



Número: **0853338-72.2020.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **13ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **30/10/2020**

Valor da causa: **R\$ 6.918,75**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **NÃO**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado
DANILO DE OLIVEIRA SILVA (AUTOR)		José Alberto de Sá e Benevides Albuquerque (ADVOGADO) LUIS ANDRE DE SA E BENEVIDES ALBUQUERQUE (ADVOGADO)
MAPFRE (REU)		
Documentos		
Id.	Data da Assinatura	Documento
38481 204	18/01/2021 14:47	<u>2775235_CONTESTACAO_Anexo_02</u>
		Outros Documentos



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

Rio de Janeiro, 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

Carta nº 16137177



229 01947/01948 - carta 01 - INVAN IDEZ



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/01/2021 14:47:19
<http://pjeb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2101181447188840000036694367>
Número do documento: 2101181447188840000036694367

Nº 38481204 - Pág. 1



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

Rio de Janeiro, 03 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200335329 Vítima: DANIL 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 inscrição

informações que o pagamento da multa exigida no artigo 21, § 1º, II, do Código de Defesa do Consumidor.

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: R\$ 25% x R\$ 12.500,00 =

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

Recebedor: DANILLO DE OLIVEIRA SILVA

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 260

Agência: 000000001

Conta: 000054828933-0

Tipo: CONTA CORRENTE

NOTA: O percentual final indicado equivale a 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, retorno 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: Daniel de Oliveira Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo: <input type="text"/> Daniel de Oliveira Silva	6 - CPF: <input type="text"/> 072.482.724-26		
7 - Profissão: <input type="text"/> -	8 - Endereço: <input type="text"/> Rua Maria Santiago	9 - Número: <input type="text"/> 489	10 - Complemento: <input type="text"/> -
11 - Bairro: <input type="text"/> Popular	12 - Cidade: <input type="text"/> Santa Rita	13 - Estado: <input type="text"/> PB	14 - CEP: <input type="text"/> 58301-060
15 - E-mail: <input type="text"/>			16 - Tel (DDD): <input type="text"/> (83) 98890-7085

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: <input type="text"/>	
18 - CPF do Representante Legal: <input type="text"/>	19 - Profissão do Representante Legal: <input type="text"/>
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).	
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:	
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1,00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00	
21 - DADOS BANCÁRIOS: <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)	
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) AGÊNCIA: <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/>	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: <input type="text"/> Nubank AGÊNCIA: <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/>	
(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 AUSSÉNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

<input checked="" type="checkbox"/> 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:
<ul style="list-style-type: none"> • 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: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima: <input type="text"/>				
25 - Grau de Parentesco com a vítima: <input type="checkbox"/> Gravida (ou Gravidez)	26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: <input type="text"/>			
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	30 - Vítima deixou nascituro (vivaz)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a Indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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/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 - 1º Nome: <input type="text"/> CPF: <input type="text"/>	39 - 2º Nome: <input type="text"/> CPF: <input type="text"/>	40 - Local e Data, <input type="text"/> 07/09/2020	41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) <input type="text"/>
				Assinatura da testemunha		Assinatura da testemunha	

TESTEMUNHAS



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



Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

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 Danilo 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, expõe a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 04 de setembro de 2020.

JOSÉ EUDES BEZERRA
Agente de Investigação

DANILO DE OLIVEIRA SILVA

Noticiante

Procedimento Policial: 03271.01.2020.1.00.401



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: Daniel de Oliveira Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo: <input type="text"/> Daniel de Oliveira Silva	6 - CPF: <input type="text"/> 072.482.724-26		
7 - Profissão: <input type="text"/> -	8 - Endereço: <input type="text"/> Rua Maria Santiago	9 - Número: <input type="text"/> 489	10 - Complemento: <input type="text"/> -
11 - Bairro: <input type="text"/> Popular	12 - Cidade: <input type="text"/> Santa Rita	13 - Estado: <input type="text"/> PB	14 - CEP: <input type="text"/> 58301-060
15 - E-mail: <input type="text"/>			16 - Tel (DDD): <input type="text"/> (83) 98890-7085

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: <input type="text"/>	
18 - CPF do Representante Legal: <input type="text"/>	19 - Profissão do Representante Legal: <input type="text"/>
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).	
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:	
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1,00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00	
21 - DADOS BANCÁRIOS: <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)	
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) AGÊNCIA: <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/>	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: <input type="text"/> Nubank AGÊNCIA: <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/>	
(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 AUSSÉNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

<input checked="" type="checkbox"/> 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:
<ul style="list-style-type: none"> • 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.

