
Rio de Janeiro, 18 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200335329

Vítima: DANILO DE OLIVEIRA SILVA

Data do Acidente: 27/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), DANILO DE OLIVEIRA SILVA

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

Rio de Janeiro, 03 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200335329

Vítima: **DANILO DE OLIVEIRA SILVA**

Data do Acidente: 27/10/2019

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), DANILO DE OLIVEIRA SILVA

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\$ 2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

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 quadril 25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: **DANILO DE OLIVEIRA SILVA**

Valor: **R\$ 2.531,25**

Banco: **260**

Agência: **000000001**

Conta: **000054828933-0**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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

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

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

Atenciosamente,



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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: 072.482.724-26 4 - Nome completo da vítima: Danilo de Oliveira Silva

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

5 - Nome completo: Danilo de Oliveira Silva 6 - CPF: 072.482.724-26
7 - Profissão: 8 - Endereço: Rua Maria Santiago 9 - Número: 489 10 - Complemento:
11 - Bairro: Popular 12 - Cidade: Santa Rita 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58301-060
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): 83 98820-7085

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) ☐ Itau (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Nubank
AGÊNCIA: 0001 CONTA: 54828933 0

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, 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 (a) 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 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 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, João Pessoa, 18/09/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 03271.01.2020.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 03271.01.2020.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 17:24 horas do dia 04 de setembro 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 Eudes Bezerra, Agente de Investigação, matrícula 1372319, ao final assinado, compareceu **Daniilo de Oliveira Silva**, CPF nº 072.482.724-26, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Macineiro, filho(a) de Adriana Rodrigues da Silva e Isaac de Oliveira Silva, natural de Santa Rita/PB, nascido(a) em 21/02/1987 (33 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Maria Santiago, Nº 489, bairro Alto das Populares, tendo como ponto de referência Perto da Mercaria de Ivanildo, na cidade de Santa Rita/PB, telefone(s) para contato (83) 98897-0747.

Dados do(s) Fatos:

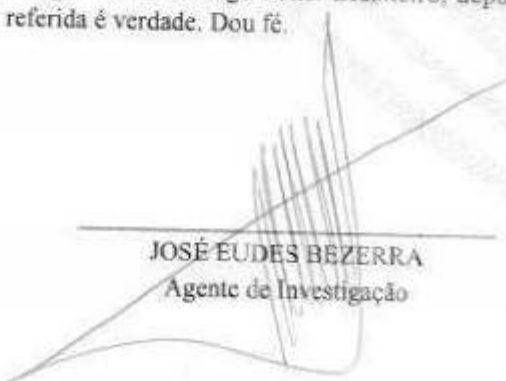
Local: Perto do Hotel Netuanar, João Pessoa/PB, bairro Cabo Branco; Tipo do Local: outros; Data/Hora: 27/10/19 22:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

AFIRMA TER SOFRIDO UM ACIDENTE DE MOTOCICLETA CAUSADO POR UM VEICULO QUE EVADIU-SE DO LOCAL.RESSALTA QUE ESTAVA CONDUZINDO A MOTO DE PLACA MOM-9944-PB QUANDO SOFREU O ACIDENTE CAUSANDO-LHE FRATURA DO ILIACO D+FRATURA DO ACETÁBULO D+FRATURA DO OSSO NAVICULAR(ESCAFÓIDE DA MÃO DIREITA E APÓS FORA SOCORRIDO PARA O HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMAS SENADOR HUMBERTO LUCENA PELA AMBULÂNCIA DO SAMU,CONFORME LAUDO APRESENTADO POR ESTE MOTIVO VEIO REGISTRAR O FATO E PEDE PROVIDENCIAS QUE O CASO REQUER.

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, excepo a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fê.

João Pessoa/PB, 04 de setembro de 2020,


JOSÉ EUDES BEZERRA
Agente de Investigação


DANILO DE OLIVEIRA SILVA
Noticiante

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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: 072.482.724-26 4 - Nome completo da vítima: Danilo de Oliveira Silva

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

5 - Nome completo: Danilo de Oliveira Silva 6 - CPF: 072.482.724-26
7 - Profissão: 8 - Endereço: Rua Maria Santiago 9 - Número: 489 10 - Complemento:
11 - Bairro: Popular 12 - Cidade: Santa Rita 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58301-060
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): 83 98820-7085

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: Nubank

AGÊNCIA: 0001 CONTA: 54828933 0
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, 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 (a) 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 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 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, João Pessoa, 18/09/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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: 28/09/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DANILO DE OLIVEIRA SILVA

BANCO: 260

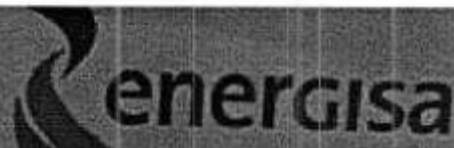
AGÊNCIA: 00001

CONTA: 000054828933-0

Nr. da Autenticação 3DB0C1D3FC0ABEBF

ADRIANA RODRIGUES DA SILVA
RUA MARIA SANTIAGO, 489 - POPULAR
SANTA RITA / PB CEP: 58301-060 (AG. 1)

CPF/CNPJ/RANI: 788.835.144-00



Grupo: CONVENCIONAL BAIXA TENSÃO / Subgrupo: B1
Classe: RES MTC B1 / Subclasse: RESIDENCIAL
Ligação: MONOFÁSICO
Roteiro: 3-9-30-5980 Nº Medidor: 00009000040



UNIDADE CONSUMIDORA (UC)

5/46334-9

CADASTRE SUA FATURA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZANDO O CÓDIGO: 00000453349



VALOR DA FATURA

R\$ 217,46



VENCIMENTO

14/09/2020



REFERÊNCIA

Set / 2020



CONSUMO

156kWh

5,38 kWh
MÉDIA DIÁRIA

SITUAÇÃO DE DÉBITOS

RESUMO

CCI	Descrição	Quant	Tarifa/ Tributos	Valor Base Calc Total (R\$)	Alq ICMS (R\$)	ICMS Base Calc (R\$)	PIS (R\$) Cofins (R\$) (R\$) PIS/Cofins 0,95339% 4,3010%		
0601	Consumo em kWh	156	0,911630	126,61	126,61	27	34,11	126,61	1,18 5,44
	LANÇAMENTOS E SERVIÇOS								
0607	CONTRIB SERV ILUM PUBLICA			10,82	0,00	0	0,01	10,00	0,00 0,00
0604	JUROS DE MORA 03/2020			7,77	0,00	0	0,01	0,00	0,00 0,00
0604	JUROS DE MORA 04/2020			8,91	0,00	0	0,00	0,00	0,00 0,00
0604	JUROS DE MORA 05/2020			8,22	0,00	0	0,00	0,00	0,00 0,00
0604	JUROS DE MORA 06/2020			3,24	0,00	0	0,00	0,00	0,00 0,00
0605	MULTA 03/2020			2,71	0,00	0	0,00	0,00	0,00 0,00
0605	MULTA 04/2020			2,96	0,00	0	0,00	0,00	0,00 0,00
0605	MULTA 05/2020			3,42	0,00	0	0,00	0,00	0,00 0,00
0605	MULTA 06/2020			2,49	0,00	0	0,00	0,00	0,00 0,00
0605	MULTA 07/2020			3,28	0,00	0	0,00	0,00	0,00 0,00
0605	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 03/2020			11,51	0,00	0	0,00	0,00	0,00 0,00
0605	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 04/2020			10,85	0,00	0	0,00	0,00	0,00 0,00
0605	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 05/2020			11,51	0,00	0	0,00	0,00	0,00 0,00
0605	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 06/2020			7,16	0,00	0	0,00	0,00	0,00 0,00
CCI	Código de Classificação do Item			TOTAL	217,46	126,61	34,18	126,61	1,18 5,44

Tarifa e Tributos: 0.550000

RESERVADO AO FISCO

7042.852e.a83e.452b.9b54.0fed.a831.d526

HISTÓRICO DE CONSUMO (kWh)

Set/19	92
Out/19	113
Nov/19	80
Dez/19	111
Jan/20	124
Fev/20	85
Mar/20	108
Abr/20	152
Mai/20	210
Jun/20	176
Jul/20	204
Ago/20	189
Set/20	143

LEITURAS

Anterior: 06/06/20	9444
Atual: 04/09/20	9600
Consumo	156 kWh
Período	28 dias
Constante do medidor	1

PRÓXIMA LEITURA

05/10/2020

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Descrição	Valor (R\$)	%
Serviço de Dist. de Energia/CD	25,12	11,55
Custo de Energia	36,73	16,89
Serviço de Transmissão	8,23	3,78
Energia Perdida	7,31	3,36
Impostos, Contrib. e Encargos	131,68	60,54
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	217,46	100,00

Energia de Uso do Sistema de Distribuição (Ref. 7/2020) R\$ 41,34

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200335329 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DANILO DE OLIVEIRA SILVA **Data do acidente:** 27/10/2019 **Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/09/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO GLASGOW 13 P1 7
FRATURA DO ESTILOIDE DA ULNA DIREITA P11
FRATURA DO ESCAFOIDE DA MÃO DIREITA
FRATURA DO ILÍACO DIREITO
FRATURA DO ACETÁBULO DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(ESCAFOIDE - OSTEOSSÍNTESE /ILÍACO E ACETÁBULO - MANIPULAÇÃO ARTICULAR DO QUADRIL SOB SEDAÇÃO, SEGUIDA DE TRATAMENTO CONSERVADOR) E ALTA. P28 30 31 32 33 37

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO E DO QUADRIL DIREITO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO DIREITO E LEVE DO QUADRIL DIREITO

