
Rio de Janeiro, 23 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200221182

Vítima: VERONICA DE ARAUJO GOMES

Data do Acidente: 27/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), VERONICA DE ARAUJO GOMES

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 05 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200221182

Vítima: VERONICA DE ARAUJO GOMES

Data do Acidente: 27/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), VERONICA DE ARAUJO GOMES

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: VERONICA DE ARAUJO GOMES

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000003487

Conta: 0000046987-3

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima: **993.081.774-34** **Veronica de Araújo Gomes**

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

5 - Nome completo: **Veronica de Araújo Gomes** 6 - CPF: **993.081.774-34**
7 - Profissão: **Trabalho** 8 - Endereço: **R. Agostinho Fonseca, 170** 9 - Complemento: **370**
10 - Bairro: **Água Fria** 11 - Cidade: **João Pessoa** 12 - Estado: **PB** 13 - Telefone: **81 38073-470**
14 - Celular: **(83) 98863-4900** 15 - E-mail:

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 ATE R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATE R\$5.000,00
☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: **3487** ☐ CONTA: **46987** ☐ AGÊNCIA: ☐ ☐ CONTA: ☐ ☐
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (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.

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascido(a) criança(s)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

40 - Local e Data:

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

CA loterias CAIXA

329 341081830-0

loterias CAIXA

5/NOV/2019

HORA DE 16:37:

LOT. 13.004597-7

TERM 01860

LOCALIDADE: JOAO PESSOA

AG. VINCULADA: 3487

CONTROLE: 3294062

CUBRIVANTE DE ABERTURA DE POUP CAIXA FACIL

NOME: VERONICA DE ARAUJO GOMES

AGENCIA: 3487

OPERACAO: 013

CONTA DV: 000.000.046.987-3

DATA DA ABERTURA: 25/11/2019

LOTERIAS CAIXA



**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 030535.01.2020.0.00.704**

A Delegacia Online CERTIFICA a requerimento escrito, via Internet, de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial nº 030535.01.2020.0.00.704 analisado pelo policial civil Anderson Wagner Silva Tavares, matrícula 1824210 cujo teor passo a transcrever na íntegra: às 16:14 min do dia 08/06/2020, na Delegacia Online, **VERONICA DE ARAUJO GOMES**, nacionalidade Brasileiro(a), profissão RECEPCIONISTA, natural de Santa Rita, nascido(a) em 01/07/1972, idade 47, de cor Parda, filho(a) de MARIZA GONÇALVES DE ARAUJO e JOSE VALDEMIR DE ARAUJO, CPF 993.081.774-34, residente e domiciliado(a) no(a) Rua Agostinho Fonseca Neto, nº 170, complemento APTO 301, bairro Água Fria, na cidade de João Pessoa/PB. CEP: 58073470, telefone(s) 83987132913, registrou o seguinte:

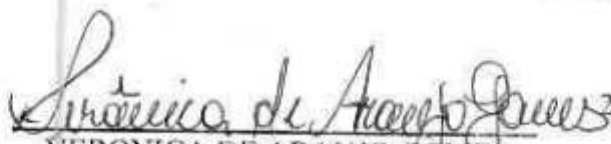
Dados do(s) Fato(s):

Data/Hora do fato: 27/06/2019 15:00h: Tipificação: **Boletim Emergencial**; Tipo do Local: Indefinido; Local do Fato: AVENIDA AGOSTINHO FONSECA NETO, AGUA FRIA, João Pessoa/PB.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Conduzia sua moto HONDA POP 110I, ANO/MOD 2019/2019, COR BRANCA, PLACA OSD 8A04/PB, CHASSI 9C2JB0100KR124875, em nome de JOSE EDSON CARLOS GOMES, CPF de n.º 60356227472, QUANDO estava chegando em casa, ao tentar desviar um buraco perdeu o controle e caiu da moto, sendo socorrida pelo SAMU para o Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena onde foi atendido.

Sendo o que havia a constar, cientificado 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.


VERONICA DE ARAUJO GOMES

2961D50E74E7A58FFEB1FAFB6E1C963A

Código de Controle

ATENÇÃO: Esse Boletim só é válido com a assinatura do declarante. A veracidade do mesmo pode ser checada no site da Delegacia Online através do código de controle. www.delegaciaonline.pb.gov.br. Tel. (83) 3612-8612 (8h-18). E-mail: delegaciaonline@seds.pb.gov.br.



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima: **993.081.774-34** **Veronica de Araújo Gomes**

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

5 - Nome completo: **Veronica de Araújo Gomes** 6 - CPF: **993.081.774-34**
7 - Profissão: **Trabalho** 8 - Endereço: **R. Agostinho Fonseca, 170** 9 - Complemento: **370**
10 - Bairro: **Água Fria** 11 - Cidade: **João Pessoa** 12 - Estado: **PB** 13 - Telefone: **81 3073-470**
14 - Celular: **(83) 98663-4900** 15 - E-mail:

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATE R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATE R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **3487** ☐ CONTA: **46987** ☐ AGÊNCIA: ☐ ☐ CONTA: ☐ ☐
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (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.