23 - Estado Civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima: <input type="text"/>				
25 - Grau de Parentesco com a vítima: <input type="checkbox"/> Gravida (ou Gravidez) <input type="checkbox"/> Gravida (ou Gravidez) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: <input type="text"/>			
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (vivaz)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a Indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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/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 - 1º Nome: <input type="text"/> CPF: <input type="text"/>	39 - 2º Nome: <input type="text"/> CPF: <input type="text"/>	40 - Local e Data, <input type="text"/> 09/09/2020 <input type="text"/> Daniel de Oliveira Silva	41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) <input type="text"/>
				Assinatura da testemunha		Assinatura da testemunha	

TESTEMUNHAS



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

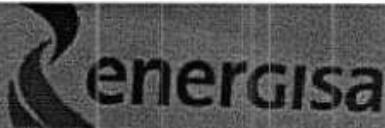


Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/01/2021 14:47:19
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011814471888400000036694367>
Número do documento: 21011814471888400000036694367

Num. 38481204 - Pág. 6

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

CPF/CNPJ/RANI TBS P35 144.pn



Grupo: CONVENCIONAL BAIXA TENSÃO / Subgrupo: B1
Classe: RES MTO B1 / Subclasse: RESIDENCIAL
Ligação: MONOFÁSICO
Roteiro: 3 - 8 - 30 - 5980 N° Medidor: 00009000040



UNIDADE CONSUMIDORA (UC)
5/46334-9

CADASTRE SUA FATURA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZANDO O CÓDIGO: 0000045319



VALOR DA FATURA



VENCIMENTO
14/09/2020



REFERÊNCIA
Set / 2020



CONSUMO
156kWh

6-38447
MAY 2004 EDITION

SITUAÇÃO DE DÉBITOS

CCI	Descrição	Quant.	Tarifa/c Tributos:	POSITIVO				ICMS (R\$)	Base Calc (R\$)	PIS/RFICMS (R\$)	Cofre(R\$)
				Total (R\$)	ICMS (R\$)	ICMS (R\$)	(R\$) PIS/Cofins 0,2338% - 4,2012%				
0601	Consumo em kWh	156	0,811630	126,61	126,61	27	34,18	126,61	1,18	5,44	
	LANÇAMENTOS E SERVIÇOS										
0607	CONTRIB SERV ILUM PÚBLICA			10,82	0,00	0	0,01	10,82	0,00	0,00	0,00
0604	JUROS DE MORA 03/2020			7,77	0,00	0	0,01	7,77	0,00	0,00	0,00
0604	JUROS DE MORA 04/2020			8,91	0,00	0	0,01	8,91	0,00	0,02	0,00
0604	JUROS DE MORA 05/2020			6,22	0,00	0	0,00	6,22	0,00	0,01	0,00
0604	JUROS DE MORA 06/2020			3,24	0,00	0	0,00	3,24	0,00	0,00	0,00
0605	MULTA 03/2020			271	0,00	0	0,00	271	0,00	0,00	0,00
0605	MULTA 04/2020			2,96	0,00	0	0,00	2,96	0,00	0,00	0,00
0605	MULTA 05/2020			9,42	0,00	0	0,00	9,42	0,00	0,00	0,00
0605	MULTA 06/2020			2,49	0,00	0	0,00	2,49	0,00	0,00	0,00
0605	MULTA 07/2020			3,26	0,00	0	0,00	3,26	0,00	0,00	0,00
0605	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 03/2020			11,51	0,00	0	0,00	11,51	0,00	0,00	0,00
0605	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 04/2020			10,95	0,00	0	0,00	10,95	0,00	0,00	0,00
0605	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 05/2020			11,51	0,00	0	0,00	11,51	0,00	0,00	0,00
0605	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 06/2020			7,16	0,00	0	0,00	7,16	0,00	0,00	0,00
CCI	Código de Classificação do item		Tarifa/c Tributos:	TOTAL	217,40	128,81	34,18	128,8	1,18	5,44	
				0,657000							

RESERVAR A AD EIECO 7042-8529-2329-4529-9554-2100-5531-0226



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 URNA DIREITA P11
FRATURA DO ESCAFOIDE DA MÃO DIREITA
FRATURA DO ILÍACO DIREITO
FRATURA DO ACETÁBULO DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(ESCAFOIDE - OSTEOSÍNTESE /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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/01/2021 14:47:19
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011814471888400000036694367>
Número do documento: 21011814471888400000036694367

Num. 38481204 - Pág. 8

GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIREÇÃO TÉCNICA

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
CRM: 2516/PB

Dr. Ewerton Noronha Teixeira
CRM: 2516/PB

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



Hospital Estadual de
Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



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 / MAVIEL - ACOMPANHANTE			
DDD Celular 00	Celular 00000000	DDD	Telefone	
Tipo documento	Número documento	Nº Cns		
Local de procedência ALTIPLANO	-	Type 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				
A X mmHg	P脉	Temperatura		
Exames complementares				
Ralo X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor [] ECG [] Ultrasonografia []
Dados clínicos				
Diagnóstico				
Atendido por HELENO JOVENTINO DE SANTANA FILHO				
Imprimir				





Hospital Estadual de
Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

SEGUE
o trabalho

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOÃO 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			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: Orientado para alarme. Alta da Neurocirurgia. Fratura de bacia - Aval Ortopedia.

