

Rio de Janeiro, 25 de Novembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200393055

Vítima: LUCAS ARAUJO DE SOUZA

Data do Acidente: 01/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LUCAS ARAUJO DE SOUZA

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\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: LUCAS ARAUJO DE SOUZA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000003487

Conta: 0000046822-2

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:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

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\$1.000,00 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) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3487 CONTA: 46822-2 AGÊNCIA: CONTA:

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 de 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 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) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Viúma 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(vários)? ☐ 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 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,

João Pessoa, 20 de outubro de 2020
Lucas Araújo de Souza

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 04688.01.2020.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 04688.01.2020.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:34 horas do dia 01 de outubro de 2020, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Gerson Alves Barboza, matrícula 783391, e lavrado por José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, matrícula 1550888, ao final assinado, compareceu **Lucas Araujo de Souza**, CPF nº 705.169.674-28, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, filho(a) de Rosilene Maria de Araujo e Ailton Claudiano de Souza, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 28/04/2000 (20 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Valentina, bairro Valentina, tendo como ponto de referência Casa, na cidade de João Pessoa/PB.

Dados do(s) Fatos:

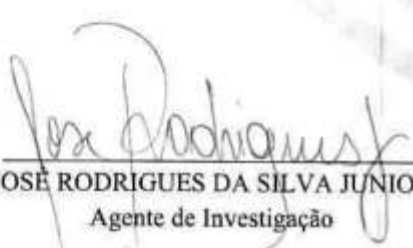
Local: Rua Jose Felix da Silva, Xxx, João Pessoa/PB, bairro Muçumagro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 01/03/20 00:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NO DIA 01/03/2020, POR VOLTA DAS 00:30, ESTAVA CONDUZINDO A MOTOCICLETA HONDA FAN DE COR PRETA, ANO 2018, PLACA QSD-2815/PB, CHASSI 9C2KC2200JR156331, REGISTRADA EM NOME DE TANIA MARIA PEREIRA DE LIMA, NA RUA JOSE FELIX DA SILVA, MUÇUMAGRO, NESTA CAPITAL, QUANDO SOFREU UM ACIDENTE; QUE FOI SOCORRIDO POR UMA AMBULÂNCIA DO CORPO DE BOMBEIROS AO HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA, ONDE FOI ATENDIDA E DIAGNOSTICADA COM FRATURA DIAFISÁRIA DE FÊMUR ESQUERDO, CONFORME LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. JOSE DE ALMEIDA BRAGA.

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

João Pessoa/PB, 01 de outubro de 2020.


JOSE RODRIGUES DA SILVA JUNIOR
Agente de Investigação


LUCAS ARAÚJO DE SOUZA
Noticiante

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:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

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\$1.000,00 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) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3487 CONTA: 46822-2 AGÊNCIA: CONTA:

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 de 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 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) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Viúma 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(vários)? ☐ 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 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, _____

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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: 18/11/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LUCAS ARAUJO DE SOUZA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03487

CONTA: 000000046822-2

Nr. da Autenticação 76965F85C1526C57

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:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

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\$1.000,00 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) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3487 CONTA: 46822-2 AGÊNCIA: CONTA:

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 de 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 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) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Viúma 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(vários)? ☐ 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 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,

João Pessoa, 20 de outubro de 2020
Lucas Araújo de Souza

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	LUCAS ARAUJO DE SOUZA
DATA DE NASCIMENTO	28/04/00
NOME DA MÃE	ROSIENE MARIA DE ARAUJO

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º	121.441
BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.226.226
DATA DO ATENDIMENTO	01/03/20
HORA DO ATENDIMENTO	01:58
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA DIAFISÁRIA DE FÊMUR ESQUERDO
CID 10	S72.3

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Prontuário. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, com dor em coxa esquerda. Presença de fratura diafisária de fêmur esquerdo, com indicação de cirurgia. Internação. Colocado em tração tibial esquerda. Tratamento cirurgico da fratura.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX de bacia
RX de coxa esquerda
TC de face

RESULTADOS DOS EXAMES:

Fratura diafisária de fêmur esquerdo.

