



Número: **0822014-21.2018.8.15.0001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **5ª Vara Cível de Campina Grande**

Última distribuição : **21/12/2018**

Valor da causa: **R\$ 9.450,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ROGERIO LOPES DA SILVA (AUTOR)		EMMANUEL SARAIVA FERREIRA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
36278885	05/11/2020 10:23	2762692_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos

Rio de Janeiro, 02 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: **ROGERIO LOPES DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180056999**

Vítima: **ROGERIO LOPES DA SILVA**

Data do Acidente: **12/11/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180056999**.

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 12332879

Pag. 01365/01366 - carta_01 - INVALIDEZ



Rio de Janeiro, 16 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: **ROGERIO LOPES DA SILVA**

Sinistro: **3180056999**

Vítima: **ROGERIO LOPES DA SILVA**

Data do Acidente: **12/11/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180056999** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

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

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** 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. 00455/00456 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 12388059



Rio de Janeiro, 22 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: **ROGERIO LOPES DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180056999**

Vítima: **ROGERIO LOPES DA SILVA**

Data do Acidente: **12/11/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180056999**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **12/11/2017**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00959/00960 - carta_04 - INVALIDEZ



Carta nº 12421782



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

054.240.594-65

Nome completo da vítima

ROGERIO LOES DA SILVA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo ROGERIO LOES DA SILVA	CPF titular da conta 054.240.594-65	Profissão RECUSO
Endereço RUA ALMIRANTE BARROSO	Número 284	Complemento BL LAP 410
Bairro LIBERDADE	Cidade CAMPINA GRANDE	Estado PARAIBA
Email ico_oliveira@hotmail.com	CEP 581000-000	Telefone (DDD) 799980-7367

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, a veracidade das informações acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.
5 JAN 2018
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 10.001,00 ATÉ R\$ 15.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 15.001,00 ATÉ R\$ 20.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 20.000,00

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
<input checked="" type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)		<input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)	
AGÊNCIA Nº 2221	D/V 36579	AGÊNCIA Nº 2	D/V 2
(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.

CAMPINA GRANDE, 29 de JANUÁRIO de 2018
Local e Data

Rogério Loes da Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



CAIXA ECONOMICA FEDERAL
CAIXA AQUI

COMPROVANTE DE DEPOSITO
DATA 26/12/2017 HORA 11:50:01
CAIXA DE LIVACAO 26/12
TITULO 000656496
VALOR Andre

AGENCIA 2221
CONTA 013 00036579-2
NOME ROGERIO LOPES DA SILVA

VALOR
COD OPERACAO 101609705

2017 12 26 11 50 01 7530
1615QUE CAIXA 0800 72
6 0101 OUVI

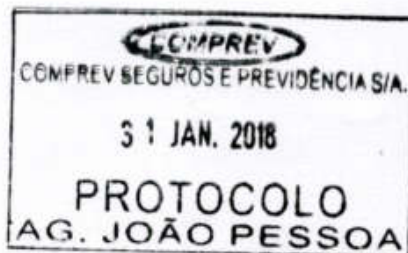
DEPOSITO REALIZADO COM SUCESSO A
AO DO CREDITO NA CONTA E DE ATE 30 M
OS CONTA MARCADA PARA RECEBIMENTO
SITO EXCLUSIVAMENTE NO CAIXA DAS AC
S

SAC: CAIXA 0800 726 0101 (informações,
reclamações, sugestões e elogios)

Para pessoas com deficiência auditiva ou
de fala: 0800 726 2492

Ovidona: 0800 725 7474

caixa.gov.br





BOLETIM DE Ocorrência
Nº00425.01.2017.2.00.420

OCORRÊNCIA(S)

Suposto(s) Autor(es):

Tipificação 1: LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO

Data da Ocorrência: 12/11/2017

Hora: 18:16:00

Forma da Comunicação: Verbal

Endereço: Avenida Assis Chateaubriand, Liberdade, Campina Grande, PB.

PARTE(S)

VITIMA	Nome: Rogério Lopes da Silva Conhecido por: Não informado Filiação: Mari Rosalia Lopes da Silva e Esmeraldo Mateus da Silva Idade: 54 Data de Nascimento: 02/05/1963 Identidade de Gênero: masculino Nacionalidade: brasileira Naturalidade: Campina Grande Estado Civil: casado(a) Escolaridade: Não informado Profissão: Tosador Documentos(s) de Identificação: CPF nº 054.240.594-65 Endereço: Rua Almirante Barroso, 284, Quarenta, Campina Grande, PB Complemento: Bloco, L, APTº 410 Telefone: (83) 98888-9069
	Nome: Paulo Monteiro Conhecido por: Não informado Filiação: Maria Alves de Araújo e Antonio Monteiro Idade: 55 Data de Nascimento: 26/11/1962 Identidade de Gênero: masculino Nacionalidade: brasileira Naturalidade: Lagoa Seca Estado Civil: casado(a) Escolaridade: Não informado Profissão: Vendedor Ambulante Documentos(s) de Identificação: RG nº 3301748 SSP/PB Endereço: Rua Travessa Tito Sodré, José Pinheiro, Campina Grande, PB Complemento: Não informado Telefone: (83) 98725-8891

TESTEMUNHA



Procedimento Policial: 00425.01.2017.2.00.420





TESTEMUNHA

Nome: José Igo Oliveira de Almeida
Conhecido por: Não informado
Filiação: Maria Genilda Oliveira de Almeida e Egidio Ferreira de Almeida
Idade: 31 **Data de Nascimento:** 10/02/1986 **Identidade de Gênero:** masculino
Nacionalidade: brasileira **Naturalidade:** Campina Grande
Estado Civil: solteiro(a)
Escolaridade: Não informado **Profissão:** Consultor
Documentos(s) de Identificação: CPF nº 064.483.534-61
Endereço: Rua Floriano Peixoto, 4510, Malvinas, Campina Grande, PB
Complemento: Não informado
Telefone: (83) 99980-7367

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

(1) **Moto**, marca Honda, modelo BIZ 125 KS, tipo de veículo Motoneta, cor Preta, ano 2010, placa NQB-7290, chassi 9C2JC4210AR105545, renavam 0018199908-0

DILIGÊNCIAS ADOTADAS/EXAMES REQUISITADOS

HISTÓRICO

Informa o comunicante/vítima, que no dia, hora e local já descritos, conduzia a motocicleta Honda/BIZ 125 KS, Ano/Modelo 2009/2010, cor preta, Placa NQB7290-PB, Chassi de Nº 9C2JC4210AR105545, licenciada em nome de Valdir Pereira, quando trafegava na rua Avenida Assis Chateaubriand, bairro da Liberdade, momento em que o condutor de um veículo de sinais e condutor não identificado, que vinha em sentido contrário, fez uma entrada proibida a esquerda, interceptando o curso do moto em que o comunicante seguia, tendo a vítima colidido no citado veículo, vindo a cair ao solo e sofrido fratura de tornozelo do pé esquerdo, sendo socorrida pelo SAMU e encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma, nesta cidade. Na ocasião do acidente o tempo apresentava-se bom, com via seca e boa visibilidade, não se encontrando o envolvido sob a influência de bebidas alcoólicas. Não compareceram os Policiais Militares do CPTRAN, razão pela qual não foi elaborado o Boletim de Acidente de Trânsito. Afirma a vítima não ter o desejo de Representar Criminalmente contra o condutor do veículo causador do acidente.

Nada mais disse. Encerrado está o presente termo.

Campina Grande/PB, 22 de dezembro de 2017.

SEVERINO DE CARVALHO LOPES
Delegado(a) de Polícia Civil

ROGERIO LOPES DA SILVA
Notificante

ADEMIR DA COSTA VILAR
Escrivão de Polícia

Procedimento Policial: 00425.01.2017.2.00.420



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima

ROGERIO LOPES DA SILVA

CPF da Vítima

054.240.594-65

Data do Acidente

12/11/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

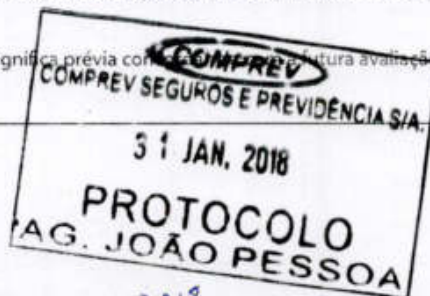
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Lider 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 ou futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.



CAMPINA GRANDE, PB, 29 de JANEIRO de 2018

Local e Data

Rogério Lopes da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DAV1.001 V001/2017





Estado da Paraíba
Prefeitura Municipal de Campina Grande-PB
Secretaria de Saúde do Município
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAMU Regional CG - 192

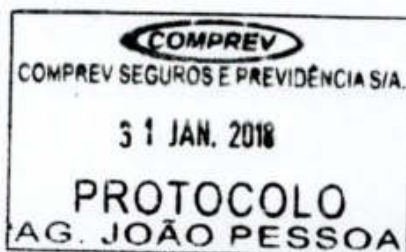


DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Declaramos para os devidos fins de direito que o **SAMU REGIONAL CG - 192** foi solicitado para prestar atendimento médico pré-hospitalar de urgência ao paciente conforme dados a seguir:

DATA:	12/11/2017	HORA:	18:16 HS	ID Nº:	1652054
NOME:	ROGERIO LOPES DA SILVA				
QUEIXA:	ACIDENTE DE TRÂNSITO				
LOCAL:	AV. ASSIS CHATEAUBRIAND				
COMPLEMENTO:	LIBERDADE				
CIDADE:	CAMPINA GRANDE/PB				
DADOS DA REMOÇÃO					
Paciente removido para o Hospital de Emergencia e Trauma					

Campina Grande, 18 de dezembro de 2017.




Paulo Alexandre B. Nascimento
SUPERVISOR
SAMU 192-CG

Deoclecio F Nascimento
Coordenação Administrativa
SAMU REGIONAL CG - 192

SAMU 192 (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência)
Rua: Almeida Barreto, 428 São José CEP: 58400-328 Campina Grande-PB
Fone: (83) 3322-5207 / 3322-5191



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, ROGERIO LOPES DA SILVA

RG nº 3044180, data de expedição / / , Órgão SSP-PB

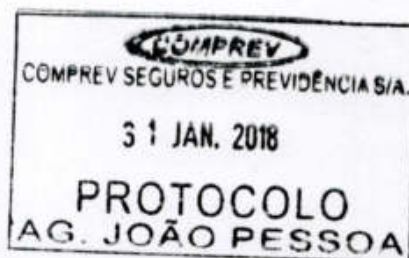
CPF nº 054.240.594-65, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA ALMIRANTE BARROSO</u>
Número	<u>284</u>
Apto / Complemento	<u>BL LAP 410</u>
Bairro	<u>LIBERDADE</u>
Cidade	<u>CAMPINA GRANDE</u>
Estado	<u>PARAIBA</u>
CEP	<u>58100-000</u>
Telefone de Contato	<u>(73) 99980-7367</u>
E-mail	<u>IGOOLIVEIRA@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: CAMPINA GRANDE, PB, 29-01-18

Assinatura do Declarante: ROGERIO LOPES DA SILVA



COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.
31 JAN. 2018
PROTOCOLO
TAG. JOÃO PESSOA



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Valdir pereira,
RG nº 742 632, data de expedição 1/1/, Órgão
portador do CPF nº 274.854.114-91, com domicílio na
cidade de C. Grande, no Estado de PARAIBA, onde
resido Peregrino de na corvalho (Rua/Avenida/Estrada)
232 - CENTRO, nº 232,
complemento declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
menção é (era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
Rogério Lopes da Silva, cujo o condutor era
Rogério Lopes da Silva.

Veículo: Moto
Modelo: honda big 125
Ano: 2009 / 2010
Placa: NQB 7290
Chassi: 9C2JC4210AR105545
Data do Acidente: 12/11/2017
Local e Data: AV assis Chateaubriand

5º Ofício

Valdir pereira

Assinatura do Declarante (reconhecer firma por **AUTENTICIDADE**)

Rogério Lopes da Silva

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



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Valdir pereira,
RG nº 742 632, data de expedição 1/1/, Órgão
portador do CPF nº 274.854.114-91, com domicílio na
cidade de C. Grande, no Estado de PARAIBA, onde
resido Peregrino de na corvalho (Rua/Avenida/Estrada)
232 - CENTRO, nº 232,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é (era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
Rogério Lopes da Silva, cujo o condutor era
Rogério Lopes da Silva.

Veículo: Moto
Modelo: honda big 125
Ano: 2009 / 2010
Placa: NQB 7290
Chassi: 9E2JC4210AR105545
Data do Acidente: 12/11/2017
Local e Data: AV assis Chateaubriand

5º Ofício

Valdir pereira

Assinatura do Declarante (reconhecer firma por **AUTENTICIDADE**)

Rogério Lopes da Silva

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



DANIELA DE ALMEIDA
Escrevente Autorizada





GOVERNO
DA PARÁ

SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº: 1541692 CLASS. DE RISCO: AMARELO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 12/11/2017
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: Arthur Matheus Almeida Mendonça

PACIENTE: ROGERIO LOPES DA SILVA CEP: 58400002 Nascimento: 02/05/1983

Endereço: RESIDENCIAL DALAS ALMIRANTE BA Sexo: M

Cidade: Campina Grande Idade: 034

Nome da Mãe: MARIA ROSA LOPES DA SILVA

CPF: 000.000.000-00

Responsável: 000.000.000-00

Estado Civil: Casado(a)

Motivo: ACIDENTE DE TRÂNSITO

Médico: 000.000.000-00

OBS FICHA: 000.000.000-00

MECANISMOS DO TRAUMA: 000.000.000-00

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

1. Dorso 19. Fratura óssea fechada

2. Antebraço 20. Fratura óssea aberta

3. Braço 21. Hematoma

4. Cotovelo 22. Injúria de tendão

5. Crânio 23. Laceração

6. Dente 24. Lesão tendinosa

7. Dente 25. Luxação

8. Empalhamento 26. Mordedura

9. Enfisema subcutâneo 27. Movimento torácico paradoxal

10. Emagrecimento 28. Objeto Encaixado

11. Equimose 29. Otite

12. F. Arma branca 30. Paralisia

13. F. Arma de fogo 31. Parestesia

14. F. Cortado 32. Pericardite

15. F. Cortante 33. Queimadura

16. F. Corto-cortado 34. Rinite

17. F. Perfuro-cortado 35. Sinais de isquemia

18. F. Perfuro-cortante 36.

OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada =

DIAGNÓSTICO / CID: 10000000000000000000

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada =

DIAGNÓSTICO / CID: 10000000000000000000

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

HTCG-Painel Administrativo

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

RAIO X
REALIZADO EM:
12/11/17

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

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

Glasgow 15 PA HGT: Sat02

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais

() Ultrassonografia:

() Radiografias:

() Tomografia Computadorizada

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista:

Especialista:

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

PRESCRIÇÕES E CONDUTAS

HORÁRIO REALIZADO

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	100 mg de Clonazepam 100 mg de Clonazepam	
2	100 mg de Clonazepam 100 mg de Clonazepam	
3	100 mg de Clonazepam 100 mg de Clonazepam	
4	100 mg de Clonazepam 100 mg de Clonazepam	
5	100 mg de Clonazepam 100 mg de Clonazepam	
6	100 mg de Clonazepam 100 mg de Clonazepam	

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

10

10

Ficha de Acolhimento

Nome: Rocio Rio Lopes da Silva Bairro: Liberdade
End: R. Residência Velas / 414 - Monte Castelo - Joazeiro - PB
Data de Nascimento: 08-05-83 Documento de Identificação: C. Gomes P-3
Queixa: Acumulo Data do Atendimento: 12.11.17 Hora: 18:57 Documento:
Acidente de trabalho? () Sim () Não

Classificação de Risco

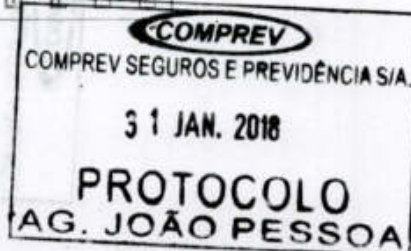
Nível de consciência: () Bom () Regular () Baixo Aspecto: () Calmo () Fáceis de dor () Gemente
Frequência respiratória: Frequência cardíaca:
Pressão arterial: Temperatura axilar:
Dosagem de HGT: Mucosas: () Normocorada () Pálida
Deambulação: () Livre () Cadeira de rodas () Maca

MOD. 110


Estratificação

() Vermelho - atendimento imediato
() Verde - atendimento até 4 horas
() Amarelo - atendimento até 1 hora
() Azul - atendimento ambulatorial

Assinatura e carimbo do profissional


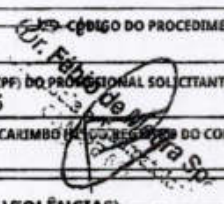


Data da internação: 12/11/2017 Hora: 19:54:19

 Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
Identificação do Estabelecimento de Saúde				2 - CNES	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES				2362856	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES				4 - CNES 2362856	
Identificação do Paciente				6 - N° DO PRONTUÁRIO	
5 - NOME DO PACIENTE ROGERIO LOPES DA SILVA				1541734	
7 - CARTÃO DO SUS 702901562289872		8 - DATA DE NASCIMENTO 02/05/1983		9 - SEXO Masc <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL MARIA ROSARIA LOPES DA SILVA				11 - TELEFONE DE CONTATO 83	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) RESIDENCIAL DALAS ALMIRANTE BA , 284 , LIBERDADE					
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Campina Grande		14 - Cód. IBGE Município 250400		15 - UF PB	
				16 - CEP 58400002	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS Dor o c. m. 7 mm 8 cm					
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO AS 10 mm					
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS/RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS exame físico + radiologia					
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL FRT. MÍGDA ULTR 7 mm 8 cm		21 - CID 10 PRINCIPAL K13.1		22 - CID 10 SECUNDÁRIO K13.1	
				23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
PROCEDIMENTO SOLICITADO					
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO cirurgia de m. l. 7 mm 8 cm				25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO 01.10.01.001	
26 - CLÍNICA 02		27 - CARATER DA INTERNAÇÃO 02		28 - DOCUMENTO (X) CNS () CPF 980016002656095	
29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 980016002656095		30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE FABIO DE MOURA SPA			
31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 12/11/2017		32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)			
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)					
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO		36 - CNPJ DA SEGURADORA		37 - N° DO BILHETE	
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO		38 - CNPJ EMPRESA		39 - CNAE DA EMPRESA	
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		40 - CNPJ EMPRESA		41 - CBOE	
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO					
AUTORIZAÇÃO					
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - COD. ORGÃO EMISSOR		45 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
46 - DOCUMENTO () CNS () CPF		47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	
				49 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	
				50 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	
				51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	
				52 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	
				53 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	
				54 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	
				55 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	
				56 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	
				57 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	
				58 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	
				59 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	
				60 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	
				61 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	
				62 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	
				63 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	
				64 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	
				65 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	
				66 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	
				67 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	
				68 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	
				69 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	
				70 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	
				71 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	
				72 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	
				73 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	
				74 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	
				75 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	
				76 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	
				77 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	
				78 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	
				79 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	
				80 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	
				81 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	
				82 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	
				83 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	
				84 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	
				85 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	
				86 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	
				87 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	
				88 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	
				89 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	
				90 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	
				91 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	
				92 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	
				93 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	
				94 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	
				95 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	
				96 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	
				97 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	
				98 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	
				99 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	
				100 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	

.148/projetohtcg/impreinternamento.php?contar=1541734

Data da internação: 12/11/2017 Hora: 19:54:19

 Sistema Único da Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
Identificação do Estabelecimento de Saúde				2 - CNES	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES				2362856	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES				4 - CNES 2362856	
Identificação do Paciente					
5 - NOME DO PACIENTE ROGERIO LOPES DA SILVA				6 - Nº DO PRONTUÁRIO 1541734	
7 - CARTÃO DO SUS 702901562289872		8 - DATA DE NASCIMENTO 02/05/1983		9 - SEXO MASC <input checked="" type="checkbox"/> FEM <input type="checkbox"/>	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL MARIA ROSARIA LOPES DA SILVA				11 - TELEFONE DE CONTATO 83	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) RESIDENCIAL DALAS ALMIRANTE BA , 284 , LIBERDADE					
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Campina Grande		14 - CÓDIGO MUNICIPAL 250400		15 - UF PB	
				16 - CEP 58400002	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS Dor abdominal aguda, náusea, vômito, febre, diarreia.					
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO AS 10h					
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) Hemograma, coagulograma, função renal e hepática.					
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL EMB. MÚLTIPLO		21 - CID 10 PRINCIPAL O33.2		22 - CID 10 SECUNDÁRIO O33.2	
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS O33.2					
PROCEDIMENTO SOLICITADO					
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO CURETOMIA				25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO 01.01.01.01	
26 - CLÍNICA 02		27 - CARATER DA INTERNAÇÃO 02		28 - DOCUMENTO (X) CNS () CPF 980016002656095	
29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 980016002656095		30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE FABIO DE MOURA SPA			
31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 12/11/2017		32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) 			
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)					
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO		36 - CNPJ DA SEGURADORA		37 - Nº DO BILHETE	
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO		38 - CNPJ EMPRESA		39 - CNAE DA EMPRESA	
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		40 - CNPJ EMPRESA		41 - CBOE	
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO					
AUTORIZAÇÃO					
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - COD. ORGÃO EMISSOR		45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR 31 JAN. 2018	
46 - DOCUMENTO () CNS () CPF		47 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) 31 JAN. 2018	
49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO / /		50 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) 31 JAN. 2018		51 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO 31 JAN. 2018	
PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA					

/projetohtcg/impreintamentado.php?conte:=1541734



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 05/11/2020 10:23:17

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110510231757700000034638399

Número do documento: 20110510231757700000034638399

HUECG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		ENFERMARIA		LEITO		Nº PRONTUÁRIO					
FOLHA DE ANESTESIA		NOME <i>Rogério Lopes Silva</i>				IDADE		SEXO <i>M</i>		COR			
<i>19-11-14</i>		PRESSÃO ARTERIAL		PULSO		RESPIRAÇÃO		TEMPERATURA		PESO		ALTURA	
TIPO SANGÜÍNEO		HEMÁCIAS		HEMOGLOBINA		HEMATÓCRITO		GLICEMIA		URÉIA		OUTROS	
		URINA											
AP. RESPIRATÓRIO								ASMA		BRONQUITE			
AP. CIRCULATÓRIO								ELETROCARDIOGRAMA					
AP. DIGESTIVO				DENTES		PESCOÇO		AP. URINÁRIO					
ESTADO MENTAL				ATARÁXICOS		CORTICOIDES		ALERGIA		HIPOTENSORES			
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO								ESTADO FÍSICO		RISCO			
ANESTESIAS ANTERIORES													
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA						APLICADA		AS		EFEITO			



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: Rogério Lopes da Silva DV - 02/05/1983		GOVERNO DA PARAIBA	
QI	LÊITE 04	CONVÊNIO NIS	REGISTRO 1543632
CIRURGIA Tr. cirúrgico primária de torno gelo esquerdo		CIRURGIÃO Dr. Julio	
ANESTESIA Raque		ANESTESIA Dr. Wanderley	
INSTRUMENTADORA Andre	DATA 17/11/17	INÍCIO 09:50	FIM 10:40
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		CÓDIGO	

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.	01		Calgut cromado Sertix	
	Atropina amp.			Calgut cromado Sertix	
	Diazepam amp.	05		Calgut cromado Sertix	
01	Dimpre amp.			Calgut Simples	
	Dolantina amp.			Calgut Simples Sertix	
01	Eribond			Calgut Simples Sertix	
	Fenegan amp.			Calgut Simples Sertix	
	Fentanil ml			Cera pl/ osso	
	Inova ml			Ethibond	
	Ketalar ml			Ethibond	
01	Medicina Pesada			Ethibond	
	Nubain amp.			Fio de Algodão Sertix	
	Pavulon amp.			Fio de Algodão Sertix	
	Protigmine amp.	0.5		Fio de Algodão Sutupak	
	Protóxido l/m	0.5		Fio de Algodão Sutupak	
	Quelicin ml			Fila cardíaca	
	Rapifen amp.			Mononylon	
	Thionembul ml			Mononylon 2-0	
	Tracrium amp.		02	Prolene Sertix	
Qtd.	MEDICAÇÕES	02		Prolene Sertix	
02	Água Destilada amp.			Prolene Sertix	
	Decadron amp.			Prolene Sertix	
02	Dipirona amp.			Vicryl Sertix	
	Flaxidol amp.			Vicryl Sertix	
	Flebocortid amp.	03		Vicryl Sertix	
	Geramicina amp.	02			
	Glicose amp.				
	Glucon de Cálcio amp.				
	Haemacel ml	0.5			
	Heparema ml				
	Kanakion amp.				
	Lasix amp.	05			
	Medrotinazol.	02			
	Plasil amp.	02			
	Prolamina	02			
	Revivan amp.				
	Stuplanon amp.				
02	Cefazolin				
02	Levofloxacin				
01	nausedron				
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES				
	Aguilha desc. 25 x 12				
	Aguilha desc. 28 x 28				
	Aguilha desc. 3 x 4.5	05			
01	Aguilha pl/ raque nº 25	02			
0.5	Alcool de Enfermagem 70%				
	Alcool iodado ml				
03	Ataduras de Crepon 20cm ...				
	Ataduras de Gessada				
	Azul metileno amp.				
	Benzina ml				

Qtd.	SOROS	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE
	SG Normotérmico fr 500 ml		
	SG Gelado fr 500 ml		
	SG Hipertérmico fr 500 ml		
	SG Ringr fr 500 ml		
	SG fr 500 ml		
01	SG fr 500 ml		
02	SG fr 500 ml		
Qtd.	ORTESE E PRÓTESE		
	material usado da TH		
	COMPREV		
	COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.		

Qtd.	EQUIPAMENTOS	Qtd.	EQUIPAMENTOS
	31 JAN 2018		
	PROTÓCOLO		
	AG. JOÃO PESSOA		
	(x) Oxímetro de pulso		
	() Soro		
	() Desfibrilador		
	(x) Foco Frontal		
	() Fonte de Luz		
	(x) Cardiomonitor		
	(x) Perfurador Elétrico		

CIRCULANTE RESPONSÁVEL
Vania Silva Santos
 TEC. **COMPREV**
 COREMOR 191257



PEDIDO DE FATURAMENTO

NOME DO HOSPITAL

HOSPITAL DE INSURUA

CIDADE

C. CRUZE

TEL / FAX / E-MAIL

NOME DO PACIENTE

ROGERIO LOPES DA SILVA

Nº DO PRONTUÁRIO

1541692

Nº AL.H

COD. PROCEDIMENTO

CONVÊNIO

PROCEDIMENTO REALIZADO

Trat. Cirúrg. de fraturas de Tornozelo

PRODUTO

REF.

QUANT.

COD. ROMP.

Placa 3.5 Tornozelo 07F.
Par. Portais 35 x 18

01

03

DATA DA UTILIZAÇÃO

17/11/2017

DATA DA COMUNICAÇÃO

MEDICO RESPONSÁVEL CRM

Dr. Ricardo Aguiar +
Dr. Julio Cesar

OBSERVAÇÕES

Qx 3.5 TOL RB

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

31 JAN. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

[Assinatura]

Dr. Julio Cesar Castro
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PE-9965





GOVERNO
DA PARAÍBA

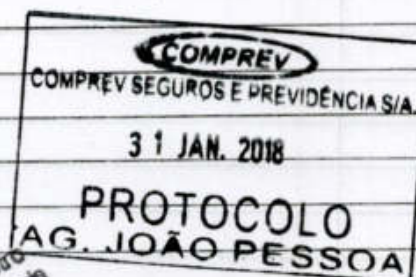
SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Nome do Paciente		Nº Prontuário	
Rogério Lopes de Silva			
Data da Operação	Enf.	Leito	
17/11/17	Ortop 2	Extra 1	
Operador	1º Auxiliar	2º Auxiliar	
Dr. Ricardo Amorim	Dr. João Cesar (MR)		
3º Auxiliar	Instrumentador		
	André		
Anestesia	Tipo de Anestesia		
Diagnóstico Pré-Operatório			
Fr. T.N.Z. E			
Tipo de Operação			
Osteossíntese			
Diagnóstico Pós-Operatório			
O mesmo			
Relatório Imediato da Patologia			
Exame Radiológico no Ato			
NS			
Acidente Durante a Operação			
NS			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras

1) Paciente em ODL sob anestesia
2) Assépsia + Antissepsia + Campos estéril
3) Incisão lateral T.N.Z. e por planos + Hemostasia
4) Redução cruenta de fr. de fratura + fixação
com placa targa tubular 3 furos posterior + 3 parafusos
corticais proximais.
5) Ligeira fr. (15F 0,9%).
6) Sutura por planos
7) Curativo



Dr. João Cesar Castro
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PB-9865

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 05/11/2020 10:23:17

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110510231757700000034638399>

Número do documento: 20110510231757700000034638399

GOVERNO
DA PARAIBA

ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIS
GONZAGA FERNANDES
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

Sr(a):	ROGERIO LOPES SILVA	Protocolo:	0000369052	RG:	NÃO INFORMADO
Dia(a):	FABIO DE MOURA SPA	Data:	13-11-2017 10:52	Origem:	AREA AMARELA
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade:	34 anos	Destino:	Leito - 08

TEMPO DE SANGRAMENTO..... 2'00''

[DATA DA COLETA: 13/11/2017 11:23]

Materiais: Sangue

Método: Duke

Valores de Referência:
De 1 a 3 minutos

TEMPO DE COAGULACAO..... 8'00'' min

[DATA DA COLETA: 13/11/2017 11:23]

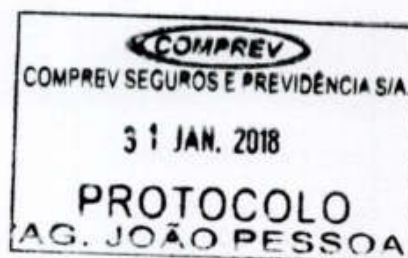
Materiais: Sangue

Método: Lee-White

Valores de Referência:
De 5 a 11 minutos

Carlos Felipe Souza de Miranda Bolyne
Biomédico
CRM 5405

Enviado em 13/11/2017 12:25 - Página 3 de 3





Sr(a): ROGERIO LOPES SILVA Protocolo: 0000369052 RG: NÃO INFORMADO
Dr(a): FABIO DE MOURA SPA Data: 13-11-2017 10:52 Origem: AREA AMARELA
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES Idade: 34 anos Destino: Leito - 08

GLICOSE (JEJUM)..... 82 mg/dl

[DATA DA COLETA: 13/11/2017 11:23]

Material: Plasma

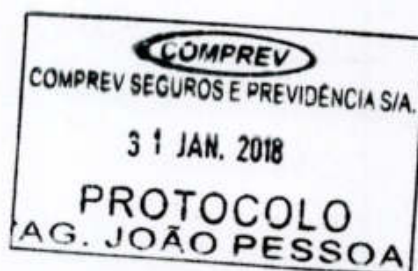
Método: Automatizado CM 200 WIENER

Valores de Referência:

Pré-termo...: 20 a 60 mg/dL - Crianças.....: 60 a 100 mg/dL
Termo.....: 30 a 60 mg/dL - Adultos.....: 60 a 109 mg/dL
1 a 5 dias...: 40 a 80 mg/dL - 60 anos e mais: 80 a 115 mg/dL
NOVA CATEGORIA - Glicose alterada de jejum...: 110 a 125 mg/dL
Diabetes Mellitus: Maior ou igual que 126 mg/dL.
NOTA: Estes critérios seguem a nova classificação para Diabetes Mellitus da Associação Americana de Diabetes - Boston 1997, e se alterados devem ser confirmados com uma nova coleta.

Carlos Felipe Souza de Miranda Botelho
Biomédico
CRM 5495

Emissão: 13/11/2017 12:28 - Página 1 de 3

PNCQ
Programa Nacional
de Controle de Qualidade

Sr(a): ROGERIO LOPES SILVA
Dr(a): FABIO DE MOURA SPA
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDESProtocolo: 0000369052
Data: 13-11-2017 10:52
Idade: 34 anosRG: NÃO INFORMADO
Origem: AREA AMARELA
Destino: Leito - 08

HEMOGRAMA

[DATA DA COLETA: 13/11/2017 11:19]

Resultados

Valores de Referências

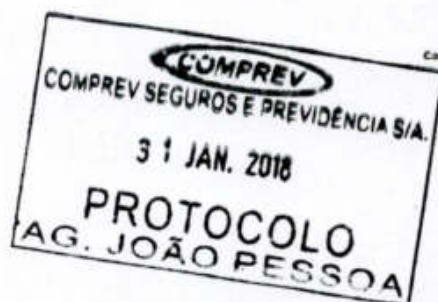
SÉRIE VERMELHA

Eritrócitos.....	4.69 milhões/mm ³	4,2 a 6,0 milhões/mm ³
Hemoglobina.....	14,2 g/dL	13,5 a 16,0 g/dL
Hematócrito.....	42 %	40,0 a 52,5 %
V.C.M.....	90 fL	82,0 a 92,0 fL
H.C.M.....	30 pg	27,0 a 31,0 pg
C.H.C.M.....	34 g/dL	32,9 a 36,0 g/dL

SÉRIE BRANCA

Leucócitos.....	8.700 /mm ³	5.000 a 10.000 /mm ³
	(%)	(/mm ³)
Neutrófilos.....	0	0
Promielócitos.....	0	0
Mielócitos.....	0	0
Metamielócitos.....	0	0
Bastonetes.....	3,0	261
Segmentados.....	74,0	6.438
Eosinófilos.....	2,0	174
Basófilos.....	0	0
Linfócitos.....	18,0	1.566
Típicos.....		
Atípicos.....	0	0
Monócitos.....	3,0	261
CONTAGEM DE PLAQUETAS.....	180.000 mm ³	140.000 a 400.000 mm ³

OBSERVAÇÕES..... Contagens repetidas e confirmadas.

Carlos Felipe Souza de Almeida Brito
Biomédico
CRM 5409

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Rogério Lopes da Silva Registro: _____ Leito: Ex. 3 Setor Atual: Out. II

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: 36.5°C; P: _____ bpm; FR: 12 irpm; PA: 130/80 mmHg; FC: _____ bpm; SPO2: _____ %

HGT: _____ mg/dl; Peso: _____ Kg; Altura: _____ cm Dor: () Local: _____ Obs.: _____

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: (X) Consciente (X) Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outro

GLASGOW(3-15): _____

Drogas (Sedação/Analgesia): _____

Pupilas: (X) Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () Midríaticas

Mobilidade Física: () Preservada () Paresia () Plegia () Parestesia Local: _____

Linguagem: () Qual? () Disfonia () Afasia () Disfasia () Disartria.

Obs: _____

OXIGENAÇÃO

Respiração: (X) Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % l/min () Traqueostomia () Arco/Tubo T

() VMNI () VMI TOT nº _____ Comissura labial nº _____ FIO2 % PEEP _____ cmH2O

(X) Eupnéia: () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispnéia () Outros: _____

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: () Diminuídos () D () E

Ruídos adventícios: () Roncos () Sibilos () Estridor () Outros: _____

Tosse: () Improdutiva () Produtiva Expectoração: () Quantidade e aspecto: _____

Aspiração: Quantidade e aspecto: _____

Dreno de tórax: () D () E () Selo d'água: _____

Data da inserção do dreno / / Aspecto da drenagem torácica: _____

Gasometria arterial: PH _____ PCO2 _____ PO2 _____ HCO3 _____ EB _____ SpO2 _____ Data: ____/____/____ Hora: _____

PERCEÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

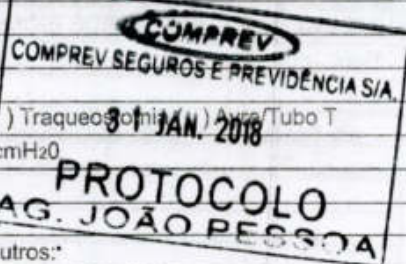
Alteração: () Visão () Audição () Tato () Olfato () Paladar Observação: _____

SEGURANÇA FÍSICA

(X) Tranquilo () Agitado () Agressivo () Risco de queda. Observação: _____

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

Pulso: (X) Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme () Cheio.



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Rogério Lopes da Silva Registro: 2424 Leito: 2 Setor Atual: OUT JJ

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: irpm; PA: mmHg; FC: bpm; SPO2: %

HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm Dor: () Local: Obs.:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: ☒ Consciente ☒ Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outro

GLASGOW(3-15):

Drogas (Sedação/Analgesia):

Pupilas: ☒ Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () MidríaticasMobilidade Física: ☒ Preservada () Paresia () Plegia () Parestesia Local:

Linguagem: () Qual? () Disfonia () Afasia () Disfasia () Disartria.

Obs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: ☒ Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % l/min

() VMNI () VMI TOT nº Comissura labial nº FIO2 % PEEP cmH2O

() Eupnéia; () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispnéia () Outros:

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: () Diminuídos () D () E

Ruídos adventícios: () Roncos () Sibilos () Estridor () Outros:

Tosse: () Improdutiva () Produtiva Expectorção: () Quantidade e aspecto:

Aspiração: Quantidade e aspecto:

Dreno de tórax: () D () E () Selo d'água.

Data da inserção do dreno / / Aspecto da drenagem torácica:

Gasometria arterial: PH PCO₂ PO₂ HCO₃ EB SpO₂ Data: / / Hora:

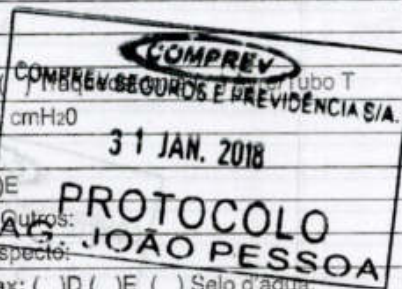
PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração: () Visão () Audição () Tato () Olfato () Paladar Observação:

SEGURANÇA FÍSICA

() Tranquilo () Agitado () Agressivo. () Risco de queda. Observação:

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

Pulso: ☒ Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme () Cheio.

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

IDENTIFICAÇÃO

Nome: Rogério Lopes Registro: Leito: 61 Setor Atual: PH-11

AValiação GERAL

Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: irpm; PA: mmHg; FC: bpm; SPO2: %

HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm Dor: () Local: Obs.:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: ☒ Consciente ☒ Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outro

GLASGOW(3-15): Drogas (Sedação/Analgesia):

Pupilas: ☒ Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () Midríaticas

Mobilidade Física: ☒ Preservada () Paresia () Plegia () Parestesia Local:

Linguagem: () Qual? () Disfonia () Afasia () Disfasia () Disartria.

Obs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: ☒ Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % l/min () Traqueostomia/Tubo I

() VMNI () VMI TOT nº Comissura labial nº FIO2 % PEEP COMAREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

☒ Eupnéia: () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispnéia () Outros:

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: () Diminuídos () D () E

Ruidos adventícios: () Roncos () Sibilos () Estridor () Outros:

Tosse: () Improdutiva () Produtiva

Expectoração: () Quantidade e aspecto:

Aspiração: Quantidade e aspecto:

Dreno de torax:

Data da inserção do dreno / / Aspecto da drenagem torácica:

Gasometria arterial: PH PCO2 PO2 HCO3 EB SpO2 Data: / / Hora:

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

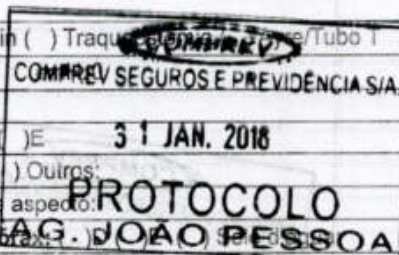
Alteração: () Visão () Audição () Tato () Olfato () Paladar Observação:

SEGURANÇA FÍSICA

☒ Tranquilo () Agitado () Agressivo. () Risco de queda: Observação:

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

Pulso: ☒ Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme () Cheio.



Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

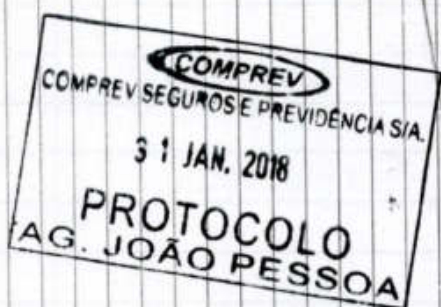
Paciente	Rogério de Silva	Alojamento	8	Leito		Convênio	
----------	------------------	------------	---	-------	--	----------	--

Data	Prescrição Médica	SNO	Horário	Evolução Médica
------	-------------------	-----	---------	-----------------

04/11/2017	Dr. Rogério de Silva	ST	12:18 00:06	Dr. Rogério de Silva
------------	----------------------	----	-------------	----------------------

Dr. Rogério de Silva
Médico

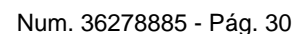
Dr. Rogério de Silva
Médico



⑧

CD/FR:
CD/FR:
CD/FR:
CD/FR:
CD/FR:
CD/FR:
CD/FR:
CD/FR:
CD/FR:
CD/FR:
CD/FR:
CD/FR:
CD/FR:
CD/FR:
CD/FR:

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
31 JAN. 2018
PROTOCOLO
TAG. JOÃO PESSOA



FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Diagnóstico

Paciente Yogilho boque Alojamento K-1 Leito 1 Convênio

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
19/11	Dr. Wagner Falcão COORDENADOR DE TRAUMATOLOGIA CRM: 011.8543	06h	19.11.2018
		08h	
		10h	
		12h	
		14h	
		16h	
		18h	
		20h	
		22h	
		00h	
		02h	
		04h	
		06h	
		08h	
		10h	
		12h	
		14h	
		16h	
		18h	
		20h	
		22h	
		00h	
		02h	
		04h	
		06h	
		08h	
		10h	
		12h	
		14h	
		16h	
		18h	
		20h	
		22h	
		00h	
		02h	
		04h	
		06h	
		08h	
		10h	
		12h	
		14h	
		16h	
		18h	
		20h	
		22h	
		00h	
		02h	
		04h	
		06h	
		08h	
		10h	
		12h	
		14h	
		16h	
		18h	
		20h	
		22h	
		00h	
		02h	
		04h	
		06h	
		08h	
		10h	
		12h	
		14h	
		16h	
		18h	
		20h	
		22h	
		00h	
		02h	
		04h	
		06h	
		08h	
		10h	
		12h	
		14h	
		16h	
		18h	
		20h	
		22h	
		00h	
		02h	
		04h	
		06h	
		08h	
		10h	
		12h	
		14h	
		16h	
		18h	
		20h	
		22h	
		00h	
		02h	
		04h	
		06h	
		08h	
		10h	
		12h	
		14h	
		16h	
		18h	
		20h	
		22h	
		00h	
		02h	
		04h	
		06h	
		08h	
		10h	
		12h	
		14h	
		16h	
		18h	
		20h	
		22h	
		00h	
		02h	
		04h	
		06h	
		08h	
		10h	
		12h	
		14h	
		16h	
		18h	
		20h	
		22h	
		00h	
		02h	
		04h	
		06h	
		08h	
		10h	
		12h	
		14h	
		16h	
		18h	
		20h	
		22h	
		00h	
		02h	
		04h	
		06h	
		08h	
		10h	
		12h	
		14h	
		16h	
		18h	
		20h	
		22h	
		00h	
		02h	
		04h	
		06h	
		08h	
		10h	
		12h	
		14h	
		16h	
		18h	
		20h	
		22h	
		00h	
		02h	
		04h	
		06h	
		08h	
		10h	
		12h	
		14h	
		16h	
		18h	
		20h	
		22h	
		00h	
		02h	
		04h	
		06h	
		08h	
		10h	
		12h	
		14h	
		16h	
		18h	
		20h	
		22h	
		00h	
		02h	
		04h	
		06h	
		08h	
		10h	
		12h	
		14h	
		16h	
		18h	
		20h	
		22h	
		00h	
		02h	
		04h	
		06h	
		08h	
		10h	
		12h	
		14h	
		16h	
		18h	
		20h	
		22h	
		00h	
		02h	
		04h	
		06h	
		08h	
		10h	
		12h	
		14h	
		16h	
		18h	
		20h	
		22h	
		00h	
		02h	
		04h	
		06h	
		08h	
		10h	
		12h	
		14h	
		16h	
		18h	
		20h	
		22h	
		00h	
		02h	
		04h	
		06h	
		08h	
		10h	
		12h	
		14h	
		16h	
		18h	
		20h	
		22h	
		00h	
		02h	
		04h	
		06h	
		08h	
		10h	
		12h	
		14h	
		16h	
		18h	
		20h	
		22h	
		00h	
		02h	
		04h	
		06h	
		08h	
		10h	
		12h	
		14h	
		16h	
		18h	
		20h	
		22h	
		00h	
		02h	
		04h	
		06h	
		08h	
		10h	
		12h	
		14h	
		16h	
		18h	
		20h	
		22h	
		00h	
		02h	
		04h	
		06h	
		08h	
		10h	
		12h	
		14h	
		16h	
		18h	
		20h	
		22h	
		00h	
		02h	
		04h	
		06h	
		08h	
		10h	
		12h	
		14h	
		16h	
		18h	
		20h	
		22h	
		00h	
		02h	
		04h	
		06h	
		08h	
		10h	
		12h	
		14h	
		16h	
		18h	
		20h	
		22h	
		00h	
		02h	
		04h	
		06h	
		08h	
		10h	
		12h	
		14h	
		16h	
		18h	
		20h	
		22h	
		00h	
		02h	
		04h	
		06h	
		08h	
		10h	
		12h	
		14h	
		16h	
		18h	
		20h	
		22h	
		00h	
		02h	
		04h	
		06h	
		08h	
		10h	
		12h	
		14h	
		16h	
		18h	
		20h	
		22h	
		00h	
		02h	
		04h	
		06h	
		08h	
		10h	
		12h	
		14h	
		16h	
		18h	
		20h	
		22h	
		00h	
		02h	
		04h	
		06h	
		08h	
		10h	
		12h	
		14h	
		16h	
		18h	
		20h	
		22h	
		00h	
		02h	
		04h	
		06h	
		08h	
		10h	
		12h	
		14h	
		16h	
		18h	
		20h	
		22h	
		00h	
		02h	
		04h	
		06h	
		08h	
		10h	
		12h	
		14h	
		16h	
		18h	
		20h	
		22h	
		00h	
		02h	
		04h	
		06h	
		08h	
		10h	
		12h	
		14h	
		16h	
		18h	
		20h	
		22h	
		00h	
		02h	
		04h	
		06h	
		08h	
		10h	
		12h	
		14h	
		16h	
		18h	
		20h	
		22h	
		00h	
		02h	
		04h	
		06h	
		08h	
		10h	
		12h	
		14h	

Diagnóstico

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA

DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

F. 402.

Paciente
Data

Prescrição Médica

Horário

Enfermaria

Leito

Evolução Médica

Dieta livre

~~SN 0,5% 1500 ml EV em 24hs~~

Dipirona 2ml + AD EV 6/6hs

Omeprazol 40 mg EV / dia

Tilatil 20mg EV 12/12hs

~~Tilatil 40mg EV 8/8hs SN~~

Plasil 2ml + AD EV 8/8hs SN

~~Chlorazepato 5mg 4/dia~~

SSV + CCGG

Dr. Edilson
Oliveira
Cirurgião Geral

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
31 JAN. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

UPIN

Assunto: Atual
Assunto: Atual
Assunto: Atual

Dr. Edilson
Oliveira
Cirurgião Geral

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.
31 JAN. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.
31 JAN. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Pcte comarcado Oriente

16/11/19

PA 130x8,0
cuidados de Enq.

[Handwritten signature]



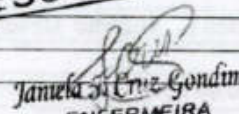
COMPREV
 COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.
 31 JAN. 2018
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA

Recife, 30 de Janeiro de 2018.
Assis
Observações Enfermagem
Diurese
PA
K
P
T
Hora
15/11
13:30



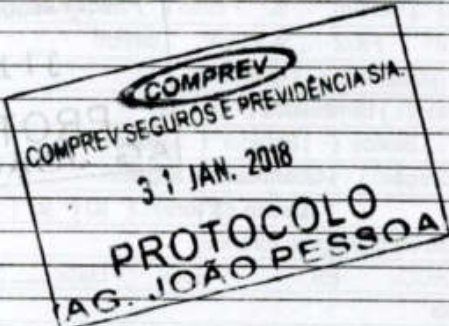
Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
24.11	09:00				140 90		Peto realizado os procedimentos de Enfermagem realizado em Segue sem Imobilização deixar as intencionalmente 50% unidades da equipe.	959.11

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.
31 JAN. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: <input checked="" type="checkbox"/> ≤ 3 segundos; () > 3 segundos. () Turgência jugular: ()	
Drogas vasoativas: () Quais? Precordialgia ()	
Ausculta cardíaca: () Rítmica () Arritmica () Sopros () Outros. Marcapasso: () Transitório () Definitivo	
Cateter vascular: <input checked="" type="checkbox"/> Periférico () Central () Dissecção. Localização: <u>MSD</u> Data da punção <u>17/11/17</u>	
Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
Tipo somático: <input checked="" type="checkbox"/> Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.	
Dentição: () Completa () Incompleta () Prótese.	
Alimentação: <input checked="" type="checkbox"/> VO () SNG () SNE () Gastronomia () Jejunostomia () NPT; Hora: _____ Data: ____/____/____	
Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar <input checked="" type="checkbox"/> Vômito () Pirose () Outros:	
Abdômen: <input checked="" type="checkbox"/> Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:	
RHA: <input checked="" type="checkbox"/> Normoativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados	
Eliminação intestinal: <input checked="" type="checkbox"/> Normal () Líquida () Constipado há _____ dias () Outros:	
Eliminação urinária: <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematúria () SVD: Débito _____ ml/h;	
Aspecto: () Outros: _____ Observações: _____	
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Íntegra () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outro:	
Coloração da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica Turgor da pele: () Preservado	
Condições das mucosas: <input checked="" type="checkbox"/> Úmidas () Secas Manifestações de sede: ()	
Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto: _____ Curativo em: ____/____/____	
Dreno: () Tipo/Aspecto: _____ Débito: _____ Retirado em: ____/____/____	
Úlcera de pressão: () Estágio: _____ Local: _____ Descrição: _____ Curativo: ____/____/____	
CUIDADO CORPORAL	
Cuidado corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Independente () Dependente () Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória () Insatisfatória Higiene Corporal: () Satisfatória () Insatisfatória.	
Limitação física: <input checked="" type="checkbox"/> Acamado () Cadeira de rodas () Outro:	
SONO E REPOUSO	
<input checked="" type="checkbox"/> Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono Interrompido. Observações:	
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	
Comunicação: <input checked="" type="checkbox"/> Preservada () Prejudicada Sentimentos e comportamentos: () Cooperativo () Medo:	
() Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:	
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS	
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE	
Tipo: () Praticante () Não praticante. Observações:	
INTERCORRÊNCIAS	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; transform: rotate(-5deg); display: inline-block;"> COMPREV COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A. 31 JAN. 2018 PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA </div>	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:	<div style="text-align: right;">  Janiele Cruz Gondim ENFERMEIRA COREN PB 508.860 </div>
DATA:	<u>17/11/17</u>
HORA:	<u>17:00</u> h

FONTE: BORDINHÃO, R.C. Coleta de dados por meio de grupo focal. Porto Alegre (2009).

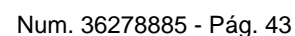


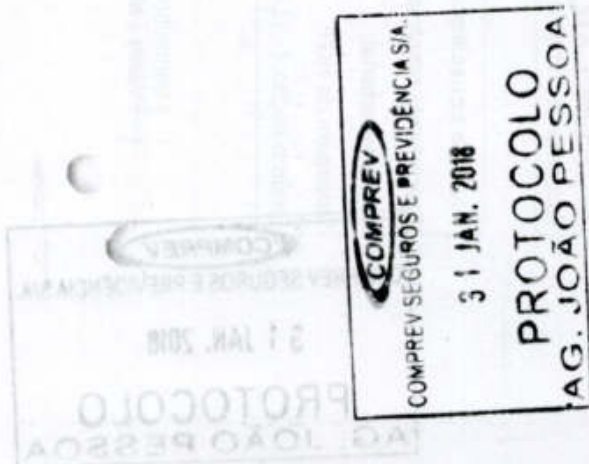
Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: () ≤ 3 segundos, () >3 segundos. () Turgência jugular: ()	
Drogas vasoativas: () Quais?	Precordialgia ()
Ausculta cardíaca: () Rítmica () Arritmica () Sopros () Outros. Marcapasso: () Transitório () Definitivo	
Cateter vascular: <input checked="" type="checkbox"/> Periférico () Central () Dissecção. Localização: <u>MSG</u>	Data da punção: <u>16/11/17</u>
Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
Tipo somático: <input checked="" type="checkbox"/> Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.	
Dentição: () Completa () Incompleta () Prótese.	
Alimentação: <input checked="" type="checkbox"/> VO () SNG () SNE () Gastronomia () Jejunostomia () NPT; Hora: Data: ____/____/____	
Alterações: <input checked="" type="checkbox"/> Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:	
Abdômen: () Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:	
RHA: () Normoativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados	
Eliminação intestinal: <input checked="" type="checkbox"/> Normal () Líquida () Constipado há ____ dias () Outros:	
Eliminação urinária: <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematúria () SVD: Débito ____ ml/h;	
Aspecto: () Outros:	Observações:
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Íntegra () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outro:	
Coloração da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica	Turgor da pele: () Preservado
Condições das mucosas: () Úmidas () Secas Manifestações de sede: ()	
Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto:	Curativo em: ____/____/____
Dreno: () Tipo/Aspecto:	Débito: Retirado em: ____/____/____
Úlcera de pressão: () Estágio: Local: Descrição:	Curativo: ____/____/____
CUIDADO CORPORAL	
Cuidado corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Independente () Dependente () Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória () Insatisfatória	Higiene Corporal: () Satisfatória () Insatisfatória.
Limitação física: () Acamado () Cadeira de rodas () Outro:	
SONO E REPOUSO	
<input checked="" type="checkbox"/> Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono Interrompido. Observações:	
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	
Comunicação: <input checked="" type="checkbox"/> Preservada () Prejudicada	Sentimentos e comportamentos: () Cooperativo () Medo:
() Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:	
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS	
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE	
Tipo: () Praticante () Não praticante. Observações:	
INTERCORRÊNCIAS	
	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:	DATA: <u>16/11/17</u> HORA: <u>11:30</u> h

FONTE: BORDINHÃO, R.C. Coleta de dados por meio de grupo focal. Porto Alegre (2009).



FONTE: BORDINHÃO, R.C; Colela de dados por meio de grupo focal. Porto Alegre (2009).





CÓPIA DIGITALIZADA NO SAME
CONFERE COM O ORIGINAL
21/11/2018
ASS. Suelio



EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

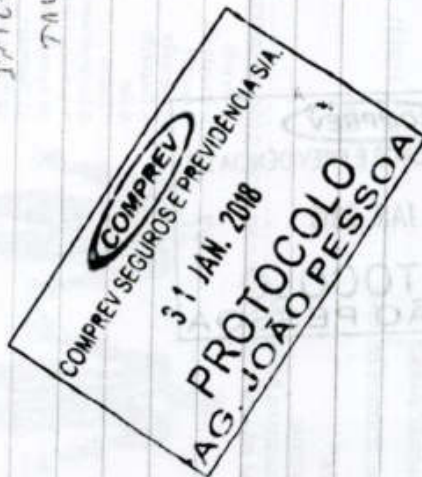
09/201010

FARMACOLOGIA

FARMACOLOGIA

FARMACOLOGIA

FARMACOLOGIA



Fábio de Moura Spá
-patia e Traumatologia
CRM-200 4419

DESTINO DO PACIENTE / / às : hs.

() Centro cirúrgico

() Internação (setor)

() Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL

() Alta hospitalar / () Já revela

() Decisão Médica

() Óbito

Dr. Fábio de Moura Spá
Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

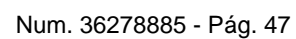
SERVIÇOS REALIZADOS:

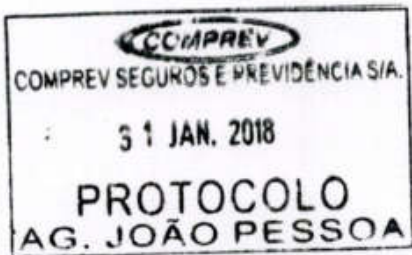
CÓDIGO/PROCEDIMENTO

CBO

IDADE

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
31 JAN. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA





CONTRAN		DENATRAN	
REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTERIO DAS CIDADES		DETTRAN - PB CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEICULO	
VALDIR PEREIRA		Nº 013027204180	
CPF / CNPJ		R.N.T.C. EXERCÍCIO	
27465411491		0018199908-0 00/00000000 2016	
PLACA ANT / UF		PLACA	
NOVO PB		MOB7290/PB	
CHASSI		9C2J1C4210AR105545	
PAS/MOTONEVA/NAO APLIC		GASOLINA	
MARCA / MODELO		ANO FAB. / ANO MOD.	
HONDA / BIZ 125 KS		2009 / 2010	
CIP / NOT / CL		CATEGORIA	
2 P/124 /CI		PARTIC	
DOTA UNICA		DOTA UNICA	
00/00/0000		1º	
P		V	
*****		*****	
0 PARCELA / DOTA		2º	
A		3º	
PREMIO TARIFARIO		PREMIO TOTAL (R\$)	
0		10/02/2017	
A.F. ADM DE COM NACION HONDA LTDA		DATA DE PAGAMENTO	
NÃO VALIDO PARA TRANS FERENCEA 0		16471	
CAMPINA GRANDE - PB		10/02/2017	
12424		16471	

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 013027204180 BILHETE DE SEGURO DPVAT	
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA	
www.seguradoralider.com.br	
SAC DPVAT 0800 022 1204	
27465411491	
00181999080	
HONDA / BIZ 125 KS	
2009	
9	
9C2J1C4210AR105545	
MOB7290/PB	
2016	
10/02/2017	
PREMIO TARIFARIO	
0	
PREMIO TOTAL (R\$)	
0	
DATA DE PAGAMENTO	
10/02/2017	
16471-1214254-20170210	
16471-1214254-20170210	

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): **ROGERIO LOPES DA SILVA** Sinistro: **3180056999** Data: **12/11/2017**

Endereço do(a) Examinado(a): **Rua Almirante Barroso, 284, BLLAP410 - Liberdade - Campina Grande - PB - CEP 58414-200**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**ssp / PB**] **3044180**

Data local do exame: [**22/02/2018**] **Campina Grande** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO. CICATRIZ EM FACE LATERAL DE TORNOZELO ESQUERDO. ARCO DE MOVIMENTO ANATÔMICO. SEM ATROFIAS E RETRAÇÕES.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
ACIDENTE DE MOTO NO DIA 12/11/2017, ENCAMINHADO PARA HOSPITAL DE TRAUMA DE CAMPINA GRANDE. SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO CERCA DE 5 DIAS APOS INTERNAMENTO. ACOMPANHADO EM AMBULATÓRIO. RECEBEU ALTA.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [] Sim [**X**] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opção no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

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

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

() "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

(**X**) "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

() "Exame não permite conclusão"
Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

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



Rodrigo Porto Amorim Guedes - CRM: 6321 - PB



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180056999 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ROGERIO LOPES DA SILVA **Data do acidente:** 12/11/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/02/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA NO TORNOZELO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: DEPENDE DE PERÍCIA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: APRESENTAR LAUDO DO IML COMPLEMENTAR

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: DORIAN BRAGA SARAIVA

CRM do médico: 52.32571-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

Dorian Braga Saraiva



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180056999 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ROGERIO LOPES DA SILVA **Data do acidente:** 12/11/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO

Descrição do exame médico pericial: CICATRIZ EM FACE LATERAL DE TORNOZELO ESQUERDO. ARCO DE MOVIMENTO ANATÔMICO. SEM ATROFIAS E RETRAÇÕES.

Resultados terapêuticos: ACIDENTE DE MOTO NO DIA 12/11/2017, ENCAMINHADO PARA HOSPITAL DE TRAUMA DE CAMPINA GRANDE. SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO CERCA DE 5 DIAS APOS INTERNAMENTO. ACOMPANHADO EM AMBULATÓRIO. RECEBEU ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data da perícia: 22/02/2018

Conduta mantida:

Observações: Procedida avaliação médica na cidade de Campina Grande.

Médico examinador: Rodrigo Porto Amorim Guedes

CRM do médico: 6321

UF do CRM do médico: PB

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: SILVIO SZTRAJTMAN

CRM do médico: 40115

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:

