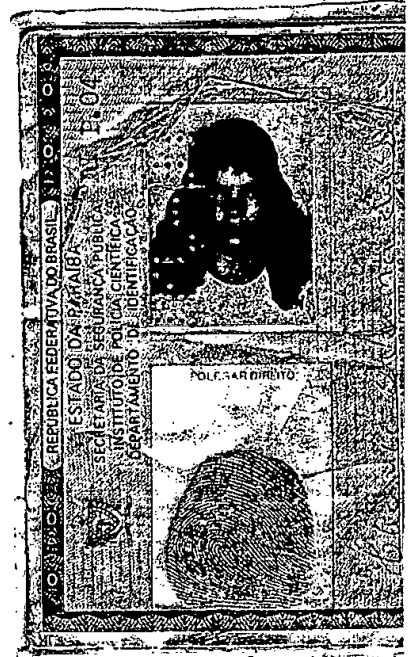
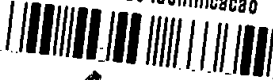


HTOP





Documentos de Identificacao





REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DETRAN - PB CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO	
Nº 011754113340	
VA	COD. RENAVAM
0091143024-5	00/00000000
2015	
NOME	
JOSE CARLOS DE FREITAS	
CPF/CNPJ	PLACA
04833386488	MNM4432/PB
PLACA ANT./LUP	CHASSI
NOVO	9C2KC08107R115908
ESPÉCIE/VEIC	
PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC	
COMBUSTÍVEL	
GASOLINA	
MARCA/MODELO	
HONDA/CG 150 TITAN KS	
CAP/POT/CL	CATEGORIA
2 P/149 /CI	PARTIC
COR PREDOMINANTE	
VERMELHA	
COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA
1ª	2ª
3ª	
TEVA PAGO EM	
22/01/2015	
PARCELAMENTO/COTAS	
0	
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)	
0	
DOT (R\$)	
0	
PRÊMIO TOTAL (R\$)	
0	
DATA DE PAGAMENTO	
22/01/2015	
OBSERVAÇÕES	
SEM RESERVA DE DOMÍNIO	
RACHAO DO UFGCO=PB	
0	
DATA	
22/01/2015	
13870	

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT	
PB Nº 011754113340 BILHETE DE SEGURO DPVAT	
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA	
www.dpvatsegurodotransito.com.br	
SAC DPVAT 0800 022 1204	
EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
2015	22/01/2015
VA	CPF/CNPJ
04833386488	PLACA
0091143024-5	MNM4432/PB
RENAVAM	MARCA/MODELO
HONDA/CG 150 TITAN KS	
ANO FAB.	CHASSI
2007	9C2KC08107R115908
CLASSE	
9	
PRÊMIO TARIFÁRIO	
RNS (R\$)	DEMATRAN (R\$)
*****	*****
CUSTO DO BILHETE (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
*****	*****
DE (R\$)	DE (R\$)
SEGURO	PAÇO
COTA ÚNICA	PARCELADO
0	22/01/2015
SEGUROADORA LÍDER - DPVAT	
CNPJ 09.343.805/0001-04	
www.seguradoralider.com.br	
13870-0925241-20150122	

DUT



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0318585/18
Vítima: CARLA INACIO DA SILVA
CPF: 706.858.454-35

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 17/03/2018
Titular do CPF: CARLA INACIO DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Certidão de nascimento
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros



CLEONICE SEVERINA DA SILVA : 874.323.744-49

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

ATENÇÃO:

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 16/08/2018
Nome: CLEONICE SEVERINA DA SILVA
CPF/CNPJ: 874.323.744-49

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/08/2018
Nome: Karen Rosa de Oliveira Azevedo
CPF: 131.414.327-16

CLEONICE SEVERINA DA SILVA

Karen Rosa de Oliveira Azevedo





Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

(ID)

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA CARLA INACIO DA SILVA
DATA DO ACIDENTE 13/03/18 CPF DA VITIMA 706.858.454-35
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ELEONICE SEVERINA DA SILVA
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VITIMA ☒ REPRESENTANTE LEGAL, CUID PARANTESCO COM
A VITIMA É MÃE
ENDEREÇO DO PORTADOR SÍLIO PRIMAVERA
Nº SN COMPLEMENTO BAIRRO ÁREA RURAL
CIDADE RIACHÃO DO POÇO UF PB CEP 58348-000
E-MAIL eleonice@guia.com TELEFONE (83) 99369-8095