TRATAMENTO:

Tratamento cirurgico de fratura diafisária de fêmur esquerdo.

ALTA HOSPITALAR:	11/03/20
DATA DA EMISSÃO:	03/06/20

Dr. José de Almeida Braga
CRM: 2329/PB

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



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Tenente Humberto Lucena



Santa Fides
PARAIBA
Governo do Estado

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

Boletim de Atendimento: 1226226



Identificação do paciente

ID 1490611	Nome LUCAS ARAUJO DE SOUZA	Sexo Masculino
Data de nascimento 28/04/2000	Idade 19 anos 10 meses 2 dias	Estado civil
Mãe ROSILENE MARIA DE ARAUJO	Religião	Prontuário
Escolaridade	Pai AILTON CLAUDINO DESOUZA	
DDD Celular 83	Celular 999654098	Responsável (Parentesco) ROSILENE - MAE
Tipos documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 4121576	DDD
Local de procedência VALENTINA FIGUEIREDO	Nº Cns	Telefone
País	Naturalidade	Tipo BAIRRO
		UF PB
		CBO/R

Endereço

CEP 58059719	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB
Número 694	Complemento	Logradouro DAS TRÊS MARIAS
		Bairro MANGABEIRA

Admissão

Data e Hora 01/03/2020 01:58:37	Número da pulseira 1000008838826	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 VEICULO X MOTO

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte RESGATE - BOMBEIROS	Quem transportou		
Sinais Vitais			
X	mmHg	Pulso	Temperatura

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos Paciente vítima ac. moto, avaliado e encaminhado p/ exames. Negs alergia.						
Diagnóstico						
Atendido por JOSE LINS DE ALBUQUERQUE NETO						
Tempo						

Imprimir



Hospital Estadual de
Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



Somos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente
LUCAS ARAUJO DE SOUZA

Data de nascimento
28/04/2000

Mãe
ROSILENE MARIA DE ARAUJO

Endereço
DAS TRÊS MARIAS, 694

Acidente
VEICULO X MOTO

Data/Hora Classificação
01/03/2020 01:58:37

BAE
1226226
Sexo
Masculino

Bairro
MANGABEIRA

Motivo
ACIDENTE DE MOTOCICLETA

Data/Hora Entrada
01/03/2020 01:58:37
CNS

Município
JOAO PESSOA
Profissional
THAYLANDIE BASILIO CAVALCANTE CRUZ
Data/Hora Prescrição
01/03/2020 02:11:51

Data Baixa

Telefone de Contato
(83) 999654098
Prontuário

UF
PB
Nº Cons. Regional
10050/

ANAMNESE

#cir. geral PACIENTE TRAZIDO PELOS BOMBEIROS, COM RELATO DE QUEDA DE MOTO HÁ CERCA DE 02 HORAS, TRAUMA EM FACE E EM COXA ESQUERDA VIAS AEREAS PERVIAS, SEM CERVICALGIA AR: MV+AHT S/RA ABDOME FLACIDO A PALPAÇÃO, PAS > 90MMHG POR PALPAÇÃO DE PULSO RADIAL, SEM SINAL DE SANGRAMENTO ATIVO, BACIA ESTÁVEL ECG 15 PUPILAS ISOCORICAS E FOTORREAGENTES LESÃO CORTANTE EM FACE MMIE IMOBILIZADO 1) TC DE FACE E RAIOX DE COXA ESQUERDA E BACIA) PARECER DA BMF, ORTOPEDIA ORIENTAÇÃO DR FABIO KENEDY

MEDICAÇÃO

SORO ANTITETANICO 5.000UI (AMPOLA 5ML), ADMINISTRAR 5,0 ML VIA INTRAMUSCULAR, AGORA, 0.0 (MGTSM)

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE BACIA
RADIOGRAFIA DE COXA ESQUERDA
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE

CID10

T14.9 - Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

Enfermeiro

THAYLANDIE BASILIO CAVALCANTE CRUZ
(CRM: 10850/)