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascido(a) nascido(a)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

40 - Local e Data:

38 - 1ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

loterias CAIXA

329 341081830-0

loterias CAIXA

5/NOV/2019

HORA DE 16:37

LOT. 13.004597-7

TERM 01860

LOCALIDADE: JOAO PESSOA

AG. VINCULADA: 3487

CONTROLE: 3294062

CUBRIVANTE DE ABERTURA DE POUP CAIXA FACIL

NOME: VERONICA DE ARAUJO GOMES

AGENCIA: 3487

OPERACAO: 013

CONTA DV: 000.000.046.987-3

DATA DA ABERTURA: 25/11/2019

LOTERIAS CAIXA

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 30/06/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: VERONICA DE ARAUJO GOMES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03487

CONTA: 000000046987-3

Nr. da Autenticação 945D4A5E2A547318

**CAGEPA**

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTO DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cirne, 320 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 54.015-670 - CNPJ: 08.123.884/0001-87

001.078.292.0572.301
REVERENDIA
FEV/2020

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

VERONICA DE ARAUJO GOMES

RUA AGOSTINHO FONSECA NETO, 170 - APTD 301 - AGUA
FRIA JOAO PESSOA PB 58073-470

Inscrição		SMI	Quantidade de Economias				Responsável
			Instalada	Cadastrada	Instalada	Faltando	
001.078.292.0572.301		301	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água		Situação Esgoto		
A08A008697	21/02/2008	EXT LACH	LIGADO		E LIGADO		
ANTERIOR ATUAL CONSUMO (H3) FIM DE DIAS PRÓXIMA LETURA							
976	985	10	20		17/03/2020		
HIST. CONS./ANOR. LET. E QUALID. AGUA ADIC. 24 PORT. 05/07/19							
JAN/2020	8	PARAMETROS EXIG.		ANALIS.	CONDIÇÕES		
DEZ/2019	10	TURBIDEZ		268	265	205	
NOV/2019	10	CLOUD		268	266	205	
OUT/2019	12	COR TERMOI		0	0	0	
SET/2019	5	COR		73	126	115	
AGO/2019	7	COL. TOTAIS		268	260	200	
MEDIA(H)	8	DADOS REFERENTES A DEZ/2019					

DATA DA IMPRESSÃO: 11/02/2020

HORA DA IMPRESSÃO: 07:10:17

DESCRIÇÃO

CONSUMO

TOTAL(R\$)

ÁGUA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

CONSUMO DE ÁGUA

10 H3

12,91

ESGOTO

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

CONSUMO DE ESGOTO

10 H3

50,31

ACRESCIMO(S) H3 (15) ANT. 11/2019

1,37

Juros de Hora 11/2019

0,77

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS R\$ 6,31 PIS E COFINS 111 12 243/12

VENCIMENTO:

07/03/2020

Total a Pagar:

R\$ 70,38



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE VERONICA DE ARAUJO GOMES
DADOS DE NASCIMENTO 01/07/72
NOME DA MÃE MARIZA GONÇALVES DE ARAUJO

DADOS EXTRAÍDOS DO PRONTUÁRIO

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1.173.448
Nº PRONTUÁRIO 116.588
DATA DO ATENDIMENTO 27/06/19
HORA DO ATENDIMENTO 16:37
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S) FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TÍBIA E
CID 10 S 82.1

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta (queda), socorrida pelo SAMU, apresentando edema e dor intensa em joelho E + incapacidade funcional do membro inferior E, além de discreto edema occipital. Glasgow 15. Avaliada pela equipe da médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC do joelho E
RX do joelho E - AP e P

TRATAMENTO:

Fratura da extremidade proximal da tibia E a TC e RX. Realizado intenamento e tratamento cirúrgico pelo Dr. Arão Alencar e Dr. Thales Seabra da equipe da Ortopedia.

ALTA HOSPITALAR: 03/08/19
DATA DE EMISSÃO: 21/02/20

DR. EWERTON NERONHA TEIXEIRA
MÉDICO ORTOPEDISTA
CRM: 2516

Dr. Ewerton Neronha Teixeira
CRM: 2516/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO. OBS: O profissional que assina este laudo não participou do atendimento médico.

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

Boletim de Atendimento: 1173448



Identificação do paciente						
ID 1416472	Nome VERONICA DE ARAUJO GOMES			Sexo Feminino		
Data de nascimento 01/07/1972	Idade 46 anos 11 meses 26 dias	Estado civil	Religião	Prontuário		
Mãe MARIZA GONCALVES DE ARAUJO	Pai JOSE VALDEMIR DE ARAUJO					
Escolaridade	Responsável (Parentesco) EMERSON CARLOS DE ARAUJO - FILHO(A)					
DDD Celular 83	Celular 996202460	DDD	Telefone			
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 1692065	Nº Cns				
Local de procedência JOSE AMERICO		Tipo BAIRRO	UF PB			
Email	Naturalidade SANTA RITA	CBO/R				
Endereço						
CEP 58073415	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro AGOSTINHO FONSECA NETO			
Número SN	Complemento AP 303	Bairro JOSE AMÉRICO DE ALMEIDA				
Admissão						
Data e Hora 27/06/2019 16:37:21	Número da pulseira 1000007138514	Convênio SUS				
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica					
Classificação de risco	Origem do paciente RUA					
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS				
Indicadores e Transporte						
Caso potencial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não			
Meio de transporte SAMU	Quem transportou					
Sinais Vitais						
PA X	mmHg	Pulso	Temperatura			
Exames complementares						
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos: Paciente consciente, orientado, trazido pelo SAMU. História de queda de moto por pista asfaltada. Sem V1 notado. sem. J						
Diagnóstico						CID
Atendido por PRISCILA JORGE DA SILVA						Assinatura 5655g

Imprimir

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente VERONICA DE ARAUJO GOMES	BAE 1173448	Data/Hora Entrada 27/06/2019 16:37:21	Data Baixa
Data de nascimento 01/07/1972	Idade 46a 11m 26d	Sexo Feminino	Telefone de Contato (83) 996202469
Mãe MARIZA GONCALVES DE ARAUJO		CNS	Prontuário
Endereço AGOSTINHO FONSECA NETO, SN - AP 303	Bairro JOSÉ AMÉRICO DE ALMEIDA	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional FRANCINELIO DE SOUSA FREITAS	Nº Cons. Regional 9603/
Data/Hora Classificação 27/06/2019 16:37:21		Data/Hora Prescrição 27/06/2019 20:49:36	

ANAMNESE

#ORTOPEDIA# PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO (SEM COLISÃO COM VEICULO OU ESTRUTURA), REFERINDO DOR INTENSA NO JOELHO ESQUERDO E INCAPACIDADE FUNCIONAL NO MIE. AO EXAME APRESENTANDO EDEMA IMPORTANTE NA PERNA E JOELHO ESQ. COM INCAPACIDADE DE FLEXO-EXTENSÃO DO JOELHO ESQ, COMPE E TNZ SEM ALTERAÇÕES. NEUROVASCULAR PRESERVADO NO MIE. RX: FRATURA DE PLANALTO TIBIAL ESQUERDO. CD: INTERNAÇÃO PARA TRATAMENTO CIRURGICO. STAFF: DR ROBERTO ALMEIDA.

DIETA

DIETA LIVRE, VIA ORAL

MEDICAÇÃO

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

Diluir

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), DILUIR 2,0 ML

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

Diluir

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

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 2000,0 ML VIA E.V, 24H

MEPAZOL 20MG CÁPSULA, ADMINISTRAR 20,0 MG VIA ORAL, 1X AO DIA, (OBSERVAÇÕES: PELA MANHA, EM JEJUM)

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

Diluir

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

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V, 12/12H

Diluir

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., 12/12H

CAPTOPRIL 25 MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 25,0 MG VIA ORAL, ACM, SE NECESSÁRIO SE PAS > 160 OU PAD > 110 (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 50,0) (OBSERVAÇÕES: SE PAS > 160 OU PAD > 110)

GLICOSE 50% (AMPOLA) - SOLÚVEL, ADMINISTRAR 30,0 ML VIA E.V, ACM, SE NECESSÁRIO SE HGT<60 (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 30,0) (OBSERVAÇÕES: SE HGT<60)

CUIDADOS

CURATIVO, (OBSERVAÇÕES: DIARIO)

HGT 6/6HS

FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIO E MOTORA

INSULINA REGULAR CONFORME HGT, (OBSERVAÇÕES: E PROTOCOLO HOSPITALAR)

SSVV + CCGG

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO JOELHO ESQUERDO, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: COM CORTES CORONAL E SAGITAL E RECONSTRUÇÃO 3D)

PROCEDIMENTO

TALA INGUINO PODÁLICO, (OBSERVAÇÕES: ESQUERDA)

Conduta

Internar Paciente

VERÔNICA DE ARAUJO GOMES

Dr. Francinello Frenas
Médico
CRM PE 9603
CNS 703404579057 RV
FRANCINELLO DE SOUSA FREITAS
(CRM: 9603/)

Boletim registrado por: PRISCILA JORGE DA SILVA em 27/06/2019 16:38:17



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente VERONICA DE ARAUJO GOMES	BAE 1173448	Data/Hora Entrada 27/06/2019 16:37:21	Data Baixa
Data do nascimento 01/07/1972	Idade 46a 11m 26d	Sexo Feminino	Telefone de Contato (83) 996202469
Mãe MARIZA GONCALVES DE ARAUJO			Prontuário
Endereço AGOSTINHO FONSECA NETO, SN - AP 303	Bairro JOSÉ AMÉRICO DE ALMEIDA	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional VINICIUS NUNES ANDRADE	Nº Cons. Regional 4661/PB
Data/Hora Classificação 27/06/2019 16:37:21		Data/Hora Prescrição 27/06/2019 16:45:55	

ANAMNESE

PACIENTE VÍTIMA DE QUEDA DE MOTO, SOCORRIDA PELO SAMU JP, APRESENTANDO EDEMA E DOR EM JOELHO ESQUERDO. DISCRETO EDEMA OCCIPITAL. GCS 15; CERVICAL CLINICAMENTE LIVRE, NEGA QUAISQUER QUEIXAS NEUROLÓGICAS. ABDOME GLOBOSO, FLÁCIDO E INDOLOR. COND. LIBERADA DA CIRURGIA GERAL A/C DA ORTOPEDIA.

MEDICAÇÃO

TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 1,0 ML VIA E.V., AGORA, (OBSERVAÇÕES: EM 250ML DE SF)

CUIDADOS

I - ORIENTAÇÕES PARA ENFERMAGEM, (OBSERVAÇÕES: PARECER DA ORTOPEDIA)

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE JOELHO ESQUERDO (AP + LATERAL), (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA LOCAL)

CID10

S80.8 - Outros traumatismos superficiais da perna

Conduta

Em observação

VERONICA DE ARAUJO GOMES

Vinicius N. Andrade
Médico-Cirurgião Geral
CRM-PB 4661
VINICIUS NUNES ANDRADE
(: 4661/PB)

Boletim registrado por: PRISCILA JORGE DA SILVA em 27/06/2019 16:38:17

**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena

**GOVERNO
DA PARAÍBA****SEGUE
o trabalho**AV. ORESTES LISBOA, S/n - PEDRO GONDIM
CNES: 445365 - Tel.: 8332165700Impresso por: JOSE
ROGACIANO
MACHADO COUTO
Em: 01/08/2019
15:43:39

Nome VERONICA DE ARAUJO GOMES	Boletim de Atendimento 1173448	Data/Hora Entrada 27/06/2019 16:37:21	Data/Hora Saída
Data de nascimento 01/07/1972	Idade 46	Sexo Feminino	CNS 700003323428409
Tempo de Internação 1m 4d 16h 50min	Convênio SUS	Plantão DIURNO	Prontuário 116588
Data de Entrada 27/06/2019 16:37:21	Data Internação 27/06/2019 22:53:29	Permanência na Unidade: 1m 4d 23h 6min	Permanência no Leito: 1m 8h 11min

EVOLUÇÃO MEDICA (JOSE ROGACIANO MACHADO COUTO - 01/08/2019 15:43:27)**EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

ORTOPEDIA

OSTEOSSINTESE DE FRATURA DE PLATO TIBIAL ESQUERDO REALIZADO POR DR
ARAÓ E DR TALLES SEM INTERCORRENCIASCDT: RX DE CONTROLE
VPM

STAFF DR ARAO

Seção: HTOP - ENF 06 Leito: LEITO - 002

Profissional responsável pela informação: JOSE ROGACIANO MACHADO COUTO

Número Conselho: 185222



Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

AV. DRESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNES: 2458276 - Tel.: 8332165700



GOVERNO
DA PARAÍBA

Impresso por: MILTON DA
SILVA LINHARES
Em: 29/06/2019 08:16:53

Nome VERONICA DE ARAUJO GOMES	Boletim de Atendimento 1173448	Data/Hora Entrada 27/06/2019 16:37:21	Data/Hora Saída
Data de nascimento 01/07/1972	Idade 46	Sexo Feminino	CNS 700003323428409
Tempo de Internação 1d 9h 23min	Convênio SUS	Prontuário 116588	Plantão DIURNO
Data de Entrada 27/06/2019 16:37:21	Data Internação 27/06/2019 22:53:29	Permanência na Unidade: 1d 15h 39min	Permanência no Leito: 1d 9h 23min

EVOLUÇÃO MEDICA (MILTON DA SILVA LINHARES - 29/06/2019 08:16:39)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

ORTOPEDIA

FRATURA PLANALTO TIBIAL ESQ

EXAME LAB OK

AGUARDANDO RSICO

CD: SUPORTE CLINICO E ANALGESIA

Seção: AREA LARANJA - UDC A Leito: LEITO EXTRA 004
Profissional responsável pela informação: MILTON DA SILVA LINHARES

(Handwritten signature and stamp)
Milton da Silva Linhares
29/06/2019 08:16:39
Ortopedia - aguardando RSICO

Número Conselho: 4714



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBAAV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNES: 2458276 - Tel.: 8332165700Impresso por: MILTON DA
SILVA LINHARES
Em: 29/06/2019 08:20:44

Nome: MARIA JUVITA DA CONCEICAO		Boletim de Atendimento 1172230	Data/Hora Entrada 22/06/2019 14:46:33	Data/Hora Saída
Data de nascimento 10/01/1939	Idade 80	Sexo Feminino	CNS 898004184690035	Prontuário 116478
Tempo de Internação 6d 15h 32min		Convênio SUS	Plantão DIURNO	
Data de Entrada 22/06/2019 14:46:33	Data Internação 22/06/2019 16:48:25	Permanência na Unidade: 6d 17h 34min		Permanência no Leito: 2h 20min

EVOLUÇÃO MÉDICA (MILTON DA SILVA LINHARES - 29/06/2019 08:20:37)**EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO

CLÍNICA MÉDICA -ÁREA VERMELHA

- * FRATURA SUBTROCANTÉRICA ESQ.
- * 5º DPO 1 RAÇÃO TRANSTIBIAL ESQUERDA
- * DISPNEIA SÚBITA (PNEUMONIA ? TEP ?)

OBS: NÃO REALIZOU RX TORAX SOLICITADO ONTEM; ÚNICOS EXAMES LABORATORIAIS SÃO DE 22/06/19

NO MOMENTO A PACIENTE ENCONTRA-SE COM LEVE DISPNEIA COM O2 EM CATETER NASAL, ACORDADA, DESORIENTADA, HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL SEM DVA, DIURESE PRESENTE

PA: 150 X 80 FC: 92 SAT O2: 100%

ACV: RCR EM 2T, BCNF, SEM SOPROS

AR: MVF + AHTX COM RONCOS NAS BASES

ABD: FLÁCIDO, RHA +

EXT: PERFUSÃO MANTIDA

CD: SOLICITO EXAMES LABORATORIAIS + GASOMETRIA
AGUARDANDO RX TORAX + ACOMPANHAMENTO DA CLÍNICA MÉDICA.Seção: BLOCO - URPA ENF 41 Leito: LEITO URPA - 006
Profissional responsável pela informação: MILTON DA SILVA LINHARES

Número Conselho: 4714

Nome VERONICA DE ARAUJO GOMES		Boletim de Atendimento 1173448	Data/Hora Entrada 27/06/2019 16:37:21	Data/Hora Saída
Data de nascimento 01/07/1972	Idade 46	Sexo Feminino	CNS 700003323428409	Prontuário 116588
Tempo de Internação 9h 24min		Convênio SUS	Plantão DIURNO	
Data de Entrada 27/06/2019 16:37:21	Data Internação 27/06/2019 22:53:29	Permanência na Unidade: 15h 40min	Permanência no Leito: 9h 24min	

EVOLUÇÃO MEDICA (LUCIANO JOSE LIRA MENDES - 28/06/2019 08:17:15)**EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO

ORTOPEDIA

FRATURA PLATOS TIBIAL ESQ

EXAME LAB OK

AGUARDANDO RSICO

CD: SUPORTE CLINICO E ANALGESIA

Seção: AREA LARANJA - UDC A Leito: LEITO EXTRA 004
Profissional responsável pela informação: LUCIANO JOSE LIRA MENDESNúmero Conselho: 4290
Dr. Luciano J Lira Mendes
Ortopedista - Traumatologista
CRM 4290



Compte de l'écriture
ASSINATURA CIRCULANTE RESPONSÁVEL
Cohen 883 Natte 115.2
PR



REGISTRO DE UTILIZAÇÃO DE MATERIAIS
ÓRTESES PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME



Número: Unônicos e Admão Comex Prontuário: 1143248

Paciente: HOSEI FUAL DO PRATO JUBIL Data: 05/08/19

Procedimento: Trat do plano alveolar Recuperação Emervio, J. B. S. C.

SUS: ☒ Não SUS

Médico: Dr. Tales Sobrinho Admão

Data: 1/1

DISPENSACÃO CME				
FORNECEDOR	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE	CÓDIGO SUS	MARCA
	<u>ca 3,5</u>			
	<u>Placa de reconstrução de 08</u>	<u>01</u>		
	<u>unhos (Dentificade,</u>			
	<u>. ca 4,5</u>			
	<u>Placa em "T" 10x2 unhos</u>	<u>01</u>		
	<u>Placasso corticais n.º 28/1-30/1</u>	<u>02</u>		
	<u>Placasso apendado R32 n.º 35/2</u>	<u>02</u>		

DISPENSACÃO - FARMÁCIA			
FORNECEDOR	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE	MARCA

Assinatura do Médico - CRM

Tales Sobrinho
FARMACIA

ASSINATURA - COREN

Remido Denteira

ASSINATURA CIRCULANTE RESPONSÁVEL
Cotem 88351515
FUNG, APC, 013-2
PB



RELATÓRIO DE CIRURGIA

HISTÓRICO

NOME: VERONICA DE ARAUJO GOMES. BE/PRONTUÁRIO: 1173448
IDADE: _____ SEXO: _____ COR: _____ DATA: 1/8/2019
CLÍNICA / SETOR: ORTOPEDIA
CIRURGIA: TRATAMENTO CIRÚRGICO CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DE FRATURA DE PLATÔ TIBIAL E
CIRURGIÃO: DR ARAO ALENCAR 1º ASS: DR THALES SEABRA
2º ASS: MR1 JOSE ROGACIANO 3º ASS: _____
INSTRUMENTADOR: _____ ANESTESISTA: KALINE
TIPO DE ANESTESIA: RAQUIANESTESIA HORÁRIO INÍCIO: _____ TÉRMINO: _____

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO		CID
CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DE FRATURA DE PLATÔ TIBIAL ESQUERDO		
RIGIDEZ ARTICULAR		

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS		CÓDIGO
TRATAMENTO CIRÚRGICO CONSOLIDAÇÃO VICIOSA FRATURA DE PLATÔ TIBIAL E		
MANIPULAÇÃO ARTICULAR		

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRG NÃO

DESCRIÇÃO:

BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO:

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

☒ ENFERMARIA ☐ TERAPIA INTENSIVA
☐ RESIDÊNCIA ☐ ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM:

Arao A. Alencar
CRM: 0101000000
167

DATA: 1/8/2019

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA						
Posição e Preparo:						
PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA						
ESVAZIAMENTO E GARROTEAMENTO COM FAIXA DE SMARCH						
ASSEPSIA E ANTISSEPSIA						
APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS						
Incisão:						
INCISAO POSTEROMEDIAL DO DO JOELHO ESQUERDO						
INCISAO ANTEROLATERAL DO JOELHO ESQUERDO						
DISSECÇÃO POR PLANOS						
HEMOSTASIA						
Achados:						
CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DE FRATURA PROXIMAL E METADIAFISARIA MEDIAL E LATERAL						
GRANDE AFUNDAMENTO DE SUPERFICIE ARTICULAR MEDIAL E CENTROLATERAL						
PRESENÇA DE CALO OSSEO EM FRATURA						
Condução:						
CALOCLASIA, LIMPEZA DE FOCOS DE FRATURA						
FIXAÇÃO TEMPORÁRIA COM FIO DE K						
TENTATIVA DE APROXIMAÇÃO DO MAIS ANATOMICO POSSIVEL MEDIAL						
FIXAÇÃO POSTEROMEDIAL COM PLACA EM T BLOQ LONGA + PARAFUSOS CORTICAIS E BLOQUEADOS						
FIXAÇÃO MEDIAL COM PLACA EM T MEDIAL LONGA + PARAFUSOS CORTICAIS E ESPONJOSOS						
CALOCLASIA LATERAL, TENTATIVA DE LEVANTAR SUPERFICIE ARTICULAR CENTROLATERAL						
O MAIS PROXIMO POSSIVEL DO ANATOMICO, POREM PELA GRAVIDADE E TEMPO DE FRATURA						
AINDA PERMANECEU PEQUENO DEGRAU ARTICULAR						
FIXAÇÃO LATERAL COM PLACA BLOQUEADA EM L + PARAFUSO CORTICAL E BLOQUEADOS						
VERIFICADO FIXAÇÃO SOB RADIOSCOPIA - MANIPULAÇÃO ARTICULAR PARA GANHO DE ADM						
Fechamento:						
FRATURA POR PLANOS						
CURATIVOS ESTÉREIS						
RETIRADA DE GARROTE						
BOA PERFUSAO DISTAL						
Observação:						
RAIO-X DE CONTROLE						

Médico/CRM:

Dr. João Pessoa
CRM-PE 140.42

João Pessoa,

1/8/2019

HEE TSHI

MEDICAMENTOS ANESTÉSICOS		QTD.	CONTAMINADA () INFECTADA () POTENCIALMENTE CONTAMINADA			
ENTRADA			MATERIAIS CONT.		QTD.	
VACINA ISOBARICA			JELCO Nº18		FIO CAT GUT CROMADO Nº	QTD.
VACINA PESADA			JELCO Nº20		FIO CAT GUT CROMADO Nº	
AMINA			JELCO Nº22		FIO DE AÇO Nº	
RIDOL			JELCO Nº24		FIO DE NYLON Nº	
IDATO			KIT SIST DREN TORACICA Nº		FIO DE NYLON Nº	
GARRITAZ			QTD. LÂMINA BISTURI Nº11		FIO DE NYLON Nº	
UNILA			QTD. LÂMINA BISTURI Nº15		FIO POLIGLACTINA Nº	
PAZENE			QTD. LÂMINA BISTURI Nº23		FIO POLIGLACTINA Nº	
IRANO			QTD. LÂMINA BISTURI Nº24		FIO POLIPROPILENO Nº	
UTIVACINA C/VASO			LÂMINA DE DERMATOMO		FIO POLIPROPILENO Nº	
UTIVACINA S/VASO			LÂMINA DE ENXERTO		FIO POLIGLACTAPRONE Nº	
INA C/VASO			QTD. LUVAS DE PROCEDIMENTO PAR.		FIO SEDA Nº	
INA S/VASO			LUA ESTÉRIL Nº3		FIO SEDA Nº	
LAN			LUA ESTÉRIL Nº3		MATERIAL ESPECIAL	
			LUA ESTÉRIL Nº6		CATETER DE PIC	QTD.
			LUA ESTÉRIL Nº15		COMENTO CIRÚRGICO	
			MÁSCARA CIRÚRGICA		CLIP ITÁLIO UGADURA	
			MULTIVIAS		FIO DE KIRSCHNER Nº	
			PERFURADOR DE SORO		FIO DE KIRSCHNER Nº	
			SCALP Nº19		FIO STEINMAN Nº	
			SCALP Nº21		FIO STEINMAN Nº	
			SERINGA 3ML		GRAMPADOR CIRÚRGICO	
			SERINGA 5ML		REMOST. ABSORVIVEL	
			SERINGA 10ML		KIT DERIVA VENTRICULAR	
			SERINGA 20ML		PRÓTESE VASCULAR	
			SONDA ASP. TRAQUEAL Nº8		KIT. PAM	
			SONDA ASP. TRAQUEAL Nº10		FIXADOR EXTERNO	
			SONDA ASP. TRAQUEAL Nº12		EMPRESA	
			SONDA ASP. TRAQUEAL Nº14		PARAFUSOS CORTICAIS	
			SONDA ASP. TRAQUEAL Nº16		PARAFUSOS CORTICAIS	
			SONDA FOLEY 2VIAS Nº12		PARAFUSOS ESPONJOSO	
			SONDA FOLEY 2VIAS Nº14		PARAFUSOS MALBOLAS	
			SONDA NASOG. CURTA		PARAFUSOS MALBOLAS	
			SONDA NASOG. LONGA		PLACA	
			SONDA NASOG. RETRAL Nº		PLACA	
			TORNEIRINHIA			
			TUBO ENDOTRAQUEAL Nº			
			TUBO ENDOTRAQUEAL Nº			
			TUBO ENDOTRAQUEAL Nº			
			TUBO SILICONE (LATER)			

ESPECIFICAÇÃO	QTD.	ESPECIFICAÇÃO	QTD.
TRANSMISSOR	1	ASPIRADOR	1
3,5 MHz	1	BISTURI ELÉTRICO	1
3000 Hz	1	CAPNÓGRAFO	1
08 pines	1	CARDIOMONITOR	1
1,5 bloqueio	1	DESFIBRILADOR	1
100 mm	1	FOCO AUXILIAR	1
100 mm	1	FOCO CENTRAL	1
3x6	1	MICROSCOPIO	1
		OXÍMETRO DE PULSO	1
		PA INVASIVA/NÃO INVASIVA	1
		PERFURADOR ELÉTRICO	1



FICHA DE ANESTESIA

DATA: 01/08/2019

PRONTUÁRIO: 1173448

PACIENTE: VERÔNICA DE ARAÚJO GOMES

SEXO: F COR:

IDADE: 46 ANOS

PRESSÃO ARTERIAL 115/80

PULSO 85

RESPIRAÇÃO EUPNEU

TEMPERATURA 36,3

PESO

GRUPO SANGÜÍNEO

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

EXAMES COMPLEMENTARES VPM

AP. RESPIRATÓRIO MVD EM PAH, S, RI

AP. CIRCULATÓRIO RCR EM 25, BNF 315

AP. DIGESTIVO JEJUN

ESTADO MENTAL LOTE

DROGAS EM USO VPM

PRE-ANESTÉSICO

DISE/HORA MIDAZOLAM 5MG + FENTANIL 100 MCG

ESTADO FÍSICO (ASA)

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO FRATURA DE PLATO TIBIAL (E)

II (OBESA)

CIRURGIA REALIZADA TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE PLATO TIBIAL (E) + ENFERMIA ÓSSEA

CIRURGIÃO TALEX SEABRA

AUXILIARES ARAÚJO ALENCAR

INÍCIO DA ANESTESIA 9:00

TÉRMINO DA ANESTESIA

DURAÇÃO DA ANESTESIA

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

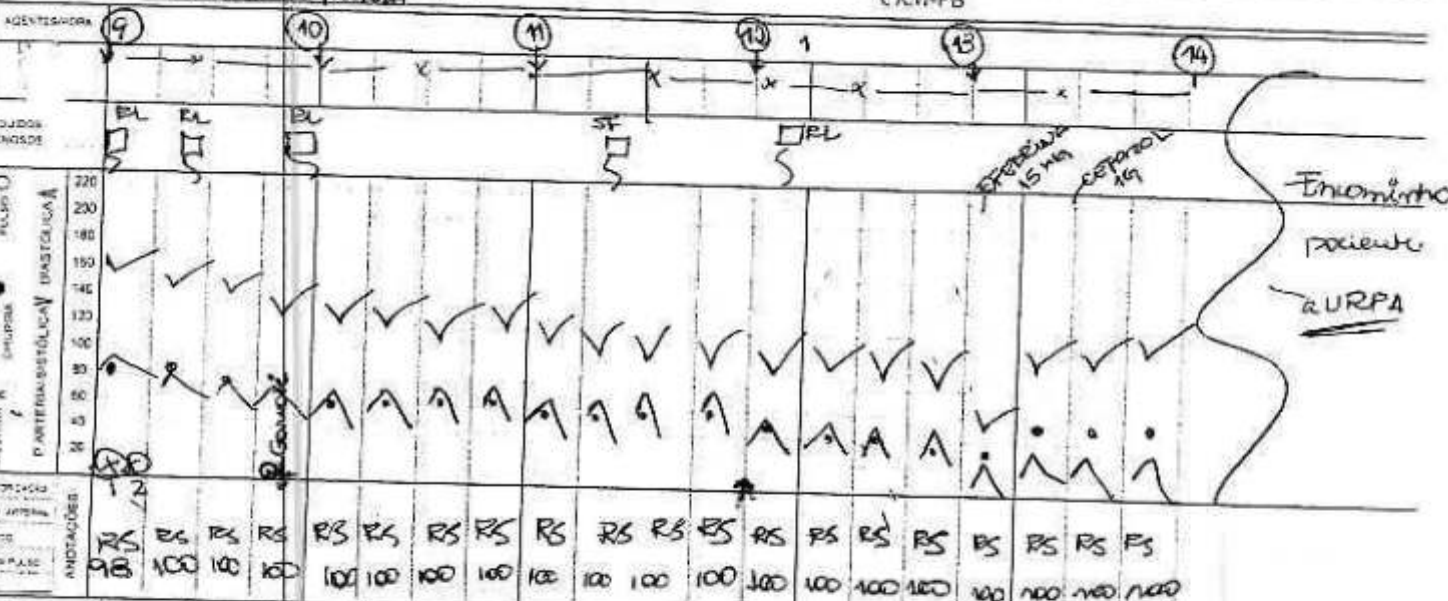
QUANT. DE CH.

VALORES RS

ANESTESISTA KALLINE ESTANOLIA

CPF

CRM-PB



ANESTESIA GERAL ☒ ANESTESIA REGIONAL ☐ EPIDURAL ☐ BLOC PLEXO ☐ BLOC NERVOS ☐ OUTROS SEDALUP

TECNICA MONITORIZADA AVP EM MVD (20G). SENTADA ASSEPSIA + ANTISTEPHIA COM ALCOOL

ITENSOS MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

1. JELCO 20G - 01
2. CEFALOTINA - 2G + 1G
3. DERIVETAPRONA - 10MG
4. NALOXEDRON - 8MG
5. MEDICINA ISOBARICA 0,5% - 02
6. MORFINA 0,2MG - 80MG
7. Bupren - 2G
8. Cefepime - 100MG
9. Letmidia - 20MG
10. Quincke 25G - 02
11. TRANSAMIN 50MG/ml - 02
12. GOMEL:
13. Início → 9:50
14. fim → 12:05
15. Propofol 10% - 30mg
16. Kalline Estanolio C. G. Team
17. Anestesiologista
18. CRM-PB 8551
- 19.
- 20.

(X1) PUNÇÃO MEDIANA EM L3-L4 COM QUINCKE 25G. INJETADO 20MG MEDICINA ISOBARICA 0,5% + 80MG MORFINA. FALHA PARCIAL DO PROCEDE

(X2) PUNÇÃO MEDIANA, ÚNICA, EM L-1 COM QUINCKE 25G. LÍQUIDO LIMPIDO E NEMORENDO INJETADO 10MG DE MEDICINA ISOBARICA 0,5%.

ASSINATURA DO ANESTESISTA

F (NG) ABC 026-1

RESIDENTES: ELIANA (R2)

Agner (R1)

PUE, EXAMES, CIRURGIA E MEMBRO REVISADOS ANTES DO PROCEDIMENTO

Documento de Alta

NOME: ARAUJO LOMES			Número Prontuário: 110599
Idade: 1972	Sexo: Feminino	Data de Internação: 27/08/2019 22:53:29	Data de Alta: 03/09/2019 11:35:35
Tipo de alta: MEDICA			
Motivo da alta: PACIENTE SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO DE CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DE TIBIA PROXIMAL			
Motivo da internação: PACIENTE COM FRATURA GRAVE DE TIBIA PROXIMAL, EVOLUINDO COM CONSOLIDAÇÃO VICIOSA PELO TEMPO DE ESPERA PELO PROCEDIMENTO, REALIZADO O TRATAMENTO CIRURGICO E ALTA COM ORIENTAÇÕES A SEGUIR NO AMBULATORIO			
Exames realizados: RADIOLOGIA - FRATURA GRAVE DE PLATO TIBIAL			
Tratamento: PACIENTE COM FRATURA GRAVE DE TIBIA PROXIMAL, EVOLUINDO COM CONSOLIDAÇÃO VICIOSA PELO TEMPO DE ESPERA PELO PROCEDIMENTO, REALIZADO O TRATAMENTO CIRURGICO E ALTA COM ORIENTAÇÕES A SEGUIR NO AMBULATORIO. CIRURGIA: DR. ARAO ALENCAR E DR. THALES SEABRA			
Diagnóstico: Fratura da extremidade proximal da tibia			
Orientações: CURATIVO DIARIO COM ALCOOL A 70% OU CLOREXIDINA ALCOOLICA - NÃO PISAR - AGENDAR RETORNO			

ARAJO SANTOS DE ALENCAR
Rua 7567 - PB

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0171263/20

Vítima: VERONICA DE ARAUJO GOMES

CPF: 993.081.774-34

Seguradora: SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.

Data do acidente: 27/06/2019

Titular do CPF: VERONICA DE ARAUJO GOMES

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

VERONICA DE ARAUJO GOMES : 993.081.774-34

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

Data da apresentação: 22/06/2020
Nome: VERONICA DE ARAUJO GOMES
CPF: 993.081.774-34

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/06/2020
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

VERONICA DE ARAUJO GOMES

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200221182 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VERONICA DE ARAUJO GOMES **Data do acidente:** 27/06/2019 **Seguradora:** SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS P.3,6,13,14,15)
ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE 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 DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO 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