



Número: **0823989-10.2020.8.15.0001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **6ª Vara Cível de Campina Grande**

Última distribuição : **20/10/2020**

Valor da causa: **R\$ 10.125,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
RONIELE PEREIRA DONATO (AUTOR)		INACIO BRUNO SARMENTO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
37362485	02/12/2020 11:11	2769247_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos



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, 23 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200339871

Vítima: RONIELE PEREIRA DONATO

Data do Acidente: 17/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RONIELE PEREIRA DONATO

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, contados 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

Carta nº 16145540





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, 06 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200339871

Vítima: RONIELE PEREIRA DONATO

Data do Acidente: 17/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), RONIELE PEREIRA DONATO

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\$ 3.375,00

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

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

Recebedor: RONIELE PEREIRA DONATO

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 104

Agência: 000000737

Conta: 00000114978-3

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 099 722 954 35 4 - Nome completo da vítima: Romeli Pereira Renato

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

5 - Nome completo: Romeli Pereira Renato 6 - CPF: 099 722 954 35
7 - Profissão: AUX. ser. gerais 8 - Endereço: Rua Moisés Rodrigues 9 - Número: 4 10 - Complemento:
11 - Bairro: Pôrto das Moedas 12 - Cidade: Campina Grande 13 - Estado: PB 14 - CEP: 53415 070
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 83 37741289

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 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ 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: 0737 CONTA: 00114978 3 AGÊNCIA: CONTA:

Autorizo a Seguradora Lider 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ 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 nascituro (vil nascido)? ☐ 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 Lider 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.

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Campina Grande - PB 22/09/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019





BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº03631.01.2020.2.00.401

OCORRÊNCIA(S)

Suposto(s) Autor(es):

Tipificação 1: LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO

Data da Ocorrência: 17/03/2020

Hora: 13:24:00

Forma da Comunicação: Verbal

Endereço: Rua Iara Cordeiro da Rocha, Novo Cruzeiro, Campina Grande, PB.

Ponto de referência: Rua

VÍTIMA(S)

Roniele Pereira Donato, filiação: Josefa do Socorro Pereira Donato e Olegario Donato, idade: 32, data de nascimento: 19/12/1987, identidade de Gênero: masculino, nacionalidade: brasileira, naturalidade: Conceição, estado civil: solteiro(a), escolaridade: Ensino fundamental completo, profissão: Auxiliar de Serviços Gerais, documentos(s) de identificação: CPF nº 099.722.954-35, endereço: Av Joao Walling, 146, Velame, Campina Grande, PB, ponto de referência: Proximo do Mercadinho Estefanio/motel Saara, telefone: (83) 99633-9254.

TESTEMUNHA(S)

Rosangela de Olinda Campelo Melo, filiação: Rosa Silva de Olinda Campelo e Marcelo de Olinda Campelo, idade: 50, data de nascimento: 18/10/1969, identidade de gênero: feminino, nome social: Rosangela de Olinda Campelo Melo, nacionalidade: brasileira, naturalidade: Campina Grande, estado civil: viuvo(a), profissão: Do Lar, documentos(s) de identificação: CPF nº 691.338.914-00, endereço: Rua Sebastiana Pereira Brandao, 28, Velame, Campina Grande, PB, ponto de referência: Motel Saara, telefone: (83) 98711-5734.

Arlane Liangelys Campello Melo Santos, filiação: Rosangela de Olinda Campello Melo e Elinaldo Silva Melo, idade: 28, data de nascimento: 09/06/1992, identidade de gênero: feminino, nome social: Arlane Liangelys Campello Melo Santos, nacionalidade: brasileira, naturalidade: Campina Grande, estado civil: casado(a), profissão: Vendedora, documentos(s) de identificação: CPF nº 701.243.264-04, endereço: Rua Sebastiana Pereira Brandao, 28, Velame, Campina Grande, PB, ponto de referência: Motel Saara, telefone: (83) 98723-2319.

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

(1) Moto, marca HONDA/CG 125 FAN KS, modelo HONDA/CG 125 FAN KS, tipo de veículo PASSEIO, cor preta, ano 2010/2011, UF: PB, placa NQH-9356, chassi 9C2JC4110BR406314, renavam 00274070545, características gerais: Roubo/furto não município - Uf monteiro - Pb marca/modelo honda/cg 125 Fan Ks cor preta ano Fabricação/ano Modelo 2010/2011 chassi 9c2jc4110br406314 renavam 00274070545 câmbio n/i motor jc41e1b406314 combustível gasolina capacidade de Passageiros 2 tipo do Veículo motocicleta situação do Veículo circulacao espécie do Veículo passageiro categoria do Veículo particular nome Proprietário joao Bosco Campos Simoes

DILIGÊNCIAS ADOTADAS/EXAMES REQUISITADOS

PARTE(S)

(1) Roniele Pereira Donato (VITIMA) - Exame de Lesão Corporal Nº 195.2020

Procedimento Policial: 03631.01.2020.2.00.401





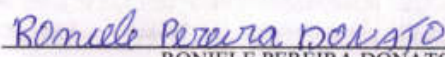
HISTÓRICO

Que a vítima na data hora e local descrito acima estava a transitar na moto já citada, momento que estava na via preferencial, onde foi surpreendido por um veículo que o mesmo não sabe descrever; Que a colisão foi na parte esquerda da moto da vítima, atingido neste momento a perna esquerda da vítima; Que com o impacto a vítima foi lançada ao solo e posteriormente socorrida pelo SAMU, para o hospital de trauma de Campina Grande PB; Que neste citado hospital a vítima passou por procedimento cirúrgico na perna esquerda e no joelho direito, conforme documentos em anexo.

Nada mais disse. Encerrado está o presente termo.

Campina Grande/PB, 09 de setembro de 2020.


ELIZABETH REGINA BECKMAN DE SOUZA
Delegado(a) de Polícia Civil


RONIELE PEREIRA DONATO
Noticiante


JOSENILDO SOUSA DE ALMEIDA
Agente de Investigação

Procedimento Policial: 03631.01.2020.2.00.401



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 099 722 954 35 4 - Nome completo da vítima: Romeli Pereira Renato

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

5 - Nome completo: Romeli Pereira Renato 6 - CPF: 099 722 954 35
7 - Profissão: AUX. ser. gerais 8 - Endereço: Rua Moisés Rodrigues 9 - Número: 4 10 - Complemento:
11 - Bairro: Pôrto das Moedas 12 - Cidade: Campina Grande 13 - Estado: PB 14 - CEP: 53415 070
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 83 37741289

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 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ 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)

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0737 CONTA: 00114978 3 AGÊNCIA: CONTA:

Autorizo a Seguradora Lider 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ 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 nascituro (ou nascido)? ☐ 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 Lider 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.

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Campina Grande - PB 22/09/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019





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



DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

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

DATA:	17/3/2020	HORA:	13:24 HRS	ID Nº:	2003170088
NOME:	RONIELE PEREIRA DONATO				
QUEIXA:	ACIDENTE DE TRÂNSITO				
LOCAL:	RUA: IARA CORDEIRO DA ROCHA - NOVO CRUZEIRO				
COMPLEMENTO:					
CIDADE:	CAMPINA GRANDE / PB				
DADOS DA REMOÇÃO					
Paciente removido para o Hospital de Emergência e Trauma					

Campina Grande, 9 de setembro de 2020.


Deoclecio F. Nascimento
Coordenação Administrativa
SAMU REGIONAL CG - 192

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



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: 30/09/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RONIELE PEREIRA DONATO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00737

CONTA: 000000114978-3

Nr. da Autenticação ECD16117EE565903





IT'S ON FERREIRA LIMA
 L.A. VOSES ROLAND E.S. 4 / B CHREDE - DIST. MECALOCOS
 A-1 FMA GRANDE / PG CEP 53415070 (AQ: 4011)

F7/CNRYPAK 045 077 034-BB

GRUPO CONVEIÇÃO S.A. - RUA TENSÃO / SUBURGO B3
LÍDIA COMITCB3 / SUBDIREÇÃO COMERCIAL
CINCO TRIFÁSICO
TEL: 011-401-860-560 Nº Mensador 010000000205

UNIDADE CONSUMIDORA (UC)
4/230990-4

REGISTRE SUA FATURA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZANDO O CÓDIGO: 000022300004

WILSON J. RAYMOND

R\$ 1.068,46



MULTIMETRO

06/07/2020



01234567891011121314151617181920212223242526272829303132333435363738394041424344454647484950515253545556575859606162636465666768697071727374757677787980818283848586878889909192939495969798991001011021031041051061071081091101111121131141151161171181191201211221231241251261271281291301311321331341351361371381391401411421431441451461471481491501511521531541551561571581591601611621631641651661671681691701711721731741751761771781791801811821831841851861871881891901911921931941951961971981992002012022032042052062072082092102112122132142152162172182192202212222232242252262272282292302312322332342352362372382392402412422432442452462472482492502512522532542552562572582592602612622632642652662672682692702712722732742752762772782792802812822832842852862872882892902912922932942952962972982993003013023033043053063073083093103113123133143153163173183193203213223233243253263273283293303313323333343353363373383393403413423433443453463473483493503513523533543553563573583593603613623633643653663673683693703713723733743753763773783793803813823833843853863873883893903913923933943953963973983994004014024034044054064074084094104114124134144154164174184194204214224234244254264274284294304314324334344354364374384394404414424434444454464474484494504514524534544554564574584594604614624634644654664674684694704714724734744754764774784794804814824834844854864874884894904914924934944954964974984995005015025035045055065075085095105115125135145155165175185195205215225235245255265275285295305315325335345355365375385395405415425435445455465475485495505515525535545555565575585595605615625635645655665675685695705715725735745755765775785795805815825835845855865875885895905915925935945955965975985996006016026036046056066076086096106116126136146156166176186196206216226236246256266276286296306316326336346356366376386396406416426436446456466476486496506516526536546556566576586596606616626636646656666676686696706716726736746756766776786796806816826836846856866876886896906916926936946956966976986997007017027037047057067077087097107117127137147157167177187197207217227237247257267277287297307317327337347357367377387397407417427437447457467477487497507517527537547557567577587597607617627637647657667677687697707717727737747757767777787797807817827837847857867877887897907917927937947957967977987998008018028038048058068078088098108118128138148158168178188198208218228238248258268278288298308318328338348358368378388398408418428438448458468478488498508518528538548558568578588598608618628638648658668678688698708718728738748758768778788798808818828838848858868878888898908918928938948958968978988999009019029039049059069079089099109119129139149159169179189199209219229239249259269279289299309319329339349359369379389399409419429439449459469479489499509519529539549559569579589599609619629639649659669679689699709719729739749759769779789799809819829839849859869879889899909919929939949959969979989991000100110021003100410051006100710081009101010111012101310141015101610171018101910201021102210231024102510261027102810291030103110321033103410351036103710381039104010411042104310441045104610471048104910501051105210531054105510561057105810591060106110621063106410651066106710681069107010711072107310741075107610771078107910801081108210831084108510861087108810891090109110921093109410951096109710981099110011011102110311041105110611071108110911101111111211131114111511161117111811191120112111221123112411251126112711281129113011311132113311341135113611371138113911401141114211431144114511461147114811491150115111521153115411551156115711581159116011611162116311641165116611671168116911701171117211731174117511761177117811791180118111821183118411851186118711881189119011911192119311941195119611971198119912001201120212031204120512061207120812091210121112121213121412151216121712181219122012211222122312241225122612271228122912301231123212331234123512361237123812391240124112421243124412451246124712481249125012511252125312541255125612571258125912601261126212631264126512661267126812691270127112721273127412751276127712781279128012811282128312841285128612871288128912901291129212931294129512961297129812991300

Jun / 2020



NOTES

1289kWh

STUDY OF THE EFFECTS OF

Sujeito a corte!

Resto do vencimento
Seu fornecedor e o poder do seu suspenso
a partir de 14/07/20
Regularize seus débitos

FATURA9 EM ATRASO

Nov/20	R\$229,99
--------	-----------

[illegible]

Código de Classificação do Item					
9702-7					
TOTAL	1.630,46	820,76	227,58	820,76	10,09
RESERVADO AO FISCAL	500,104	491,601e	1e13	e117	7298,725
C=97960					

RESERVADO AO PLECO 570d.1014.d01d.801e.1c13.ed77.7279.f.c25.

Year	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035	2036	2037	2038	2039	2040	2041	2042	2043	2044	2045	2046	2047	2048	2049	2050	2051	2052	2053	2054	2055	2056	2057	2058	2059	2060	2061	2062	2063	2064	2065	2066	2067	2068	2069	2070	2071	2072	2073	2074	2075	2076	2077	2078	2079	2080	2081	2082	2083	2084	2085	2086	2087	2088	2089	2090	2091	2092	2093	2094	2095	2096	2097	2098	2099	2100
Year	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035	2036	2037	2038	2039	2040	2041	2042	2043	2044	2045	2046	2047	2048	2049	2050	2051	2052	2053	2054	2055	2056	2057	2058	2059	2060	2061	2062	2063	2064	2065	2066	2067	2068	2069	2070	2071	2072	2073	2074	2075	2076	2077	2078	2079	2080	2081	2082	2083	2084	2085	2086	2087	2088	2089	2090	2091	2092	2093	2094	2095	2096	2097	2098	2099	2100



Somos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NEBA ALERGIA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do promitório: 2130509 Paciente: RONIELE PERFEIRA DONATO Idade: 632

Nome da Mãe: JOSEFA DO SOCORRO PEREIRA DONATO Data de Nascimento: 19/12/1987 Sexo: M

Clinica: CENTRO CIRURGICO Enfermaria: URPA Leito: 10 Diagnóstico: - FRATURA EXPOSTA PATELA (E)

- FRATURA FECHADA PATELA (E)

DIA 17/03/2020

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. FRASCO, 8h/8h	22 06
3	CLINDAMICINA DE 600 MG 4 ML E.V. AMPOLA, 6h/6h Diluir em 50 ML SF	24 06
4	GENTAMICINA SULFATO 80 MG/2 ML 2 ML E.V. AMPOLA, 8h/8h Diluir em 50 ML SF	22 06
5	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. AMPOLA, 6h/6h	24 06
6	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. IFRA AMP 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	24
7	OMEPRAZOL INJ 40MG IFRA AMP, 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PRÓPRIO	06
8	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. AMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO	06
9	CUIDADOS CERAIS + SINAIS VITAIS	06

17/03/20 PATELA. C/ HISTÓRIA DE ACIDENTE MOTOR-
CICLISTAS APÓS INGESTÃO DE BEBIDA ALCOÓLICA,
PO EXAME, APARECE BEM, CONSISTENTE, NÂO
ETÍLICO E LALA ARRASTADA. BARRA ESTÁVEL,
F.L.C. EM ADEQUADA CALÇADURA (E); F.L.C. EXTENSO E
FAZ ATENÇÃO DO JOELHO (E) C/ EXPOSIÇÃO DE
FRATURA DA PATELA (E) / F.L.C. ABILITADO (E)
ID: SURTIU DO GORO CABELODO E PE (E)
TAM GESSÃO ORTOPÉDICA (E)
A Centro Cirúrgico

Eriesson A. Marques
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
MEDICINA ESPORTIVA
CRM 4770 / TEOT SBO 7297
Rua: Pedro II, 429 - Prata - Campina Grande - PB
Tel. (83) 3341 - 4666

17.03.20

22:15

PA: Jaox 70m45

Docente consiente o conteúdo.
Admitido do bloco. geral
este de b. de jo momento
sem interface. M e PN
e segue as atividades do grupo

scu





HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB.
CNPJ: 08.778.268/0038-52
Data: 17/03/2020



PARAÍBA
Governo do Estado

Número do Prontuário: 123255

DATA DA CIRURGIA: 17/03/2020

Número do Atendimento: 2130509 Clin: CENTRO CIRURGICO / Enf: URPA / Lei: 10

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: RONIELE PEREIRA DONATO

Data da Internação: 17/03/2020

Atendimento: 2130509

Diagnostico Pré-Operatório: FRATURA EXPOSTA DA PATELA DIREITA + FRATURA OSSOS DA PERNA ESQUERDA

Diagnostico Pós-Operatório:

Cirurgia: LMC + PATELECTOMIA PARCIAL DIREITA + OSTEOSINTESE TIBIA DISTAL ESQUERDA
Data da Cirurgia: 17/03/2020

Equipe:

Cirurgião: FABIO DE MOURA SPA

Aux 1: ERICSSON ALBUQUERQUE MARQUES

Aux 2:

Aux 3:

Instrumentador: FLAVIO

Anestesista: RICARDO JOSE RAMOS LOUREIRO

Tipo de anestesia: RAQUEANESTESIA

Relatório Imediato do Patologista: NÃO

Exame Radiológico no Ato: SIM

Acidente Durante Operação: NÃO

Descrição da Operação: 1. PACIENTE EM DECUBITO DORSAL MESA CIRURGICA
2. ASSEPSIA E ANTISSEPSIA
3. COLOCAÇÃO DE CAMPOS CIRURGICOS
4. DEBRIDAMENTO DE TECIDOS DESVITALIZADOS, LIMPEZA MECÂNICO CIRURGICA E IRRIGAÇÃO EXAUSTIVA DA FERIDA COM SF 0,9% EM JOELHO DIREITO.
5. OBSERVADO FRATURA COMINUTIVA DA PATELA COM PERDA ÓSSEA DE APROXIMADAMENTE 50 % DA PATELA E DESINSERÇÃO PARCIAL DE TENDÕES PATELAR E QUADRICIPITAL.
6. RETIRADA DE FRAGMENTOS COMINUTOS DIMINUTOS E TENODESE TENDÃO PATELAR E QUADRICIPITAL COM FIOS DE ETHIBOND.
7. SUTURA DA FERIDA OPERATÓRIA.
8. VIA DE ACESSO A TIBIA DISTAL ESQUERDA.
9. REDUÇÃO CRUENTA E OSTEOSINTESE DA TIBIA DISTAL ESQUERDA COM PLACA EM T BLOQUEADA E PARAFUSOS CORTICAIS 4.5 mm SOB RADIOSCOPIA
10. IRRIGAÇÃO DA FERIDA COM SF 0,9%
11. SUTURA
12. CURATIVO.

Data 17/03/2020

Assinatura/Carimbo
Fabio De Moura Spa

Dr. Fábio de Moura Spá
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 6119



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 02/12/2020 11:11:04

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120211110445800000035651114

Número do documento: 20120211110445800000035651114

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE:					
Nomele Pereira Donato DN 19-12-1987					
QI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO	
			32 anos	2130509	
CIRURGIA	CIRURGIÃO				
	Dr. Ricardo		Dr. Mateus (R1)		
ANESTESIA			ANESTESIA		
Lazuli			Dr. Ricardo		
INSTRUMENTADORA		DATA	INÍCIO	FIM	
Flavio		17-03-20	17:40	19:00	
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS
	Adrenalina amp.		Calel. p/ Órg.		Catgut cromado Sertix
	Atropina amp.		Catet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix
	Diazepam amp.		Compressa Grande		Catgut cromado Sertix
	Dimore amp.		Compressa Pequena		Catgut Simples
	Dolantina amp.		Cotonóide		Catgut Simples Sertix
	Efrane ml		Dreno		Catgut Simples Sertix
	Fenegan amp.		Dreno Kerr nº		Catgut Simples Sertix
01	Fentanil ml		Dreno Penrose nº		Cera p/ osso
	Inova ml		Dreno Pezzar nº	01	Ethibond No 05
	Ketalar ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond
01	Kloralmina 0,02% ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond
01	Morfina 10 mg/ml		Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix
	Pavulon amp.		Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix
	Protigmine amp.		Esparadrapo Larco cm		Fio de Algodão Sutapak
	Protoxido I/m		Furacim ml		Fio de Algodão Sutapak
	Quelçin ml		Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardiaca
	Rapifen amp.		H ₂ O, ml	03	Mononylon 2-0 ...
	Thionembatal ml		Intracath Adulto		Mononylon
	Tracrium amp.		Intracath Infantil		Prolene Sertix
Qtd.	MEDICAÇÕES		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.		Luvas 7.0		Vicryl Sertix
	Flaxidól amp.		Luvas 7.5		Vicryl Sertix
	Flebocortid amp.		Luvas 8.0		Vicryl Sertix
	Geramicina amp.		Luvas 9.5		
	Glicose amp.		Oxigênio l/m		
	Glucos de Cálcio amp.		Poliflix		
	Haemacel ml.		PVPI Degemante ml		
	Heparema ml.		PVPI Tópico ml.	Qtd.	SOROS
	Kanakion amp.		Sabão Antiséptico	08	SG Normotérmico fr 500 ml
	Lasix amp.		Saco coletor p/ lixo	01	SG Gelado fr 500 ml
	Medrothinazol.		Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml
	Plasil amp.		Seringa desc. 20 ml	01	SG Ringr fr 500 ml
	Prolamina		Seringa desc. 05 ml	01	SG fr 500 ml
	Revivan amp.		Sonda		
	Stuptanon amp.		Sonda Foley	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE
	Cefalotina 1g		Sonda Nasogátrica		
			Sonda Uretral nº	01	Bis J - Plst
			Sterydrem ml		placa "T" PEI dupla ang
			Torneirinha	07	cabo de 08 furos;
			Vaselina ml		para furos
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Gelcon 18		
	Agulha desc. 25 x 7		Latese		
	Agulha desc. 28 x 28				
	Agulha desc. 3 x 4,5				
01	Agulha p/ raque nº				
01	Alcool de Enfermagem				
	Alcool Iodado ml				
	Ataduras de Crepon				
	Ataduras de Gessada				
	Azul metileno amp.				
	Benzina ml				
EQUIPAMENTOS					
(X) Oxímetro de Pulso (X) Foco Auxiliar					
() Serra () Eletrocautério					
() Desfibrilador () Oxícapiógrafo					
() Foco Frontal (X) Cardiomonitor					
() Fonte de Luz (X) Perfurador Elétrico					
CIRCULANTE RESPONSÁVEL					

CIRCULANTE RESPONSÁVEL
Vanda Lucia B. Medeiros
TÉC. DE ENFERMAGEM
COREN - PE 705.724

MOD 066



CONDIÇÕES:

Paro o Leito: Sim

Com cânula:

Outros:

Náuseas:

Vômitos:

Obstr.:

Reflexos na SO:

Excit.:

DESPERTAR

Náuseas:

Vômitos:

Obstr.:

Reflexos na SO:

Excit.:

ANESTESIA SATISF.: Sim

Não, por quê?

DESPERTAR

Náuseas:

Vômitos:

Obstr.:

Reflexos na SO:

Excit.:

MANUTENÇÃO

Outros:

Náuseas:

Vômitos:

Obstr.:

Reflexos na SO:

Excit.:

INDUÇÃO

Tosse:

Laríngeo espasmo:

Náuseas:

Vômitos:

Outros:

MANUTENÇÃO

ANESTESIA SATISF.: Sim

Não, por quê?

DESPERTAR

Náuseas:

Vômitos:

Obstr.:

Reflexos na SO:

Excit.:

MANUTENÇÃO

Outros:

Náuseas:

Vômitos:

Obstr.:

Reflexos na SO:

Excit.:

INDUÇÃO

Tosse:

Laríngeo espasmo:

Náuseas:

Vômitos:

Outros:

MANUTENÇÃO

ANESTESIA SATISF.: Sim

Não, por quê?

DESPERTAR

Náuseas:

Vômitos:

Obstr.:

Reflexos na SO:

Excit.:

MANUTENÇÃO

Outros:

Náuseas:

Vômitos:

Obstr.:

Reflexos na SO:

Excit.:

MANUTENÇÃO

ANESTESIA SATISF.: Sim

Não, por quê?

DESPERTAR

Náuseas:

Vômitos:

Obstr.:

Reflexos na SO:

Excit.:

MANUTENÇÃO

Outros:

Náuseas:

Vômitos:

Obstr.:

Reflexos na SO:

Excit.:

MANUTENÇÃO

Outros:

Náuseas:

Vômitos:

Obstr.:

Reflexos na SO:

Excit.:

MANUTENÇÃO

Outros:

Náuseas:

Vômitos:

Obstr.:

Reflexos na SO:

Excit.:

MANUTENÇÃO

Outros:

Náuseas:

Vômitos:

Obstr.:

Reflexos na SO:

Excit.:

MANUTENÇÃO

Outros:

Náuseas:

Vômitos:

Obstr.:

Reflexos na SO:

Excit.:

MANUTENÇÃO

Outros:

Náuseas:

Vômitos:

Obstr.:

Reflexos na SO:

Excit.:

MANUTENÇÃO

Outros:

Náuseas:

Vômitos:

Obstr.:

Reflexos na SO:

Excit.:

MANUTENÇÃO

Outros:

Náuseas:

Vômitos:

Obstr.:

Reflexos na SO:

Excit.:

MANUTENÇÃO

Outros:

Náuseas:

Vômitos:

Obstr.:

Reflexos na SO:

Excit.:

MANUTENÇÃO

Outros:

Náuseas:

Vômitos:

Obstr.:

Reflexos na SO:

Excit.:

MANUTENÇÃO

Outros:

Náuseas:

Vômitos:

Obstr.:

Reflexos na SO:

Excit.:

MANUTENÇÃO

Outros:

Náuseas:

Vômitos:

Obstr.:

Reflexos na SO:

Excit.:

MANUTENÇÃO

Outros:

Náuseas:

Vômitos:

Obstr.:

Reflexos na SO:

Excit.:

MANUTENÇÃO

Outros:

Náuseas:

Vômitos:

Obstr.:

Reflexos na SO:

Excit.:

MANUTENÇÃO

Outros:

Náuseas:

Vômitos:

Obstr.:

Reflexos na SO:

Excit.:

MANUTENÇÃO

Outros:

Náuseas:

Vômitos:

Obstr.:

Reflexos na SO:

Excit.:

MANUTENÇÃO

Outros:

Náuseas:

Vômitos:

Obstr.:

Reflexos na SO:

Excit.:

MANUTENÇÃO

Outros:

Náuseas:

Vômitos:

Obstr.:

Reflexos na SO:

Excit.:

MANUTENÇÃO

Outros:

Náuseas:

Vômitos:

Obstr.:

Reflexos na SO:

Excit.:

MANUTENÇÃO

Outros:

Náuseas:

Vômitos:

Obstr.:

Reflexos na SO:

Excit.:

MANUTENÇÃO

Outros:

Náuseas:

Vômitos:

Obstr.:

Reflexos na SO:

Excit.:

MANUTENÇÃO

Outros:

Náuseas:

Vômitos:

Obstr.:

Reflexos na SO:

Excit.:

MANUTENÇÃO

Outros:

Náuseas:

Vômitos:

Obstr.:

Reflexos na SO:

Excit.:

MANUTENÇÃO

Outros:

Náuseas:

Vômitos:

Obstr.:

Reflexos na SO:

Excit.:

MANUTENÇÃO

Outros:

Náuseas:

Vômitos:

Obstr.:

Reflexos na SO:

Excit.:

MANUTENÇÃO

Outros:

Náuseas:

Vômitos:

Obstr.:

Reflexos na SO:

Excit.:

MANUTENÇÃO

Outros:

Náuseas:

Vômitos:

Obstr.:

Reflexos na SO:

Excit.:

MANUTENÇÃO

Outros:

Náuseas:

Vômitos:

Obstr.:

Reflexos na SO:

Excit.:

MANUTENÇÃO

Outros:

Náuseas:

Vômitos:

Obstr.:

Reflexos na SO:

Excit.:

MANUTENÇÃO

Outros:

Náuseas:

Vômitos:



Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente:	Rendell Pereira Donato		Idade:	32	
Convênio:			Data:	17/03/20	
Procedimento:	Frontoplastia patelar.				
Cirurgião:	Dr. Fabio	Auxiliar:	Dr. Mateus	Anestesista:	Dr. Ricardo
Início:	17:40	Término:	19h	Anestesia	Roxiril

[illegible][illegible]

Observações:

Ab Novo.



Assinatura Anestesista

Circulante

Relatório de Operação

MOD. 103



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

Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico	Hora entrada	Hora saída
Nenhum Movimento = 0 Movimenta 2 membros = 1 Movimenta 4 membros = 2		2
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispnéia = 1 Respiração profunda e tosse = 2		2
PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0 PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1 PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2		2
Sat O ₂ < 90 com oxigênio = 0 Sat O ₂ > 90 com oxigênio = 1 Sat O ₂ > 92% sem oxigênio = 2		2
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		2
TOTAL DE PONTOS:		10

 Dra. Karolina S. Figueira
ANESTESIOLOGISTA
CRM-PB 300

Assinatura do anestesista



**MATERIAL UTILIZADO EM CIRURGIA**

Rastreamento

0162

Hospital: Hospital de Teles Código: _____
Procedimento: Placa de fixação dos ossos da mandíbula esquerda Cód. Procedimento: _____Paciente: Roniel PereiraData da Cirurgia: 17/03/2020 Nº prontuário: 213050915 Convênio: ESKCMCirurgião: M. Fábio Spa Código: _____ ☒ Reposição ☐ Caixa Pronta**DESCRIÇÃO DE PRODUTOS UTILIZADOS**

Qtd.	Descrição	Cód. Produto	Valor Unit.	Valor Total
01	Placa em T tipo angular PE 6063 Bisagreira			

ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS

							Valor Unit.	Valor Total
Parafuso Cortical (4,5) mm	Nº	28	30	32	44			
	Qtd.	01	01	02	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	45						
	Qtd.	02						
	Cód.							
Parafuso Maleolar 4.5 mm	Nº							
	Qtd.							
	Cód.							

OBS.: O PREENCHIMENTO DO PRONTUÁRIO É OBRIGATÓRIO.

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO CONSULTOR DE VENDAS

Condições de Pagamento: _____

Faturar N.F para: _____

Cód. do consultor: _____ Total: _____

Cód. Instrumentador: _____

Anotações do Médico

Dr. Fábio Moura Spa
Ortopedia e Traumatologia
CRM - RJ 12345

Bio Implants Comércio de Materiais Médicos Cirúrgicos Ltda. - Av. Teodorico Teles, 245B - São Miguel - Crato - CE - CNPJ: 10.323.929/0001-05
Fone/Fax: (88) 3521.4801 * www.bioimplants.com.br

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 02/12/2020 11:11:04

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120211110445800000035651114

Número do documento: 20120211110445800000035651114

Num. 37362485 - Pág. 17



Somos todos
PARAIBA
Governo do Estado

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 18/03/2020

Horas: 11:49:17

Médico (a) Diarista : Claudia Ferreira Ribeiro Leao

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2130509 Paciente: RONIELE PEREIRA DONATO Idade: 032 Sexo: M

Nome da Mãe: JOSEFA DO SOCORRO PEREIRA DONATO Data de Nascimento: 19/12/1987 Admissão: 17/03/2020 DIH - 1

Clinica: NEUROBUCA Enfermaria: 7 Leito: 2 Diagnóstico: FX EXPOSTA PATELA DIR + FX FECHADA PERNA ESQ

DIA 18/03/2020

MÉDICO(A): Claudia Ferreira Ribeiro Leao /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V, 1FRASCO, 8h/8h	14 25 08
3	CLINDAMICINA DE 600 MG 4 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h Diluir em 50 ML SF	15 28 24 06
4	GENTAMICINA SULFATO 80 MG/2 ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 8h/8h Diluir em 50 ML SF	14 26 03
	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h	15 28 24 02
6	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	16 24
7	OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PRÓPRIO	08
8	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO	
9	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

EVOLUÇÃO

DATA: 18/03/2020 HORA: 11:47:46

ORTOPEDIA

1 DPO - 12 HORAS DE EVOLUÇÃO

PCT EM BEG, ESTÁVEL CLINICAMENTE, SEM DISTÉRMIAS

FO: EDEMA IMPORTANTE E SANGRAMENTO MODERADO EM JOELHO DIR

DOR: 3/4 +

CD:

VPM

AGUARDANDO RADIOGRAFIAS DE CONTROLE JÁ SOLICITADAS

MANTENHO ATB EV

ASSINATURA + CARIMBO
Claudia Ferreira Ribeiro Leao

HALLISON OLIVEIRA DE SOUZA
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM - PB 9562



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 02/12/2020 11:11:04

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120211110445800000035651114

Número do documento: 20120211110445800000035651114

18.03.20. 14h - 110x70 - Paciente consciente, orientado, com AUP,
restrito ao leito. Acuta dista. Eliminação @. Sem quei-
nas. Com MIE utilizado. Poliyona ~~~~~

18
03
2020

PA- 110x70

Segue observações
de enfermagem.
J.





Paraíba
Governo do Estado

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 19/03/2020

Horas: 16:22:44

Médico (a) Diarista : Hallisson Barros De Almeida

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2130509 Paciente: RONIELE PEREIRA DONATO Idade: 032 Sexo: M

Nome da Mãe: JOSEFA DO SOCORRO PEREIRA DONATO Data de Nascimento: 19/12/1987 Admissão: 17/03/2020 DIH - 2

Clinica: NEUROBUCO Enfermaria: 7 Leito: 2 Diagnóstico: FX EXPOSTA PATELA DIR + FX FECHADA PERNA ESQ

DIA 19/03/2020

MÉDICO(A): Hallisson Barros De Almeida /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. 1FRASCO, 8h/8h	
3	CLINDAMICINA DE 600 MG 4 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h Diluir em 50 ML SF	18 22 06 24 06
4	GENTAMICINA SULFATO 80 MG/2 ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 8h/8h Diluir em 50 ML SF	18 22 06 24 06
5	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	18 22 06 24 06
6	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	18 06 24 06
7	OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PRÓPRIO	06 18 24 06
8	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	18 24 06
9	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

EVOLUÇÃO

DATA: 19/03/2020 HORA: 16:21:55

ORTOPEDIA

2 DPO

PCT EM BEG, ESTÁVEL CLINICAMENTE, SEM DISTÚRMIA

FO: EDEMA IMPORTANTE E SANGRAMENTO MODERADO EM JOELHO DIR (AINDA PERSISTENTE)

DOR: 3/4 +

CD:

VPM

MANTENHO ATB EV

OTIMIZO ANALGESIA

OPA

ASSINATURA + CARIMBO
Hallisson Barros De Almeida

Hallisson Barros de Almeida
ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA
CRM - PB 9562



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 02/12/2020 11:11:04

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120211110445800000035651114>

Número do documento: 20120211110445800000035651114

19
03
2020 841- Pcte consciente, supnêico, acuta disto U.9., apresenta
ferimento região icpálica e MMII, SIC, diurese
presente, repere dor em MID, realizado cura-
tivo. Rendell

11h- Pcte repere dor intenso em MID (peleto), medi-
cado com tramal 400. Rendell

19/03/2020 paciente consciente orientado sem queixas até o momento
segue aos cuidados de enfermagem - P = 520x70; 20AB Mayes



20/03/2020

10.1.1.148/projetohtcg/impripevo.php?datasai=2020-03-20&contar=2130509&IDC=100243



Sumar
PARAIBA
Governo do Estado

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 20/03/2020

Horas: 08:36:41

Médico (a) Diarista: Eldiman Soares De Araujo

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2130509 Paciente: RONIELE PEREIRA DONATO Idade: 032 Sexo: M

Nome da Mãe: JOSEFA DO SOCORRO PEREIRA DONATO Data de Nascimento: 19/12/1987 Admissão: 17/03/2020 DIH - 3

Clínica: NEUROBUCO Enfermaria: 8 Leito: 1 Diagnóstico: FX EXPOSTA PATELA DIR + FX FECHADA PERNA ESQ

DIA 20/03/2020

MÉDICO(A): Eldiman Soares De Araujo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. 1FRASCO, 8h/8h	12 18 24 06
3	CLINDAMICINA DE 600 MG 4 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h Diluir em 50 ML SF	12 18 24 06
4	GENTAMICINA SULFATO 80 MG/2 ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 8h/8h Diluir em 50 ML SF	12 18 24 06
5	CRIOterapia EM MIE 4 X DIA	12 18 24 06
6	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	12 18 24 06
7	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	12 24
8	OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PRÓPRIO	12 18 24 06
9	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	12 18 24 06
10	FISIOTERAPIA MOTORA	Cte
11	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	Cte
12	CURATIVOS	Cte

EVOLUÇÃO

DATA: 20/03/2020 HORA: 08:35:48

ORTOPEDIA

3 DPO

PCT EM BEG,
ESTAVEL CLINICAMENTE,
SEM DISTERMIASFO: EDEMA IMPORTANTE E HEMATOMA IMPORTANTE EM MIE
DOR: 2+/4 +

CD:

VPM

MANTENHO ATB EV

OTIMIZO ANALGESIA

Dr. Eldiman Soares De Araujo
Médico Traumato-Ortopedista
CRM 6960
CPF: 043.079.784-20

ASSINATURA + CARIMBO
Eldiman Soares De Araujo



20-03 20

30. m

3a: 120x80mmHg

T: 37°

P: 81 bpm

R: 22

Paciente consciente, orientado
acordado, afável, alerta, de
afável com eliminação fisiológica
presente. Foi realizado curativo.
Até o momento sem infecções.
M-e. P. M. e segw as unidades de
Equipos.

21 horas -> PA: 120 x 80. Valência ne - x - x -





Samos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 21/03/2020

Horas: 09:00:17

Médico (a) Diarista : Matheus Pedrosa Cavalcanti De Souza

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2130509 Paciente: RONIELE PEREIRA DONATO Idade: 032 Sexo: M

Nome da Mãe: JOSEFA DO SOCORRO PEREIRA DONATO Data de Nascimento: 19/12/1987 Admissão: 17/03/2020 DIH - 4

Clinica: ORTOPEDIA 1 Enfermaria: 8 Leito: 1 Diagnóstico: FX EXPOSTA PATELA DIR + FX FECHADA PERNA ESQ

DIA 21/03/2020

MÉDICO(A): Matheus Pedrosa Cavalcanti De Souza /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V, 1FRASCO, 8h/8h	
3	CLINDAMICINA DE 600 MG 4 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h Diluir em 50 ML SF	
4	GENTAMICINA SULFATO 80 MG/2 ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 8h/8h Diluir em 50 ML SF	
5	CRIOTERAPIA EM MIE 4 X DIA	
6	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h	
7	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	
8	OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PRÓPRIO	
9	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h	
10	FISIOTERAPIA MOTORA	
11	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
12	CURATIVOS	

EVOLUÇÃO

DATA: 21/03/2020 HORA: 08:59:29

ORTOPEDIA

4 DPO

PCT EM BEG,
ESTÁVEL CLINICAMENTE,
SEM DISTÉRMIAS

FO: EDEMA IMPORTANTE E HEMATOMA IMPORTANTE EM MIE
DOR: 2+/4 +

CD: ALTA HOSPITALAR

Dr. Matheus Pedrosa
MÉDICO
CRM-PB 12.869

ASSINATURA + CARIMBO
Matheus Pedrosa Cavalcanti De Souza





HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 03

CNPJ: 08.778.268/0038-52

Data: 21/03/2020

NOME : Matheus Pedroso Cavalcanti D



PARAÍBA
Governo do Estado

RESUMO DE ALTA

Nome do Paciente: RONIELE PEREIRA DONATO

Data da Internação: 17/03/2020

Data da Alta: 21/03/2020

Registro: 2130509

Tempo de Permanência: -18339

Diagnóstico Inicial: FRATURA EXPOSTA DE PATELA DIREITA + FRATURA DOS OSSOS DA PERNA ESQUERDA

Diagnóstico Final: O MESMO

Cirurgia: LMC + PATELECTOMIA PARCIAL DIREITA + OSTEOSINTESE
Data: 17/03/2020

Equipe:

Cirurgião: FABIO DE MOURA SPA

Aux 1: ERICSSON ALBUQUERQUE MARQUES

Aux 2:

Aux 3:

Aux 4:

Anestesista:

Medicamentos:

Infecção F.O: SIM

Coleta de Material: NAO

Bacteriologia: NAO

Anatomopatológico: NAO

Resumo Clínico (História, Evolução, Terapêutica e Complicações): PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, EVOLUINDO COM LESAO SU'PRACITADA

Orientações: FISIOTERAPIA + RETORNO AMBULATORIAL + ANTIBIOTICOTERAPIA

Medicações para Casa: ARTROSIL 1CP 12/12 POR 5 DIAS CIPROFLOXACINO 500MG 1CP DE 12/12 POR 7 DIAS

Condições de Alta: Melhorado

Dr. Matheus Pedroso
MÉDICO
CRM-PB 12.862

Data: 21/03/2020

Assinatura/Carimbo
Matheus Pedroso Cavalcanti De Souza

RESPONSÁVEL : Matheus Pedroso Cavalcanti De Souza





SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
CAMPINA GRANDE - PARAIBA

PACIENTE:	RONIELE PEREIRA DONATO
DATA DO EXAME:	17/03/2020

ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL – “FAST”

METODOLOGIA:

Exame realizado em modo bidimensional com equipamento dinâmico multifrequencial.

ANÁLISE:

Não identificamos sinais de líquido livre intra-peritoneal, pleural ou pericárdico no presente estudo.

Observação: Ressaltamos a baixa sensibilidade da ultrassonografia na detecção de lesões em órgãos sólidos, retroperitônio e vísceras ocas.


Dr. Filipe Anderson
Médico Radiologista
CRM-PB 8649



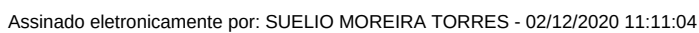


GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DE SAÚDE DA PARAÍBA
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
DOM LUÍS GONZAGA FERNANDES

EVOLUÇÃO FISIOTERAPÊUTICA

Paciente		Prontuário	Ala	Leito	Enfermaria
Data	Hora		Data	Hora	
20/03	1	Pac em GRQ Cooperativo, suprenico, neurodesenvdo, aaaa visto aa, SDE ↓ ADM de NM II - PP: MUI em DUTI, SIRA EF: Cineiro assistida de NM II, BR Gerais — u —	On 1	1	8

Larson, 644



<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120211110445800000035651114>

Número do documento: 20120211110445800000035651114

17/03/2020



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



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº: 2130433 CLASS. DE RISCO: VERMELHO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 17/03/2020
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: acolhimento

PACIENTE: RONIELE PEREIRA

DONATO CEP: 58400002 Nascimento: 19/12/1987

Sexo: M Telefone: 986678680

Endereço: LUIZA CABRAL DE CASTRO

Cidade: Campina Grande Idade: 032

Nome da Mãe: JOSEFA DO SOCORRO PEREIRA

RG: N°: 129

CPF: Profissão: AUX DE SERVICOS GERAIS

Data de Atend: 17/03/2020

Estado Civil: Solteiro(a) CNES: 708509310177778

Responsável: CONVÊNIO: SUS

Obs: ACIDENTE DE MOTO MOTO X CARRO Hora: 14:04:44

MECANISMOS DO TRAUMA

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

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

OBS:

QUEIMADURA:

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

DIAGNÓSTICO / CID:

Politraumatizado

10.1.1.148/projetohctg/impreclassi.php?conta=2130433&dataatend=2020-03-17&horaatend=14:07:13

HTCG-Panel Administrativo

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

Paciente vit. me de acidente automobilístico
no to a carro vem para serviço consciente, tendo
pele SAUV, devidamente mobilizado e relatando que
ingestão de 02 doses de captopril.
A: Vies acentuado para a direita, com lesão cervical.
B: MV + em AIT, PA de nível das tolices.
ALERGIA: c/ Exantema quando de uso, intere hmo diminuído.

MEDICAMENTOS:

Negu.

PATOLOGIAS:

Negu.

EXAME FÍSICO

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

Glasgow 15 PA HGT: SatO2

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais

() Gasometria arterial

() Tomografia Computadorizada

Múltipla ultrassonografia: FAST

Radiografias: Cervical, Torax, pelvis, punhos, joelhos

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: Ortopedia

Especialista: BMF

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

PRESCRIÇÕES E CONDUTAS

HORÁRIO REALIZADO

Nº

1

2

3

4

5

6

1

2

3

4

5

6

1

2

3

4

5

6

1

2

3

4

5

6

1

2

3

4

5

6

1

2

3

4

5

6

1

2

3

4

5

6

1

2

3

4

5

6

1

2

3

4

5

6

1

2

3

4

5

6

1

2

3

4

5

6

1

2

3

4

5

6

1

2

3

4

5

6

1

2

3

4

5

6

1

2

3

4

5

6

1

2

3

4

5

6

1

2

3

4

5

6

1

2

3

4

5

6

1

2

3

4

5

6

1

2

3

4

5

6

1

2

3

4

5

6

1

2

3

4

5

6

1

2

3

4

5

6

1

2

3

4

5

6

1

2

3

4

5

6

1

2

3

4

5

6

1

2

3

4

5

6

1

2

3

4

5

6

1

2

3

4

5

6

1

2

3

4

5

6

1

2

3

4

5

6

1

2

3

4

5

6

1

2

3

4

5

6

1

2

3

4

5

6

1

2

3

4

5

6

1

2

3

4

5

6

1

2

3

4

5

6

1

2

3

4

5

6

1

2

3

4

5

6

1

2

3

4

5

6

1

2

3

4

5

6

1

2

3

4

5

6

1

2

3

4

5

6

1

2

3

4

5

6

1

2

3

4

5

6

1

2

3

4

5

6

1

2

3

4

5

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

Cammya Gurd (17/03/2020) 16:07

paciente consciente e orientado. Ao exam-
inar abdomen indolor sem sinais de peritonite
Toux sem expector e apresenta sem convulsões.
Faz VSG FAST que não evidenciam líquido
livre.

CD: Alta da cirurgia Geral, aos cuidados da Ortopedia.

BMP:

Experiment en beleid

cod. Suley, d. h. B

Our family

Dear Mr. Atty
Gen'l
San Francisco, California
May 10, 1906

CIRURGIAO BOMBA
CROCE 1.026

DESTINO DO PACIENTE / / às : hs.

() Centro cirúrgico

() Alta hospitalar / () A revela

()Internação (setor) _____

() Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL

☐ Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL.

Base for do Socorro

Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

SERVICIOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMIENTO

CBO

IDADE

17/03/2020



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: 17/03/2020

Paciente: RONIELE PEREIRA DONATO Idade: 032 N° ATEND: 2130433

ACIDENTE DE TRABALHO : NAO
 DATA: 17/03/2020 HORA : 14:07:13

ESPECIALIDADE : CIRURGIA

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

SINAIS DE EMBRIAGUEZ : NAO

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

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

ALERGIAS:
 MEDICAÇÃO EM USO:
 ESTADO GERAL : REGUL
 AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

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

SINTOMAS REFERIDOS

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

Escala de Intensidade da Dor

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
sem dor				média dor						pior dor

ESCALA DE DOR:
 CLASSIFICAÇÃO DE RISCO :
 VERMELHO

HTCG-Painel Administrativo

CONTROLE DOS SINAIS VITAIS:

HORA	PA	TEMP	FC	FR	DIURESE	ASSINATURA	DO

OBS:

TEREZA MARIA DUARTE
 ENFERMEIRO
 COREN-PB 267.537

Recatário Simples

Vara médico

Declaro que o Sr.
Noriele J.P. Loureiro
foi submetido a flebo
e injeção de patina do
osso da perna (E) e
flebo da patela (D)
em março de 2020,
situado em alta
e posto de intern
do pedis. CIO T93

Ericsson A. Marques
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
MEDICINA ESPORTIVA
CRM - 4770/2007-SP
Rua: Pedro II 428 - Fone: 3341-1197
Tel. (83) 3341 - 4666

14/08/20

Data



GOVERNO
DA PARAÍBA

ATEST

SÉRIE

TRATAMENT

O PERÍODO

1206

Campina Grande

21/12/20



GOVERNO
DA PARAÍBA

Hospital de Emergência e Trauma de
Campina Grande Dom
Luis Gonzaga Fernandes

SOLICITAÇÃO DE FISIOTERAPIA

SOLICITO FISIOTERAPIA MOTORA

PARA O PACIENTE Ranelli Pereira
Barato

COM DIAGNOSTICO Fratura Exposta
patela (D) + Fratura comos Perna (E)

SUBMETIDO A TRATAMENTO

Osteossíntese

CAMPINA GRANDE, 21 / 03 / 2020.

Dr. Matheus Pedrinho
CRM: 95.12.672

AUTORIZAÇÃO

autorizo o
a registrar o diagnóstico

Eu, _____

Dr., _____
codificado CID ou por extenso neste atestado médico.

Ass. do paciente ou responsável

MOD. 060



RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo: _____

CRM: _____ UF: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

1ª VIA - Retenção da Farmácia ou Droguaria

2ª VIA - Orientação ao Paciente

Dr. Matheus Pedrosa
CRM-PB 12.869

Assinatura e Carimbo do Médico

Paciente: Renilde Vieira Bonato 24,50

Endereço: Av. Subst. de Catag (123), s. 30, J. Nova.

Prescrição: 1 comprimido 500mg 14 dias

Por favor, apresentar este documento para o farmacêutico.

Dr. Matheus Pedrosa
CRM-PB 12.869

Data: 21 / 10 / 2011

Assinatura do Médico

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident: _____ Org. Emissor: _____

End.: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico

DATA: _____

DATA: _____





HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mai. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 03

PARAÍBA
Governo do Estado

Nome: Matheus Pedrosa Cavalcanti D.



PARAÍBA
Governo do Estado

RESUMO DE ALTA

Nome do Paciente: RONIELE PEREIRA DONATO

Data da Internação: 17/03/2020

Data da Alta: 21/03/2020

Registro: 2130509

Tempo de Permanência: -18339

Diagnóstico Inicial: FRATURA EXPOSTA DE PATELA DIREITA + FRATURA DOS OSSOS DA PERNA ESQUERDA

Diagnóstico Final: O MESMO

Cirurgia: LMC + PATELECTOMIA PARCIAL DIREITA + OSTEOSINTESE

Data: 17/03/2020

Equipe:

Cirurgião: FABIO DE MOURA SPA

Aux 1: ERICSSON ALBUQUERQUE MARQUES

Aux 2:

Aux 3:

Aux 4:

Anestesista:

Medicamentos:

Infecção F.O: SIM

Coleta de Material: NAO

Bacteriologia: NAO

Anatomopatológico: NAO

Resumo Clínico (História, Evolução, Terapêutica e Complicações): PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, EVOLUINDO COM LESAO SU'PRACITADA

Orientações: FISIOTERAPIA + RETORNO AMBULATORIAL + ANTIBIOTICOTERAPIA

Medicações para Casa: ARTROSIL 1CP 12/12 POR 5 DIAS CIPROFLOXACINO 500MG 1CP DE 12/12 POR 7 DIAS

Condições de Alta: Melhorado

Dr. Matheus Pedrosa
- MÉDICO
CRM-PB 12.865

Data: 21/03/2020

Assinatura/Carimbo
Matheus Pedrosa Cavalcanti De Souza

RESPONSÁVEL: Matheus Pedrosa Cavalcanti De Souza



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 02/12/2020 11:11:04

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120211110445800000035651114>

Número do documento: 20120211110445800000035651114

Num. 37362485 - Pág. 34

ATESTADO

ATESTAMOS PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) SR. (A):

Renildo Yonara Bando

PORTADOR (A) DA CARTEIRA PROFISSIONAL N.º _____

SÉRIE _____

ESTEVE INTERNADO (A) NESTA UNIDADE HOSPITALAR SUBMETENDO-SE A

TRATAMENTO ESPECIALIZADO DE ENTIDADE NOSOLÓGICA DE N.º 542.7 NO CID. DURANTE

O PERÍODO DE

14/03/2020 A 21/03/2020 NECESSITANDO DE

120 (Cento e Vinte)

DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES

Suelio Moreira Torres
CRM-PB 11.560

Campina Grande 21/03/2020

Ass. do médico - N.º do CRM _____

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____ autorizo o

Dr., _____

a registrar o diagnóstico

codificado CID ou por extenso neste atestado médico. _____
Ass. do paciente ou responsável





**GOVERNO
DA PARAÍBA**

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Hospital de Emergência e Trauma de Campina Grande
Dom Luiz Gonzaga Fernandes
Rua Floriano Peixoto 4700 Malvinas
CampinaGrande-PB CEP 58432809
CNPJ 08.778.268/0001-60

Nome: *Penaldi Pereira Dantas*

Uso oral

1 - Artrosil.....01 ex *26,32*
Tomar 01 cp 12/12 horas por cinco dias.

2 - Dipirona 1g.....01 ex *13,30*
Tomar 01 cp 6/6h caso dor

Dr. Mathias Pedrosa
CRM-PB 12.859

Assinatura e carimbo do médico

Data: *21/10/2020*





ESTADO DA PARAIBA

UBSF ~~RECURSOS~~ PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE
ALESSURREYAN SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CNPES - 38866689

5485754

REQUISIÇÃO DE CONSULTA

DATA NASC. / / RG:

PACIENTE: KENIA BELLA
CARTÃO SUS:
BAIRRO/CIDADE: JARDIM

BAIRRO/CIDADE:

NOME DA MÃE:

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: 11, 12, 3.5 após 1 ano na
espera / PASSEI E OS S05 DA PLANTAS D

CÓDIGO:

ESPECIALIDADE SOLICITADA:

V. J. 2A-719

CARIMBO DO MÉDICO

DATA:

26.05.20

UNIDADE SOLICITANTE

REALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO

DATA: / / HORA: :—

UNID. PRESTADORA:

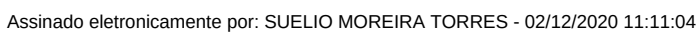
SENHA DA CENTRAL DE MARCAÇÃO:

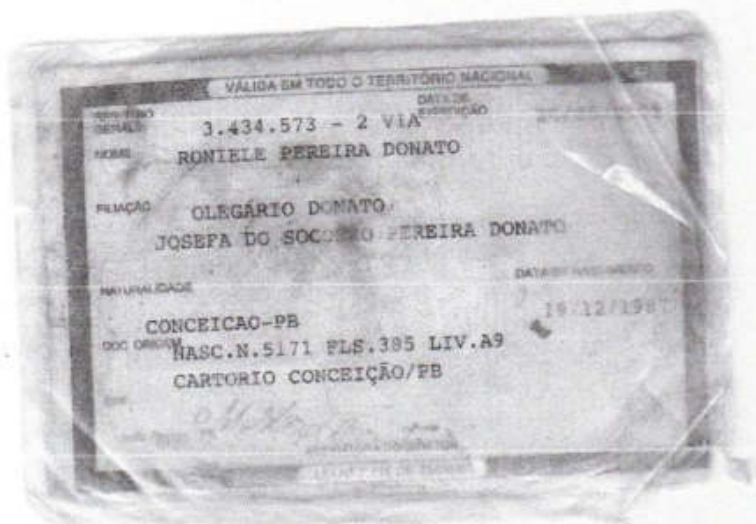
MÉDICO:

CONDOMINIO CILIBRITO (AZULFARETO)

ASSINATURA E CARIMBO DO PRESTADOR

ASSINATURA DO USUÁRIO





RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0268128/20

Vítima: RONIELE PEREIRA DONATO

CPF: 099.722.954-35

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

Data do acidente: 17/03/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: RONIELE PEREIRA DONATO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

RONIELE PEREIRA DONATO : 099.722.954-35

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: 22/09/2020
Nome: RONIELE PEREIRA DONATO
CPF: 099.722.954-35

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/09/2020
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

RONIELE PEREIRA DONATO

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200339871 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RONIELE PEREIRA DONATO **Data do acidente:** 17/03/2020 **Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/09/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO EM JOELHO DIREITO COM FRATURA COMINUTIVA DE PATELA.
FRATURA DISTAL DA TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO EM JOELHO (LAVAGEM MECÂNICO CIRÚRGICA, PATELECTOMIA E OSTEOSÍNTESE COM FIO DE ETHIBOND), TÍBIA (OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS).
PÁG 3/4/8/25
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO E TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL EM GRAU MODERADO DO JOELHO
DIREITO E TORNOZELO 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
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			25 %	R\$ 3.375,00