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.494/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA

09/08/2018

IDENTIDADE

Pc. 17/13 573ASSINATURA Eleonice Severina da Silva

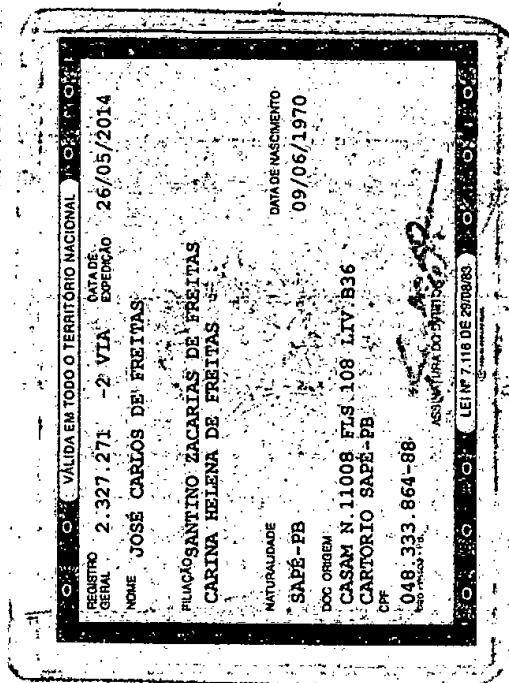
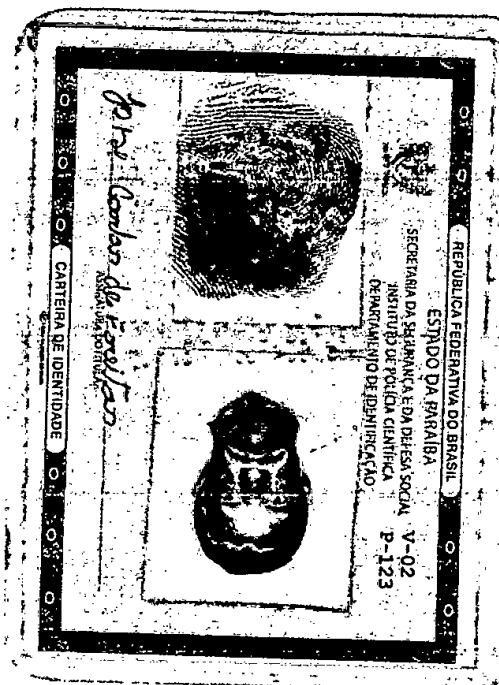
RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA

09/08/2018NOME João Batista de AraújoASSINATURA João Batista de Araújo



De: José Carlos Enviada em: quinta-feira, 15 de março de 2018 11:33 Para: Vinícius Campos da Silva <vinicius.silva@seguradoralider.com.br> Cc: Sônia Faro <soniafaro@seguradoralider.com.br> Assunto: Protocolo Vinícius Em função dos problemas que estamos passando com relação a manutenção dos relógios protocoladores, em medida extrema exceção, autorizo até que tenhamos todos os protocoladores funcionando normalmente, protocolar somente a primeira folha dos processos recebidos dos Correios. Para certificarmos que essa medida de exceção é válida somente para esse período, solicito imprimir uma cópia desse e-mail e anexar a cada processo de sinistro que estiver nessa condição. Quando suspendermos esse critério, favor passar-me um e-mail configurando o retorno ao procedimento padrão. José Carlos Carvalho Gerente de Sinistros  Rua da Assembleia, 100 – 21º andar Centro - Rio de Janeiro – RJ CEP: 20011-904 Tel.: 55 21 3861-4600 / Ramal: 4654 E-mail: jose.carlos@seguradoralider.com.br	CONFIDENCIALIDADE Esta mensagem é confidencial; seu conteúdo não constitui um compromisso da Seguradora Líder, exceto se fornecido em conjunto com um acordo por escrito entre as partes. Qualquer divulgação ou uso não autorizado, total ou parcial, é proibido. Caso você não seja um dos destinatários desta mensagem, favor notificar ao remetente imediatamente. CONFIDENTIALITY This message is confidential; its contents do not constitute a commitment by Seguradora Líder except where provided for in a written agreement between you and Seguradora Líder. Any unauthorized disclosure, use or dissemination, either whole or partial, is prohibited. If you are not the intended recipient of the message, please notify the sender immediately.	De: Arthur Froes Enviada em: quinta-feira, 15 de março de 2018 11:18 Para: José Carlos <jcarloscarvalho@seguradoralider.com.br> Assunto: RES: Produção: 13/03/2018 JC, Contingencialmente, até que os protocoladores retornem, estou de acordo em procedermos desta forma. Atenciosamente, Arthur Froes Superintendente de Sinistros arthurfroes@seguradoralider.com.br Tel.: 55 21 3861-4286  www.seguradoralider.com.br Rua da Assembleia, 100 – 21º andar Centro - Rio de Janeiro – RJ CEP: 20011-904
--	--	---



Valor	(R\$)	%
31,02	3,93	
44,83	5,68	
9,74	0,60	
9,60	1,05	
18,81	1,37	
0,00	0,00	
100,00	12,67	

[illegible][illegible]

	Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					
32					
33					
34					
35					
36					
37					
38					
39					
40					
41					
42					
43					
44					
45					
46					
47					
48					
49					
50					
51					
52					
53					
54					
55					
56					
57					
58					
59					
60					
61					
62					
63					
64					
65					
66					
67					
68					
69					
70					
71					
72					
73					
74					
75					
76					
77					
78					
79					
80					
81					
82					
83					
84					
85					
86					
87					
88					
89					
90					
91					
92					
93					
94					
95					
96					
97					
98					
99					
100					

Canal de Contato: 0800 00 10 438 - T-SECEM (atendimento pela Lei nº 10.438, de 26 de maio de 2003).

(Unidad consumidora) 01-6775

Canal de contacto

48333386488	27/07/2018	27/06/2018	Jun / 2018
-------------	------------	------------	------------

CPF/ CNPJ/ RAR

0800 083 0196
www.energia.com.br

Asses/Sud: 2708-563-2870
 Endereço: RESIDENCIAL / BARRA RENDA MONOPOLARICA
 Nº medidor: 00009487444
 Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº: 008.676.661
 Cód. para Dct. Automático: 00004432176

USO CARROUTIL
T JACAREUARÁ, 08 - ÁREA RURAL
AÇAI DO POÇO / PB CEP: 58348000 (AG: 51)
Referência: Jun / 2018
MISSAO: 27/06/2018
BANKA RENDA MONOFÁSICO B: 230 / Km.25 - Crisio Redentor - João Pessoa / PB - CEP: 58071-680
ENERGISA PARA/BA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ: 03.09.956.183 / 0001-40 Insc Est. 16.016.823-0

SE CARLOS DE FREITAS
DA 08-ÁREA RURAL



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0318585/18

Número do Sinistro: 3180403071

Vítima: CARLA INACIO DA SILVA

CPF: 706.858.454-35

Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

Outros



Data do acidente: 17/03/2018

Titular do CPF: CARLA INACIO DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

Outros

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 23/10/2018
Nome: CARLA INACIO DA SILVA
CPF: 706.858.454-35

CARLA INACIO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/10/2018
Nome: Nathalia Beatriz Braga Costa
CPF: 164.083.787-65

Nathalia Beatriz Braga Costa





Rio de Janeiro, 04 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **CLEONICE SEVERINA DA SILVA**
Nº Sinistro: **3180403071**
Vítima: **CARLA INACIO DA SILVA**
Data do Acidente: **17/03/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: **EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número **3180403071**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Boletim de ocorrência não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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

SEGURO DPVAT LÍDER DPVAT 87. 17-09-2018 15:08 221232 1/1

Carta nº 13327648



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180403071 **Cidade:** Riachão do Poço **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CARLA INACIO DA SILVA **Data do acidente:** 17/03/2018 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM 2 ABORDAGENS (FIXADOR EXTERNO, PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE O MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

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



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0318585/18

Número do Sinistro: 3180403071

Vítima: CARLA INACIO DA SILVA

CPF: 706.858.454-35

Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

Data do acidente: 17/03/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: CARLA INACIO DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

Outros

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 23/10/2018
Nome: CARLA INACIO DA SILVA
CPF: 706.858.454-35

CARLA INACIO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/10/2018
Nome: Nathalia Beatriz Braga Costa
CPF: 164.083.787-65

Nathalia Beatriz Braga Costa