Conduta

Em observação

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/01/2021 14:47:19
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011814471888400000036694367>
Número do documento: 21011814471888400000036694367

Num. 38481204 - Pág. 11



Hospital Estadual de
Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAIBA

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 Proftuano
Mãe ADRIANA RODRIGUES DA SILVA		Bairro POPULAR	Município SANTA RITA
Endereço CAPITÃO JOSÉ INÁCIO, S/N - PACIENTE SEM CONDIÇOES DE INFORMAR ENDEREÇO.			UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo: ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional GILVANDO CARNEIRO LEAL	Nº.Cons. Regional 2489/PB
Data/Hora Classificação 27/10/2019 04:11:37		Data/Hora Prescrição 27/10/2019 04:23:34	

ANAMNESE

CIRURGIA GERAL PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO, APRESENTA ESCORIACOES EM CRANIO. REFERE DOR EM REGIAO DE QUADRIL. AO EXAME: A: VIAS AEREAIS PERTINAS. B: EUPNEICO, COM BOA SATURAÇÃO. TÓRAX SEM ALTERAÇÕES. MV+ AHT SEM RA. C: NORMOCÁRDICO E NORMOTENSO. ABDOME SEM SINAIS DE PERITONITE. PELVE ESTAVEL. D: GLASGOW 13; PUPILAS ISOCORICAS E FOTORREAGENTES. E: ESCORIACOES EM CRANIO CONDUTA TC CRANIO/PELVE RX TÓRAX/FAST PARECER ORTOPEDIA/NEUROCIRURGIA

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA S/ CONTRASTE
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE BACIA
RADIOGRAFIA DE TORAX (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)

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/01/2021 14:47:19
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011814471888400000036694367>
Número do documento: 21011814471888400000036694367

Num. 38481204 - Pág. 12



Hospital Estadual de
Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

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



GOVERNO
DA PARAIBA

SEGUE
o trabalho

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Saída
DANILÓ OLIVEIRA DA SILVA	1199629	27/10/2019 04:11:37	
Data de nascimento	Idade		
01/01/1996	21a 9m 26d		
Mae	Sexo		Telefone de Contato
ADRIANA RODRIGUES DA SILVA	Masculino		(00) 00000000
Endereço			Prontuário
CAPITÃO JOSÉ INÁCIO, S/N - PACIENTE SEM CONDIÇÕES DE INFORMAR ENDERECO:	Barro POPULAR	Município SANTA RITA	UF PB
Paciente	Motivo:	Professional	Nº Cons. Regional
QUEDA / OUTROS	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	ZALMIR RECHERT FILHO	3518/PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
27/10/2019 04:11:37		27/10/2019 10:20:36	

ANAMNESE

visto uso de abdome normal sem queixas relacionada a abdome e tórax libero para internação pela ncr

Conduta

Internar Paciente

Enfermeiro

Zalmir R. F. Filho
Médico - Ortopedista - Pediatria
ZALMIR RECHERT FILHO
(: 3518/PB)

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

*pt
interna*





Hospital Estadual de
Emergência e Trauma

Endereço: Rua Drestes Lisboa, S/N. Pedro Gondim, João Pessoa - PB, 58031090

Tel: 32165700 - CNEB: 2593262

GOVERNO
DA PARAIBA

SEGUE
o trabalho

Paciente:	DANILÓ OLIVEIRA DA SILVA	BAE:	1199629	Data/Hora Entrada:	27/10/2019 04:11:37	Date Baixa:
Data de nascimento:	01/01/1996	Idade:	23a 9m 26d	Sexo:	CNS	Telefone de Contato: (00) 00000000
Mae:	ADRIANA RODRIGUES DA SILVA					Prontuario:
Endereço:	CAPITÃO JOSÉ INACIO, S/N - PACIENTE SEM CONDIÇÕES DE INFORMAR ENDERECO.	Bairro:	POPULAR	Município:	SANTA RITA	UF:
Acidente:	QUEDA / OUTROS	Motivo:	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional:	JANSEN HENRIQUES CEZARINO	PB
Data/Hora Classificação:	27/10/2019 04:11:37			Data/Hora Prescrição:	27/10/2019 10:53:38	Nº Cons. Regional: 11385PB

ANAMNESE

ORTOPEDIA PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO. APRESENTA ESCORIAÇÕES EM CRÂNIO. REFERE DOR EM REGIÃO DE QUADRIL. AO EXAME, EGR. ACETÁTULO DIREITO CD. INTERNO PACIENTE + EXAMES PRE-OP.

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

TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 8/8H
SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V. 12/12H
Diluir

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

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

CAPTOPRIL, 25 MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 25,0 MG VIA ORAL, ACM, SE NECESSARIO SE PAS > 160 OU PAD > 110 (DOSE MAXIMA DIARIA: 50,0)
3SERVAÇÕES:: SE PAS > 160 OU PAD > 110
DOSE 50% (AMPOLA) - SOLUVEL, ADMINISTRAR 30,0 ML VIA E.V. ACM, SE NECESSARIO SE HGT<60 (DOSE MAXIMA DIARIA: 30,0) (OBSERVAÇÕES:
5- T<60)

MIUTICAÇÃO NÃO PADRÃO

PANTOPRAZOL 40MG INJETAVEL (FRASCO/AMPOLA)

CUIDADOS

CIRATIVO, (OBSERVAÇÕES: DIARIO)

AT 6/6HS

FISIOTERAPIA RESPIRATORIO E MOTORIA

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)