**Documentos
complementares:**

Observações: P7

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 dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Perda completa da mobilidade de um quadril	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE DANILLO DE OLIVEIRA SILVA
DADOS DE NASCIMENTO 21/02/87
NOME DA MÃE ADRIANA RODRIGUES DA SILVA

DADOS EXTRAÍDOS DO PRONTUÁRIO

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1.199.629
Nº PRONTUARIO 118.916
DATA DO ATENDIMENTO 27/10/19
HORA DO ATENDIMENTO 04:11
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S) FRATURA DO ILÍACO D + FRATURA DO ACETÁBULO D + FRATURA DO OSSO NAVICULAR (ESCAFÓIDE) DA MÃO D
CID 10 S 32.3 + S 32.4 + S 62.0

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta (queda), apresentando escoriações em crânio, refere dor em região da mão D e quadril D. Glasgow 13. Avaliado pela equipe da médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC do crânio
TC da coluna cervical
TC da bacia
RX do tórax - AP
RX da coxa D e E - AP e P
USG do abdome total - FAST

TRATAMENTO:

Fratura do ilíaco D + fratura do acetábulo D + fratura do osso navicular (escafóide) da mão D aos RX. Sem alteração às TC's, USG e aos outros RX. Realizado internamento e tratamento cirúrgico pelo Dr. Soamy Ramalho e Dr. Roberto Correia no 1º tempo e pelo Dr. Edson Tinoco e Dr. Roberto Santos no 2º tempo, todos da equipe da Ortopedia.

ALTA HOSPITALAR: 18/11/19
DATA DE EMISSÃO: 06/03/20

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA
MÉDICO
CRM: 2516

Dr. Ewerton Noronha Teixeira
CRM: 2516/PB



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



**GOVERNO
DA PARAÍBA**



**SEGUIR
o trabalho**

AV. ORESTES LISBOA, s/n - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1199629



Identificação do paciente

ID 1451804	Nome DANILO OLIVEIRA DA SILVA			Sexo Masculino
Data de nascimento 01/01/1996	Idade 23 anos 9 meses 26 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe ADRIANA RODRIGUES DA SILVA	Pai NAO INFORMADO			
Escolaridade	Responsável (Parentesco) ENFERMEIRO / MAVIAEL - ACOMPANHANTE			
DDD Celular 00	Celular 00000000	DDD	Telefone	
Tipo documento	Número documento	Nº Cns		
Local de procedência ALTIPLANO	Tipo BAIRRO		UF PB	
Email	Naturalidade SANTA RITA	CBO/R		

Endereço

CEP 58301530	Município de residência SANTA RITA	UF PB	Logradouro CAPITÃO JOSÉ INÁCIO
Número S/N	Complemento PACIENTE SEM CONDIÇÕES DE INFORMAR ENDEREÇO.	Bairro POPULAR	

Admissão

Data e Hora 27/10/2019 04:11:37	Número da pulseira 100007286963	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica	
Classificação de risco	Origem do paciente RUA	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte SAMU	Quem transportou CONDUTOR / GIVALDO		

Sinais Vitais

PA _____ X _____ mmHg	Pulso	Temperatura
--------------------------	-------	-------------

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos						
Diagnóstico						
Atendido por HELENO JOVENTINO DE SANTANA FILHO						CID S01.01 Tempo 01min 26seg

Imprimir



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

**SEGUE
o trabalho**

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

Paciente DANILO OLIVEIRA DA SILVA	BAE 1199629	Data/Hora Entrada 27/10/2019 04:11:37	Data Baixa
Data de nascimento 01/01/1996	Idade 23a 9m 26d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (00) 00000000
Mãe ADRIANA RODRIGUES DA SILVA		CNS	Prontuário
Endereço CAPITÃO JOSÉ INÁCIO, S/N - PACIENTE SEM CONDIÇÕES DE INFORMAR ENDEREÇO.	Bairro POPULAR	Município SANTA RITA	UF PB
Acidente/ QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional FERNANDO ROBERTO GONDIM CABRAL DE VASCONCELOS	Nº Cons. Regional 8267/PB
Data/Hora Classificação 27/10/2019 04:11:37		Data/Hora Prescrição 27/10/2019 09:43:19	

ANAMNESE

Neurocirurgia ## Avalio paciente com história de queda da moto, após libação alcoólica. Nega dor cervical. Ao exame: ECG 14, pupilas isofoto, sem déficit focal. TC Crânio: Sem afecções neurocirúrgicas de urgência. TC Coluna lombar: Sem afecções neurocirúrgicas de urgência. Cd: Oriento sinais de alarme. Alta da Neurocirurgia. Fratura de bacia - Aval Ortopedia.

Conduta

Em observação

CP 82672

Enfermeiro

FERNANDO ROBERTO GONDIM CABRAL DE VASCONCELOS
(CRM: 8267/PB)

Boletim registrado por: HELENO JOVENTINO DE SANTANA FILHO em 27/10/2019 04:13:03

igual



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

**SEGUIR
o trabalho**

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

Paciente
DANILO OLIVEIRA DA SILVA

Data de nascimento
01/01/1996

Mãe
ADRIANA RODRIGUES DA SILVA

Endereço
**CAPITÃO JOSÉ INÁCIO, S/N - PACIENTE SEM CONDIÇÕES DE INFORMAR
ENDERECO.**

Acidente
QUEDA / OUTROS

Data/Hora Classificação
27/10/2019 04:11:37

BAE
1199629

Sexo
Masculino

Bairro
POPULAR

Data/Hora Entrada
27/10/2019 04:11:37

CNS

Município
SANTA RITA

Profissional
**GILVANDO CARNEIRO
LEAL**

Data/Hora Prescrição
27/10/2019 04:23:34

Data Baixa

Telefone de
Contato
(00) 00000000
Prontuário

UF
PB

Nº Cons. Regional
2489/PB

ANAMNESE

CIRURGIA GERAL PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO, APRESENTA ESCORIAÇÕES EM CRANIO. REFERE DOR EM REGIÃO DE QUADRIL. AO EXAME: A: VIAS AÉREAS PÉRVIAS. B: EUPNEICO, COM BOA SATURAÇÃO. TÓRAX SEM ALTERAÇÕES. MV+ AHT SEM RA. C: NORMOCÁRDICO E NORMOTENSO. ABDOME SEM SINAIS DE PERITONITE. PELVE ESTÁVEL. D: GLASGOW 13, PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES. E: ESCORIAÇÕES EM CRANIO CONDUTA TC CRANIO/PELVE RX TÓRAX/FAST PARECER ORTOPÉDIA/NEUROCIRURGIA

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA S/ CONTRASTE

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE BACIA

RADIOGRAFIA DE TÓRAX (PA E PERFIL)

ULTRASSONOGRAFIA - FAST

RADIOGRAFIA DE COXA DIREITA

RADIOGRAFIA DE COXA ESQUERDA

CID10

T14.9 - Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

Enfermeiro


GILVANDO CARNEIRO LEAL
(: 2489/PB)



Hospital Estadual de
Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

SEGUE
o trabalho

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

Paciente
DANILO OLIVEIRA DA SILVA

Data de nascimento
01/01/1996

Mãe

ADRIANA RODRIGUES DA SILVA

Endereço

CAPITÃO JOSÉ INÁCIO, S/N - PACIENTE SEM CONDIÇÕES DE INFORMAR
ENDEREÇO.

Acidente

QUEDA / OUTROS

Data/Hora Classificação

27/10/2019 04:11:37

Idade
23a 9m 26d

Motivo

ACIDENTE DE MOTOCICLETA

BAE
1199629

Sexo
Masculino

Barrio
POPULAR

Data/Hora Entrada
27/10/2019 04:11:37

CNS

Município
SANTA RITA

Profissional
ZALMIR REICHERT FILHO 3518/PB

Data/Hora Prescrição
27/10/2019 10:20:36

Data Baixa

Telefone de Contato
(00) 00000000

Prontuário

UF
PB

Nº Cons. Regional

ANAMNESE

visto usg de abdome normal sem queixas relacionada a abdome e torax libero para internação pela ncr

Conduta

Internar Paciente

Enfermeiro

Zalmir R. Filho
Médico - Obst. e Ginec.
Cirúrgico - Proctológico

ZALMIR REICHERT FILHO
(: 3518/PB)

Soletim registrado por: HELENO JOVENTINO DE SANTANA FILHO em 27/10/2019 04:13:03

pt
internos



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Estado do Rio Grande do Norte



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

**SEGUE
o trabalho**

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

Paciente
DANILO OLIVEIRA DA SILVA

Data de nascimento
01/01/1996

Mãe
ADRIANA RODRIGUES DA SILVA

Endereço
CAPITÃO JOSÉ INÁCIO, S/N - PACIENTE SEM CONDIÇÕES DE INFORMAR ENDEREÇO.

Acidente
QUEDA / OUTROS

Data/Hora Classificação
27/10/2019 04:11:37

Idade
23a 9m 26d

BAE
1199629
Sexo
Masculino

Data/Hora Entrada
27/10/2019 04:11:37
CNS

Data Baixa
Telefone de Contato
(00) 00000000
Prontuário

Bairro
POPULAR

Município
SANTA RITA
Profissional
JANSEN HENRIQUES CEZARINO
Data/Hora Prescrição
27/10/2019 10:53:38

UF
PB
Nº Cons. Regional
11385/PB

ANAMNESE

*ORTOPEDIA: PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO, APRESENTA ESCORIAÇÕES EM CRÂNIO, REFERE DOR EM REGIÃO DE QUADRIL. AO EXAME, EGRADUADA, NEUROVASCULAR OK. DOR, ESCORIAÇÕES NO CORPO. RADIOGRAFIA APRESENTANDO FRATURA DE BACIA DIREITA + FRATURA DO ACETABULO DIREITO CD. INTERNO PACIENTE + EXAMES PRE-OP.

DIETA

DIETA LIVRE, VIA ORAL

MEDICAÇÃO

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

Deixar

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

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

Deixar

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

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

Deixar

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

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

Deixar

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

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

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

MEDICAÇÃO NÃO PADRÃO

PANTOPRAZOL 40MG INJETAVEL (FRASCO/AMPOLA)

CUIDADOS

CRITATIVO, (OBSERVAÇÕES: DIÁRIO)

AT 6/6HS

FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIO E MOTORA

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

SSVV + CCGG

EXAME LABORATORIAL

COAGULOGRAMA COMPLETO

CREATININA

GLICOSE

HEMOGRAMA COMPLETO

TGO (ASPARTATO AMINOTRANSFERASE/AST)

TGP (ALANINA AMINOTRANSFERASE/ALT)

IONOGRAMA

UREIA

Médico
Dr. Jansen Henriques Cezarino
R. 11385/PB



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



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

**SEGUE
o trabalho**

Parecer Médico

Nome	Idade	Prontuário
DANILO OLIVEIRA DA SILVA	23A 9M 26D	118916
Boletim de Atendimento	Data de Entrada	Data Internação
1199629	27/10/2019 04:11:37	27/10/2019 11:37:13
Convênio	Leito	Clinica
SUS	POSTO IB - ENF 11 - LEITO - 002	CIRURGIA GERAL
		Permanência na Unidade
		9d 4h 13min
		Permanência no Leito
		8d 16h 26min

Parecer médico

Especialidade	Profissional
NEURO CIRURGIA	FERNANDO ROBERTO GONDIM CABRAL DE VASCONCELOS
Motivo da solicitação	Data da Solicitação: 27/10/2019 04:23:13
TCE	
Parecer	Data de Resposta: 05/11/2019 08:24:48
## Neurocirurgia ##	

.CE, sem sinais de alarme.
Em seguimento pela Ortopedia.

Ao exame; ECG 15, pupilas isocóricas e fotorreagentes.
Sem déficit neurológico focal.

TC Cranio 01/11: Sem afecções neurocirúrgicas de urgência.

Cd:
Oriento sinais de alarme.
Alta da Neurocirurgia.



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



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

**SEGUE
o trabalho**

Parecer Médico

Nome	Idade	Prontuário
DANILO OLIVEIRA DA SILVA	23A 9M 26D	118916
Boletim de Atendimento	Data de Entrada	Data Internação
1199629	27/10/2019 04:11:37	27/10/2019 11:37:13
Convênio	Leito	Clínica
SUS	POSTO IB - ENF 11 - LEITO - 002	CIRURGIA GERAL
		Permanência na Unidade
		8d 1h 37min
		Permanência no Leito
		7d 13h 50min

Parecer médico

Especialidade	Profissional
NEURO CIRURGIA	
Motivo da solicitação	Data da Solicitação: 27/10/2019 04:23:13
TCE	
Parecer	Data de Resposta:

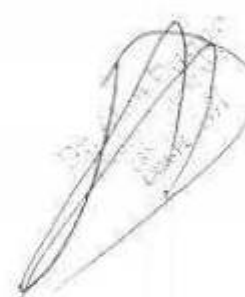
Handwritten signature and stamp

Parecer Médico

Nome DANILO OLIVEIRA DA SILVA	Idade 23A 9M 25D	Prontuário
Boletim de Atendimento 1199629	Data de Entrada 27/10/2019 04:11:37	Data Internação
Convênio SUS	Leito	Permanência na Unidade 11min
	Clinica CIRURGIA GERAL	Permanência no Leito

Parecer médico

Especialidade ORTOPEDIA	Profissional
Motivo da solicitação TRAUMA	Data da Solicitação: 27/10/2019 04:22:49
Parecer	Data de Resposta:





Parecer Médico

Nome	Idade	Prontuário
DANILO OLIVEIRA DA SILVA	23A 9M 26D	
Boletim de Atendimento	Data de Entrada	Data Internação
1199629	27/10/2019 04:11:37	
Convênio	Leito	Clínica
SUS		CIRURGIA GERAL
		Permanência na Unidade
		12min
		Permanência no Leito

Parecer médico

Especialidade	Profissional
NEURO CIRURGIA	
Motivo da solicitação	Data da Solicitação: 27/10/2019 04:23:13
TCE	
Parecer	Data de Resposta:



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

**SEGUIE
o trabalho**

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

Impresso por: JOSE ROGACIANO MACHADO COUTO
Em: 18/11/2019 08:44:48

Nome DANILO DE OLIVEIRA SILVA		Boletim de Atendimento 1199629	Data/Hora Entrada 27/10/2019 04:11:37	Data/Hora Saida
Data de nascimento 21/02/1987	Idade 32	Sexo Masculino	CNS	Prontuário 118916
Tempo de Internação 21d 21h 7min		Convênio SUS		Plantão DIURNO
Data de Entrada 27/10/2019 04:11:37	Data Internação 27/10/2019 11:37:13	Permanência na Unidade 22d 4h 33min		Permanência no Leito 6d 11h 1min

EVOLUÇÃO MEDICA (JOSE ROGACIANO MACHADO COUTO - 18/11/2019 08:44:43)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

ORTOPEDIA

FRATURA ACETABULO DIREITO

FRATURA ASA DO ILIACO DIREITO

FRATURA ESCAFOIDE DIREITO

FRATURA ESTILOIDE DA ULNA

#5º DPO CIRURGIA DE ESCAFOIDE POR DR EDSON TINOCO

DR SOAMY OPTOU POR MUDANÇA DE PROCEDIMENTO FEZ MANIPULAÇÃO ARTICULAR SEM DESVIO DO FOCO DE FRATURA OPTOU POR TTO CONSERVADOR E ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL

CD: ALTA HOSPITALAR

Seção: POSTO IB - ENF 12 Leito: LEITO - 001

Profissional responsável pela informação: JOSE ROGACIANO MACHADO COUTO

Número Conselho: 185222

Assinado
Dr. José Rogaciano
18/11/2019 08:44:48



Hospital Estadual de
Emergência e Trauma
Sanador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

SEQUE

o trabalho

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

Impresso por: JOSE ROGACIANO MACHADO COUTO
Em: 15/11/2019 07:34:52

Nome DANILO DE OLIVEIRA SILVA		Boletim de Atendimento 1199629	Data/Hora Entrada 27/10/2019 04:11:37	Data/Hora Saída
Data de nascimento 21/02/1987	Idade 32	Sexo Masculino	CNS	Prontuário 118916
Tempo de Internação 18d 19h 57min		Convênio SUS	Plantão DIURNO	
Data de Entrada 27/10/2019 04:11:37	Data Internação 27/10/2019 11:37:13	Permanência na Unidade 19d 3h 23min	Permanência no Leito 3d 9h 51min	

EVOLUÇÃO MEDICA (JOSE ROGACIANO MACHADO COUTO - 15/11/2019 07:34:49)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

ORTOPEDIA

FRATURA ACETABULO DIREITO

FRATURA ASA DO ILIACO DIREITO

FRATURA ESCAFOIDE DIREITO # FRATURA ESTILOIDE DA ULNA

ACEITANDO DIETA, EVACUAÇÕES PRESENTES DIURESE PRESENTE

2DPO CIRURGIA DE ESCAFOIDE POR DR EDSON TINOCO

CDT: AG CIRURGIA

MANTIDA

Seção: POSTO IB - ENF 12 Leito: LEITO - 001

Profissional responsável pela informação: JOSE ROGACIANO MACHADO COUTO

Numero Conselho: 185222

Dr. Jose Rogaciano

CRM: 185222



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

**SEGRE
o trabalho**

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

Impresso por: JOSE ROGACIANO MACHADO COUTO
Em: 14/11/2019 08:54:20

Nome DANILO DE OLIVEIRA SILVA		Boletim de Atendimento 1199629	Data/Hora Entrada 27/10/2019 04:11:37	Data/Hora Saída
Data de nascimento 21/02/1987	Idade 32	Sexo Masculino	CNS	Prontuário 118916
Tempo de Internação 17d 21h 17min		Convênio SUS	Plantão DIURNO	
Data de Entrada 27/10/2019 04:11:37	Data Internação 27/10/2019 11:37:13	Permanência na Unidade: 18d 4h 43min	Permanência no Leito: 2d 11h 11min	

EVOLUÇÃO MEDICA (JOSE ROGACIANO MACHADO COUTO - 14/11/2019 08:54:16)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

ORTOPEDIA

FRATURA ACETABULO DIREITO

FRATURA ASA DO ILIACO DIREITO

FRATURA ESCAFOIDE DIREITO # FRATURA ESTILOIDE DA ULNA

ACEITANDO DIETA, EVACUAÇÕES PRESENTES DIURESE PRESENTE

1DPO CIRURGIA DE ESCAFOIDE POR DR EDSON TINOCO

CDT: AG CIRURGIA

MANTIDA

Seção: POSTO IB - ENF 12 Leito: LEITO - 001

Profissional responsável pela informação: JOSE ROGACIANO MACHADO COUTO

Dr. Jose Rogaciano Machado Couto

Número Conselho: 185222



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

**SEQUE
o trabalho**

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

Impresso por: JOSE ROGACIANO MACHADO COUTO
Em: 12/11/2019 06:37:06

Nome DANILO OLIVEIRA DA SILVA		Boletim de Atendimento 1199629	Data/Hora Entrada 27/10/2019 04:11:37	Data/Hora Saída
Data de nascimento 01/01/1996	Idade 23	Sexo Masculino	CNS	Prontuário 118916
Tempo de Internação 15d 19h		Convênio SUS	Plantão NOTURNO	
Data de Entrada 27/10/2019 04:11:37	Data Internação 27/10/2019 11:37:13	Permanência na Unidade 16d 2h 26min	Permanência no Leito 8h 54min	

EVOLUÇÃO MEDICA (JOSE ROGACIANO MACHADO COUTO - 12/11/2019 06:37:04)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

ORTOPEDIA

FRATURA ACETABULO DIREITO

FRATURA ASA DO ILIACO DIREITO

FRATURA ESCAFOIDE DIREITO

FRATURA ESTILOIDE DA ULNA

ACEITANDO DIETA EVACUAÇÕES PRESENTES
DIURESE PRESENTE

CDT: AG CIRURGIA
ORIENTAÇÕES
VPM

Seção: POSTO IB - ENF 12 Leito: LEITO - 001

Profissional responsável pela informação: JOSE ROGACIANO MACHADO COUTO

Número Conselho: 185222

Dr. José Rogaciano Machado Couto



Hospital Estadual de
Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

SEGUE
o trabalho

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

Impresso por: JOSE ROGACIANO MACHADO COUTO
Em: 11/11/2019 06:38:43

Nome DANILO OLIVEIRA DA SILVA		Boletim de Atendimento 1199629	Data/Hora Entrada 27/10/2019 04:11:37	Data/Hora Saída
Data de nascimento: 01/01/1996	Idade 23	Sexo: Masculino	CNS	Prontuário 118916
Tempo de Internação 14d 19h 1min		Convênio SUS	Plantão NOTURNO	
Data de Entrada 27/10/2019 04:11:37	Data Internação 27/10/2019 11:37:13	Permanência na Unidade 15d 2h 27min	Permanência no Leito 14d 14h 40min	

EVOLUÇÃO MEDICA (JOSE ROGACIANO MACHADO COUTO - 11/11/2019 06:38:34)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

ORTOPEDIA

FRATURA ACETABULO DIREITO

FRATURA ASA DO ILIACO DIREITO

FRATURA ESCAFOIDE DIREITO

FRATURA ESTILOIDE DA ULNA

ACEITANDO DIETA, EVACUAÇÕES PRESENTES
DIURESE PRESENTE

CDT: AJUSTES PRESCRIÇÃO
ORIENTAÇÕES
VPM

Seção: POSTO IB - ENF 11 Leito: LEITO - 002
Profissional responsável pela informação: JOSE ROGACIANO MACHADO COUTO

Número Conselho: 185222



Hospital Estadual de
Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

SEGUE

o trabalho

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

Impresso por: JOSE ROGACIANO MACHADO COUTO
Em: 10/11/2019 11:12:47

Nome DANILO OLIVEIRA DA SILVA	Boletim de Atendimento 1199629	Data/Hora Entrada 27/10/2019 04:11:37	Data/Hora Saída
Data de nascimento 01/01/1996	Idade 23	Sexo Masculino	CNS
Tempo de Internação 13d 23h 35min	Convênio SUS	Prontuário 118916	Plantão DIURNO
Data de Entrada 27/10/2019 04:11:37	Data Internação 27/10/2019 11:37:13	Permanência na Unidade: 14d 7h 1min	Permanência no Leito: 13d 19h 14min

EVOLUÇÃO MEDICA (JOSE ROGACIANO MACHADO COUTO - 10/11/2019 11:12:43)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

ORTOPEDIA

FRATURA ACETABULO DIREITO

FRATURA ASA DO ILIACO DIREITO

FRATURA ESCAFOIDE DIREITO

FRATURA ESTILOIDE DA ULNA

ACEITANDO DIETA, EVACUAÇÕES PRESENTES
DIURESE PRESENTE

CDT: MANTIDA
ORIENTAÇÕES
VPM

Seção: POSTO IB - ENF 11 Leito: LEITO - 002
Profissional responsável pela informação: JOSE ROGACIANO MACHADO COUTO

Número Conselho: 185222

[Assinatura]
Dr. Jose Rogaciano Machado Couto
10/11/2019



Hospital Estadual de
Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

SEGUE
o trabalho

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

Impresso por: JOSE ROGACIANO MACHADO COUTO
Em: 08/11/2019 08:00:05

Nome DANILO OLIVEIRA DA SILVA	Boletim de Atendimento 1199629	Data/Hora Entrada 27/10/2019 04:11:37	Data/Hora Saída
Data de nascimento 01/01/1996	Idade 23	Sexo Masculino	CNS 118916
Tempo de Internação 11d 20h 23min	Convênio SUS	Plantão DIURNO	
Data de Entrada 27/10/2019 04:11:37	Data Internação 27/10/2019 11:37:13	Permanência na Unidade 12d 3h 49min	Permanência no Leito 11d 16h 2min

EVOLUÇÃO MEDICA (JOSE ROGACIANO MACHADO COUTO - 08/11/2019 07:59:57)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

ORTOPEDIA

FRATURA ACETABULO DIREITO

FRATURA ASA DO ILIACO DIREITO

FRATURA ESCAFOIDE DIREITO

FRATURA ESTILOIDE DA ULNA

EM USO DE SONTA (URINA HIALINA)
ACEITANDO DIETA.EVACUAÇÕES PRESENTES
DIURESE COM SONTA

CDT: AJUSTES PRESCRIÇÃO
ORIENTAÇÕES
DECLARAÇÃO INTERNAMENTO

Seção: POSTO IB - ENF 11 Leito: LEITO - 002
Profissional responsável pela informação: JOSE ROGACIANO MACHADO COUTO

Número Conselho: 185222

Dr. José Rogaciano Machado Couto
CPF: 027.117.122-73
Rua: A
Tatuagem: 2019-11-08 07:59:57



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

**SEGUE
o trabalho**

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

Impresso por: JOSE ROGACIANO MACHADO COUTO
Em: 09/11/2019 01:42:54

Nome DANILO OLIVEIRA DA SILVA	Boletim de Atendimento 1199629	Data/Hora Entrada 27/10/2019 04:11:37	Data/Hora Saída
Data de nascimento 01/01/1996	Idade 23	Sexo Masculino	CNS
Tempo de Internação 12d 14h 5min	Convênio SUS	Prontuário 118916	Plantão NOTURNO
Data de Entrada 27/10/2019 04:11:37	Data Internação 27/10/2019 11:37:13	Permanência na Unidade: 12d 21h 31min	Permanência no Leito: 12d 9h 44min

EVOLUÇÃO MEDICA (JOSE ROGACIANO MACHADO COUTO - 09/11/2019 01:42:49)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

ORTOPEDIA

FRATURA ACETABULO DIREITO

FRATURA ASA DO ILIACO DIREITO

FRATURA ESCAFOIDE DIREITO

FRATURA ESTILOIDE DA ULNA

ACEITANDO DIETA.EVACUAÇÕES PRESENTES
DIURESE PRESENTE

CDT: AJUSTES PRESCRIÇÃO
ORIENTAÇÕES
VPM

Seção: POSTO IB - ENF 11 Leito: LEITO - 002
Profissional responsável pela informação: JOSE ROGACIANO MACHADO COUTO

Número Conselho: 185222



Hospital Estadual de
Emergência e Trauma

Paraná - 1996



GOVERNO
DA PARAÍBA

SEQUE
o trabalho

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

Impresso por: JOSE ROGACIANO MACHADO COUTO
Em: 07/11/2019 09:11:37

Nome DANILO OLIVEIRA DA SILVA		Boletim de Atendimento 1199629	Data/Hora Entrada 27/10/2019 04:11:37	Data/Hora Saída
Data de nascimento 01/01/1996	Idade 23	Sexo Masculino	CNS	Prontuário 118916
Tempo de Internação 10d 21h 34min		Convênio SUS	Plantão DIURNO	
Data de Entrada 27/10/2019 04:11:37	Data Internação 27/10/2019 11:37:13	Permanência na Unidade 11d 5h	Permanência no Leito 10d 17h 13min	

EVOLUÇÃO MEDICA (JOSE ROGACIANO MACHADO COUTO - 07/11/2019 09:11:33)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO

ORTOPEDIA

FRATURA ACETABULO DIREITO

FRATURA ASA DO ILIACO DIREITO

FRATURA ESCAFOIDE DIREITO

FRATURA ESTILOIDE DA ULNA

EM USO DE SONDA (URINA HIALINA)
ACEITANDO DIETA EVACUAÇÕES PRESENTES
DIURESE COM SONDA

CDT: AJUSTES PRESCRIÇÃO
ORIENTAÇÕES

Seção: POSTO IB - ENF 11 Leito: LEITO - 002
Profissional responsável pela informação: JOSE ROGACIANO MACHADO COUTO

Número Conselho: 199222

Dr. José Rogaciano Machado Couto
CRM-PB 185.222

Data de nascimento 01/01/1996	Idade 23	Sexo Masculino	CNS	Prontuário 118916
Tempo de Internação 9d 20h 46min		Convênio SUS		Plantão DIURNO
Data de Entrada 27/10/2019 04:11:37	Data Internação 27/10/2019 11:37:13	Permanência na Unidade: 10d 4h 12min		Permanência no Leito: 9d 16h 25min

EVOLUÇÃO MEDICA (JOSE ROGACIANO MACHADO COUTO - 06/11/2019 08:23:41)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

ORTOPEDIA

FRATURA ACETABULO DIREITO

FRATURA ASA DO ILIACO DIREITO

FRATURA ESCAFOIDE DIREITO

FRATURA ESTILOIDE DA ULNA

EM USO DE SONDA (URINA HIALINA)
ACEITANDO DIETA, EVACUAÇÕES PRESENTES
DIURESE COM SONDA

CDT: AJUSTES PRESCRIÇÃO
ORIENTAÇÕES
HEMOGRAMA POS CH

Seção: POSTO IB - ENF 11 Leito: LEITO - 002

Profissional responsável pela informação: JOSE ROGACIANO MACHADO COUTO

Número Conselho: 185222

Dr. José Rogadiano
CRM 185222



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena



**GOVERNO
DA PARAÍBA**



**SEGUE
o trabalho**

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

Impresso por: JOSE ROGACIANO MACHADO COUTO
Em: 05/11/2019 06:50:00

Nome DANILO OLIVEIRA DA SILVA	Boletim de Atendimento 1199629	Data/Hora Entrada 27/10/2019 04:11:37	Data/Hora Saída
Data de nascimento 01/01/1996	Idade 23	Sexo Masculino	CNS
Tempo de internação 8d 19h 13min	Convênio SUS	Plantão NOTURNO	Prontuário 118916
Data de Entrada 27/10/2019 04:11:37	Data Internação 27/10/2019 11:37:13	Permanência na Unidade 9d 2h 39min	Permanência no Leito 8d 14h 52min

EVOLUÇÃO MEDICA (JOSE ROGACIANO MACHADO COUTO - 05/11/2019 06:49:24)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

ORTOPEDIA

FRATURA ACETABULO DIREITO

FRATURA ASA DO ILIACO DIREITO

FRATURA ESCAFOIDE DIREITO

FRATURA ESTILOIDE DA ULNA

EM USO DE SONDA (URINA COM PUS)
ACEITANDO DIETA, EVACUAÇÕES PRESENTES
RELATA FEBRE, CONSTIPAÇÃO E INSONIA

CDT: AJUSTES PRESCRIÇÃO
VPM
03 ch

Seção: POSTO IB - ENF 11 Leito: LEITO - 002
Profissional responsável pela informação: JOSE ROGACIANO MACHADO COUTO


Jose Rogaciano
Machado Couto
Número Conselho: 185222



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



**GOVERNO
DA PARAIBA**

**SEGUE
o trabalho**

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

Impresso por: JOSE ROGACIANO MACHADO COUTO
Em: 04/11/2019 05:48:09

Nome DANILO OLIVEIRA DA SILVA		Boletim de Atendimento 1199529	Data/Hora Entrada 27/10/2019 04:11:37	Data/Hora Saída
Data de nascimento 01/01/1996	Idade 23	Sexo Masculino	CNS	Prontuário 118916
Tempo de Internação 7d 18h 11min		Convênio SUS	Plantão NOTURNO	
Data de Entrada 27/10/2019 04:11:37	Data Internação 27/10/2019 11:37:13	Permanência na Unidade 8d 1h 37min	Permanência no Leito 7d 13h 50min	

EVOLUÇÃO MEDICA (JOSE ROGACIANO MACHADO COUTO - 04/11/2019 05:47:43)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

ORTOPEDIA

FRATURA ACETABULO DIREITO

FRATURA ASA DO ILIACO DIREITO

FRATURA ESCAFOIDE DIREITO

FRATURA ESTILOIDE DA ULNA

EM USO DE SONDA (URINA COM PUS)
ACEITANDO DIETA, EVACUAÇÕES PRESENTES
RELATA FEBRE, CONSTIPAÇÃO E INSONIA

CDT: AJUSTES PRESCRIÇÃO

VPM

NOVO LAB (REPITO PEDIDO)

Seção: POSTO IB - ENF 11 Leito: LEITO - 002

Profissional responsável pela informação: JOSE ROGACIANO MACHADO COUTO

Número Conselho: 185222



Hospital Estadual de
Emergência e Trauma

SANATO - NUTRIÇÃO - JUCENA



GOVERNO
DA PARAIBA

SEGUE

o trabalho

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

Impresso por: JOSE ROGACIANO MACHADO COUTO
Em: 03/11/2019 07:56:44

Nome DANILO OLIVEIRA DA SILVA		Boleim de Atendimento 1199629	Data/Hora Entrada 27/10/2019 04:11:37	Data/Hora Saída
Data de nascimento 01/01/1996	Idade 23	Sexo Masculino	CNS	Prontuário 118916
Tempo de Internação 6d 20h 21min		Convênio SUS	Plantão DIURNO	
Data de Entrada 27/10/2019 04:11:37	Data Internação 27/10/2019 11:37:13	Permanência na Unidade 7d 3h 47min	Permanência no Leito 6d 16h	

EVOLUÇÃO MEDICA (JOSE ROGACIANO MACHADO COUTO - 03/11/2019 07:56:39)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO

ORTOPEDIA

FRATURA ACETABULO DIREITO

FRATURA ASA DO ILIACO DIREITO

FRATURA ESCAFOIDE DIREITO

FRATURA ESTILOIDE DA ULNA

EM USO DE Sonda (URINA COM PUS)
ACEITANDO DIETA, EVACUAÇÕES PRESENTES
RELATA FEBRE, CONSTIPAÇÃO E INSONIA

CDT: AJUSTES PRESCRIÇÃO
VPM

Seção: POSTO IB - ENF 11 - Leito: LEITO - 002

Profissional responsável pela informação: JOSE ROGACIANO MACHADO COUTO

Numero Conselho: 185222



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Seriado: Humberto Lucena



**GOVERNO
DA PARAIBA**

**SEGRE
o trabalho**

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

Impresso por: JOSE ROGACIANO MACHADO COUTO
Em: 31/10/2019 09:00:30

Nome DANILO OLIVEIRA DA SILVA		Boletim de Atendimento 1199629	Data/Hora Entrada 27/10/2019 04:11:37	Data/Hora Saída
Data de nascimento 01/01/1996	Idade 23	Sexo Masculino	CNS	Prontuário 118916
Tempo de Internação 3d 21h 23min		Convênio SUS	Plantão DIURNO	
Data de Entrada 27/10/2019 04:11:37	Data Internação 27/10/2019 11:37:13	Permanência na Unidade: 4d 4h 49min	Permanência no Leito: 3d 17h 2min	

EVOLUÇÃO MEDICA (JOSE ROGACIANO MACHADO COUTO - 31/10/2019 09:00:24)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

ORTOPEDIA

FRATURA ACETABULO DIREITO

FRATURA ASA DO ILIACO DIREITO

FRATURA ESCAFOIDE DIREITO

FRATURA ESTILOIDE DA ULNA

EM USO DE Sonda (URINA COM PUS)
ACEITANDO DIETA, EVACUAÇÕES PRESENTES

CDT: orientações
VPM

Seção: POSTO IB - ENF 11 Leito: LEITO - 002
Profissional responsável pela informação: JOSE ROGACIANO MACHADO COUTO

Número Conselho: 185222



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

**SEGUIE
o trabalho**

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

Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Impresso por: JOSE ROGACIANO MACHADO COUTO

Em: 30/10/2019 12:18:57

Nome DANILO OLIVEIRA DA SILVA	Boletim de Atendimento 1199629	Data/Hora Entrada 27/10/2019 04:11:37	Data/Hora Saída
Data de nascimento 01/01/1996	Idade 23	Sexo Masculino	CNS
Tempo de Internação 3d 41min	Convênio SUS	Plantão DIURNO	Plantão
Data de Entrada 27/10/2019 04:11:37	Data Internação 27/10/2019 11:37:13	Permanência na Unidade: 3d 8h 7min	Permanência no Leito: 2d 20h 20min

EVOLUÇÃO MEDICA (JOSE ROGACIANO MACHADO COUTO - 30/10/2019 12:18:52)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

ORTOPEDIA

FRATURA ACETABULO DIREITO

FRATURA ASA DO ILIACO DIREITO

EM USO DE SONDA (URINA COM PUS)

ACEITANDO DIETA.EVACUAÇÕES PRESENTES

CDT: orientações
VPM

Seção: POSTO IB - ENF 11 Leito: LEITO - 002

Profissional responsável pela informação: JOSE ROGACIANO MACHADO COUTO

Número Conselho: 185222

Assinatura
Dr. Jose Rogaciano
CRM 25.932-6
CRM 25932-2



Hospital Estadual de
Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

SEGUE
o trabalho

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

Impresso por: JOSE ROGACIANO MACHADO COUTO
Em: 29/10/2019 06:32:47

Nome DANILO OLIVEIRA DA SILVA	Boletim de Atendimento 1199629	Data/Hora Entrada 27/10/2019 04:11:37	Data/Hora Saída
Data de nascimento 01/01/1996	Idade 23	Sexo Masculino	CNS 118916
Tempo de Internação 1d 18h 55min	Convênio SUS	Plantão NOTURNO	Permanência na Unidade 2d 2h 21min
Data de Entrada 27/10/2019 04:11:37	Data Internação 27/10/2019 11:37:13	Permanência no Leito 1d 14h 34min	

EVOLUÇÃO MEDICA (JOSE ROGACIANO MACHADO COUTO - 29/10/2019 06:32:38)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

ORTOPEDIA

FRATURA ACETABULO DIREITO

FRATURA ASA DO ILIACO DIREITO

EM USO DE SONDA (URINA COM PUS)
ACEITANDO DIETA.EVACUAÇÕES PRESENTES

CDT: RX mao direita e joelho direito
VPM

Seção: POSTO IB - ENF 11 Leito: LEITO - 002
Profissional responsável pela informação: JOSE ROGACIANO MACHADO COUTO

Número Conselho: 185222

Dr. José Rogaciano
MACHADO
185222



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



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

**SEGUE
o trabalho**

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

Impresso por: JOSE ROGACIANO MACHADO COUTO
Em: 28/10/2019 07:01:19

Nome DANILO OLIVEIRA DA SILVA	Boletim de Atendimento 1199629	Data/Hora Entrada 27/10/2019 04:11:37	Data/Hora Saída
Data de nascimento 01/01/1996	Idade 23	Sexo Masculino	CNS 118916
Tempo de Internação 19h 24min	Convênio SUS	Plantão DIURNO	
Data de Entrada 27/10/2019 04:11:37	Data Internação 27/10/2019 11:37:13	Permanência na Unidade 1d 2h 50min	Permanência no Leito 15h 3min

EVOLUÇÃO MEDICA (JOSE ROGACIANO MACHADO COUTO - 28/10/2019 07:01:13)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

ORTOPEDIA

FRATURA ACETABULO DIREITO

FRATURA ASA DO ILIACO DIREITO

EM USO DE SONDA (URINA COM PUS)
ACEITANDO DIETA.EVACUAÇÕES PRESENTES

CDT: RX BACIA,TC BACIA
CULTURA URINA
VPM

Seção: POSTO IB - ENF 11 Leito: LEITO - 002
Profissional responsável pela informação: JOSE ROGACIANO MACHADO COUTO

Número Conselho: 185222

Dr. Rogaciano Machado Couto
28/10/2019 07:01:13

RELATÓRIO DE CIRURGIA



10000

Nome: Daniel Oliveira da Silva BE/Prontuário: 1199629

Idade: 23a Sexo: (☒) Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 13 / 11 / 19

Clinica/Setor: Ortopedia EMP: _____ LR: _____

Cirurgia: Tratamento cirurgico da fratura do escafóide direito

Cirurgião: Dr. Edson Tinoco 1º Assistente: Dr. Roberto Santos

2º Assistente: URP João Paulo 3º Assistente: _____

Instrumentador: _____ Anestesista: Rafael

Tipo de Anestesia: _____ Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fratura do escafóide direito</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Tratamento cirurgico da fratura do escafóide direito</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: () Sim (☒) Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelação: () Sim (☒) Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

(☒) Enfermaria () Terapia Intensa () Residência () Óbito durante Ato Cirúrgico

RELATÓRIO DE CIRURGIA



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- Paciente em DPA, sob anestesia
- Assupção e antissepsia
- Preparação dos campos cirúrgicos

Incisão:

- Acesso Volar, diga filme para escafoide

Achados:

- Falta do escafoide direito

Conduta:

- Redução aberta + fixação por viti e / ou
- do K. nº 30
- Verificado boa redução
- Fixado parafusos de Herbert nº 26
- Verificado redução sob escafoide
- SMC c/ SF 0,9
- Sutura por planos
- Curativos estéril.

Fechamento:

Observação:

- Gata lava incluindo o polegar
- Re da artéria

	DESCRIÇÃO DA CIRURGIA
Posição e Preparo:	PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA ASSEPSIA E ANTISSEPSE
Incisão:	NÃO HOUVE
Achados:	FRATURA DE ASA DE ILIACO DIREITO + FRATURA DE ACETABULO DIREITO
Conduta:	MANIPULAÇÃO DE ARTICULAÇÃO DE QUADRIL DIREITO SEM MOBILIZAÇÃO DO FOCO DE FRATURA COM AUXÍLIO DE ESCOPIA
Fechamento:	NÃO HOUVE
Observação:	APÓS MANIPULAÇÃO FOI OPTADO POR TTO CONSERVADOR COM ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL

Médico/CRM:

Dr. João Paulo S. Casadeiro
DICO
CRM-PR 71588

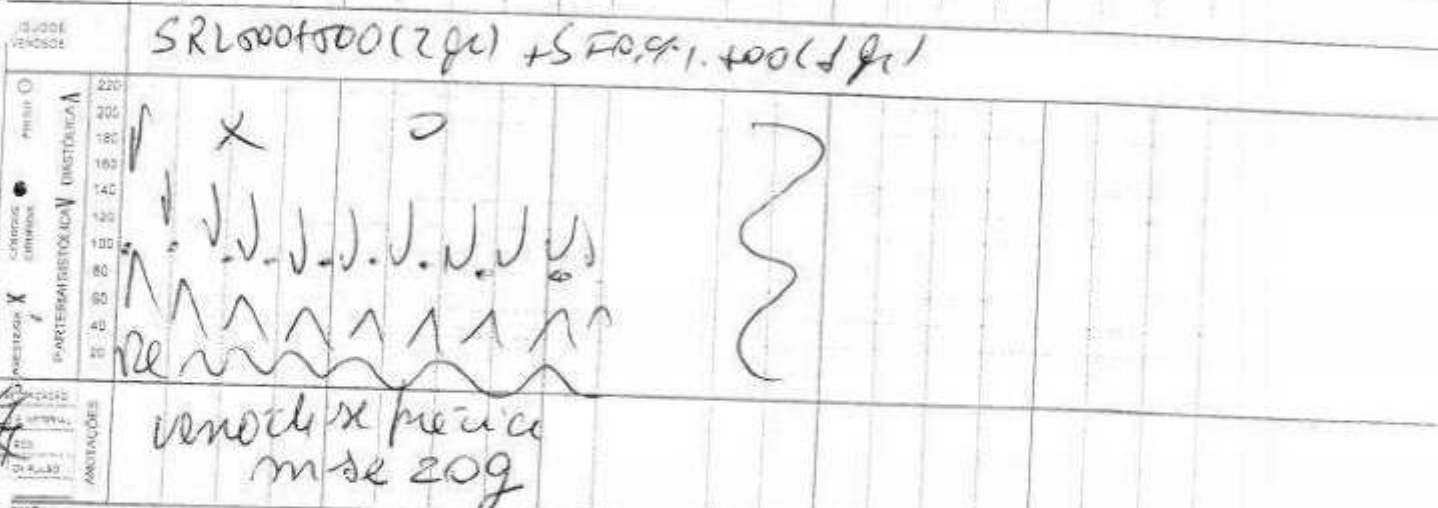
João Pessoa,

16/11/2019

FICHA DE ANESTESIA



PACIENTE: Danilo Oliveira da R. 16A DATA: 13/11/19 PRONTUÁRIO: 5199629
 PRESSÃO ARTERIAL 115/80 PULSO 88 RESPIRAÇÃO 16 TEMPERATURA 36.5 PESO 75.0 GRUPO SANGÜÍNEO 32
 ESTADO GERAL (BOM) (REGULAR) (MAU) (PÉSSIMO) RISCO CIRÚRGICO (X) (BOM) (REGULAR) (MAU) (PÉSSIMO)
 EXAMES COMPLEMENTARES
 AP. RESPIRATÓRIO AP. DIGESTIVO ESTADO MENTAL 100% DROGAS EM USO
 PRE-ANESTÉSICO
 DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO I
 CIRURGIA REALIZADA Fratura braquiople
 CIRURGIÃO Dr. Edson ALVILARES 1a. cirurgia fratura escapóide
 INÍCIO DA ANESTESIA 15:00 TÉRMINO DA ANESTESIA 16:45 DURAÇÃO DA ANESTESIA 1h 45'
 CÓDIGO DO PROCEDIMENTO QUANT. DE CH. VALORES RS
 ANESTESISTA Daniel CPF CRM-PB 7567



ANESTESIA GERAL ☒ RAQUIDIAN ☐ EPIDURAL ☐ DO FLEDO ☐ DO NERVOS ☐ OUTROS

150g de oxigênio via subclavicular com EOP + 100g de oxigênio

MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

1	midazolam 5 + 25mg	11	+ anestesia geral
2	propofol 35 + 25mg	12	+ oxigênio
3	propofol 30 + 50mg	13	+ oxigênio
4	propofol 200 + 200mg	14	+ oxigênio
5	propofol 100 + 100mg	15	+ oxigênio
6	propofol 100 + 100mg	16	+ oxigênio
7	propofol 100 + 100mg	17	+ oxigênio
8	propofol 100 + 100mg	18	+ oxigênio
9	propofol 100 + 100mg	19	+ oxigênio
10	propofol 100 + 100mg	20	+ oxigênio

Observações importantes

Assinatura do Anestesiologista
 Daniel Oliveira da R. 16A
 CRM-PB 7567



DATA: 16 11 19

PRONTUARIO 1199629

PACIENTE	DANILLO OLIVEIRA MA. SILVA		DATA	04/11/19	PRONTUÁRIO	1149629	
	SEXO	M	COR	PARDO	IDADE	27A	
PRESSÃO ARTERIAL	120/80	FREQUÊNCIA	70	RESPIRAÇÃO	EUPNEICO	TEMPERATURA	36,5
ESTADO GERAL	BOM	IRREGULAR	(IMAT)	POSSÍVEL	RISCO CIRÚRGICO	BOM	IRREGULAR
EXAMES COMPLEMENTARES	VPM						
AP. RESPIRATÓRIO	EUPNEICO			AP. CIRCULATORIO	ESTÁVEL		
AP. DIGESTIVO	EM JEJUM			ESTADO MENTAL	ECG 15		
PRE-ANESTÉSICO	-			DIAGNÓSTICO EM USO	-		
POST-ANESTÉSICO	-			DIAGNÓSTICO EM USO	-		
DIAGNÓSTICO PRE-OPERATÓRIO	PRATICA DE ACETABULO DIREITO					J	
QUIRURGIA REALIZADA	REDUÇÃO INCUVENTA / MANIPULAÇÃO DE PRATICA DE ACETABULO						
QUIRURGIA	DR. SOBRINHO	AUXILIARES					
INÍCIO DA ANESTESIA	08:20H	TERMINO DA ANESTESIA		09:45H	DURAÇÃO DA ANESTESIA		
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	EQUANT. DE CH		VALORES RX		CRM-PB		
ANESTESISTA	DR. RICARDO + DR. HONORARI						

THOMAS KEHRWOLD
MEDICO
CRM 7179

ANESTESIA GERAL		ANESTESIA REGIONAL		BLOQUEIO PLEXO		BLOQUEIO NERVOSO		OUTROS	
1. ANESTESIA GERAL		2. ANESTESIA REGIONAL		3. BLOQUEIO PLEXO		4. BLOQUEIO NERVOSO		5. OUTROS	
6. ANESTESIA GERAL		7. ANESTESIA REGIONAL		8. BLOQUEIO PLEXO		9. BLOQUEIO NERVOSO		10. OUTROS	
11. ANESTESIA GERAL		12. ANESTESIA REGIONAL		13. BLOQUEIO PLEXO		14. BLOQUEIO NERVOSO		15. OUTROS	
16. ANESTESIA GERAL		17. ANESTESIA REGIONAL		18. BLOQUEIO PLEXO		19. BLOQUEIO NERVOSO		20. OUTROS	
21. ANESTESIA GERAL		22. ANESTESIA REGIONAL		23. BLOQUEIO PLEXO		24. BLOQUEIO NERVOSO		25. OUTROS	
26. ANESTESIA GERAL		27. ANESTESIA REGIONAL		28. BLOQUEIO PLEXO		29. BLOQUEIO NERVOSO		30. OUTROS	
31. ANESTESIA GERAL		32. ANESTESIA REGIONAL		33. BLOQUEIO PLEXO		34. BLOQUEIO NERVOSO		35. OUTROS	
36. ANESTESIA GERAL		37. ANESTESIA REGIONAL		38. BLOQUEIO PLEXO		39. BLOQUEIO NERVOSO		40. OUTROS	
41. ANESTESIA GERAL		42. ANESTESIA REGIONAL		43. BLOQUEIO PLEXO		44. BLOQUEIO NERVOSO		45. OUTROS	
46. ANESTESIA GERAL		47. ANESTESIA REGIONAL		48. BLOQUEIO PLEXO		49. BLOQUEIO NERVOSO		50. OUTROS	
51. ANESTESIA GERAL		52. ANESTESIA REGIONAL		53. BLOQUEIO PLEXO		54. BLOQUEIO NERVOSO		55. OUTROS	
56. ANESTESIA GERAL		57. ANESTESIA REGIONAL		58. BLOQUEIO PLEXO		59. BLOQUEIO NERVOSO		60. OUTROS	
61. ANESTESIA GERAL		62. ANESTESIA REGIONAL		63. BLOQUEIO PLEXO		64. BLOQUEIO NERVOSO		65. OUTROS	
66. ANESTESIA GERAL		67. ANESTESIA REGIONAL		68. BLOQUEIO PLEXO		69. BLOQUEIO NERVOSO		70. OUTROS	
71. ANESTESIA GERAL		72. ANESTESIA REGIONAL		73. BLOQUEIO PLEXO		74. BLOQUEIO NERVOSO		75. OUTROS	
76. ANESTESIA GERAL		77. ANESTESIA REGIONAL		78. BLOQUEIO PLEXO		79. BLOQUEIO NERVOSO		80. OUTROS	
81. ANESTESIA GERAL		82. ANESTESIA REGIONAL		83. BLOQUEIO PLEXO		84. BLOQUEIO NERVOSO		85. OUTROS	
86. ANESTESIA GERAL		87. ANESTESIA REGIONAL		88. BLOQUEIO PLEXO		89. BLOQUEIO NERVOSO		90. OUTROS	
91. ANESTESIA GERAL		92. ANESTESIA REGIONAL		93. BLOQUEIO PLEXO		94. BLOQUEIO NERVOSO		95. OUTROS	
96. ANESTESIA GERAL		97. ANESTESIA REGIONAL		98. BLOQUEIO PLEXO		99. BLOQUEIO NERVOSO		100. OUTROS	
101. ANESTESIA GERAL		102. ANESTESIA REGIONAL		103. BLOQUEIO PLEXO		104. BLOQUEIO NERVOSO		105. OUTROS	
106. ANESTESIA GERAL		107. ANESTESIA REGIONAL		108. BLOQUEIO PLEXO		109. BLOQUEIO NERVOSO		110. OUTROS	
111. ANESTESIA GERAL		112. ANESTESIA REGIONAL		113. BLOQUEIO PLEXO		114. BLOQUEIO NERVOSO		115. OUTROS	
116. ANESTESIA GERAL		117. ANESTESIA REGIONAL		118. BLOQUEIO PLEXO		119. BLOQUEIO NERVOSO		120. OUTROS	
121. ANESTESIA GERAL		122. ANESTESIA REGIONAL		123. BLOQUEIO PLEXO		124. BLOQUEIO NERVOSO		125. OUTROS	
126. ANESTESIA GERAL		127. ANESTESIA REGIONAL		128. BLOQUEIO PLEXO		129. BLOQUEIO NERVOSO		130. OUTROS	
131. ANESTESIA GERAL		132. ANESTESIA REGIONAL		133. BLOQUEIO PLEXO		134. BLOQUEIO NERVOSO		135. OUTROS	
136. ANESTESIA GERAL		137. ANESTESIA REGIONAL		138. BLOQUEIO PLEXO		139. BLOQUEIO NERVOSO		140. OUTROS	
141. ANESTESIA GERAL		142. ANESTESIA REGIONAL		143. BLOQUEIO PLEXO		144. BLOQUEIO NERVOSO		145. OUTROS	
146. ANESTESIA GERAL		147. ANESTESIA REGIONAL		148. BLOQUEIO PLEXO		149. BLOQUEIO NERVOSO		150. OUTROS	
151. ANESTESIA GERAL		152. ANESTESIA REGIONAL		153. BLOQUEIO PLEXO		154. BLOQUEIO NERVOSO		155. OUTROS	
156. ANESTESIA GERAL		157. ANESTESIA REGIONAL		158. BLOQUEIO PLEXO		159. BLOQUEIO NERVOSO		160. OUTROS	
161. ANESTESIA GERAL		162. ANESTESIA REGIONAL		163. BLOQUEIO PLEXO		164. BLOQUEIO NERVOSO		165. OUTROS	
166. ANESTESIA GERAL		167. ANESTESIA REGIONAL		168. BLOQUEIO PLEXO		169. BLOQUEIO NERVOSO		170. OUTROS	
171. ANESTESIA GERAL		172. ANESTESIA REGIONAL		173. BLOQUEIO PLEXO		174. BLOQUEIO NERVOSO		175. OUTROS	
176. ANESTESIA GERAL		177. ANESTESIA REGIONAL		178. BLOQUEIO PLEXO		179. BLOQUEIO NERVOSO		180. OUTROS	
181. ANESTESIA GERAL		182. ANESTESIA REGIONAL		183. BLOQUEIO PLEXO		184. BLOQUEIO NERVOSO		185. OUTROS	
186. ANESTESIA GERAL		187. ANESTESIA REGIONAL		188. BLOQUEIO PLEXO		189. BLOQUEIO NERVOSO		190. OUTROS	
191. ANESTESIA GERAL		192. ANESTESIA REGIONAL		193. BLOQUEIO PLEXO		194. BLOQUEIO NERVOSO		195. OUTROS	
196. ANESTESIA GERAL		197. ANESTESIA REGIONAL		198. BLOQUEIO PLEXO		199. BLOQUEIO NERVOSO		200. OUTROS	
201. ANESTESIA GERAL		202. ANESTESIA REGIONAL		203. BLOQUEIO PLEXO		204. BLOQUEIO NERVOSO		205. OUTROS	

Fourth ASCB award

✓
James Keirwald
1000 VCO
1170

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

Prontuário: 1199623
Data: 13/11/13
Reposição: 13

Nome: Danilo Oliveira da Silva
Endereço: Rua. Cima. 101 - Jd. Esplanada (D)
(X) Não SUS
Dr. Edilson + João Paulo (K1)

Data: / /

Caixa Prontuário: /

DISPENSACÃO CME

FORNECEDOR	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE	CÓDIGO SUS	MARCA
Unilever	ex granofuro expulso 3.0	1		
Unilever	ex granofuro de Helit N. 26 (1)			
Unilever	Unilever granofuro N. 1.0	1		Unilever

DISPENSACÃO - FARMÁCIA

FARMÁCIA	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE	CÓDIGO SUS	MARCA
Barra	agulha de 25 x 0.25	1		

Dr. João Paulo S. Casato

MEDICO
CRM-PB 11598

ASSINATURA DO MEDICO - CRM

Yara de Faria

ASSINATURA ENFERMEIRA - COREN
AP da Guadalupe de C. Lima
COREN-PB 58904-ENF

Yara de Faria
ASSINATURA FARMACIA
Vanderlei de Almeida
COREN-PB 58904-ENF



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 DE SAÚDE

HEETSHL

2 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXISTENTE

3 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Danielo Oliveira da Silva

6 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

7 - DATA DE NASCIMENTO

1199629

8 - NOME DA MÃE DO RESPONSÁVEL

9 - SEXO

10 - IDADE

11 - ENDEREÇO (RUA, Nº, CEP)

12 - CEP

13 - TELEFONE DE CONTATO

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

15 - CID 1000 MUNICÍPIO

16 - UF

17 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

19 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

21 - CÓD. 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

27 - CÓD. 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 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

31 - QTD

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - QTD

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - QTD

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

1/2 - agulha de 25 (1)

ortofixação: 18 fio de sutura, canulado 3,0 (1)

ortofixação: fio de sutura de filat. N: 26 (1)

Articulação: fio de sutura N: 1,0 (2) guia

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL SOLICITANTE

40 - DOCUMENTO

41 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

42 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

43 - DATA DA SOLICITAÇÃO

44 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

45 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

47 - CÓD. ORGÃO EMISSOR

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

49 - DOCUMENTO

50 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

52 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

53 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

Nota de Sala Cirúrgica

01/2011

NOME DO PACIENTE: Danilo Oliveira da Silva
 IDADE: 23 SEX: M ENTERMIA: 12 LBT: 01
 CIRURGIÃO: Frat. de Avelar B + Manipulação de Fract. Avelar B
 ANESTESIA: Sedação
 ANESTESISTA: Dr. Lierius
 INSTRUMENTADOR: X

DATA: 16/11/19 TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA INÍCIO: FIM: CIRURGIA INÍCIO: FIM:

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

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

GRAU DE CONTAMINAÇÃO () LIMPA () CONTAMINADA () INFECTADA () POTENCIALMENTE CONTAMINADA

MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS:		QTD	MATERIAIS CONT.		QTD	FIOS	QTD
ALFENTANIL			500	JELCO Nº13		FIO CAT GUT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA ISOBARICA			300	JELCO Nº20		FIO CAT GUT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA PREPARADA				JELCO Nº22		FIO DE ACO Nº	
CETANIL	1	01		JELCO Nº24		FIO DE ACO Nº	
DROPERIDOL				KIT SIST DREN TORACICA Nº		FIO DE NYLON Nº	
ETOMIDATO			SOLUCOES			FIO DE NYLON Nº	
FENOBARBITAL			ALCOOL ETILICO 70%	LÂMINA BISTURI Nº1		FIO DE NYLON Nº	
FENTANIL	1	01	PVPi DEGERMANTE	LÂMINA BISTURI Nº13		FIO DE NYLON Nº	
FLUMAZENIL			PVPi TINTURA	LÂMINA BISTURI Nº23		FIO POLIGLACTINA Nº	
ISOFLURANO			PVPi TÓMICO	LÂMINA BISTURI Nº24		FIO POLIGLACTINA Nº	
LEVOBUPIVACAÍNA C/ VASO			SABÃO ANTISÉPTICO	LÂMINA DE DERMATOMO		FIO POLIGLACTINA Nº	
LEVOBUPIVACAÍNA S/ VASO				LÂMINA DE ENXERTO		FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAÍNA C/ VASO			MATERIAIS			FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAÍNA S/ VASO			AGULHA 13X4,5	LUVIA DE PROCEDIMENTO PAUL		FIO POLIPROPILENO Nº	
MEDAZOLAM	1	01	AGULHA 25X07	LUVIA ESTERIL Nº10		FIO POLIPROPILENO Nº	
MORFINA			AGULHA 25X08	LUVIA ESTERIL Nº15		FIO POLIGLACTAPRONE Nº	
NIUMBUM			AGULHA 40X12	LUVIA ESTERIL Nº16		FIO SEDA Nº	
PANCURÔNIO			AGULHA PERIDURAL Nº18	LUVIA ESTERIL Nº18		FITA CARDIACA	
PETIDINA			AGULHA PERIDURAL Nº17	MÁSCARA CIRURGICA		MATERIAL ESPECIAL	QTD
PROPOFOL			AGULHA PERIDURAL Nº18	MULTIVIAS		CATETER DE FIO	
RANFENTANIL			AGULHA RAQU Nº10	PERFURADOR DE SORO		CIMENTO CIRURGICO	
ROCURÔNIO			AGULHA RAQU Nº16	SCALP Nº19		CLIP TITÂNIO LIGADURA	
SEVOFLURANO			AGULHA RAQU Nº20	SCALP Nº21		FIO DE KIRSCHNER Nº	
SUXAMETÔNIO			ALGODÃO ORTOPEDICO	SERINGA 5ML		FIO DE KIRSCHNER Nº	
TIOPENTAL			ATADURA DE CREPON	SERINGA 10ML		FIO STERNMAN Nº	
			ATADURA GESSADA	SERINGA 20ML		FIO STERNMAN Nº	
MEDICAÇÕES		QTD	BOLSA IN COLOSTOMIA	SERINGA 30ML		GRANDEADOR CIRURGICO	
ADRENALINA			CÂNULA P/ TRAQUEOSTOMIA Nº	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº3		HEMOST. ABSORVIVEL	
ÁGUA DESTILADA			CATETER DE OXIGÊNIO	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº10		KIT. DREN. VENTRICULAR	
ATROPINA			CATETER ENDOLEO ARTERIAL Nº	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº13		PRÓTESE VASCULAR	
BETA			CATETER EPIDURAL Nº16	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº14		KIT. FAM	
CEFALOXINA	1	02	CATETER EPIDURAL Nº17	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº16		FIXADOR EXTERNO	
DEXAMETASONA		01	CATETER EPIDURAL Nº18	SONDA FOLEY 2VIAS Nº12		EMPRESA	
DIPYRONA SÓDICA			CERA PARA OSSO	SONDA FOLEY 2VIAS Nº14			
EFEDRINA			COLET. URINA FECHADO	SONDA NASOG. CURVA		PARAFUSOS COSTAIS	
FUROSEMIDA			COMPRESSAS CIRURGICAS	SONDA NASOG. LONGA		PARAFUSOS COSTAIS	
GLICOSE 50%			COMPRESSAS CIRURGICAS	SONDA URETRAL Nº		PARAFUSOS ESPONJOSO	
GLUCONATO DE CÁLCIO			DRENO DE PENKOWE	TORNEDUNHA		PARAFUSOS ESPONJOSO	
HIDROCORTISONA			DRENO DE SUÇÃO	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		PARAFUSOS MATEOLAR	
LIDOCAÍNA GELITA			ELETRODOS	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		PARAFUSOS MATEOLAR	
ONDASENTRONA			EQUIPO MACROGOTAS	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		PLACA	
PLASZ			EQUIPO TRANSF. SANGUE	TUBO SILICONE (LATEX)		PLACA	
PROSTIONTE			EQUIPO MICROGOTAS				
PROTAMINA			ESPONJA DE PVPi				
TENDONCAN			ESPARADRAPO				
			GAZES				
			GAZES ALGODOADAS				
			GEL. ELETROLITICO				
			JELCO Nº14				
			JELCO Nº16				



RELATÓRIO DE CIRURGIA

H.E.

4p
MHC

NOME: DANILO DE OLIVEIRA SILVA BE/PRONTUÁRIO: 1137043
IDADE: _____ SEXO: MAS COR: _____ DATA: 16/11/2019
CLÍNICA / SETOR: ORTOPEDIA M03
CIRURGIA: MANIPULACAO ARTICULAR SOB SEDAÇÃO
CIRURGIÃO: DR SOAMY 1º ASS: DR ROBERTO CORREIA
2º ASS: _____ 3º ASS: _____
INSTRUMENTADOR: _____ ANESTESISTA: DR CLOVIS
TIPO DE ANESTESIA: RAQUIANESTESIA HORÁRIO INÍCIO: _____ TÉRMINO: _____

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO	
FRATURA DO ACETABULO DIREITO + FRATURA DE ASA DE ILIACO DIREITO	CID

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	
MANIPULACAO ARTICULAR SOB SEDAÇÃO	CÓDIGO

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO:
DESCRIÇÃO: _____
BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO: _____

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

☒ ENFERMARIA
☐ RESIDÊNCIA

TERAPIA INTENSIVA

ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

Dr. João Paulo S. Costa
MÉDICO
CRM-PB 41598

MÉDICO/CRM: _____

DATA: 16/11/2019



Hospital Estadual de
Emergência e Trauma
Unidade Hospitalar Juçara

Atendimento: 201932435808

Data Nascimento: 01/01/1996 - 23 anos

Paciente: DANILO OLIVEIRA DA SILVA

Data Exame: 27/10/2019

ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL - FAST

*** Exame realizado em caráter de urgência/emergência.

Não há líquido livre na cavidade abdominal.

Demais órgãos abdominais passíveis de análise sem alterações ecográficas significativas detectáveis no presente estudo.

* A ultrassonografia é um exame subsidiário, devendo ser correlacionado com outros dados clínico-laboratoriais e critérios clínicos.

VISTO

Zalmir R. Filho
Médico - CRM 28.18
Cirurgião - Proctologista

Este laudo foi liberado em 27/10/2019 05:13

Dra. Norma C. M. F. Montenegro
CRM: 9697- PB

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0264353/20

Vítima: DANILO DE OLIVEIRA SILVA

CPF: 072.482.724-26

Seguradora: PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

Data do acidente: 27/10/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: DANILO DE OLIVEIRA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

DANILO DE OLIVEIRA SILVA : 072.482.724-26

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: 18/09/2020
Nome: DANILO DE OLIVEIRA SILVA
CPF: 072.482.724-26

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/09/2020
Nome: IVANEIDE DE PAIVA FREIRE
CPF: 930.630.914-72

DANILO DE OLIVEIRA SILVA

IVANEIDE DE PAIVA FREIRE