Boletim registrado por: JOSE LINS DE ALBUQUERQUE NETO em 01/03/2020 01:58:37



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Senador Humberto Lucena



Somos todos
PARAIBA
Governo do Estado

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente
LUCAS ARAUJO DE SOUZA

Data de nascimento: 28/04/2000 Idade: 19a 10m 2d

Mãe:
ROSILENE MARIA DE ARAUJO

Endereço:
DAS TRÊS MARIAS, 694

Acidente:
VEICULO X MOTO

Data/Hora Classificação:
01/03/2020 01:58:37

BAE
1226226
Sexo
Masculino

Bairro
MANGABEIRA

Motivo
ACIDENTE DE MOTOCICLETA

Data/Hora Entrada:
01/03/2020 01:58:37
CNS:

Município:
JOAO PESSOA
Profissional:
JOAO PAULO SOUTO CASADO
Data/Hora Prescrição:
01/03/2020 09:43:50

Data Baixa:

Telefone de Contato:
(83) 999654098
Prontuário:
121441
UF:
PB
Nº Cons. Regional:
11598/PB

ANAMNESE

vítima de acidente trauma de face e coxa d dor local rx fratura diafisaria fechada de femur cd programar tração as 9h (jejum a partir de 1h da manhã) REALIZADO TRAÇÃO TRANSTIBIAL EM PERNA ESQ POR DR JOAO PAULO PRIMO CD: INTERNAMENTO

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

ONDANSETRONA 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

OMEPRAZOL 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

LETOROLACO DE TROMETAMINA 30MG/ML (AMPOLA 1ML), ADMINISTRAR 1,0 ML VIA E.V., 1X AO DIA

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

CEFALOTINA 1G (FRASCO-AMPOLA), ADMINISTRAR 1000,0 MG VIA E.V., 6/6H, POR 3 DIA(S)

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:: DIÁRIO)

HGT 6/6HS

FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIO E MOTORA

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

SSVV + CCGG

RADIOGRAFIA DE PERNA ESQUERDA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: AP E P)

RADIOGRAFIA DE COXA ESQUERDA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: AP E P)

EXAME LABORATORIAL

COAGULOGRAMA COMPLETO

CREATININA

GLICOSE

HEMOGRAMA COMPLETO

TGO (ASPARTATO AMINOTRANFERASE/AST)
TGP (ALANINA AMINOTRANFERASE/ALT)
IONÓGRAMA
UREIA

Conduta

Internar Paciente

Enfermeiro

JOAO PAULO SOUTO CASADO
(CRM: 11598/PB)

Boletim registrado por: JOSE LINS DE ALBUQUERQUE NETO em 01/03/2020 01:58:37



Hospital Estadual de
Emergência e Trauma
Gerador: L. L. L. L. L.



Seu nome
PARAÍBA
Governo do Estado

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente LUCAS ARAUJO DE SOUZA	BAE 1226226	Data/Hora Entrada 01/03/2020 01:58:37	Data Baixa
Data de nascimento 28/04/2000	Idade 19a 10m 2d	CNS	Telefone de Contato (83) 999654098
Mãe ROSILENE MARIA DE ARAUJO	Sexo Masculino		Prontuário
Endereço DAS TRÊS MARIAS, 694	Bairro MANGABEIRA	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional ANDRE CRISTIANO DA COSTA LIMA	Nº Cons. Regional 9714/PB
Data/Hora Classificação 01/03/2020 01:58:37		Data/Hora Prescrição 01/03/2020 03:54:42	

ANAMNESE

vítima de acidente: trauma de face e coxa d dor local rx fratura diafisaria fechada de femur cd programar tração as 9h (jejum a partir de 1h da manhã)

nduta

Em observação

Enfermeiro

Dr. André Cristiano C. Lima
Ortopedia Pediátrica
CRM-PB 9714 / TEOT
ANDRE CRISTIANO DA COSTA LIMA
(CRM: 9714/PB)

Boletim registrado por: JOSE LINS DE ALBUQUERQUE NETO em 01/03/2020 01:58:37



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena



Sempre Unidos
PARAÍBA
Governo do Estado

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Impresso por: THAYSA DE SOUSA COSTA
Em: 08/03/2020 08:36:39

Nome LUCAS ARAUJO DE SOUZA	Boletim de Atendimento 1226226	Data/Hora Entrada 01/03/2020 01:58:37	Data/Hora Saída
Data de nascimento 28/04/2000	Idade 19	Sexo Masculino	CNS
Tempo de Internação 6d 22h 53min	Convênio SUS	Plantão DIURNO	Prontuário 121441
Data de Entrada 01/03/2020 01:58:37	Data Internação 01/03/2020 09:43:42	Permanência na Unidade: 7d 6h 38min	Permanência no Leito 4d 15h 21min

EVOLUÇÃO MEDICA (THAYSA DE SOUSA COSTA - 08/03/2020 08:36:35)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

#ORTOPEDIA

FRATURA DIÁFISE FÊMUR ESQUERDO

PACIENTE SEGUE ESTÁVEL E SEM QUEIXAS.

EXAMES OK

CIRURGIA AGENDADA PARA DIA 09/03

CD:VPM

Seção: POSTO IB - ENF 15 Leito: LEITO - 002

Profissional responsável pela informação: THAYSA DE SOUSA COSTA

Thaysa Costa
12799

Dr. Augusto G. Sarmento Jr.
MÉDICO
CRM-PB 12411

Número Conselho: 12799



Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



PARAÍBA
Governo do Estado

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Impresso por: CLEMENTINO ALEXANDRE DE CALDAS NETO
Em: 04/03/2020 07:22:25

Nome LUCAS ARAUJO DE SOUZA		Boletim de Atendimento 1226226	Data/Hora Entrada 01/03/2020 01:58:37	Data/Hora Saida
Data de nascimento 28/04/2000	Idade 19	Sexo Masculino	CNS	Prontuário 121441
Tempo de Internação 2d 21h 39min		Convênio SUS	Plantão DIURNO	
Data de Entrada 01/03/2020 01:58:37	Data Internação 01/03/2020 09:43:42	Permanência na Unidade: 3d 5h 24min	Permanência no Leito: 14h 7min	

EVOLUÇÃO MEDICA (CLEMENTINO ALEXANDRE DE CALDAS NETO - 04/03/2020 07:22:17)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

#ORTOPEDIA

FRATURA DIÁFISE FÊMUR ESQ

PACIENTE EVOLUI BEM SEM INTERCORRENCIAS, SEM QUIEXAS CLINICAS.

AGUARDANDO AGENDAMENTO P/ CIRURGIA.

CD:VPM

Seção: POSTO IB - ENF 15 Leito: LEITO - 002

Profissional responsável pela informação: CLEMENTINO ALEXANDRE DE CALDAS NETO

Número Conselho: 7596

Dr. Clementino Alexandre de C. Neto
Médico
CRM/PB 7596



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



Número: 1228326
Paciente: Lucas Augusto de Souza
Procedimento: He fixa do fémur
SUS: X Não SUS: ()
Médico: Dr. Gustavo T. Mancus Viçoso

Prontuário: 1228326
Data: 09/03/20
Reposição:
Data: 1
Caixa Pronta:

DISPENSACÃO CME				
FORNECEDOR	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE	CÓDIGO SUS	MARCA
Lof	Disco largo Lof	01		
	Barra central Lof	03		
	Barra lateral Lof	01		
	Barra lateral Lof	01		
	Barra lateral Lof	01		

DISPENSACÃO - FARMÁCIA			
FORNECEDOR	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE	MARCA
Dr. João Ricardo Casado MÉDICO CRM-PB 11598			

Assinatura do Médico - CRM
Dr. João Ricardo Casado
MÉDICO
CRM-PB 11598

Assinatura da Farmácia - COREN
56909

Assinatura do Médico - CRM
Dr. João Ricardo Casado
MÉDICO
CRM-PB 11598

Assinatura da Farmácia - COREN
56909

Assinatura do Médico - CRM
Dr. João Ricardo Casado
MÉDICO
CRM-PB 11598

Assinatura da Farmácia - COREN
56909

SUS Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

Folha 1/2

Identificação do Estabelecimento de Saúde
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: Heetsal
2 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: Heetsal
Identificação do Paciente
3 - NOME DO PACIENTE: Lucas Arsy de Souza
4 - DATA DE NASCIMENTO: / /
5 - SEXO: M
6 - DATA DE NASCIMENTO: / /
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS):
8 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL:
9 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO):
10 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA:
11 - CÓD. IGBE MUNICIPAL: 12 - UF: 13 - CEP:
14 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH):

15 - MUDANÇA DE PROCEDIMENTO
16 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR:
17 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR:
18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA:
19 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA:
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL:
21 - CID-10 PRINCIPAL:
22 - CID-10 SECUNDÁRIO:
23 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS:

24 - SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)
25 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL:
26 - CÓD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL:
27 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE:
28 - DIÁRIA DE ACOMPANHANTE: ☐ DIÁRIA DE UTI TIPO I: ☐ DIÁRIA DE UTI TIPO II: ☐ DIÁRIA DE UTI TIPO III: ☐
29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL:
30 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL: 31 - GTDE:
32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL:
33 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL: 34 - GTDE:
35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL:
36 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL: 37 - GTDE:

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO
OICx 4,5
05 Católicos R: 38
01 Católicos L: 40
01 Católicos L: 36
L.S.J

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE:
40 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE:
41 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO):
42 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 09/03/20
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:
44 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:
45 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO):
46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:
47 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE:
48 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE:
49 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO):
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:

RELATÓRIO DE CIRURGIA

NOME: LUCAS ARAUJO DE SOUZA BE/PRONTUÁRIO 1226226
 IDADE: 19 SEXO: M COR: DATA: 9/3/2020
 CLÍNICA /SETOR: ORTOPEDIA LEITO 2
 CIRURGIA: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISÁRIA DO FEMUR ESQUERDO
 CIRURGIÃO: DR MARCOS VINICIUS 1º ASS: DR GUSTAVO
 2º ASS: MR1 THAYSA 3º ASS:
 INSTRUMENTADOR: ANESTESISTA:
 TIPO DE ANESTESIA: RAQUIANESTESIA HORÁRIO INÍCIO: TÉRMINO:

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO	CID
FRATURA DIAFISÁRIA DO FEMUR ESQUERDO	

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	CÓDIGO
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISÁRIA DO FEMUR ESQUERDO	

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO NÃO

DESCRIÇÃO:

BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO:

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

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

MÉDICO/CRM:

DATA: 9/3/2020

RELATÓRIO DE CIRURGIA

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA
Posição e Preparo:
PACIENTE EM DDH SOB RAQUEANESTESIA
ASSEPSIA E ANTISSEPSIA
APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS ESTÉREIS
Incisão:
VIAS DE ACESSO LATERAL DE COXA DIREITA (TRANSVASTOLATERAL)
DISSECÇÃO POR PLANOS
CUIDADO DE HEMOSTASIA
Achados:
FRATURA DIAFISÁRIA DO FEMUR ESQUERDO
Condução:
REDUÇÃO ABERTA
FIXAÇÃO COM PLACA DCP LARGA 16 FUROS DA CAIXA 4,5 + 7 PARAFUSOS CORTICAIS COM
AUXÍLIO DE ESCOPIA
LMC EXAUSTIVA COM SF 0,9%
REVISÃO DE HEMOSTASIA
SUTURA POR PLANOS
Fechamento:
CURATIVOS ESTÉREIS
Observação:
RX DE CONTROLE
HMG

Médico/CRM:



João Pessoa,

9/3/2020

Nota de Sala Cirúrgica

RFE 1581

NOME DO PACIENTE Lucas Adriano de Souza

IDADE 19 **PRONTUÁRIO** 15 **LEITO** 02 **BE** 1276226

CIRURGIÃO Dr. Ruy do F. de A. @

CIRURGIÃO Dr. Gustavo Moraes Lacerda

ANESTESIA Fabiano R. Siqueira

ANESTESISTA

INSTRUMENTADOR Joelson

DATA 9-7-2013 **TEMPO CIRÚRGICO** 13:40 **ANESTESIA INÍCIO** 16:30 **CIRURGIA INÍCIO** 16:30

ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)

ASA 1 () ASA 2 () ASA 3 () ASA 4 () ASA 5 ()

GRAU DE CONTAMINAÇÃO 1 () LIMP () CONTAMINADA () DIFECTADA () POTENCIALMENTE CONTAMINADA

MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD.	SOLUÇÕES	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.
ALFENTANIL		ALCOOL ETILICO 70%		ELCO Nº18		FIO CAT GUT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA ISOBARICA		PVPi DEGERMANTE		ELCO Nº20		FIO CAT GUT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA PESADA		PVPi TINTURA		ELCO Nº22		FIO DE AÇO Nº	
CETANIDIA		PVPi TÓPICO		ELCO Nº24		FIO DE AÇO Nº	
DROPERIDOL		SABÃO ANTISÉPTICO		KIT SIST. DREN. TORÁCICA Nº		FIO DE NYLON Nº	
FFOMIDATO				LÂMINA BISTURI Nº11		FIO DE NYLON Nº	
OBARBITAL				LÂMINA BISTURI Nº15		FIO DE NYLON Nº	
TANILA				LÂMINA BISTURI Nº23		FIO POLIGLACTINA Nº	
FLUMAZENIL				LÂMINA BISTURI Nº24		FIO POLIGLACTINA Nº	
ISOFLURANO				LÂMINA DE DERMATOMO		FIO POLIGLACTINA Nº	
LEVOBUPIVACAÍNA C/VASO				LÂMINA DE ENXERTO		FIO POLIPROPILENO Nº	
LEVOBUPIVACAÍNA S/VASO				LUVIA DE PROCEDIMENTO PAR.		FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAÍNA C/VASO				LUVIA ESTÉRIL Nº10		FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAÍNA S/VASO				LUVIA ESTÉRIL Nº15		FIO POLIGLECAPRONE Nº	
MEDAZOLAN				LUVIA ESTÉRIL Nº18		FIO SEDA Nº	
MORFINA				LUVIA ESTÉRIL Nº15		FITA CARDÍACA	
MONITUM				MASCARA CIRURGICA		MATERIAL ESPECIAL	
PANCUROLON				MULTIVIAS		CATETER DE PIC	
PETIDINA				PERFURADOR DE SORO		CIMENTO CIRURGICO	
PROPOFOL				SCALP Nº19		CLIP TITÂNIO LIGADURA	
RANFENTANIL				SCALP Nº21		FIO DE KIRSCHNER Nº	
ROCURÔNIO				SERINGA 3ML		FIO DE KIRSCHNER Nº	
SEVOFLURANO				SERINGA 3ML		FIO STEINMAN Nº	
SUXAMETÔNIO				SERINGA 10ML		FIO STEINMAN Nº	
TIOPENTAL				SERINGA 20ML		GRAMPEADOR CIRURGICO	
				SERINGA 20ML		HEMOST. ABSORVÍVEL	
				SONDA ASP. TRAQUEAL Nº8		KIT. DERIVA. VENTRICULAR	
				SONDA ASP. TRAQUEAL Nº10		PRÓTESE VASCULAR	
				SONDA ASP. TRAQUEAL Nº12		KIT PAM	
				SONDA ASP. TRAQUEAL Nº14		FIXADOR EXTERNO	
				SONDA ASP. TRAQUEAL Nº16		EMPRESA	
				SONDA FOLEY 2VIAS Nº12			
				SONDA FOLEY 2VIAS Nº14			
				SONDA NASOG. CURTA		PARAFUSOS CORTICIS	
				SONDA NASOG. LONGA		PARAFUSOS CORTICIS	
				SONDA URETRAL Nº		PARAFUSOS ESPONIOSO	
				TORNADOSSA		PARAFUSOS ESPONIOSO	
				TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		PARAFUSOS MALBOLAS	
				TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		PARAFUSOS MALEOLAS	
				TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		PLACA	
				TUBO SILICONE (LATEX)		PLACA	
						EQUIPAMENTOS	
						() ASPIRADOR	
						() BISTURI ELÉTRICO	
						() CAPNÓGRAFO	
						() CÁRDIOMONITOR	
						() DESFIBRILADOR	
						() FOCO AUXILIAR	
						() FOCO CENTRAL	
						() MICROSCOPIO	
						() OXÍMETRO DE PULSO	
						() S.A. INVASIV. NÃO INVASIVA	
						() PERFURADOR ELÉTRICO	
						() SERRA	

01 ex 4.5

01 ex 1mg 10F

05 ex 4 cateter 38

01 " " 40

01 " " 36

L.S.I

COREN-PA 82222-7

FICHA DE ANESTESIA

DATA: 09/03 2020.

PRONTUARIO: 122 6226

PACIENTE: Lucas Anaujo de Souza	SEXO:	COR:	IDADE:
PROSS. ARTERIAL 130x70	PLISO 72	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA PESO
GRUPO SANGÜÍNEO	ESTADO GERAL (X) BOM () REGULAR () MAL () PÉSSIMO	RISCO CIRÚRGICO (X) BOM () REGULAR () MAL () PÉSSIMO	
EXAMES COMPLEMENTARES	checados		
AP. RESPIRATÓRIO	expansivo	AP. CIRCULATÓRIO	estável
AP. DIGESTIVO	sem	ESTADO MENTAL	consciente
DROGAS EM USO			
PRE-ANESTÉSICO			ESTADO FÍSICO 15
DOSE/HORA			
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO			
CIRURGIA REALIZADA	fratura da tíbia do fêmur E.		
CIRURGIÃO	Dr. Gustavo	AXILIARES	Dr. Marcos Vinícius
INÍCIO DA ANESTESIA	13:30	TÉRMINO DA ANESTESIA	16:40
DURAÇÃO DA ANESTESIA			
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	QUANT. DE CH.	VALORES R\$	
ANESTESISTA	Dr. Fabrício	CPF	CRM-PB

[illegible]

TÉCNICA		MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO	
☐ ANESTESIA GERAL	☒ RAQUIDIANIA	☐ EPIDURAL	☐ ALGO MIXTO
☐ ALGO NERVOS	☐ OUTROS		
LUGAR DO			
QUÍMICO	1	Neocaina Isobárica 0,5% 20mg	11
NAT	2	D. morf 80mg	12
SAN	3	Cefazolina 2g	13
RAQUIDIANIA	4	Dexametasona 10mg	14
TOTAL	5	Midazolam 4mg	15
RESUMO DO PACIENTE	6	D. pinona 2g	16
☐ APT	7	Naloxônio 8mg	17
☐ ENFERMAGEM	8	Atropina 0,75mg SN	18
☐ UTI	9	Fedrina 50mg SN	19
☐ RESIDÊNCIA	10	Lidocaina 400mg	20
☒ OUTROS	URPA		
OBSERVAÇÕES IMPORTANTES			
Paciente monitorizado, forte oxigenação e antissepsia com álcool 70%, punção mediana L3-L4, única, com agulha 26G de quince, LCR limpo e sem sangue. Punção sem intercorrências. Anestésico administrado sem intercorrências. Encaminhado ao URPA.			