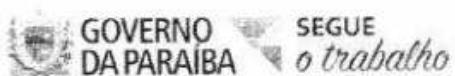
IRAMA

Dr. Jerson
Medico
Carvalho
11/10/2019



11-2

Respondeu

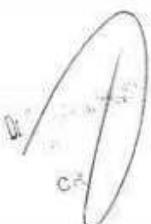


Parecer Médico

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 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 isocôricas e fotorreagentes. Sem déficit neurológico focal.	
TC Cráneo 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 DANILO OLIVEIRA DA SILVA	Idade 23A 9M 26D	Prontuário 118916
Boletim de Atendimento 1199629	Data de Entrada 27/10/2019 04:11:37	Permanência na Unidade 8d 1h 37min
Convênio SUS	Leito POSTO IB - ENF 11 - LEITO - 002	Clínica CIRURGIA GERAL
Parecer médico		
Especialidade NEURO CIRURGIA	Profissional	
Motivo da solicitação TCE	Data da Solicitação: 27/10/2019 04:23:13	
Parecer	Data de Resposta:	

outro
meu paciente
não
está
mais
na
unidade



Parecer Médico

Nome DANILO OLIVEIRA DA SILVA	Idade 23A 9M 26D	Prontuário
Boletim de Atendimento 1199629	Data de Entrada 27/10/2019 04:11:37	Data Internação
Convênio SUS	Leito	Clinica CIRURGIA GERAL
Parecer médico		
Especialidade ORTOPEDIA	Profissional	
Motivo da solicitação TRAUMA	Data da Solicitação: 27/10/2019 04:22:49	
Parecer	Data de Resposta:	





Hospital Estadual de
Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO DA PARAÍBA
SEGUE o trabalho

Parecer Médico

Nome DANILO OLIVEIRA DA SILVA	Idade 23A 9M 26D	Prontuário
Boletim de Atendimento 1199629	Data de Entrada 27/10/2019 04:11:37	Data Internação 12min
Convênio SUS	Leito	Permanência na Unidade Permanência no Leito
Clinica CIRURGIA GERAL		
Parecer médico		
Especialidade NEURO CIRURGIA		
Motivo da solicitação TCE	Data da Solicitação: 27/10/2019 04:23:13	
Parecer	Data de Resposta:	



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/01/2021 14:47:19
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011814471888400000036694367>
Número do documento: 21011814471888400000036694367

Num. 38481204 - Pág. 18



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: 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 Saída
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 Médica (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 URNA
#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

Dr. José Rogaciano
Machado Couto
Médico



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/01/2021 14:47:19
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011814471888400000036694367>
Número do documento: 21011814471888400000036694367

Num. 38481204 - Pág. 19



Hospital Estadual de
Emergência e Trauma
Sábio Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

SEGUE
o trabalho

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, SIN, PEDRO GONDIM, JOÃO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32185700 - 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

Número Conselho: 185222

[Assinatura]
José Rogaciano Machado Couto
Dr.





**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

**SEGUE
o trabalho**

Enderereço: 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		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
CRM-PB 185222

Número Conselho: 185222



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/01/2021 14:47:19
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011814471888400000036694367>
Número do documento: 21011814471888400000036694367

Num. 38481204 - Pág. 21



Hospital Estadual de
Emergência e Trauma
Centro Integrado Lucena



GOVERNO
DA PARAIBA

SEGUE
o trabalho

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

Impresso por: JOSE ROGACIANO MACHADO COUTO
Em: 12/11/2019 00:37:00

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	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 médica (JOSE ROGACIANO MACHADO COUTO - 12/11/2019 00:37:04)

Evolução

Procedimento:

Descrição da evolução:

Ortopedia

Fratura acetabulo direito

Fratura asa do ilíaco direito

Fratura escafóide 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. JOSE ROGACIANO MACHADO COUTO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/01/2021 14:47:19
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011814471888400000036694367>
Número do documento: 21011814471888400000036694367

Num. 38481204 - Pág. 22



Hospital Estadual de
Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

GOVERNO DA PARAÍBA
SEGUE o trabalho

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOÃO 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 médica (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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/01/2021 14:47:19
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011814471888400000036694367>
Número do documento: 21011814471888400000036694367

Num. 38481204 - Pág. 23



Hospital Estadual de
Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

SEGUE
o trabalho

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOÃO 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	Prontuário 118916
Tempo de Internação: 13d 23h 35min		Convênio: SUS		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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/01/2021 14:47:19
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011814471888400000036694367>
Número do documento: 21011814471888400000036694367

Num. 38481204 - Pág. 24



Hospital Estadual de
Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

SEGUE
o trabalho

Endereço: RUA DRESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOÃO 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	Prontuário 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 médica (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 SONDA (URINA HIALINA)

ACEITANDO DIETA, EVACUAÇÕES PRESENTES
DIURESE COM SONDA

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. Jose Rogaciano Machado Couto
CRM-PB 118916
CPF: 321.512-9
Rua: 5
Bairro:
Cidade:
UF: PB
CEP: 58031-090



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/01/2021 14:47:19
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011814471888400000036694367>
Número do documento: 21011814471888400000036694367

Num. 38481204 - Pág. 25



Hospital Estadual de
Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



SEGUE
o trabalho

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOÃO 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
Date de nascimento: 01/01/1996	Idade: 23	Sexo Masculino	CNS	Prontuário 118916
Tempo de Internação 12d 14h 5min		Convênio/ SUS		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 médica (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: 85222



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/01/2021 14:47:19
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011814471888400000036694367>
Número do documento: 21011814471888400000036694367

Num. 38481204 - Pág. 26



Hospital Estadual de
Emergência e Trauma
Secretaria de Estado da Saúde



GOVERNO
DA PARAÍBA

SEGUE
o trabalho

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

Impresso por: JOSE ROGACIANO MACHADO COUTO
Em: 07/11/2019 09:11:33

Nome		Boleto de Atendimento	Data/Hora Entrada	Data/Hora Saída
DANILLO OLIVEIRA DA SIEVA		1199629	27/10/2019 04:11:37	
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 ACETÁBULO DIREITO

FRATURA ASA DO ILIACO DIREITO

FRATURA ESCAFÓIDE DIREITO

FRATURA ESTILOIDE DA ULNA

EM USO DE SONDA FURINA HIALINA)

ACEITANDO DIETA EVACUAÇÕES PRESENTES

DIURESE CORRIGIDA

GDT: AJUSTES PRESCRIÇÃO ORIENTAÇÕES

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

Número Conselho: 189222



Dr. José Rogaciano Machado Couto
CRM-PB 189222
CRM-SP 185.222



DETALHES DA INTERNACAO		ESTADUAIS		ATIVIDADES DE FOLHA	
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 médica (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 Rogaciano
Machado Couto
06/11/2019
185222





Hospital Estadual de
Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAIBA

SEGUE
o trabalho

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOÃO 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	Prontuário 118916
Tempo de Internação 8d 19h 13min		Convênio SUS	Plantão NOTURNO	
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

Assinatura:
Número Conselho: 185222



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/01/2021 14:47:19

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011814471888400000036694367>

Número do documento: 21011814471888400000036694367

Num. 38481204 - Pág. 29



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: 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		Convenio 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 médica (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)

DR. JOSE ROGACIANO
MACHADO COUTO

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

Número Conselho: 185222



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/01/2021 14:47:19
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011814471888400000036694367>
Número do documento: 21011814471888400000036694367

Num. 38481204 - Pág. 30



Hospital Estadual de
Emergência e Trauma
Centro de Trauma da Paraíba

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



GOVERNO
DA PARAÍBA

SEGUE
o trabalho

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

Nome DANILÓ OLIVEIRA DA SILVA		Boleto 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		Convenio SUS		Plano: 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 ESCAFÓIDE DIREITO

FRATURA ESTILOIDE DA URNA

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

CDT: AJUSTES PRESCRIÇÃO
VPM

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

Número Conselho: 185222



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/01/2021 14:47:19
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011814471888400000036694367>
Número do documento: 21011814471888400000036694367

Num. 38481204 - Pág. 31



Hospital Estadual de
Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

SEGUE
o trabalho

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOÃO 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 Médica (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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/01/2021 14:47:19
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011814471888400000036694367>
Número do documento: 21011814471888400000036694367

Num. 38481204 - Pág. 32



Hospital Estadual de
Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

SEGUE
o trabalho

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOÃO 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	Prontuário 118916
Tempo de Internação 3d 41min		Comodato SUS	Plantão DIURNO	
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 Médica (JOSE ROGACIANO MACHADO COUTO - 30/10/2019 12:18:52)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRÍÇÃO 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

Dr. José Rogaciano Machado Couto
Médico Especialista em Ortopedia e Traumatologia



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/01/2021 14:47:19
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011814471888400000036694367>
Número do documento: 21011814471888400000036694367

Num. 38481204 - Pág. 33



Hospital Estadual de
Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

SEGUE
o trabalho

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

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

Nome DANILÓ 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	Prontuário 118916
Tempo de internação: 1d 18h 55min		Convênio SUS		Plantão NOTURNO
Data de Entrada 27/10/2019 04:11:37	Data Internação 27/10/2019 11:37:13	Permanência na Unidade: 2d 2h 21min		Permanência no Leito: 1d 14h 34min

Evolução médica (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 mão 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 Couto
S
185222





Hospital Estadual de
Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO DA PARAÍBA

SEGUE
o trabalho

Enderço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOÃO 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	Prontuário 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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/01/2021 14:47:19
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011814471888400000036694367>
Número do documento: 21011814471888400000036694367

Num. 38481204 - Pág. 35



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: Daniel Oliveira de Sá BE/Prontuário: 1199679

Idade: 23 Sexo: () Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 13 / 11 / 18

Clinica/Setor: Ortopedia EMP: _____ LR: _____

Cirurgia: Treatmento cirúrgico da fratura do escafóide direito

Cirurgião: Dr Edson Timoco 1º Assistente: Dr Roberto Santos

2º Assistente: MRI João Pinto 3º Assistente: _____

Instrumentador: _____ Anestesista: Ragui

✓ Tipo de Anestesia: _____ Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fratura de esca fôrda droit</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Treatmento cirúrgico da fratura de esca fôrda droit</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





S.B.T.

RELATÓRIO DE CIRURGIA

DESCRICAÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- Paciente em ORL, sob anestesia
- Assipata e antissepsie
- Aferição do campo cirúrgico

Incisão:

- Aciso litoral, digo palmar para exa farda

Achados:

- Fratura do exa farda direito

Conduta:

- Reduzir aberto + fixação provisória com
do k. nº 30
- Verificado boa redução
- Fixado parafuso de Wrist nº 25
- Verificada redução sob exa fixa
- SMC c/ SF 0,9%
- Sutura por fios
- Curativos estruturais

Fechamento:

Observação:

- Tela lora inclinando o polegar
- Re da entro a

João Pessoa, 1/1

18/01/2021

COROA VERMELHA
BRASILEIRA

RELATÓRIO DE CIRURGIA

21
HEETSIL

DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA
ASSEPSIA E ANTISSEPSIA	
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 AUXILIO DE ESCOPA
Fechamento:	*O HOUVE
Observação:	APÓS MANIPULAÇÃO FOI OPTADO POR TTO CONSERVADOR COM ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL

Médico/CRM:

Dr. João Pedro S. Casado
CRM-PB 11588

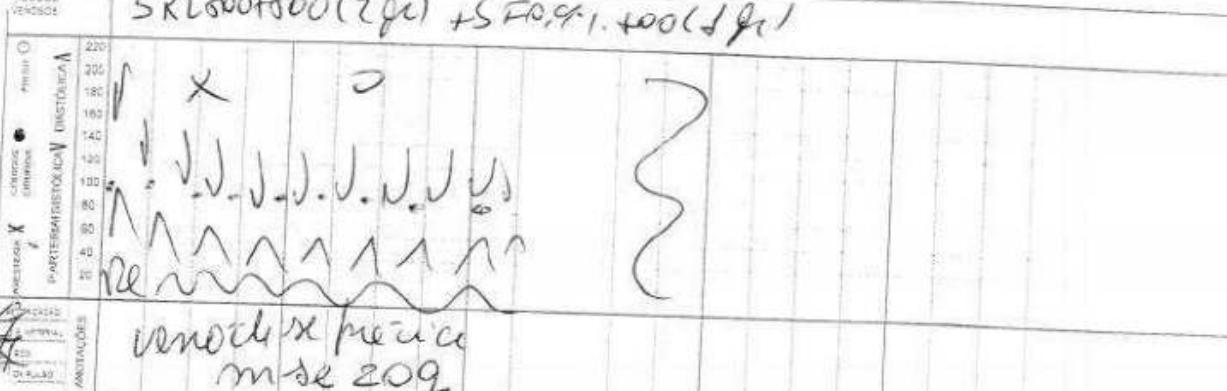
João Pessoa,

16/11/2019

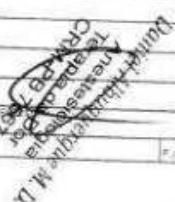


FICHA DE ANESTESIA

PACIENTE:	Daniel Oliveira da Costa	DATA: 13/11/19	PRONTUÁRIO: 5199629
SEXO: M	COR: B	IDADE: 23	
PRESSÃO ARTERIAL: PULSO	R E S P R A T Ó R I O	T E M P E R A T U R A / P E S O	G R U P O S A N G U I N E O
ESTADO GERAL: (SOM) IREGULAR / (MAU) PESSIMO		R I S C O C I R U R G I C O: (SOM) IREGULAR / (MAU) PESSIMO	32
EXAMES COMPLEMENTARES			
A.P. RESPIRATÓRIO		A.P. CIRCULATÓRIO	
A.P. DIGESTIVO	—	E S T Á D O M E N T A L: Total	D R O G A S E M L S O
P R E - A N E S T E S I C O			
D O S E H O R A			
D I A G N Ó S T I C O P R E - O P E R A T Ó R I O			E S T Á D O F I S I C O / A S
C I R U R G I A R E A L I Z A D A			I
C I R U R G I Ó A O	D r Edson	A U V I L I A R E S: fractura bracoide fractura antebraço fractura escápulaide	
I N I C Ó D A A N E S T E S I A	15:00	T E R M Ó M E T R O D A A N E S T E S I A: 16:45	D U R A Ç Ã O D A A N E S T E S I A: 1 h 45'
C Ó D I G O D O P R O C E D I M E N T O		Q U A N T D E C H:	V A L O R E S R \$
A N E S T E S I S T A	Daniel	C P F	C R M - P B: 7567
A D E M A I S D A: D: 10 M: 0	Maria		



<input checked="" type="checkbox"/> ANESTESIA GERAL	<input type="checkbox"/> FAQUIDIA	<input type="checkbox"/> EPIDURAL	<input checked="" type="checkbox"/> CO2 FLUXO	<input type="checkbox"/> CO2 NERVOS	<input type="checkbox"/> OUTROS
15kg					
JOGOZ					
DOSE					
NAME					
BANHO					
RINSER					
ALCOOL					
DATOS DO PACIENTE					
<input type="checkbox"/> ADT	<input type="checkbox"/> ENFERMAGEM				
<input type="checkbox"/> UN	<input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA				
<input type="checkbox"/> OUTROS	Vaca				
DESCRIÇÕES IMPORTAIS					
MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO					
1	mig 20mg	5 + 2,5ug	v 15	+ fentanyl	infarct
2	propofol	25 + 2,5	v 12	+ fentanyl	infarct
3	etomidato mg	30 + 50	v 13	+ vecuronio	infarct
4	iso 1000	200 + 200 ug	v 14	+ cateter O2	
5	depot fentanyl 10ug		v 15		
6	oxytremina 4ug		v 16		
7	depironone 0,25		v 17		
8	clorpromac 0,25		v 18		
9	ketorolac acetato 0,5mg		v 19		
10	nitroprusside 2,5	100ug	v 20		



FICHA DE ANESTESIA

DATA: 16 11 19

PRONTUÁRIO 1199629

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/01/2021 14:47:19
<http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2101181447188840000036694367>
Número do documento: 2101181447188840000036694367

Num. 38481204 - Pág. 41

**REGISTRO DE UTILIZAÇÃO DE MATERIAIS
ÓRTESSES PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPNE**

REGISTRO DE UTILIZAÇÃO DE MATERIAIS ÓRTESES PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME	
Nome:	Douglas Oliveira da Silva
CPF:	11.111.111-11
Endereço:	Rua Engenheiro José Góes, 1000 - Centro
CEP:	99010-000
Município:	Porto Alegre
UF:	Rio Grande do Sul
Nº SUS:	111.111.111-11
Atendente:	Di Edilson, Jairon e Jairinho
Promissário:	13111119
Data:	13/11/19
Reposição:	0

Caixa Postal:

Caixa Ponto

Prontuário:
Data: 13/11/19
Disponível:

Промтво
3

using of $S_1 V_2$
of England (D)
Hans Taus (K1)

DRNE/CODOR	DISPENSACAO CME	DESCRICAO DO PRODUTO	QUANTIDADE	CÓDIGO SUS	MARCA
Thalif: 01 frasco de xampu e condicionador 300 ml	1				
Thalif: 01 frasco de Hidratante N° 26 (1)					

minitab für Statistiken V.1.0 T Grubis

DISPENSAÇÃO - FARMÁCIA					
NECESSITADOR	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE	CÓDIGO SUS	MARCA	
Isac Casado	gualtiro de gelo a 25	1			

~~Mr. José P. Casals~~
METS
C8M-B-1598

SEGURANÇA JUDICIAL - CRM

ASSOCIATE MEMBERSHIP
ASSOCIATE MEMBERSHIP
ASSOCIATE MEMBERSHIP
ASSOCIATE MEMBERSHIP

ISSN 0022-278X

LITERACY



SUS	Sistema Único de Saúde	MINISTÉRIO de Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(A/S)		Folha 1/2
Identificação do Estabelecimento de Saúde			1 - NOME DO ESTABELECIMENTO		
			HEETSHL		
2 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE			3 - DATA		
			4 - HORA		
Identificação do Paciente			5 - NOME DO PACIENTE		
			Davido Oliveira da Silva, 1199629		
6 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE			7 - DATA DE NASCIMENTO		
			8 - SEXO		
9 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL			9 - TELEFONE DE CONTATO		
			10 - ENDERECO (RUA, N°, BAIRRO)		
11 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA			12 - CÓD. IDOS MUNICÍPIO 13 - UF 14 - CEP		
15 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)					

16 - MUDANÇA DE PROCEDIMENTO	
17 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR	18 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR
19 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA	20 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA
21 - DIAGNÓSTICO INICIAL	22 - CID 10 PRINCIPAL 23 - CID 10 SECUNDÁRIO 24 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

25 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		26 - CÓD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL
27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		28 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		30 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
31 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		32 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
33 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		34 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		36 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		38 - PROFISSIONAL SOLICITANTE
39 - DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		40 - DATA DA SOLICITAÇÃO
41 - DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		42 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO MEDICO)		44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
45 - CÓD. ORGÃO EMISOR		46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
47 - DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		48 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)		50 - DATA DA SOLICITAÇÃO

51 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		52 - PROFISSIONAL SOLICITANTE
53 - DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		54 - DATA DA SOLICITAÇÃO
55 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)		56 - CÓD. ORGÃO EMISOR
57 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		58 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
59 - DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		60 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
61 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)		62 - DATA DA SOLICITAÇÃO



Nota de Sala Cirúrgica

REF 031

NOVO DO PACIENTE	Danilo Oliveira da Silva		
DATA	23	SEXO	M
ENTERARIA	12	LEITO	01
CIRURGICO	Fract. de Autobulo P + manipulação de Fract. Autobulo		
CIRURGICO	Dr. Scamay		
ANESTESIA	Sedas		
ANESTESISTA	Dr. Lierres		
INSTRUMENTADOR	X		
DATA	16/11/19	TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA INÍCIO	FIM
TEMPO CIRÚRGICO - CIRURGIA INÍCIO		CIRURGIA FIM	
CLASSE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)			
ASA I () ASA II () ASA III () ASA IV () ASA V ()			
ORLA DE CONTAMINAÇÃO () LINFÁTICA () CONTAMINADA () INFECTADA () POTENCIALMENTE CONTAMINADA			
MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS		QTD	MATERIAIS CONT.
ULFENTANILA		500	DELCONT 1
BUTÍVACAÍNA ISOBÁRICA		500	DELCO N°21
BUTÍVACAÍNA RESALTA			DELCO N°22
ETANIMA	01		DELCO N°24
DROPERIDOL			KIT SIST. DREN. TORÁXICA N°
ETOMIDATO			SOLUÇÕES LÂMINA ESTERIL N°1
FENOBARBITAL			ALCOOL ETÍLICO 70%
FENTANILA	01		PVPI DESGERANTE
FLUMAZÉNOL			PVPI TINTURA
ISOFLURANO			PVPI TÓNICO
LEVOBUMIVACAÍNA C/VASO			SABÃO ANTISEPTICO
LEVOBUMIVACAÍNA SV/VASO			MATERIAIS
LEDOCAÍNA C/VASO			AGULHA 13X4,5
LEDOCAÍNA SV/VASO			AGULHA 25X0,7
MEGAZOLAN	01		AGULHA 25X0,8
MORFINA			AGULHA 45X1,2
MTMBUTUM			AGULHA PERDURAL N°16
PANCÉRÔNIO			AGULHA PERDURAL N°17
PETIZINA			AGULHA PERDURAL N°18
PROPORFOL			AGULHA RAQU N°10
RAMPENTANILA			AGULHA RAQU N°16
ROCUFRÔNIO			AGULHA RAQU N°20
SEVOFLURANO			ALGOZÃO ORTOPÉDICO
SUFANETÔMICO			ATADILHA DE CREPOM
TROPENTAL			ACADEIRA GESSADA
MEDICAÇÕES	QTD	BOLSA DE COLOSTOMIA	MATERIAIS CONT.
ADRENALINA		CÂNULA PT/TRAQUEOSTOMA N°	SONDA ASP. TRAQUEAL N°8
ÁGUA DESTILADA		CATETER DE OXIGÊNIO	SONDA ASP. TRAQUEAL N°16
ATRODOPA		CATETER ENGBOLE ARTERIAL N°	SONDA ASP. TRAQUEAL N°11
BENTRA		CATETER EPIDURAL N°16	SONDA ASP. TRAQUEAL N°14
CEFAZOLINA	02	CATETER EPIDURAL N°11	SONDA FOLEY 2VAS N°12
DERAMETASONA	01	CATETER EPIDURAL N°18	SONDA FOLEY 2VAS N°14
DIFIRONA SÓDICA		CERA PARA DESO	SONDA NASOG. CURTA
Efedrina		COLEY. URINA FECHADO	SONDA NASOG. LONGA
FUDOSENO A		COMPRESAS CIRÚRGICAS	SONDA URETRAL N°
GLICOSE 50%		COMPRESAS CIRÚRGICAS	TORNEIRINHA
GLUTONATO DE CALCIO		DREN. DE PENSOSE	TUBO ENDOTRAQUEAL N°
HIDROCORTISONA		DREN. DE SUCCÃO	TUBO ENDOTRAQUEAL N°
LEDOCINA CREM		ELETRODOS	TUBO ENDOTRAQUEAL N°
ONDASENTRONA		EQUIPO MACROGOTAS	TUBO SILICONE (LATEX)
PLASD.		EQUIPO TRANSF. SANGUE	
PROSTIGMONE		EQUIPO MICROGOTAS	
PROTAMINA		ESPONJA DE PVPE	
TENDOCAN		ESPARADRIPO	FIOS
			QTD. () ASPIRADOR
			() BISTURI ELÉTRICO
			() CAPNÓGRAFO
			() CARDIOMONITOR
			() DESFIBRILADOR
			() FOCO AUXILIAR
			() FOCO CENTRAL
			() MICROSCÓPIO
			() OXÍMETRO DE PULSO
			() P.A. ENTRAVANAG. INV. EVA
			() PENTIFLATOR ELÉTRICO
			() SERV. DE GASES E de Oxigênio
			() TERRÍA DE RESPIRAÇÃO



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

RELATÓRIO DE CIRURGIA

DR MTC

HCC

NOME:	DANILO DE OLIVEIRA SILVA		BE/PRONTUÁRIO	
IDADE:	SEXO:	MAS	COR:	
CLÍNICA /SETOR:	ORTOPEDIA			DATA: <u>16/11/2019</u>
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		CID
FRATURA DO ACETABULO DIREITO + FRATURA DE ASA DE ILIACO DIREITO		

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS		CÓDIGO
MANIPULACAO ARTICULAR SOB SEDAÇÃO		

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO:

Descrição:

BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO:

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

ENFERMARIA
 RESIDÊNCIA

TERAPIA INTENSIVA

ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

Dr. João Pacheco
MÉDICO

CRM PB 11598

MÉDICO/CRM:

DATA: 16/11/2019





Atendimento: 201932435808

Data Nasc.: 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 subjetivo, devendo ser correlacionado com outros dados clínicos/laboratoriais e o contexto clínico.

VISTO

Zalmir R. Filho
Médico - CRM 2818
Ortopedia - Proctologia

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: DANIL DE OLIVEIRA SILVA

CPF: 072.482.724-26

CPF de: Próprio

Data do acidente: 27/10/2019

Titular do CPF: DANIL DE OLIVEIRA
SILVA

Seguradora: PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

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: DANIL 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

