Em caso de dúvidas, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br**. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

**Rio de Janeiro, 15 de Outubro de 2019**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190578904** **Vítima: FABIO JUNIOR DE BRITO**

**Data do Acidente: 17/04/2019** **Cobertura: INVALIDEZ**

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

**Senhor(a), FABIO JUNIOR DE BRITO**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 00717/00718 - carta_01 - INVALIDEZ
00020359
Carta nº 14966777

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br**. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

**Rio de Janeiro, 27 de Outubro de 2019**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190578904** **Vítima: FABIO JUNIOR DE BRITO**

**Data do Acidente: 17/04/2019** **Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), FABIO JUNIOR DE BRITO**

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

| | |
|---|---|
| Multa: | R$ 0,00 |
| Juros: | R$ 0,00 |
| Total creditado: | R$ 1.687,50 |

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

Recebedor: **FABIO JUNIOR DE BRITO**
Valor: **R$ 1.687,50**
Banco: **237**
Agência: **000000793-5**
Conta: **000000581696-3**
Tipo: **CONTA CORRENTE**

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 01167/01168 - carta_15R - INVALIDEZ
00110584

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:
CPF da vítima: 063.072.704-03
Nome completo da vítima: Fabio Junior de Brito.

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

DADOS CADASTRAIS

Nome completo: Fabio Junior de Brito
CPF: 063.072.704-03
Profissão: Recuso
Endereço: Sítio Boa Água
Número: S/N
Complemento: Casa
Bairro: Área Rural
Cidade: Barra de Santa Rosa
Estado: PB
CEP: 58170-000
E-mail:
Tel.(DDD): (83) 987088728

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

**RENDA MENSAL:**
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R$1.000,00 ☐ R$3.001,00 ATÉ R$5.000,00 ☐ R$7.001,00 ATÉ R$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R$1.001,00 ATÉ R$3.000,00 ☐ R$5.001,00 ATÉ R$7.000,00 ☐ ACIMA DE R$10.000,00

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

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

☒ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Bradesco
AGÊNCIA: 0793 ☐ (informar o dígito se existir) CONTA: 0585696 3 (informar o dígito se existir)

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

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

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

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
25 JUN. 2019
PROTOCOLO
JOÃO PESSOA

MORTE

**DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE**

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo
Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:
Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não
Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não
Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos:
Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não
Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data, Barra de Santa Rosa, 22/06/19
Nome:
CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Fabio Junior de Brito
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

**TESTEMUNHAS**
1º | Nome:
CPF:
Assinatura

2º | Nome:
CPF:
Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)
Assinatura do Procurador (se houver)

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

bradesco

Autoatendimento
Deposito em Conta Corrente em Dinheiro

Banco: 237 Agencia: 5787 Maquina: 050889
Data: 17/06/2019 Hora: 15:12 N.Trans: 003912

Favorecido
Banco: 237
Agencia: 0793 / BELEM
Conta: 0581696-3

Valor do deposito: [redacted]

Titular: FABIO JUNIOR DE BRITO

Alo Bradesco
SAC - Servico de Apoio ao Cliente
Cancelamentos, Reclamacoes e Informacoes
0800 704 8383
Deficiente Auditivo ou de Fala - 0800 722 0099
Atendimento 24 horas, 7 dias por semana

Ouvidoria - 0800 727 9933
Atendimento de segunda a sexta-feira das
8h as 18h, exceto feriados.

Horario de Brasilia.

Obrigado
Tenha uma boa tarde

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
25 JUN. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Seguradora LÍDER

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: | CPF da vítima: 11134634-05 | Nome completo da vítima: LUCIANO HENRIQUE RIBEIRO DE ARAÚJO SILVA

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

DADOS CADASTRAIS

Nome completo: LUCIANO HENRIQUE RIBEIRO DE ARAÚJO SILVA | CPF: 11134634-05

Profissão: RECUSO | Endereço: RUA: IGNEYS | Número: 93 | Complemento:

Bairro: BODOCONGÓ | Cidade: CAMPINA GRANDE | Estado: PB | CEP: 58400-002

E-mail: | Tel.(DDD): (83) 3976-2728

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

**RENDA MENSAL:**

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R$1.000,00 ☐ R$3.001,00 ATÉ R$5.000,00 ☐ R$7.001,00 ATÉ R$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R$1.001,00 ATÉ R$3.000,00 ☐ R$5.001,00 ATÉ R$7.000,00 ☐ ACIMA DE R$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0737 ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: 94305 2 (Informar o dígito se existir)

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

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: ☐ (Informar o dígito se existir)

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

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

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

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 [redacted]

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

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

MORTE

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

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não | Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: | Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não | Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital (obrigatória somente para pessoas que não alfabetizadas)

Local e Data: João Pessoa, 02/09/2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

COMPREV
03 DEZ 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Assinatura do Representante Legal (se houver) | Assinatura do Procurador (se houver)

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

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

COMPREV
COMPREV PREVIDENCIA S/A
[redacted]
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

COMPREV
COMPREV PREVIDENCIA S/A
03 OUT. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
**Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência**

POLÍCIA CIVIL PARAÍBA

GOVERNO DA PARAÍBA
Secretaria de Estado da Segurança e da Defesa Social

1ª SUPERINTENDÊNCIA DELEGACIA 2ª DSPC POLÍCIA CIVIL

# CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
## Nº 06816.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu oficio e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 06816.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na integra: À(s) 12:30 horas do dia 19 de junho de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por Cristiano Cruz Cordula, Agente de Investigação, matrícula 1565699, ao final assinado, compareceu **Fabio Junior de Brito**, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro (a), profissão Agricultor, filho(a) de Avani Severina da Conceição e Severino Felix de Brito, natural de Barra de Santa Rosa/PB, nascido(a) em 26/07/1985 (33 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Sitio Boa Água, Nº S/N, tendo como ponto de referência Próximo Ao Lojão da Fábrica de Barra de Santa Rosa., na cidade de Barra de Santa Rosa/PB, telefone(s) para contato (83) 98888-0129.

**Dados do(s) Fatos:**

Local: Próximo Ao Estado Geraldão., Barra de Santa Rosa/PB, bairro [indeterminado]; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 17/04/19 20:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

QUE NO DIA, 17/04/2019, POR VOLTA DAS 20:30, O DECLARANTE CONDUZIA A MOTO - HONDA POP 101I ANO/MOD. 2017/2017 DE COR VERMELHA DE PLACA QSA0479/PB CHASSI: 9C2JB0100HR521252; DE PROPRIEDADE DE ZIVANALDO DA SILVA DANTAS, QUE ESTAVA SAINDO DO TRABALHO PARA A SUA RESIDÊNCIA, QUANDO SURGIU UMA OUTRA MOTOCICLETA NA CONTRA-MÃO QUE VEIO A COLIDIR COM A MOTO DO DECLARANTE, QUE DEVIDO AO FATO O DECLARANTE VEIO A CAIR AO SOLO E SE MACHUCAR SENDO SOCORRIDO PARA O HOSPITAL DE TRAUMA DE CAMPINA GRANDE (HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES), ONDE PASSOU POR PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA CONDILO + PALETA CONFORME RESUMO DE ALTA ASSINADO PELA DRA. ANA MARIA DA SILVA ANSELMO CRM-PB 7825.

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

João Pessoa/PB, 19 de junho de 2019.

CRISTIANO CRUZ CORDULA
Agente de Investigação

FABIO JUNIOR DE BRITO
Noticiante

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
25 JUN. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Seguradora LÍDER

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: | CPF da vítima: 11134634-05 | Nome completo da vítima: LUCIANO HENRIQUE RIBEIRO DE ARAÚJO SILVA

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

DADOS CADASTRAIS

Nome completo: LUCIANO HENRIQUE RIBEIRO DE ARAÚJO SILVA | CPF: 11134634-05

Profissão: RECUSO | Endereço: RUA: IGNEYS | Número: 93 | Complemento:

Bairro: BODOCONGÓ | Cidade: CAMPINA GRANDE | Estado: PB | CEP: 58400-002

E-mail: | Tel.(DDD): (83) 3976-2728

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

**RENDA MENSAL:**

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R$1.000,00 ☐ R$3.001,00 ATÉ R$5.000,00 ☐ R$7.001,00 ATÉ R$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R$1.001,00 ATÉ R$3.000,00 ☐ R$5.001,00 ATÉ R$7.000,00 ☐ ACIMA DE R$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0737 ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: 94305 2 (Informar o dígito se existir)

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

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: ☐ (Informar o dígito se existir)

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

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

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

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 [redacted]

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

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

MORTE

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

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não | Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: | Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não | Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital (obrigatória somente para pessoas que não alfabetizadas)

Local e Data: João Pessoa, 02/09/2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

COMPREV
03 DEZ 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Assinatura do Representante Legal (se houver) | Assinatura do Procurador (se houver)

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

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

COMPREV
COMPREV PREVIDENCIA S/A
[redacted]
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

COMPREV
COMPREV PREVIDENCIA S/A
03 OUT. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

27/06/2019 HTCO-Painel Administrativo

Paciente alérgico a (Dipirona - Ibuprofeno + estipteno)

GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

ATENDIMENTO URGÊNCIA

**PRONT (B.E) Nº:1930922** **CLASS. DE RISCO: AMARELO**

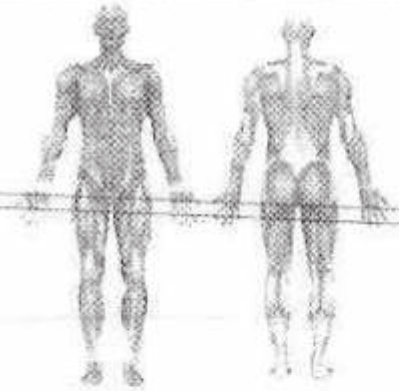
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 27/06/2019
Boletim de Emergência (B.E) – Modelo 07 Atendente : Allana Gusmao Uchoa

**PACIENTE: LUCIANO HENRIQUE RIBEIRO DE ARAUJO SILVA**
Endereço:RUA JESUINO ALVES CORREIA
Cidade: Campina Grande
Nome da Mãe: JANAINA RIBEIRO DE ARAUJO SILVA
Responsável:
Estado Civil:Solteiro(a)
Motivo: ACIDENTE DE MOTO MOTO X MOTO

CEP:58400002 Nascimento:27/03/1996
Sexo:M Telefone: 986018707
Idade:023 Bairro:JARDIM PAULISTANO
RG: Nº:493
CPF: Profissão:ATENDENTE DE TELEMAR
Data de Atend:27/06/2019 CNS:700503753457159
CONVÊNIO:SUS
Hora: 18:27:29

OBS FICHA:

**MECANISMOS DO TRAUMA**
**LOCAL DA LESÃO (Identifique o local com o número correspondente ao lado)**



1. Abrasão
2. Amputação
3. Avulsão
4. Contusão
5. Crepitação
6. Dor
7. Edema
8. Empalhamento
9. Enfisêma subcutâneo
10. Esmagamento
11. Equimose
12. F. Arma branca
13. F. Arma de fogo
14. F. Contuso
15. F. Cortante
16. F. Corto-contuso
17. F. Perfuro-contuso
18. F. Perfuro-cortante
19. Fratura ósseo fechada
20. Fratura ósseo aberta
21. Hematoma
22. Ingurgitamento Venoso
23. Laceração
24. Lesão tendinia
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento torácico paradoxal
28. Objeto Encravado
29. Otorragia
30. Parabizia
31. Paresia
32. Parestesia
33. Queimadura
34. Rinorragia
35. Sinais de Isquemia
36.

OBS:

**QUEIMADURA:**
**Superfície corporal lesada =** _____ % **Grau** ( ) 1º Grau ( ) 2º Grau ( ) 3º Grau
**DIGNOSTICO / CID:**
T02.1 - RADIO ALSTA 2 (E)

**EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS**

Pct vítima de queda de motocicleta há ± 30' c/d 2 + edema em punho (E) + joelho (D)
Cd: RX

**ALERGIA:** Dipirona, Ibuprofeno, Profenid
**MEDICAMENTOS:**
**PATOLOGIAS:** CO: Tratamento p/ TTO cirurgia + estabilização
**EXAME FÍSICO**

**PUPILAS** ( ) Fotorreagentes ( ) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( ) _____

**Glasgow** _____ **PA** _____ **HGT:** _____ **Sat02** _____

**EXAMES SOLICITADOS:**
( )Laboratoriais ( )Ultrassonografia: _____
( )Gasometria arterial ( )Radiografias: _____
( )Tomografia Computadorizada ( ) _____

RAIO X REALIZADO EM: 27/06/19

**SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:**
**Especialista:** _____ / _____ **às** ____ **Dia** ___/___/___
**Especialista:** _____ / _____ **às** ____ **Dia** ___/___/___

**MÉDICO SOLICITANTE** _____
**PROCEDIMENTOS REALIZADOS:**

| Nº | PRESCRIÇÕES E CONDUTAS | HORÁRIO REALIZADO |
|---|---|---|
| 1 | | |
| 2 | | |
| 3 | | |
| 4 | | |
| 5 | | |
| 6 | | |

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA

**ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:**

Dr. Diego Alves
CRM-PB 7198
12 JUN 2019

PROTOCOLO JOÃO PESSOA 03 OUT. 2019

**EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO**

**DESTINO DO PACIENTE** ____/____/____ às ____:____ hs.

( )Centro cirúrgico _____

( )Internação (setor) _____

( )Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL

( )Alta hospitalar / ( )A revelia

( )Decisão Médica

( )Óbito

**SERVIÇOS REALIZADOS:**

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

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 23/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*******TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FABIO JUNIOR DE BRITO

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00793-5

CONTA: 000000581696-3

---

Nr. Autenticação
BRADESCO2310201905000000000023700793000000581696168750 PAGO

# BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.
Documento não é segunda via de conta.
Boleto para simples pagamento da nota fiscal/fatura de energia elétrica : Nº 004.451.331

energisa

ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Av. Dep. Raimundo Asfora, 4799 - BR 230 - KM 158 - Três Irmãs
Campina Grande / PB - CEP 58423-700
CNPJ 08.826.596/0001-95 Insc.Est. 16.003.638-1

| DADOS DO CLIENTE | CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR |
|---|---|
| EDNAIRA SINARA DA SILVA LUIZ<br>RUA ILHEUS 73<br>CAMPINA GRANDE | 4/78430-6 |

| REFERÊNCIA | APRESENTAÇÃO | CONSUMO | VENCIMENTO | TOTAL A PAGAR |
|---|---|---|---|---|
| AGO/2019 | 20/08/2019 | 238 | 01/09/2019 | R$ 167,29 |

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

**00190.00009 03149.036000 00102.479177 5 79990000016729**

Pagador: EDNAIRA SINARA DA SILVA LUIZ CNPJ/CPF: 043.026.014-85
RUA ILHEUS 73 - BODOCONGO - CAMPINA GRANDE / PB - CEP 00000-000

| Nosso-Número | Nr Documento | Data Vencimento | Valor do Documento | Valor Pago |
|---|---|---|---|---|
| 31490360000102479 | 000078430201908 | 01/09/2019 | R$ 167,29 | |

BENEFICIÁRIO: ENERGISA BORBOREMA DISTRIB DE ENERGIA SA 08.826.596/0001-95
AV DEPUTADO RAIMUNDO ASFORA, 4799 - BR 230 KM 158 - TRES IRMAS - CAMPINA GRANDE / PB - CEP 58423-700
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2057-5

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
[redacted]
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
03 JUL. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Seguradora LÍDER

# DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site **www.seguradoralider.com.br** ou entre em contato através de um dos números abaixo:

**Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)**
**Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04**

**SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35**

Eu, LUCIANO SILVA,

RG nº 2314084, data de expedição 26/07/1994

Órgão SSP-PB, portador do CPF nº 026 581 014-06,

com domicílio na cidade de CAMPINA GRANDE, no Estado de PARAIBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) LUCIA DE FATIMA GAVOSSO VILLARIM, nº 194, 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 LUCIANO HENRIQUE RIBEIRO DE ARAÚJO SILVA cujo o condutor era Luciano Henrique Ribeiro de Araújo Silva.

Veículo: MOTO Modelo: NXR 150 BROS KS Ano: 2012

Placa: DEY2736 Chassi: 9C2KD0560CR509926

Data do Acidente: 27/06/19

Local e Data: Campina Grande - PB 17 de Julho de 2019

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
05 JUL. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Luciano Silva
Assinatura do Declarante

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

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
[redacted]
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

CAMPINA GRANDE CARTÓRIO ÚNICO DO DISTRITO DE SÃO JOSÉ DA MATA
Rua Brasília Fernandes, nº - Centro - São José da Mata - Campina Grande - PB
CNS 08443-000 - Fone: (083) 3314-1200 / 3331-4828 / www.cartorio
Cartório Registrador: Rodrigo Freire Costa

Reconheço a(s) firma(s) de Luciano Silva
Como ☐ SINAL PÚBLICO ☒ AUTENTICIDADE ☐ SEMELHANÇA
Campina Grande PB 17 JUL. 2019
SELO NORMAL
SELO DIGITAL Nº AIV93434-PRRA TIPO
Consulte a autenticidade deste selo digital em: pje.tjpb.jus.br

Rodrigo Freire Costa
OFICIAL REGISTRADOR
Cartório Campina Grande-PB
Dist. S. J. da Mata

# Dr. André Luiz Barbosa Bezerra de Lima

Clínica Médica | Dermatologia Cirúrgica

CRM 6567/PB


## Laudo Medico

O paciente Luciano Henrique Ribeiro de Araujo Silva é portador de CID. S52.5 devido Trauma por acidente de moto tendo sequela e comprometimento de 50% da Região afetada levando acometimento (estetico e motor) irreversivel da Região impossibilitando as atividades Rotineiras.

Diagnostico segundo exame de imagem
Segue em Anexo

Diagnostico Segundo Anamnese e exame Fisico

Dr. André L. B. de Lima
Médico
CRM-PB 6567
CPF 687.712.104-15


Rua. Carolino Cardoso nº 634 Praia do Poço - Cabedelo

drandrelima2006@yahoo.com.br

83 98771.5270 83 98877.8954



COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

03 OUT. 2019

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

Data da internação: 27/06/2019 Hora: 19:28:19

SUS Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde

# LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES
2 - CNES: 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: LUCIANO HENRIQUE RIBEIRO DE ARAUJO SILVA
6 - Nº DO PRONTUÁRIO: 1930961
7 - CARTÃO DO SUS: 700503753457159
8 - DATA DE NASCIMENTO: 27/03/1996
9 - SEXO: Masc [X] Fem [ ]
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: JANAINA RIBEIRO DE ARAUJO SILVA
11 - TELEFONE DE CONTATO: DDD 83 Nº DE TELEFONE 986018707
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº,BAIRRO): RUA JESUINO ALVES CORREIA , 493 , JARDIM PAULISTANO
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 Punho E APOS TRAUMA C/ DR E UM ITEM

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: TTO CIRURGICO

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): EXAME FISICO + RX

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL: FRAT. RADIO DISTAL E
21 - CID 10 PRINCIPAL:
22 - CID 10 SECUNDÁRIO:
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: AUTORIZADO
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:
26 - CLÍNICA: 321
27 - CARATER DA INTERNAÇÃO: 02
28 - DOCUMENTO: (X) CNS ( ) CPF
29 - Nº DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: 980016286914922
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: THIAGO PEDRO DE A ALVES
31 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 27/06/2019
32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO
34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO
36 - CNPJ DA SEGURADORA:
37 - Nº DO BILHETE:
38 - SÉRIE:
39 - CNPJ EMPRESA:
40 - CNAE DA EMPRESA:
41 - CBOR:
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO

## AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:
44 - COD. ORGÃO EMISSOR:
45 - DOCUMENTO: ( ) CNS ( ) CPF
46 - Nº DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: / /
48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):
49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR:

Data da internação: 27/06/2019 Hora: 19:28:19

SUS Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde

# LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES | 23

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES | 23

## Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: LUCIANO HENRIQUE RIBEIRO DE ARAUJO SILVA | 6 - 193

7 - CARTÃO DO SUS: 700503753457159

8 - DATA DE NASCIMENTO: 27/03/1996

9 - SEXO: Masc [X] Fem [ ]

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: JANAINA RIBEIRO DE ARAUJO SILVA

11 - TELEFONE DE CONTATO: DDD 83 Nº

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): RUA JESUINO ALVES CORREIA , 493 , JARDIM PAULISTANO

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: Campina Grande | 14 - CÓDIGO IBGE MUNICÍPIO: 250400 | 15 - UF: PB

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

Dr Pullo (3) Ad Tom
EF Dor (+) Limitação

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

Pós cirúrgico

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

Exame Físico + Rx

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL: Fratura Maléolar (E) | 21 - CID 10 PRINCIPAL: | 22 - CID 10 SECUNDÁRIO: | 23

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: Redução | 25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:

26 - CLÍNICA: 06 | 27 - CARATER DA INTERNAÇÃO: 02

28 - DOCUMENTO: (X) CNS ( ) CPF | 29 - Nº DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: 980016286914922

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: THIAGO PEDRO DE A ALVES | 31 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 27/06/2019 | 32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO)

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO
34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA | 37 - Nº

39 - CNPJ EMPRESA | 40 - CNAE

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO

## AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR | 44 - COD. ORGÃO EMISSOR | 49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO: ( ) CNS ( ) CPF | 46 - Nº DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: / / | 48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

# NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| PACIENTE: Lucimar Hennique Ribeiro de Araújo Silva DN: 27/03/96 | | | | |
| QI | LEITE | CONVÊNIO SUS | IDADE 23 anos | REGISTRO 1830-9-22 |
| CIRURGIA Redução cirúrgica c/ fix. ortopedia de fêmur, de rótula direita | | CIRURGIÃO Dr Fulano + Dr Ciclano + Dr Ericsson | | |
| ANESTESIA Bloqueio de plexo braquial + axilar | | ANESTESIA Dr Sacano Sonzello | | |
| INSTRUMENTADORA Flavio | DATA 02/07/2019 | INÍCIO 20:30 | FIM 21:50 | |

| Qtd. | MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS | Qtd. | Bolsa Colostoma | Qtd. | FIOS | CÓDIGO |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Adrenalina amp. | 01 | Catet. p/ Oxg. | | Catgut cromado Sertix | |
| | Atropina amp. | | Catet. De Urinar Sist. Fech. | | Catgut cromado Sertix | |
| | Diazepan amp. | 15 | Compressa Grande | | Catgut cromado Sertix | |
| | Dimoro amp. | | Compressa Pequena | | Catgut Simples | |
| | Dolantina amp. | | Cotonoide | | Catgut Simples Sertix | |
| | ~~Efrane ml~~ Lidocaína s/V | | Dreno | | Catgut Simples Sertix | |
| | ~~Fenegam amp.~~ Lidocaína s/V | | Dreno Kerr nº | | Catgut Simples Sertix | |
| 02 | Fentanil ml | | Dreno Penrose nº | | Cera p/ osso | |
| 02 | ~~Jonosa ml~~ midazolam | | Dreno Pezzer nº | | Ethibond | |
| | Ketalar ml | 01 | Equipo de Macrogotas | | Ethibond | |
| | Mercaína % ml | | Equipo de Macrogotas | | Ethibond | |
| | Nubahin amp. | | Equipo de Sangue | | Fio de Algodão Sertix | |
| | Pavulon amp. | | Equipo de PVC | | Fio de Algodão Sertix | |
| | Prostigmine amp. | 0,5 | Esparadrapo Largo cm | | Fio de Algodão Sutupak | |
| | Protoxido l/m | | Furacim ml | | Fio de Algodão Sutupak | |
| | Quelicin ml | 0,5 | Gase Pacote c/ 10 unidades | | Fita cardíaca | |
| | Rapifen amp. | | $H_2O_2$ ml | 01 | Mononylon 2-0 | |
| | Thionembutal ml | | Intracath Adulto | | Mononylon | |
| | Tracrium amp. | | Intracath Infantil | | Prolene Sertix | |
| **Qtd.** | **MEDICAÇÕES** | 01 | Lâmina de Bisturi nº 23 | | Prolene Sertix | |
| | Água Destilada amp. | | Lâmina de Bisturi nº 11 | | Prolene Sertix | |
| | Decadron amp. | | Lâmina de Bisturi nº 15 | | Prolene Sertix | |
| | Dipirona amp. | 02 | Luvas 7.0 | | Vicryl Sertix | |
| | Flaxidol amp. | 03 | Luvas 7.5 | | Vicryl Sertix | |
| | Flebocortid amp. | | Luvas 8.0 | | Vicryl Sertix | |
| | Gerarmicina amp. | | Luvas 8.5 | 01 | fio Kirschner 2.0 | |
| | Glicose amp. | | Oxigênio l/m 3 l p/ min | | | |
| | Glucon de Cálcio amp. | | Polifix | | | |
| | Haemacel ml | 0,5 | PVPI Degermante ml | | | |
| | Heparema ml | | PVPI Tópico ml | **Qtd.** | **SOROS** | |
| | Kanaklon amp. | 0,5 | Sabão Antiséptico | | SG Normotérmico fr 500 ml | |
| | Lasix amp. | 05 | Saco coletor p/ líquo | | SG Gelado fr 500 ml | |
| | Medrolinazol | 02 | Seringa desc. 10 ml | | SG Hipertérmico fr 500 ml | |
| | Plasil amp. | 04 | Seringa desc. 20 ml | 01 | SG Ringr fr 500 ml | |
| | Prolamina | 01 | Seringa desc. 05 ml | | SG fr 500 ml | |
| | Reviven amp. | | Sonda | | | |
| | Stuptanon amp. | | Sonda Foley | **Qtd.** | **ORTESE E PRÓTESE** | |
| | Cefalotina 1g | | Sonda Nasogástica | 01 | Coisa P. pragmitão 3.5 (líquo-implantável) | |
| 01 | Tramal | | Sonda Uretral nº | | | |
| | | | Sterydrem ml | 01 | placa T 3.5 5f. | |
| | | | Tomeirinha | 03 | parafusos | |
| **Qtd.** | **MATERIAIS / SOLUÇÕES** | | Vaselina ml | | | |
| | Agulha desc. 25 x 7 | 01 | Gelcon 18 | | | |
| | Agulha desc. 28 x 28 | | Latese | | | |
| 01 | Agulha desc. ~~3 x 4,5~~ 40 X 12 | 05 | Sutrotec | | | |
| | Agulha p/ raque nº | | | | | |
| 0,5 | Álcool de Enfermagem 70% | | | | | |
| | Álcool Iodado ml | | | | | |
| 03 | Ataduras de Crepon 15 cm | | | | | |
| 03 | Ataduras de Gessada 15 cm | | | | | |
| 02 | Azul metileno amp. vigente antiséptico | | | | | |
| | Benzina ml | | | | | |

**EQUIPAMENTOS**

- (X) Oximetro de Pulso
- ( ) Serra
- ( ) Desfibrilador
- (X) Foco Frontal
- ( ) Fonte de Luz
- ( ) Foco Auxiliar
- (X) Eletrocautério
- ( ) Oxicapiógrafo
- (X) Cardiomonitor
- (X) Perfurador Elétrico

Maria [illegible] Barbosa
Técnica de Enfermagem
COREN PB - 577781

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

MOD 066

## *TABELA DE ALDRETE E KROULIK MODIFICA*

| Critério para alta de recuperação pós anestésico | Hora ent |
|---|---|
| *Nenhum Movimento = 0*<br>*Movimenta 2 membros = 1*<br>*Movimenta 4 membros = 2* | |
| *Apnéia - 0*<br>*Respiração Limitada, Dispnéia = 1*<br>*Respiração profunda e tosse = 2* | |
| *PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0*<br>*PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1*<br>*PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2* | |
| *Sat 02 < 90 com oxigênio = 0*<br>*Sat 02 > 90 com oxigênio = 1*<br>*Sat 02 < 92% sem oxigênio = 2* | |
| *Não responde ao chamado = 0*<br>*Despertado ao chamado = 1*<br>*Completamente acordado = 2* | |
| **TOTAL DE PONTOS** | |

***Assinatura Anestesista***

GOVERNO DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55
Data: 01/07/2019
Horas: 09:58:07
Médico (a) Diarista : Schubert Luigi Costa Rodrigues

# PRESCRIÇÃO MÉDICA

**DADOS DO PACIENTE :**

Nº do prontuário: 1930961 **Paciente: LUCIANO HENRIQUE RIBEIRO DE ARAUJO SILVA** Idade: 023 Sexo: M

Nome da Mãe: JANAINA RIBEIRO DE ARAUJO SILVA Data de Nascimento: 27/03/1996 Admissão: 27/06/2019

Clinica:ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 4 Leito: 2 Diagnóstico: FX RADIO DISTAL E

**DIA 01/07/2019**
**MÉDICO(A) ASSISTENTE : Schubert Luigi Costa Rodrigues /**

| Item | Prescrição | Aprazamento |
|---|---|---|
| 1 | PARACETAMOL 500 MG 4Comprimido, | 12 18 00 06 |
| 2 | DIETA LIVRE | SND |
| 3 | JELCO SALINIZADO ATT | CT |
| 4 | OMEPRAZOL 20 MG VO, 1CAPS, ANTES DO CAFE | 06 |
| 5 | CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS | ATT |

**EVOLUÇÃO**

**DATA:01/07/2019 HORA:09:54:29**

**ORTOPEDIA**

**PCT SEGUE EM BEG, ESTAVEL CLINICAMENTE, SEM DISTERMIAS**

**DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES**

**DOR: 1/4+**

**NV: PRESERVADO**

**CD:**
**VPM**
**AGUARDA CIRURGIA**

Dr. Schubert Costa
ORTOPEDISTA - ESPECIALISTA NA CIRURGIA DA COLUNA
CRM/PB 5523

**ASSINATURA + CARIMBO**
**Schubert Luigi Costa Rodrigues**

| DATA | HORA | PA | T | FC | FR | HGT | DIURESE | AVALIAÇÃO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | |

GOVERNO DA PARAÍBA

# SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE

## HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

## SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

| HISTÓRICO DE ENFERMAGEM | | | | |
|---|---|---|---|---|
| NOME: | | | | |
| IDADE: | SEXO: M ☐ F ☐ | DATA DE NASCIMENTO: / / | às : h | |
| SETOR: | | LEITO: | | |
| DIAGNÓSTICO MÉDICO: | | | | |
| ALERGIAS: | SIM ☐ NÃO ☐ | QUAIS: | | |
| MEDICAÇÃO CONTÍNUA: | SIM ☐ NÃO ☐ | QUAIS: | | |
| DOENÇA CRÔNICA: | SIM ☐ NÃO ☐ | QUAIS: | | |
| PRESENÇA DE ESCARA: | SIM ☐ NÃO ☐ | LOCAL: | | |
| PRESSÃO ARTERIAL: | HIPOTENSO ☐ | NORMOPOTENSO ☐ | HIPERTENSO ☐ | |
| SISTEMA NEUROLÓGICO: | CONSCIENTE ☐ | INCONSCIENTE ☐ | ORIENTADO ☐ | |
| SISTEMA RESPIRATÓRIO: | DISPÊNICO ☐ | TAQUIPÊNICO ☐ | EUPNÉICO ☐ | BRADIPNÉICO ☐ |
| SIST. GENITOURINÁRIO (DIURESE) | NORMAL ☐ | POLÚRIA ☐ | OLIGÚRIA ☐ | SVD ☐ |
| | DUSÚRIA ☐ | CISTOSTOMIA ☐ | ANÚRIA ☐ | |
| MOBILIDADE: | DEAMBULA ☐ | DEAMBULA C/ APOIO ☐ | ACAMADO ☐ | S/ DEFICITE MOTOR ☐ |
| | TETRAPLEGIA ☐ | HEMIAPLEGIA ☐ | PARESIA ☐ | RESTRITO NO PEITO ☐ |
| SIST. GAS. ROINTEATINAL: (DIETA) | VO ☐ | SNG ☐ | SNE ☐ | |
| ESTADO NUTRICIONAL: | NUTRIDO ☐ | DESNUTRIDO ☐ | OBESO ☐ | CAQUÉTICO ☐ |
| DADOS VITAIS: | PA: | T: | FR: | FC: PESO: |

| DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM | | |
|---|---|---|
| ☐ RISCO DE QUEDA | | CD/FR: |
| ☐ RISCO DE ASPIRAÇÃO | | CD/FR: |
| ☐ RISCO DE INFECÇÃO | | CD/FR: |
| ☐ RISCO DE DESEQUILÍBRIO DA TEMPERATURA CORPORAL | | CD/FR: |
| ☐ RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL | | CD/FR: |
| ☐ RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA | ☐ RETENÇÃO URINÁRIA | CD/FR: |
| ☐ RISCO DE SANGRAMENTO | | CD/FR: |
| ☐ NÁUSEA | | CD/FR: |
| ☐ DOR AGUDA | ☐ DOR CRÔNICA | CD/FR: |
| ☐ PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ | | CD/FR: |
| ☐ MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA | | CD/FR: |
| ☐ DÉFICIT NO AUTO CUIDADO | ☐ ALIMENTAR-SE ☐ PARA BANHO | CD/FR: |
| ☐ INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA | | CD/FR: |
| ☐ RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA | | CD/FR: |
| ☐ RISCO DE SÍNDROME DO DESUSO | | CD/FR: |
| ☐ | | CD/FR: |
| ☐ | | CD/FR: |
| ☐ | | CD/FR: |
| | | CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA |
| | | FR: FATOR RELACIONADO |

ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL

| PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM | APRAZAMENTO | ASSINATURA |
|---|---|---|
| ☐ MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS. | | |
| ☐ REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR. | | |
| ☐ ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA. | | |
| ☐ INSTALAR CATETER DE 02 A DL/MIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA. | | |
| ☐ AVALIAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA (RUIDOS, ESTERTORES E BATIMENTOS DA ASA DO NARIZ). | | |
| ☐ ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS. | | |
| ☐ POSICIONAR O PACIENTE EM DECUBITO DE 45°. | | |
| ☐ MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA, QUANDO RECOMENDADO. | | |
| ☐ MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO (EDMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR HIPEREMIA. | | |
| ☐ ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO. | | |
| ☐ REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, AS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E AS REPOSTAS DO PACIENTE. | | |

MOD 125

GOVERNO DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.1
Data: 28/06/201
Horas: 13:18:4
Médico (a) Dia

# PRESCRIÇÃO MÉDICA

**DADOS DO PACIENTE :**

Nº do prontuário: 1930961 **Paciente: LUCIANO HENRIQUE RIBEIRO DE ARAUJO SILVA**

Nome da Mãe: JANAINA RIBEIRO DE ARAUJO SILVA Data de Nascimento: 27/03/1996 Adr

Clinica:ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 4 Leito: 2 Diagnóstico: FX RADIO DISTAL E

**DIA 28/06/2019**
**MÉDICO(A) ASSISTENTE : Hallisson Barros De Almeida /**

| Item | Prescrição | |
|---|---|---|
| 1 | PARACETAMOL 500 MG 4Comprimido, | 14 |
| 2 | DIETA LIVRE | |
| 3 | JELCO SALINIZADO | |
| 4 | OMEPRAZOL 20 MG V.O. 1CAPS. ANTES DO CAFE | 06 |
| 5 | CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS | AF |

**EVOLUÇÃO**

**ATA:28/06/2019 HORA:13:18:19**

**ORTOPEDIA**

**PCT SEGUE EM BEG, ESTAVEL CLINICAMENTE, SEM DISTERMIAS**

**DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES**

**DOR: 1/4+**

**NV: PRESERVADO**

**CD:**
**VPM**
**AGUARDA CIRURGIA**

**ASSINATURA + CARIMBO**
**Hallisson Barros De Almeida**

Hallisson Barros de Almeida
ORTOPEDIA
CRM-PB 9613

GOVERNO DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190
Data: 29/06/2019
Horas: 06:15:52
Médico (a) Diaris

# PRESCRIÇÃO MÉDICA

**DADOS DO PACIENTE :**

Nº do prontuário: 1930961 **Paciente: LUCIANO HENRIQUE RIBEIRO DE ARAUJO SILVA**

Nome da Mãe: JANAINA RIBEIRO DE ARAUJO SILVA Data de Nascimento: 27/03/1996 Adm

Clinica:ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 4 Leito: 2 Diagnóstico: FX RADIO DISTAL E

**DIA 29/06/2019**
**MÉDICO(A) ASSISTENTE : Julio Cesar Ribeiro De Castro /**

| Item | Prescrição | |
|---|---|---|
| 1 | PARACETAMOL 500 MG 4Comprimido, | |
| 2 | DIETA LIVRE | |
| 3 | SELCO SALINIZADO | |
| 4 | OMEPRAZOL 20 MG V.O. 1CAPS, ANTES DO CAFE | |
| 5 | CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS | |

**EVOLUÇÃO**

**DATA:29/06/2019 HORA:06:13:31**

**ORTOPEDIA**

**PCT SEGUE EM BEG, ESTAVEL CLINICAMENTE, SEM DISTERMIAS**

**DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES**

**DOR:** 1/4+

**NV: PRESERVADO**

**CD:**
**VPM**
**AGUARDA CIRURGIA**

ASSINATURA + CARIMBO
Julio Cesar Ribeiro De Castro

| | | |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

| DATA | HORA | PA | T | FC | FR | HGT | DIURESE | AVALIAÇÃO | ASSINATURA/ CARIMBO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | |

GOVERNO DA PARAÍBA

# SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE

## HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

## SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁRE

### COLETA DE ENFERMAGEM

NOME:

IDADE: | SEXO: M ☐ F ☐ | DATA DE NASCIMENTO: / /

SETOR: | LEITO:

DIAGNÓSTICO MÉDICO:

ALERGIAS: SIM ☐ NÃO ☐ QUAIS:

MEDICAÇÃO CONTÍNUA: SIM ☐ NÃO ☐ QUAIS:

DOENÇA CRÔNICA: SIM ☐ NÃO ☐ QUAIS:

PRESENÇA DE ESCARA: SIM ☐ NÃO ☐ LOCAL:

| | | | |
|---|---|---|---|
| PRESSÃO ARTERIAL: | HIPOTENSO ☐ | NORMOPOTENSO ☐ | HIPERTENS |
| SISTEMA NEUROLÓGICO: | CONSCIENTE ☐ | INCONSCIENTE ☐ | ORIENTAD |
| SISTEMA RESPIRATÓRIO: | DISPÊNICO ☐ | TAQUIPÊNICO ☐ | EUPNÉIC |
| SIST. GENITOURINÁRIO (DIURESE) | NORMAL ☐ | POLÚRIA ☐ | OLIGÚR |
| | DUSÚRIA ☐ | CISTOSTOMIA ☐ | ANÚR |
| MOBILIDADE: | DEAMBULA ☐ | DEAMBULA C/ APOIO ☐ | ACAMAD |
| | TETRAPLEGIA ☐ | HEMIAPLEGIA ☐ | PARES |
| SIST. GAS. ROINTEATINAL: (DIETA) | VO ☐ | SNG ☐ | SN |
| ESTADO NUTRICIONAL: | NUTRIDO ☐ | DESNUTRIDO ☐ | OBES |
| DADOS VITAIS: | PA: | T: | FR: | FC: |

### DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

| | | |
|---|---|---|
| ☐ RISCO DE QUEDA | | CD/FR: |
| ☐ RISCO DE ASPIRAÇÃO | | CD/FR: |
| ☐ RISCO DE INFECÇÃO | | CD/FR: |
| ☐ RISCO DE DESEQUILÍBRIO DA TEMPERATURA CORPORAL | | CD/FR: |
| ☐ RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL | | CD/FR: |
| ☐ RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA | ☐ RETENÇÃO URINÁRIA | CD/FR: |
| ☐ RISCO DE SANGRAMENTO | | CD/FR: |
| ☐ NÁUSEA | | CD/FR: |
| ☐ DOR AGUDA | ☐ DOR CRÔNICA | CD/FR: |
| ☐ PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ | | CD/FR: |
| ☐ MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA | | CD/FR: |
| ☐ DÉFICIT NO AUTO CUIDADO | ☐ ALIMENTAR-SE ☐ PARA BANHO | CD/FR: |
| ☐ INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA | | CD/FR: |
| ☐ RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA | | CD/FR: |
| ☐ RISCO DE SÍNDROME DO DESUSO | | CD/FR: |
| ☐ | | CD/FR: |
| ☐ | | CD/FR: |
| ☐ | | CD/FR: |
| | | CD: CARACTERÍSTICA |
| | | FR: FATOR RELACION |

ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL

| PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM | ASSINATURA |
|---|---|
| ☐ MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS. | |
| ☐ REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR. | |
| ☐ ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA. | |
| ☐ INSTALAR CATÉTER DE 02 A 0L/MIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA. | |
| ☐ AVALIAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA (RUÍDOS, ESTERTORES E BATIMENTOS DA ASA DO NARIZ). | |
| ☐ ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS. | |
| ☐ POSICIONAR O PACIENTE EM DECÚBITO DE 45º. | |
| ☐ MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA, QUANDO RECOMENDADO. | |
| ☐ MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO (EDMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR HIPEREMIA. | |
| ☐ ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO. | |
| ☐ REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, ÀS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E AS REPOSTAS DO PACIENTE. | |

GOVERNO DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55
Data: 30/06/2019
Horas: 12:15:06
Médico (a) Diarista : Julio Cesar Ribeiro De Castro

# PRESCRIÇÃO MÉDICA

**DADOS DO PACIENTE :**

Nº do prontuário: 1930961 **Paciente: LUCIANO HENRIQUE RIBEIRO DE ARAUJO SILVA** Idade: 023 Sexo: M

Nome da Mãe: JANAINA RIBEIRO DE ARAUJO SILVA Data de Nascimento: 27/03/1996 Admissão: 27/06/2019

Clinica:ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 4 Leito: 2 Diagnóstico: FX RADIO DISTAL E 3

**DIA 30/06/2019**
**MÉDICO(A) ASSISTENTE : Julio Cesar Ribeiro De Castro /**

| Item | Prescrição | Aprazamento |
|---|---|---|
| 1 | PARACETAMOL 500 MG 4Comprimido, | 16 24 01 |
| 2 | DIETA LIVRE | 02 |
| 3 | JELCO SALINIZADO | 02 |
| 4 | OMEPRAZOL 20 MG V.O, 1CAPS, ANTES DO CAFE | 06 |
| 5 | CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS | 02 |

**EVOLUÇÃO**

**DATA:30/06/2019 HORA:12:15:01**

**ORTOPEDIA**

**PCT SEGUE EM BEG, ESTAVEL CLINICAMENTE, SEM DISTERMIAS**

**DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES**

**DOR: 1/4+**

**NV: PRESERVADO**

**CD:**
**VPM**
**AGUARDA CIRURGIA**

**ASSINATURA + CARIMBO**
**Julio Cesar Ribeiro De Castro**

Dr. Julio Cesar Castro
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PB-6675 / CRM/PA-3320

| | |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

| DATA | HORA | PA | T | FC | FR | HGT | DIURESE | AVALIAÇÃO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 97 | 22:00 | 12 | 36,5 | 79 | 18 | – | – | Paciente a |
| 26 | | 80 | | | | | | Pós tratam |
| 19 | | | | | | | | especializado |

| | |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

GOVERNO DA PARAÍBA

# SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE

## HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

## SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

### COLETA DE ENFERMAGEM

NOME:

IDADE: | SEXO: M ☐ F ☐ | DATA DE NASCIMENTO: / / às : h

SETOR: | LEITO:

DIAGNÓSTICO MÉDICO:

ALERGIAS: SIM ☐ NÃO ☐ QUAIS:

MEDICAÇÃO CONTÍNUA: SIM ☐ NÃO ☐ QUAIS:

DOENÇA CRÔNICA: SIM ☐ NÃO ☐ QUAIS:

PRESENÇA DE ESCARA: SIM ☐ NÃO ☐ LOCAL:

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| PRESSÃO ARTERIAL: | HIPOTENSO ☐ | NORMOPOTENSO ☐ | HIPERTENSO ☐ | |
| SISTEMA NEUROLÓGICO: | CONSCIENTE ☐ | INCONSCIENTE ☐ | ORIENTADO ☐ | |
| SISTEMA RESPIRATÓRIO: | DISPÊNICO ☐ | TAQUIPÊNICO ☐ | EUPNÉICO ☐ | BRADIPNEICO ☐ |
| SIST. GENITOURINÁRIO (DIURESE) | NORMAL ☐ | POLÚRIA ☐ | OLIGÚRIA ☐ | SVD ☐ |
| | DUSÚRIA ☐ | CISTOSTOMIA ☐ | ANÚRIA ☐ | |
| MOBILIDADE: | DEAMBULA ☐ | DEAMBULA C/ APOIO ☐ | ACAMADO ☐ | S/ DEFICITE MOTOR ☐ |
| | TETRAPLEGIA ☐ | HEMIAPLEGIA ☐ | PARESIA ☐ | RESTRITO NO PEITO ☐ |
| SIST. GAS. ROINTEATINAL: (DIETA) | VO ☐ | SNG ☐ | SNE ☐ | |
| ESTADO NUTRICIONAL: | NUTRIDO ☐ | DESNUTRIDO ☐ | OBESO ☐ | CAQUÉTICO ☐ |

DADOS VITAIS: PA: | T: | FR: | FC: | PESO:

### DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM

| | |
|---|---|
| ☐ RISCO DE QUEDA | CD/FR: |
| ☐ RISCO DE ASPIRAÇÃO | CD/FR: |
| ☐ RISCO DE INFECÇÃO | CD/FR: |
| ☐ RISCO DE DESEQUILÍBRIO DA TEMPERATURA CORPORAL | CD/FR: |
| ☐ RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL | CD/FR: |
| ☐ RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA ☐ RETENÇÃO URINÁRIA | CD/FR: |
| ☐ RISCO DE SANGRAMENTO | CD/FR: |
| ☐ NÁUSEA | CD/FR: |
| ☐ DOR AGUDA ☐ DOR CRÔNICA | CD/FR: |
| ☐ PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ | CD/FR: |
| ☐ MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA | CD/FR: |
| ☐ DÉFICIT NO AUTO CUIDADO ☐ ALIMENTAR-SE ☐ PARA BANHO | CD/FR: |
| ☐ INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA | CD/FR: |
| ☐ RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA | CD/FR: |
| ☐ RISCO DE SÍNDROME DO DESUSO | CD/FR: |
| ☐ | CD/FR: |
| ☐ | CD/FR: |
| ☐ | CD/FR: |
| | CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA |
| | FR: FATOR RELACIONADO |

ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL

| PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM | APRAZAMENTO | ASSINATURA |
|---|---|---|
| ☐ MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS. | | |
| ☐ REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR. | | |
| ☐ ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA. | | |
| ☐ INSTALAR CATÉTER DE 02 A DL/MIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA. | | |
| ☐ AVALIAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA (RUÍDOS, ESTERTORES E BATIMENTOS DA ASA DO NARIZ). | | |
| ☐ ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS. | | |
| ☐ POSICIONAR O PACIENTE EM DECÚBITO DE 45º. | | |
| ☐ MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA, QUANDO RECOMENDADO. | | |
| ☐ MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO (EDMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR HIPEREMIA. | | |
| ☐ ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO. | | |
| ☐ REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, ÀS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E AS REPOSTAS DO PACIENTE. | | |

MOD 125

Data: 27/06/20
Horas: 19:41:1
Médico (a) Dia

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DE CAMPINA GRANDE
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

GOVERNO DA PARAÍBA

# PRESCRIÇÃO MÉDICA

**DADOS DO PACIENTE :**

Nº do prontuário: 1930961 **Paciente: LUCIANO HENRIQUE RIBEIRO DE ARAUJO SILVA** Idad

Nome da Mãe: JANAINA RIBEIRO DE ARAUJO SILVA Data de Nascimento: 27/03/1996 Sexo: M

Clínica:ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 4 Leito: 2 Diagnóstico:

**DIA 27/06/2019**
**MÉDICO(A): Thiago Pedro De Araujo Alves /**

| Item | Prescrição | |
|---|---|---|
| 1 | PARACETAMOL 500 MG 4Comprimido, 01g 6/6V (S/D) SI | |
| 2 | DIETA LIVRE | V |
| 3 | JELCO SALINIZADO | V |
| 4 | OMEPRAZOL 20 MG V.O. 1CAPS. ANTES DO CAFE | |
| 5 | CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS | V |

17 JUN 2019

GOVERNO DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55
Data: 02/07/2019
Horas: 10:30:06
Médico (a) Diarista : Schubert Luigi Costa Rodrigues

# PRESCRIÇÃO MÉDICA

**DADOS DO PACIENTE :**

Nº do prontuário: 1930961 **Paciente: LUCIANO HENRIQUE RIBEIRO DE ARAUJO SILVA** Idade: 023 Sexo: M

Nome da Mãe: JANAINA RIBEIRO DE ARAUJO SILVA Data de Nascimento: 27/03/1996 Admissão: 27/06/2019

Clinica:AMARELA Enfermaria: 8 Leito: 3 Diagnóstico: FX RADIO DISTAL E

**DIA 02/07/2019**
**MÉDICO(A) ASSISTENTE : Schubert Luigi Costa Rodrigues /**

| Item | Prescrição | Aprazamento |
|---|---|---|
| 1 | PARACETAMOL 500 MG 4Comprimido, | 12 18 24 06 |
| 2 | DIETA LIVRE | |
| 3 | JELCO SALINIZADO | |
| 4 | OMEPRAZOL 20 MG V.O, 1CAPS, ANTES DO CAFE | 06 |
| 5 | CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS | |

**EVOLUÇÃO**

**DATA:02/07/2019 HORA:10:29:54**

**ORTOPEDIA**

**PCT SEGUE EM BEG, ESTAVEL CLINICAMENTE, SEM DISTERMIAS**

**DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES**

**DOR: 1/4+**

**NV: PRESERVADO**

**CD:**
**VPM**
**AGUARDA CIRURGIA**

Dr. Schubert Costa
ORTOPEDIA
CRM-PB 5523

**ASSINATURA + CARIMBO**
**Schubert Luigi Costa Rodrigues**

08 07 2019
06 M
PA. Boxfanning

Paciente consciente orientado
com sinais vitais estáveis
Presente. Queixa de dor
sem irradiações. N.C.S.M
e Dejeção nos limites do Aparelho

Jaci Ferreira Lima
Técnico de Enfermagem
COREN 520935

Data: 02/07/2019
Horas: 21:21:36
Médico (a) Diarista : Euler Fabricio Alves Cruz

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DE CAMPINA GRANDE
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

GOVERNO DA PARAÍBA

OK!

# PRESCRIÇÃO MÉDICA

**DADOS DO PACIENTE :**

Nº do prontuário: 1930961 **Paciente: LUCIANO HENRIQUE RIBEIRO DE ARAUJO SILVA** Idade: 023

Nome da Mãe: JANAINA RIBEIRO DE ARAUJO SILVA Data de Nascimento: 27/03/1996 Sexo: M

Clínica:AMARELA Enfermaria: 8 Leito: 2 Diagnóstico: FX RADIO DISTAL E

8.2

**DIA 02/07/2019**
**MÉDICO ASSISTENTE (A): Euler Fabricio Alves Cruz /**

| Item | Prescrição | Aprazamento |
|---|---|---|
| 1 | **CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR** E.V, 1FRA AMP, 12h/12h 0D/1D<br>Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF | 06 |
| 2 | **TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML** E.V, 1AMPOLA, DILUIR EM 100 SF E CORRER LENTO DE 8/8H | |

Pos sem intercorrências.
Cs. VPM + Rx de controle.

Dr. Euler Fabricio A. Cruz
MR ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 9907

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: 58432-800 Data: 03/07/2019
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 03 NOME : Hallisson Barros De Almeida

GOVERNO DA PARAÍBA

# LIBERAÇÃO DE LEITO

**Nome do Paciente: LUCIANO HENRIQUE RIBEIRO DE ARAUJO SILVA**

**Data da Internação: 27/06/2019** **Data da Alta:03/07/2019**

**Registro:1930961**

**Tempo de Permanência:-18075**
**Diagnóstico Inicial:**

**Diagnóstico Final:**

**Cirurgia:OSTEOSSINTESE** **Data:02/07/2019**

**Equipe:**
**Cirurgião:ANDRE RIBEIRO ARAUJO MENEZES**
**Aux 1:**
**Aux 2:**
**Aux 3:**
**Aux 4:**
**Anestesista:**
**Medicamentos:**

**Orientações:RETORNO AMBULATORIAL + FISIOTERAPIA**

**Medicações para Casa::CEFALEXINA + ARFLEX**

**CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: LAVAR COM ÁGUA E SABÃO AO DIA. SE APRESENTAR FEBRE, DOR, VERMELHIDÃO OU INCHAÇO IMEDIATAMENTE AO HOSPITAL!**

**Condições de Alta::Melhorado**

**Data03/07/2019** **Assinatura/Carimbo**
**Hallisson Barros De Almeida**

**OBS:LIBERAÇÃO CONFERIDA NO RESUMO DE ALTA! RESPONSÁVEL Barros De Almeida**

| | | |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

## RESULTADOS ESPERADOS

## REGISTROS

| DATA | HORA | PA | T | FC | FR | HGT | DIURESE | AVALIAÇÃO | ASSINATURA / CARIMBO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 08/07 | 8:00 | 120/70 | | | | | | Paciente acordado e orientado medicado conforme prescrição médica, sem queixas no momento do cuidado da Enfermagem. | [illegible] COREN-PR 309560 TE |

## INTERCORRÊNCIA DE ENFERMAGEM DIURNA

## INTERCORRÊNCIA DE ENFERMAGEM NOTURNA

GOVERNO DA PARAÍBA

# SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE

## HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

## SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁRE

### BOLETIM DE ENFERMAGEM

NOME: Luciana Henrique de Araújo

IDADE: 23 | SEXO: M [X] / F [ ] | DATA DE NASCIMENTO: / /

SETOR: Amarela | LEITO: 3

DIAGNÓSTICO MÉDICO: Retinopatia de maturidade + ex de vídeo

ALERGIAS: SIM [X] NÃO [ ] QUAIS: Dipirona / Ibuprofeno

MEDICAÇÃO CONTÍNUA: SIM [ ] NÃO [X] QUAIS:

DOENÇA CRÔNICA: SIM [ ] NÃO [X] QUAIS:

PRESENÇA DE ESCARA: SIM [ ] NÃO [X] LOCAL:

| | | | |
|---|---|---|---|
| PRESSÃO ARTERIAL: | HIPOTENSO [ ] | NORMOPOTENSO [X] | HIPERTENS |
| SISTEMA NEUROLÓGICO: | CONSCIENTE [X] | INCONSCIENTE [ ] | ORIENTAD |
| SISTEMA RESPIRATÓRIO: | DISPÊNICO [ ] | TAQUIPÊNICO [ ] | EUPNÉIC |
| SIST. GENITOURINÁRIO (DIURESE) | NORMAL [X] | POLÚRIA [ ] | OLIGÚR |
| | DUSÚRIA [ ] | CISTOSTOMIA [ ] | ANÚR |
| MOBILIDADE: | DEAMBULA [X] | DEAMBULA C/ APOIO [ ] | ACAMAD |
| | TETRAPLEGIA [ ] | HEMIAPLEGIA [ ] | PARES |
| SIST. GAS. ROINTEATINAL: DIETA) | VO [X] | SNG [ ] | SN |
| ESTADO NUTRICIONAL: | NUTRIDO [X] | DESNUTRIDO [ ] | OBES |
| DADOS VITAIS: | PA: | T: | FR: | FC: |

### DIAGNÓSTICOS DA ENFERMAGEM

| | |
|---|---|
| [X] RISCO DE QUEDA | CD/FR: pac. e |
| [ ] RISCO DE ASPIRAÇÃO | CD/FR: |
| [X] RISCO DE INFECÇÃO | CD/FR: AVP |
| [ ] RISCO DE DESEQUILÍBRIO DA TEMPERATURA CORPORAL | CD/FR: |
| [ ] RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL | CD/FR: |
| [ ] RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA [ ] RETENÇÃO URINÁRIA | CD/FR: |
| [ ] RISCO DE SANGRAMENTO | CD/FR: |
| [ ] NÁUSEA | CD/FR: |
| [ ] DOR AGUDA [ ] DOR CRÔNICA | CD/FR: |
| [ ] PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ | CD/FR: |
| [ ] MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA | CD/FR: |
| [ ] DÉFICIT NO AUTO CUIDADO [ ] ALIMENTAR-SE [ ] PARA BANHO | CD/FR: |
| [ ] INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA | CD/FR: |
| [ ] RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA | CD/FR: |
| [X] RISCO DE SÍNDROME DO DESUSO | CD/FR: |
| [ ] | CD/FR: |
| [ ] | CD/FR: |
| [ ] | CD/FR: |
| | CD: CARACTERÍSTICA |
| | FR: FATOR RELACIONA |

Luana
Luana Venâncio Oliveira
ENFERMEIRA
COREN-PB 34

ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL

### PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

| | |
|---|---|
| [X] MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS. | M T N |
| [ ] REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR. | |
| [ ] ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA. | |
| [ ] INSTALAR CATÉTER DE 02 A DL/MIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA. | |
| [ ] AVALIAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA (RUÍDOS, ESTERTORES E BATIMENTOS DA ASA DO NARIZ). | |
| [ ] ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS. | |
| [ ] POSICIONAR O PACIENTE EM DECUBITO DE 45º. | |
| [ ] MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA, QUANDO RECOMENDADO. | |
| [X] MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO (EDMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR HIPEREMIA. | sempre |
| [X] ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO. | sempre |
| [X] REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, ÀS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E AS REPOSTAS DO PACIENTE | sempre |

GOVERNO DA PARAÍBA

# 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).: | LUCIANO HENRIQUE RIBEIRO | Protocolo: | 0000473890 | RG: | NÃO INFORMADO |
| Dr(a): | THIAGO ALVES | Data: | 28-06-2019 11:50 | Origem: | AREA AMARELA |
| Convênio: | HOSPITAL DE TRAUMAS D.LUIZ G. FERNANDES | Idade: | 23 anos | Destino: | AREA AMARELA |

**TEMPO DE COAGULACAO** ..... 8'00''

(DATA DA COLETA: 28/06/2019 11:50 )
Material: Sangue
Metodo: LeeWhite

Valores de Referencia:
DE 5 A 10 MINUTOS

**TEMPO DE SANGRAMENTO** ..... 1'36''

(DATA DA COLETA: 28/06/2019 11:50 )
Material: sangue
Metodo: Duke

Valores de Referencia:
DE 1 A 3 MINUTOS.

Emissão : 28/06/2019 11:53 - Página 2 de 2

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: FB13-2968-401C-86A7-9F3E-D4CC-A757-C04E

Laboratório Newlab

SELO DE QUALIDADE

PNCQ Programa Nacional de Controle de Qualidade

GOVERNO DA PARAÍBA

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

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Sr(a).: | LUCIANO HENRIQUE RIBEIRO | Protocolo: | 0000473890 | RG: | |
| Dr(a): | THIAGO ALVES | Data: | 28-06-2019 11:50 | Origem | |
| Convênio: | HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES | Idade: | 23 anos | Destino | |

**HEMOGRAMA**
[DATA DA COLETA: 28/06/2019 11:49 ]

| | Resultados | | Valores de Refer... |
|---|---|---|---|
| **SÉRIE VERMELHA** | | | |
| Eritrócitos | 5.10 milhões/mm³ | | 4,2 a 6,0 milhões |
| Hemoglobina | 15,0 g/dL | | 13,5 a 16,0 g/d... |
| Hematócrito | 45,1 % | | 40,0 a 52,5 % |
| V.C.M. | 88 fL | | 80,0 a 97,0 fL |
| H.C.M. | 29 pg | | 27,0 a 31,0 pg |
| C.H.C.M. | 33 g/dL | | 32,5 a 36,0 g/d... |
| **SÉRIE BRANCA** | | | |
| Leucócitos | 6.800 /mm³ | | 5.000 a 10.000 /... |
| | (%) | (/mm³) | |
| Neutrófilos | | | |
| Promielócitos | 0 | 0 | |
| Mielócitos | 0 | 0 | |
| Metamielócitos | 0 | 0 | |
| Bastonetes | 2,0 | 136 | |
| Segmentados | 61,0 | 4.148 | 40 a 75 % - 1... |
| Eosinófilos | 1,0 | 68 | 0 a 6,0 % - at... |
| Basófilos | 0 | 0 | 0 a 2,0 % - at... |
| Linfócitos | | | |
| Típicos | 33,0 | 2.244 | 20 a 45 % - 1... |
| Atípicos ou Reativos | 0 | 0 | |
| Monócitos | 3,0 | 204 | 2,0 a 10 % - 4... |
| CONTAGEM DE PLAQUETAS | 252.000 mm³ | | 150.000 a 450.000... |

OBSERVAÇÕES..... **Contagens revisadas e confirmadas.**

Material: SANGUE TOTAL
Método: RESISTIVIDADE - IMPEDÂNCIA - MICROSCOPIA

Alex

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: 9752-5718-3440-3225-BC

Laboratório Newlab

SELO DE QUALIDADE

PNCQ Programa de Contro...

Bio Implants

# MATERIAL UTILIZADO EM CIRURGIA

Rastreamento 0065

Hospital: Hospital de [illegible] Código:

Procedimento: Cirurgia de Fratura de [illegible] Cód. Procedimento:

Paciente: Luciano Henrique de Mauro

Data da Cirurgia: 22/03/[illegible] Nº prontuário: 1930922 Convênio:

Cirurgião: [illegible] Código: ( ) Reposição ( ) Caixa Pronta

## DESCRIÇÃO DE PRODUTOS UTILIZADOS

| Qtd. | Descrição | Cód. Produto | Valor Unit. | Valor Total |
|---|---|---|---|---|
| 01 | Placa em T 3x3 furos | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

## ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS

| | | | | | | | | Valor Unit. | Valor Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Parafuso Cortical (3,5) mm | Nº | 06 | 18 | 20 | | | | | |
| | Qtd. | 01 | 01 | 01 | | | | | |
| | Cód. | | | | | | | | |
| Parafuso Cortical ( ) mm | Nº | | | | | | | | |
| | Qtd. | | | | | | | | |
| | Cód. | | | | | | | | |
| Parafuso Esponjoso 4.0 mm | Nº | | | | | | | | |
| | Qtd. | | | | | | | | |
| | Cód. | | | | | | | | |
| Parafuso Esponjoso 6.5 mm R/16 Curta | Nº | | | | | | | | |
| | Qtd. | | | | | | | | |
| | Cód. | | | | | | | | |
| Parafuso Esponjoso 6.5 mm R/32 Longa | Nº | | | | | | | | |
| | Qtd. | | | | | | | | |
| | Cód. | | | | | | | | |
| Parafuso Maleolar 4.5 mm | Nº | | | | | | | | |
| | Qtd. | | | | | | | | |
| | Cód. | | | | | | | | |

OBS.: O PREENCHIMENTO DO PRONTUÁRIO É OBRIGATÓRIO.

FREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO CONSULTOR DE VENDAS

Condições de Pagamento:

Faturar N.F para:

Cód. do consultor: Total:

Cód. Instrumentador:

Anotações do Médico

Dr. Euler Fabrício A. Cruz
Mr. Ortopedia - Traumatologia
CRM-PE 5507

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/003
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB Data: 02/07/2019
NOME : Euler Fabricio Alves Cruz

GOVERNO DA PARAÍBA

Número do Prontuário: 75942 DATA DA CIRURGIA: 02/07/2019

Número do Atendimento: 1930961 Clin: AMARELA / Enf: 3 / Lei: 1

# DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

**Nome do Paciente: LUCIANO HENRIQUE RIBEIRO DE ARAUJO SILVA**

**Data da Internação: 27/06/2019**

**Atendimento:1930961**

**Diagnostico Pré-Operatório:** Fx nível distal E

**Diagnostico Pós-Operatório:** O mesmo

**Cirurgia:OSTEOSSINTESE** **Data da Cirurgia:02/07/2019**

**Equipe:**
**Cirurgião:ERICSSON ALBUQUERQUE MARQUES**
**Aux 1:EVERLAN DA SILVA MEIRA**
**Aux 2:EULER FABRICIO ALVES CRUZ**
**Aux 3:**
**Instrumentador:FLÁVIO**
**Anestesista:MARIA DO SOCORRO FARIAS MORAIS DE CARVALHO**
**Tipo de anestesia:BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL**

**Relatório Imediato do Patologista:**

**Exame Radiológico no Ato:SIM.**

**Acidente Durante Operação:NÃO.**

**Descrição da Operação:**
**1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL HORIZONTAL SOB ANESTESIA;**
**2. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS;**
**3. INCISÃO EM VIA DE HENRY + DISSECÇÃO POR PLANOS + HEMOST**
**4. REDUÇÃO CRUENTA DO FOCO DE FRATURA;**
**5. OSTEOSSÍNTESE COM PLACA VOLAR EM "T" 3X3 FUROS + 3 PARAF CORTICAIS + FIXAÇÃO COM 1 FIO DE KIRSCHNER Nº 2,0 SOB AUXÍLIO DE ESCOPIA;**
**6. LAVADO DE FERIDA OPERATÓRIA + SUTURA + CURATIVO.**

**Data 02/07/2019**

**Assinatura/Carimbo**
**Euler Fabricio Alves Cruz**

Dr. Euler Fabricio A...
MR ORTOPEDIA - TRAUMAT...
CRM-PB 99...

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

**HUECG** HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

ENFERMARIA | LEITO | Nº PRONTUÁRIO

**FOLHA DE ANESTESIA**

NOME: Luciano Henrique Ribeiro de Araujo Silva | IDADE: 23a | SEXO: M | COR: Parda

DATA: 26/07/19 | PRESSÃO ARTERIAL | PULSO | RESPIRAÇÃO | TEMPERATURA | PESO | ALTURA

TIPO SANGUÍNEO | HEMÁCIAS | HEMOGLOBINA | HEMATÓCRITO | GLICEMIA | UREIA | OUTROS

URINA

AP. RESPIRATÓRIO | ASMA | BRONQUITE

AP. CIRCULATÓRIO | ELETROCARDIOGRAMA

AP. DIGESTIVO | DENTES | PESCOÇO | AP. URINÁRIO

ESTADO MENTAL | ATARAXICOS | CORTICOIDES | ALERGIA: AINE(s) | HIPOTENSORES

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura de Rádio Distal em MSE | ESTADO FÍSICO: PI | RISCO: Grau I

ANESTESIAS ANTERIORES

MEDICAÇÃO PRÉ ANESTÉSICA | APLICADA | ÀS | EFEITO

AGEN. ANESTÉSICOS | O

LÍQUIDOS: Lel 100

CÓDIGOS: VP. ARTERIAL: O PULSO: O - RESPIRAÇÃO; AX. - ANESTESIA: O - OPERAÇÃO

260 240 220 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20

INDUÇÃO

Satisf.: ____ Excit.: ____ Tosse: ____

Laringo espasmo: ____ Lenta ____

Náuseas: ____ Vômitos: ____

Outros: ____

MANUTENÇÃO

Tramal (01 amp)

Dormonid 50mg (01 amp)

Fentanil 10ml (01 amp)

ANESTESIA SATISF.: Sim ____ Não ____

Não, por quê? ____

DESPERTAR

Reflexos na SO ____

Obstr.: ____ Co2: ____ Excit.: ____

Náuseas: ____ Vômitos: ____

Outros: ____

Com cânula:

Para o Leito: Sim ____ Não ____

CONDIÇÕES:

SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES

POSIÇÃO: Supina

AGENTES: Sufa 2% cl(01fa) | Bupi 0,5% cl(01fa) | Dexametasona (1 amp) | Ranitidina (01 amp)

TÉCNICA: Bloqueio de Px Braquial guiado por US. em MSE | CÂNULAS

OPERAÇÃO: Redução Cruenta de Fratura de Rádio Distal com Fixador em MSE

CIRURGIÕES: Drs Cristian + Elielson

ANESTESISTAS: Dra. Jocemo Carneiro

OBSERVAÇÕES: Monitor de Pulso; PNI; Cardioscópio contínuo;

ANOTAR NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS | PERDA SANGUÍNEA

MOD. 098 | FOLHA DE ANESTESIA - SRPB

GOVERNO DA PARAÍBA

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

# Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: Luciana Henrique Ribeiro Idade: 23
Convênio: Data: 02/07/2017
Procedimento: Red. cirúrgica e fixação de fratura de radio distal

Cirurgião: Dr Euler Auxiliar: Anestesista: Dra Socorro Coelho
Início: Término: Anestesia: Bloqueio de plexo

| Hora | PA | Pulso | SAT 02 | Responsável | A. Motora | Conciência |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 22:15 | 127x62 | 82 | 98% | Laura | + | Consciente |
| 23:00 | 120x70 | 87 | 99% | Laura | + | + |

| Medicamentos / Materiais | Qauntidade |
|---|---|
| | |

Observações:
ala neuro.

Assinatura Anestesista

Circulante

*Relatório de Operações*

MOD 103

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

SINAIS VITAIS
HGT: 113 SAT 02: 99 PA: 130X90 TEMP: FC: 100 FR: 19 PESO:

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

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

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

SINTOMAS REFERIDOS

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

Escala de Intensidade da Dor

ESCALA DE DOR: DOR MODERADA

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO :
AMARELO

ENFERMEIRO/COREN
Allana Gusmao Uchoa

Allana Gusmão Uchôa
COREN-PB 175133-ENF

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
04 SET. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

GOVERNO DA PARAÍBA

# SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE

## HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

## SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| NOME: | | | | |
| IDADE: | SEXO: M ☐ F ☐ | DATA DE NASCIMENTO: / / às : h | | |
| SETOR: | | LEITO: | | |
| DIAGNÓSTICO MÉDICO: | | | | |
| ALERGIAS: | SIM ☐ NÃO ☐ | QUAIS: | | |
| MEDICAÇÃO CONTÍNUA: | SIM ☐ NÃO ☐ | QUAIS: | | |
| DOENÇA CRÔNICA: | SIM ☐ NÃO ☐ | QUAIS: | | |
| PRESENÇA DE ESCARA: | SIM ☐ NÃO ☐ | LOCAL: | | |
| PRESSÃO ARTERIAL: | HIPOTENSO ☐ | NORMOPOTENSO ☐ | HIPERTENSO ☐ | |
| SISTEMA NEUROLÓGICO: | CONSCIENTE ☐ | INCONSCIENTE ☐ | ORIENTADO ☐ | |
| SISTEMA RESPIRATÓRIO: | DISPÊNICO ☐ | TAQUIPÊNICO ☐ | EUPNÉICO ☐ | BRADIPNÉICO ☐ |
| SIST. GENITOURINÁRIO (DIURESE) | NORMAL ☐ | POLÚRIA ☐ | OLIGÚRIA ☐ | SVD ☐ |
| | DISÚRIA ☐ | CISTOSTOMIA ☐ | ANÚRIA ☐ | |
| MOBILIDADE: | DEAMBULA ☐ | DEAMBULA C/ APOIO ☐ | ACAMADO ☐ | S/ DEFICITE MOTOR ☐ |
| | TETRAPLEGIA ☐ | HEMIAPLEGIA ☐ | PARESIA ☐ | RESTRITO NO PEITO ☐ |
| SIST. GAS. ROINTEATINAL: (DIETA) | VO ☐ | SNG ☐ | SNE ☐ | |
| ESTADO NUTRICIONAL: | NUTRIDO ☐ | DESNUTRIDO ☐ | OBESO ☐ | CAQUÉTICO ☐ |
| DADOS VITAIS: | PA: | T: | FR: | FC: PESO: |

| | |
|---|---|
| ☐ RISCO DE QUEDA | CD/FR: |
| ☐ RISCO DE ASPIRAÇÃO | CD/FR: |
| ☐ RISCO DE INFECÇÃO | CD/FR: |
| ☐ RISCO DE DESEQUILÍBRIO DA TEMPERATURA CORPORAL | CD/FR: |
| ☐ RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL | CD/FR: |
| ☐ RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA ☐ RETENÇÃO URINÁRIA | CD/FR: |
| ☐ RISCO DE SANGRAMENTO | CD/FR: |
| ☐ NÁUSEA | CD/FR: |
| ☐ DOR AGUDA ☐ DOR CRÔNICA | CD/FR: |
| ☐ PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ | CD/FR: |
| ☐ MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA | CD/FR: |
| ☐ DÉFICIT NO AUTO CUIDADO ☐ ALIMENTAR-SE ☐ PARA BANHO | CD/FR: |
| ☐ INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA | CD/FR: |
| ☐ RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA | CD/FR: |
| ☐ RISCO DE SÍNDROME DO DESUSO | CD/FR: |
| ☐ | CD/FR: |
| ☐ | CD/FR: |
| ☐ | CD/FR: |
| | CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA |
| | FR: FATOR RELACIONADO |

*ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL*

| | | |
|---|---|---|
| ☐ MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS. | | |
| ☐ REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR. | | |
| ☐ ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA. | | |
| ☐ INSTALAR CATÉTER DE 02 A DL/MIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA. | | |
| ☐ AVALIAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA (RUÍDOS, ESTERTORES E BATIMENTOS DA ASA DO NARIZ). | | |
| ☐ ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS. | | |
| ☐ POSICIONAR O PACIENTE EM DECUBITO DE 45°. | | |
| ☐ MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA, QUANDO RECOMENDADO. | | |
| ☐ MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO (EDMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR HIPEREMIA. | | |
| ☐ ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO. | | |
| ☐ REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, ÀS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E AS REPOSTAS DO PACIENTE. | | |

MOD 125

| | |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

## RESULTADOS E OPERAÇÕES

## REGISTRO

| DATA | HORA | PA | T | FC | FR | HGT | DIURESE | AVALIAÇÃO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 01/07 | 0800 | 160/90 | — | — | — | | | |

## INTERCORRÊNCIA DIETÉTICA OU ENTERAL

## INTERCORRÊNCIA DA CANULAÇÃO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
LUCIANO HENRIQUE RIBEIRO DE ARAUJO SILVA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
4100218 SSDS PB

CPF
111.344.634-05

DATA NASCIMENTO
27/03/1996

FILIAÇÃO
LUCIANO SILVA
JANAINA RIBEIRO DE ARAUJO SILVA

PERMISSÃO

ACC

CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO
06698784350

VALIDADE
25/01/2021

1ª HABILITAÇÃO
10/09/2016

OBSERVAÇÕES

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
[redacted]
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

COMPREV SEGURIDADE PREVIDÊNCIA S/A
03 OUT. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

ASSINATURA DO PORTADOR

DATA EMISSÃO
04/12/2017

LOCAL
CAMPINA GRANDE, PB

65605284386
PB035836512

ASSINATURA DO EMISSOR

PARAÍBA

VÁLIDA EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL

15453346 99

PROIBIDO PLASTIFICAR

15453346 99

DETRAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO
Nº 014665960832

LACRE

NOME: LUCIANO SILVA

CPF/CGC: 02658101406

PLACA: [illegible]

PLACA ANT./UF: NOVO / PB

CHASSI: 9C2KD0560CR569926

ESPECIE/TIPO: PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC

COMBUSTIVEL: ALCO/GASOL

MARCA/MODELO: HONDA/NXR150 BROS KS

ANO FAB.: 2012 ANO MOD.: 2012

CAPACIDADE: 149 /CI

CATEGORIA: PARTIC

COR PREDOMINANTE: LARANJA

IPVA
COTA UNICA: IPVA EXER KM 00/00/0000
VENC. COTA UNICA:
VENC. COTAS:
PAGAMENTO: *******
PARCELAMENTO COTAS: 0
1ª
2ª
3ª

PREMIO TARIFARIO PB: ********
DPVAT PB: SEGURO
PREMIO TOTAL PB: PAGO
DATA DE PAGAMENTO: 27/05/2019

OBSERVAÇÕES: SEM RESERVA DE DOMINIO

COMPETENCIA: 2019
DATA: 20/05/2019

CONTRAN

PB Nº 014665960832 BILHETE DE SEGURO DP

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

EXERCICIO: 2019
DATA EMISSÃO: 28/05/20

PM: 1
CPF/CNPJ: 02658101406
PLACA: 0552/36/PB

RENAVAM: 00472679711
MARCA/MODELO: HONDA/NXR150 BROS KS

ANO FAB.: 2012
SE DIR: 9
CHASSI: 9C2KD0560CR569926

PRÊMIO TARIFARIO
PRÊMIO PB: ******
DPVAT PB: ******
CUSTO DO SEGURO PB: ******
CUSTO DO BILHETE PB: ******
DPVAT: SEGURO
TOTAL PAGAMENTO: PAGO
PAGAMENTO: COTA UNICA / PARCELADO
DATA DE QUITAÇÃO: 27/05/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04
33533 1503241 20190528

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
[redacted]
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

COMPREV
COMPREV SEGURIDADE PREVIDÊNCIA S/A
03 OUT. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190578904 **Cidade:** Barra de Santa Rosa **Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** FABIO JUNIOR DE BRITO **Data do acidente:** 17/04/2019 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 15/10/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DISTAL DO FÊMUR ESQUERDO.
FRATURA EXPOSTA DA PATELA ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.(P63,73,77,81)

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|---|---|---|---|---|
| Perda completa da mobilidade de um joelho | 25 % | Em grau médio - 50 % | 12,5% | R$ 1.687,50 |
| | | **Total** | **12,5 %** | **R$ 1.687,50** |

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190396349 **Cidade:** Barra de Santa Rosa **Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** FABIO JUNIOR DE BRITO **Data do acidente:** 17/04/2019 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 02/07/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DISTAL DO FÊMUR ESQUERDO.
FRATURA EXPOSTA DA PATELA ESQUERDA.

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

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** PG 74 81 84 85 - FOLHAS DE CIRURGIA.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|---|---|---|---|---|
| Perda completa da mobilidade de um joelho | 25 % | Em grau médio - 50 % | 12,5% | R$ 1.687,50 |
| | | **Total** | **12,5 %** | **R$ 1.687,50** |

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0343093/19

**Vítima:** FABIO JUNIOR DE BRITO **Data do acidente:** 17/04/2019

**CPF:** 063.072.704-03 **CPF de:** Próprio **Titular do CPF:** FABIO JUNIOR DE BRITO

**Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

**Sinistro**

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

**FABIO JUNIOR DE BRITO : 063.072.704-03**

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

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

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

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

| Portador da documentação apresentada | Responsável pelo cadastramento na seguradora |
|---|---|
| Data da apresentação: 03/10/2019<br>Nome: FABIO JUNIOR DE BRITO<br>CPF: 063.072.704-03 | Data do cadastramento: 03/10/2019<br>Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA<br>CPF: 105.999.304-03 |
| FABIO JUNIOR DE BRITO | NATALIA SOARES ALVES DA SILVA |