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



Número: _____
Paciente: Lucas Araújo de Souza
Procedimento: Tratam. Tórax - Tórax
SUS: ☒ Não SUS: ☐
Médico: D. João Paulo
Prontuário: _____
Data: 01/03/2020
Reposição: _____
Caixa Pronta: _____

DISPENSACÃO CMIE				
FORNECEDOR	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE	CÓDIGO SUS	MARCA
HEGTHL	Fio Stimmann n. 40	01		

DISPENSACÃO - FARMÁCIA			
FORNECEDOR	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE	MARCA
	Agulha placo n. 50	01	

ASSINATURA DO MÉDICO - CRM: _____
ASSINATURA DE ENFERMAGEM - COREN: _____
ASSINATURA CIRCULANTE RESPONSÁVEL: _____

e

Identificação do Estabelecimento de Saúde 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HEET 54L		2 - CNES 	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE 		4 - CNES 	
Identificação do Paciente 5 - NOME DO PACIENTE Lucas Mauro de Souza		6 - N° DO PHONTOURNO 1226226	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 		8 - DATA DE NASCIMENTO 	
9 - NOME DA MÃE DO RESPONSÁVEL 		10 - SEXO Masculino ☒ 1 Feminino ☐ 2	
11 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO) 		12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE 	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA 		14 - COD. IBGE MUNICÍPIO 15 - UF 16 - CEP 	
17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH) 			

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR 		19 - COD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR 	
20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA 		21 - COD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA 	
22 - DIAGNÓSTICO INICIAL 		23 - CID 10 PRINCIPAL 24 - CID 10 SECUNDÁRIO 25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS 	

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)			
26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL Fratura tibial esquerda		27 - COD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL 	
28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE ☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE ☐ DIÁRIA DE UTI TIPO I ☐ DIÁRIA DE UTI TIPO II ☐ DIÁRIA DE UTI TIPO III			
29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 		30 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 	
31 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 		32 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 	
33 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 		34 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 	
35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 		36 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 	

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO 01 agulha pleno n° 50 01 Fio Steinman n° 4.0	
--	--

PROFISSIONAL SOLICITANTE 39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE 		40 - DATA DA SOLICITAÇÃO 	
41 - DOCUMENTO () CNS () CPF 		42 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE 	
43 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO) 			
AUTORIZAÇÃO 44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 		45 - COD. ÓRGÃO EMISSOR 	
46 - DOCUMENTO () CNS () CPF 		47 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE 	
48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO) 			

HEETS, H. I.

DATA: 1/3/2020

[illegible]

RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEETSML

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA

ASSEPSIA E ANTISSEPSIA

APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS

Incisão:

PERCUTANEA PARA PASSAGEN DE FIO DE KC

Achados:

FRATURA DIAFISÁRIA DO FEMUR ESQUERDO

Conduta:

PASSAGEM DE FIO DE KC N4 TRANSTIBIAL, EM REGIAO PROXIMAL

CURATIVOS ESTÉREIS

Fechamento:

RX CONTROLE

Observação:

TRAÇÃO COM 10KG

Médico/CRM:

João Pessoa,

1/3/2020

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

L-237



Lucas Araújo de Souza

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.121.576 DATA DE EXPEDIÇÃO 20/05/2013

NOME LUCAS ARAUJO DE SOUZA

FILIAÇÃO AILTON CLAUDIANO DE SOUZA
ROSILENE MARIA DE ARAUJO

NATURALIDADE JOÃO PESSOA - PB DATA DE NASCIMENTO 28/04/2000

DOC ORIGEM CERT. NASC. Nº 8010 - LIVA-05 - FLS. 105 - CARTÓRIO BAYLUX/PB

CPF 705.189.674-28

JOÃO PESSOA - PB

Lucas Araújo de Souza

LEI Nº 7.160 DE 29/08/63

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200393055 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUCAS ARAUJO DE SOUZA **Data do acidente:** 01/03/2020 **Seguradora:** AMERICAN LIFE
COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/11/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE KIRSCHNER/PLACA E PARAFUSOS). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR 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 LEVE DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG. 11/12/17/20 _CIRURGIA

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0312176/20

Vítima: LUCAS ARAUJO DE SOUZA

CPF: 705.169.674-28

Seguradora: AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

Data do acidente: 01/03/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LUCAS ARAUJO DE SOUZA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

LUCAS ARAUJO DE SOUZA : 705.169.674-28

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: 03/11/2020
Nome: LUCAS ARAUJO DE SOUZA
CPF: 705.169.674-28

LUCAS ARAUJO DE SOUZA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/11/2020
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA