

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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 Setembro de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200313569**

**Vítima: AIRTON MONTEIRO DA ROCHA**

**Data do Acidente: 03/04/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), AIRTON MONTEIRO DA ROCHA**

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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 16 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3200313569

Vítima: AIRTON MONTEIRO DA ROCHA

Data do Acidente: 03/04/2020

Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), AIRTON MONTEIRO DA ROCHA**

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: AIRTON MONTEIRO DA ROCHA

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **237**

Agência: **000000435-9**

Conta: **000005274-4**

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, 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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200313569      **Cidade:** Cruz do Espírito Santo      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** AIRTON MONTEIRO DA ROCHA      **Data do acidente:** 03/04/2020      **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 08/09/2020

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** LUXAÇÃO DE JOELHO DIREITO (LESÃO LIGAMENTAR).

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE ETHBOND/FIXADOR EXTERNO). ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE JOELHO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE JOELHO DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** PÁG. 13/14/16/17\_CIRURGIA / PÁG. 29\_ALTA HOSPITALAR.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		<b>Total</b>	<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:	DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)			<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	MORTE
2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:	726.599.634-87 Ailton Monttiro da Rocha		

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

5 - Nome completo:	Ailton Monttiro da Rocha			6 - CPF:	726.599.634-87	
7 - Profissão:	8 - Endereço:	Serviço Hassagm, II	9 - Número:	SIN	10 - Complemento:	
11 - Bairro:	12 - Cidade:	Área Rural Cruz do Espírito Santo	13 - Estado:	PE	14 - CEP:	58337-000
15 - E-mail:				16 - Tel.(DDD):	83 98855-1045	

DADOS CADASTRAIS

## DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE DA 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:

<input checked="" type="checkbox"/> 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)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: Pinadiso

AGÊNCIA:  9 CONTA:  5274

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	Solteiro	Casado (no Civil)	Divorciado	Separado Judicialmente	Vivo	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	29 - Se tinha filhos, informar Vivos:	30 - Vítima deixou nascituro (varasão)?	Sim	31 - Vítima teve irmãos?	Sim	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos?	Sim
Não		Falecidos:	Não	Não	Não	Não	Falecidos:	pais/avós vivos?	Não

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

34

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

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

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

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data: *Porto Seguro 23 de agosto 2020*

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)





**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 00102.01.2020.1.02.008**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00102.01.2020.1.02.008, cujo teor agora passo a transcrever na integra: Á(s) 16:28 horas do dia 25 de agosto de 2020, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta 8º Delegacia Distrital da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Geraldo Batinga da Silva, matrícula 1332775, e lavrado por Everaldo Martins da Costa, Escrivão de Polícia Civil, matrícula 765015, ao final assinado, compareceu **Aírton Monteiro da Rocha**, conhecido(s) por Aírton, CNH nº 02287138879, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Motorista, filho(a) de Aldeiza Monteiro de Farias e Jaime Monteiro da Rocha, natural de Paulista/PR, nascido(a) em 21/08/1960 (60 anos de idade), complemento Sítio Massagana II - , bairro Centro, tendo como ponto de referência Br 230, na cidade de Cruz do Espírito Santo/PB.

**Dados do(s) Fatos:**

Local: Estrada Vicinal Que Liga o Sítio Massagana II a Br 230, Lateral do Restaurante Carne da Brasa Ali Existente., Cruz do Espírito Santo/PB, bairro Centro; Tipo do Local: zona rural; Data/Hora: 03/04/20 18:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) Art. 129, § 6º do CPB (Lesão corporal culposa).

**Objeto(s) Envolvido(s):**

(1) Moto, modelo NXR 150 BROS MIX I, marca Honda, tipo de veículo motocicleta, cor vermelha, ano 2009, UF: PB, placa KHZ-6013, chassi 9C2KD0520AR005375, renavam 195172450, características gerais: Cadastrada Em Nome de Severino Rodrigues da Silva

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

Que, no início da noite do dia 03 de abril de 2020, por volta das 18:00 horas aproximadamente, se conduzia na motocicleta já discriminada, numa estrada de barro, sentido a BR 230 ou seja, Rodovia Governador Antonio Mariz e no Km 59, não sabendo como, perdeu o controle da motocicleta, situação que lhe impossibilitou evitar tal e sofreu uma queda, logo após cair em um "barranco", consequentemente, foi socorrido por terceiros ao Hospital de Emergência e Traumas Senador Humberto Lucena, onde foi submetido aos procedimentos Médico necessários.

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

João Pessoa/PB, 25 de agosto de 2020.

EVERALDO MARTINS DA COSTA  
Escrivão de Polícia Civil

AÍRTON MONTEIRO DA ROCHA  
Noticiante

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:	DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)			<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	MORTE
2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:	726.599.634-87 Ailton Monttiro da Rocha		

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

5 - Nome completo:	Ailton Monttiro da Rocha			6 - CPF:	726.599.634-87	
7 - Profissão:	8 - Endereço:	Serviço Hassagm, II	9 - Número:	SIN	10 - Complemento:	
11 - Bairro:	12 - Cidade:	Área Rural Cruz do Espírito Santo	13 - Estado:	PE	14 - CEP:	58337-000
15 - E-mail:				16 - Tel.(DDD):	83 98855-1045	

DADOS CADASTRAIS

## DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE DA 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:

<input checked="" type="checkbox"/> 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)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: Pinadiso

AGÊNCIA:  9 CONTA:  5274

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	Solteiro	Casado (no Civil)	Divorciado	Separado Judicialmente	Vivo	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	29 - Se tinha filhos, informar Vivos:	30 - Vítima deixou nascituro (varasor)?	Sim	31 - Vítima teve irmãos?	Sim	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos?	Sim
Não		Falecidos:	Não	Não	Não	Não	Falecidos:	pais/avós vivos?	Não

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

34

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

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

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

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data: *Porto Seguro 23 de agosto 2020*

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 11/09/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: AIRTON MONTEIRO DA ROCHA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00435-9

CONTA: 00000005274-4

---

Nr. Autenticação

BRADESCO11092020050000000002370043500000005274168750 PAGO

# BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento com valor fixo.

Documento não é negotiável ou de conta.

Entre para o seu pagamento na sua Agência da Energisa.

Nº 044.614.242



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA  
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-480  
CNPJ 06.288.189/0001-40 - Insc. Est. 16.819.823-6

## DETALHES DO CLIENTE

AIRTON MONTEIRO DA ROCHA  
SIT MASSANGANA II S/N  
CRUZ DO ESPÍRITO SANTO

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1290652-5

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
MAI/2020	21/05/2020	372	28/05/2020	R\$ 176,31

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 27/05/2020				
Pagador: AIRTON MONTEIRO DA ROCHA CNPJ/CPF: 726.599.634-87 SIT MASSANGANA II S/N - ÁREA RURAL - CRUZ DO ESPÍRITO SANTO / PB - CEP 00000-000				
Nosso-Número	Nº Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120015875096	001290652202005	28/05/2020	R\$ 176,31	09.095.183/0001-40
BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAÍBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA BR230 KM 25, S/N - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-480 Agência / Código do Beneficiário: 3084-3/2447-3				

cep. 58334-000



### Identificação do paciente

ID 552973	Nome <b>AIRTON MONTEIRO DA ROCHA</b>			Sexo Masculino
Data de nascimento 21/08/1960	Idade 59 anos 8 meses 18 dias	Estado civil CASADO(A)	Religião CATOLICA	Prontuário 122030
Mãe <b>ALDEIZA MONTEIRO DE FARIA</b>				Pai <b>JAIME MONTEIRO DA ROCHA</b>
Escolaridade NAO INFORMADO				Responsável (Parentesco) - ESPOSO(A)
DDD Celular 83	Celular <b>998464424</b>			DDD Telefone
Tipo documento CNH	Número documento <b>732225</b>			Nº Cns <b>708201182654345</b>
Local de procedência HOSPITAL DE TRAUMA TARCISIO BURITY (ORTOTRAUMA)				Tipo UNIDADESAUDE
Email	Naturalidade <b>CRUZ DO ESPIRITO SANTO</b>			UF PB
CBO/R				

### Dereço

CEP 58337000	Município de residência <b>CRUZ DO ESPIRITO SANTO</b>	UF PB	Logradouro <b>SITIO MASSAGANA II</b>
Número SN	Complemento <b>ZONA RURAL</b>		

### Admissão

Data e Hora 03/04/2020 21:18:42	Número da pulseira <b>1000008843400</b>	Convênio SUS
Especialidade <b>CIRURGIA GERAL</b>	Clínica	
Classificação de risco	Origem do paciente <b>OUTRA UNIDADE DE SAUDE</b>	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	
Detalhe do acidente <b>QUEDA DO MESMO NIVEL</b>		

### Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte <b>PERGATE - BOMBEIROS</b>	Quem transportou		

### Dados Vitais

PA <b>X</b>	mmHg	P脉	Temperatura
----------------	------	----	-------------

### Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
-----------	-----------	----------	-------	-----------	--------	--------------------

Dados clínicos:

Diagnóstico	CID
Atendido por <b>JOSE MARCIO BATISTA DA SILVA</b>	Tempo

[Imprimir](#)

**Documento de Alta**

<b>Nome:</b> AIRTON MONTEIRO DA ROCHA			<b>Número Prontuário:</b> 122030
<b>Data de Nascimento:</b> 21/08/1960	<b>Sexo:</b> Masculino	<b>Data de Internação:</b> 04/04/2020 02:12:54	<b>Data de Alta:</b> 04/05/2020 07:26:11
<b>Motivo da alta:</b> ALTA MEDICA			
<b>Conduta:</b> ALTA MEDICA PARA PACIENTE COM HISTÓRIA DE LUXAÇÃO DE JOELHO DIREITO APÓS QUEDA DE MOTO SUBMETIDO AOS PROCEDIMENTOS ABAIXO CITADOS E SEGUIRÁ EM ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL.			
<b>Resumo da Internação:</b> PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO APRESENTOU DOR E DEFORMIDADE EM JOELHO DIREITO COM PULSO DISTAL MANTIDO E RX EVIDENCIANDO LUXAÇÃO DO JOELHO DIREITO. REALIZADA REDUÇÃO CRUENTA DO JOELHO, REPARO DO COMPLEXO MEDIAL COM FIO ETHBOND E FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR DE MID EM 03/04/2020 POR DR. ARÃO E DR. LAURI. PACIENTE ESTÁVEL EM SEU QUADRO E SEM QUEIXAS NO MOMENTO. PACIENTE REALIZOU RNM DE JOELHO EM 30/04 (LAUDO EM ANEXO).			
<b>Resultado de Exames:</b>			
<b>Tratamento:</b> REALIZADO REPARO DO COMPLEXO MEDIAL E REDUÇÃO CRUENTA DO JOELHO DIREITO, FEZ USO DE FIXADOR EXTERNO ENTRE 03/04/2020 A 28/04/2020. ALÉM DE LMC REALIZADA POR DR. SAVIO HÁ 16 DIAS (SAÍDA DE QUANTIDADE DISCRETA DE CONTEÚDO SANGUINOLVENTO).			
<b>Diagnóstico:</b> S83.1 - Luxação do joelho			
<b>Recomendações:</b> CURATIVO DIÁRIO ALTA HOSPITALAR SEGUIMENTO NO CEREST COM DR. ARÃO ANALGESIA ORIENTAÇÕES GERAIS TALA INGUINOMALEolar ÓRTESE ARTICULADA DO JOELHO			

Data: 04/05/2020

Dra. Mayssa Costa  
Medica  
CRM/PB: 12.799

Mayssa de Sousa Costa  
CRM: 12799 - PB

Dr. Heisenberg Almeida  
MÉDICO CRM/PB: 6229



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

Boletim de Atendimento: 1231999



## Identificação do paciente

<input checked="" type="checkbox"/> 552973	Nome: AIRTON MONTEIRO DA ROCHA			Sexo: Masculino
Data de nascimento: 21/08/1960	Idade: 59 anos 7 meses 13 dias	Estado civil: CASADO(A)	Religião: CATOLICA	Prontuário:
Mãe: ALDEIZA MONTEIRO DE FARIAS	Pai: JAIME MONTEIRO DA ROCHA			
Escolaridade: NAO INFORMADO	Responsável (Parentesco): MARIA APARECIDA - ESPOSO(A)			
DDD Celular: 83	Celular: 998464424	DDD:	Telefone:	
Tipo documento: CNH	Número documento: 732225	Nº Cns: 708201182654345		
Local de procedência: HOSPITAL DE TRAUMA TARCISIO BURITY (ORTOTRAUMA)	Tipo: UNIDADESAUDE			UF: PB
Email: NAO INFORMADO	Naturalidade: CRUZ DO ESPIRITO SANTO	CBO/R:		

## Endereço

48337000	Município de residência: CRUZ DO ESPIRITO SANTO	UF: PB	Logradouro: SITIO MASSAGANA II
rua:	Complemento:	Bairro: ZONA RURAL	

## Admissão

Data e Hora: 03/04/2020 21:18:42	Número da pulseira: <b>1000008843400</b>	Clinica:	Convênio: SUS
Especialidade: CIRURGIA GERAL	Origem do paciente: OUTRA UNIDADE DE SAUDE		
Classificação de risco			
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento: ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente: QUEDA DO MESMO NIVEL	

## Indicadores e Transporte

Caso policial: Não	Plano de saúde: Não	Veio de ambulância: Não	Trauma: Não
Méio de transporte: RESGATE - BOMBEIROS	Quem transportou:		

## Sinais Vitais

X mmHg	P脉	Temperatura:
--------	----	--------------

## Exames complementares

Raios X [] Sangue [] Urina [] TC [] Líquor [] ECG [] Ultrasonografia []

Dados clínicos:

Paciente deu entrada nesse setor encaminhado pelo Corpo de Bombeiros, vítima de acidente de moto. Segue em avaliação.

Diagnóstico:	CID:
Auxiliado por: JOSE MARCIO BATISTA DA SILVA	Tempo:

Imprimir



**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

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baliza
<b>AIRTON MONTEIRO DA ROCHA</b>	1231999	03/04/2020 21:18:42	
Data de nascimento	Idade	Sexo	Telefone de Contato
21/08/1960	59a 7m 14d	Masculino	(83) 998464424
Mãe			Prontuário
<b>ALDEIZA MONTEIRO DE FARIAS</b>			
Endereço	Bairro	Município	UF
<b>SITIO MASSAGANA II, SN</b>	<b>ZONA RURAL</b>	<b>CRUZ DO ESPÍRITO SANTO</b>	<b>PB</b>
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
<b>QUEDA DO MESMO NIVEL</b>	<b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	<b>ALICE FRANCA FALCAO BATISTA DANTAS</b>	<b>9519/PB</b>
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
03/04/2020 21:18:42		04/04/2020 01:14:09	

## ANAMNESE

CIRURGIA VASCULAR PACIENTE ADMITIDO NESSE SERVICO COM LUXACAO DE JOELHO DIREITO, SENDO SUBMETIDO A PROCEDIMENTO CIRURGICO PELA ORTOPEDIA. NO MOMENTO, EVOLUI CLINICAMENTE ESTAVEL. MID: PERFUSAO MANTIDA E MEMBRO AQUECIDO. AO SONAR DOPPLER PRESENCA DE FLUXO TRIFASICO EM TP. CD: SEGUIMENTO COM CIRURGIA VASCULAR PARA AVALIACAO DA MANUTENCAO DE PERFUSAO.

## Conduta

Em observação

Enfermeiro

ALICE FRANCA FALCAO BATISTA DANTAS  
(CRM: 9519/PB)

Boletim registrado por: JOSE MARCIO BATISTA DA SILVA em 03/04/2020 21:18:42

UREIA

**Conduta**

- Internar Paciente

---

Enfermeiro

ARAO SANTOS DE ALENCAR  
(CRM-7967/PB)



Boletim registrado por: JOSE MARCIO BATISTA DA SILVA em 03/04/2020 21:18:42





**Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma**

Centro Humerto Lucena



Governo do Estado  
**PARAÍBA**

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

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
<b>AIRTON MONTEIRO DA ROCHA</b>	1231999	03/04/2020 21:18:42	
Data de nascimento	Idade	CNS	Telefone de Contato
21/08/1960	59a 7m 14d	708201182654345	(83) 998454424
Mãe	Sexo		Prontuário
<b>ALDEIZA MONTEIRO DE FARIAS</b>	Masculino		
Endereço	Bairro	Município	UF
<b>SITIO MASSAGANA II, SN</b>	ZONA RURAL	<b>CRUZ DO ESPIRITO SANTO</b>	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
<b>QUEDA DO MESMO NIVEL</b>	<b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	<b>RAFAEL MOURATO INACIO DA SILVA</b>	8795/PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
03/04/2020 21:18:42		03/04/2020 21:26:51	

## ANAMNESE

paciente trazido pelo corpo de bombeiros vítima de queda de motocicleta. JÁ se encontrava fora do local do sinistro. JÁ recebeu primeiro atendimento ao traumatizado Hospital ortotrauma. a - vap com colar e prancha, nega dor a palpação da coluna cervical b - mv+ sim bilat sra c - bmf ss pulsos cheios e simétricos d -ecg = 15 pif e - apresenta desvio lateral do joelho direito CD: solicito radiografias Encaminho a Ortopedia Liberado da Cirurgia Geral

## EDICAÇÃO

ORFINA 10MG/ML INJETAVEL (AMPOLA 1ML), ADMINISTRAR 10.0 ML VIA E.V., AGORA, (OBSERVAÇÕES:: DILUIR 1 ML EM 9 ML DE AD FAZER 03 ML EV.)

## EXAME DE IMAGEM

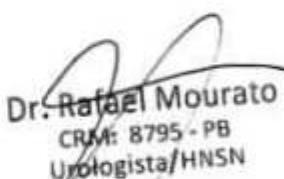
RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA DIREITO (AP +LATERAL + AXIAL)

## CID10

V29.9 - Motociclista [qualquer] traumatizado em um acidente de trânsito não especificado

## Conduta

Em observação

  
**Dr. Rafael Mourato**  
CRM: 8795 - PB  
Urologista/HNSN

Enfermeiro

  
**RAFAEL MOURATO INACIO DA SILVA**  
(CRM: 8795/PB)

Boletim registrado por: JOSE MARCIO BATISTA DA SILVA em 03/04/2020 21:18:42



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

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
<b>AIRTON MONTEIRO DA ROCHA</b>	1231999	03/04/2020 21:18:42	
Data de nascimento	Idade	Sexo	Telefone de Contato
21/08/1960	59a 7m 14d	Masculino	(83) 998464424
Mãe			Prontuário
<b>ALDEIZA MONTEIRO DE FARIAS</b>			
Endereço	Bairro	Município	UF
SITIO MASSAGANA II, SN	ZONA RURAL	CRUZ DO ESPÍRITO SANTO	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
<b>QUEDA DO MESMO NIVEL</b>	<b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	<b>ARAO SANTOS DE ALENCAR</b>	<b>7967/PB</b>
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
03/04/2020 21:18:42		04/04/2020 01:08:34	

## ANAMNESE

paciente trazido pelo corpo de bombeiros vítima de queda de motocicleta. PACIENTE COM DOR E DEFORMIDADE EM JOELHO DIREITO PULSO DISTAL MANTIDO RX COM LUXAÇÃO DO JOELHO CD; AO BLOCO CIRÚRGICO PARA TTO CIRÚRGICO DE URGENCIA AVALIAÇÃO DA CIR VASCULAR

## DIETA

JETA LIVRE, VIA ORAL

## MEDICAÇÃO

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 8/6H

Diluir

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

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

Diluir

ONDANSETRONA 2MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 4,0 ML VIA E.V., 8/8H

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 1500,0 ML VIA E.V. 24H

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

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

Diluir

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

MEPRAZOL 40MG INJETAVEL COM DILUENTE (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 40,0 MG VIA E.V., 1X AO DIA

CETOROLACO DE TROMETAMINA 30MG/ML (AMPOLA 1ML), ADMINISTRAR 1,0 ML VIA E.V., 8/8H

CEFTRIAXONA 1000MG INTRAVENOSA, ADMINISTRAR 1000,0 MG VIA E.V. 12/12H, POR 7 DIA(S)

CAPTOPRIL 25 MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 25,0 MG VIA ORAL, ACM, SE NECESSÁRIO SE PAD>110MMHG E/OU PAS>160MMHG (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 4,0)

GLICOSE 50% SOLUÇÃO INJETAVEL (AMPOLA 10ML), ADMINISTRAR 30,0 ML VIA E.V., ACM, SE NECESSÁRIO SE HGT<60 (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 3,0)

## CUIDADOS

CURATIVO, (OBSERVAÇÕES:: DIARIO)

HGT 8/6HS

FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIO E MOTORA

INSULINA REGULAR CONFORME HGT

ELETROCARDIOGRAMA

SSVV + CCGG

RADIOGRAFIA DE JOELHO DIREITO (AP + LATERAL)

## EXAME LABORATORIAL

COAGULOGRAAMA COMPLETO

CREATININA

GLICOSE

HEMOCRAGMA COMPLETO

UREIA

**Conduta**

- \* Internar Paciente

---

Enfermeiro

ARAO SANTOS DE ALENCAR  
(CRM: 7967/PB)

Boletim registrado por: JOSE MARCIO BATISTA DA SILVA em 03/04/2020 21:18:42



A handwritten signature in black ink, appearing to read "ARAO SANTOS DE ALENCAR". The signature is written in a cursive style with some variations in letter height and stroke thickness.



## Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



Sua(s) Sede(s)  
**PARAÍBA**  
Governo do Estado

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

Paciente	idade	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
AIRTON MONTEIRO DA ROCHA	50a 7m 14d	1231999	03/04/2020 21:18:42	
Data de nascimento		Sexo	CNS	Telefone de Contato
21/08/1960		Masculino	708201182654345	(83) 998464424
Mãe				Prontuário
ALDEIZA MONTEIRO DE FARIAS		Bairro	UF	
Endereço		ZONA RURAL	PB	
SITIO MASSAGANA II, SN			Nº Cons. Regional	
Acidente	Modo	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	7967/PB	
QUEDA DO MESMO NIVEL				
Data/Hora Classificação				
03/04/2020 21:18:42				

### ANAMNESE

Paciente trazido pelo corpo de bombeiros vítima de queda de motocicleta. PACIENTE COM DOR E DEFORMIDADE EM JOELHO DIREITO PULSO DISTAL MANTIDO RX COM LUXAÇÃO DO JOELHO CD; AO BLOCO CIRÚRGICO PARA TTO CIRÚRGICO DE URGENCIA AVALIAÇÃO DA CIR VASCULAR

### DIETA

LEITA 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, (OBSERVAÇÕES: S/N)

Diluir

ONDANSETRONA 2MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 4,0 ML VIA E.V., 8/8H

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 1500,0 ML VIA E.V., 24H

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

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

Diluir

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

MEPRAZOL 40MG INJETAVEL COM DILUENTE (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 40,0 MG VIA E.V., 1X AO DIA

CETOROLACO DE TROMETAMINA 30MG/ML (AMPOLA 1ML), ADMINISTRAR 1,0 ML VIA E.V., 8/8H

CEFTRIAXONA 1000MG INTRAVENOSA, ADMINISTRAR 1000,0 MG VIA E.V., 12/12H, POR 7 DIA(S)

CAPTOPRIL 25 MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 25,0 MG VIA ORAL, ACM, SE NECESSÁRIO SE PAD>110MMHG E/OU PAS>160MMHG (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 4,0)

GLICOSE 50% SOLUÇÃO INJETAVEL (AMPOLA 10ML), ADMINISTRAR 30,0 ML VIA E.V., ACM, SE NECESSÁRIO SE HGT<60 (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 3,0)

### CUIDADOS

CURATIVO, (OBSERVAÇÕES: DIARIO)

HGT 6/6HS

FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIO E MOTORA

INSULINA REGULAR CONFORME HGT

ELETROCARDIOGRAMA

SSVV + CCGG

RADIOGRAFIA DE JOELHO DIREITO (AP + LATERAL)

### EXAME LABORATORIAL

COAGULOGRAMA COMPLETO

CREATININA

GLICOSE

HEMOCRISTALOGRAFIA

CONFIRMADO  
CARTER  
CARTER

Nome <b>AIRTON MONTEIRO DA ROCHA</b>		Boletim de Atendimento 1231999	Data/Hora Entrada 03/04/2020 21:18:42	Data/Hora Saída
Data de nascimento 21/08/1960	Idade 59	Sexo Masculino	CNS 708201182654345	Prontuário 122030
Tempo de Internação 1m 5h 23min		Convênio SUS		Plantão DIURNO
Data de Entrada 03/04/2020 21:18:42	Data Internação 04/04/2020 02:12:54	Permanência na Unidade: 1m 10h 17min		Permanência no Leito: 5d 15h 27min

## Evolução Médica (THAYSA DE SOUSA COSTA - 04/05/2020 07:15:44)

### **EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

Descrição da evolução:

#ORTOPEDIA

#LUXAÇÃO DE JOELHO DIREITO

#FEZ USO DE FIXADOR EXTERNO DE 03/04/2020 A 28/04/2020

#12º DPO DE LMC POR DR. SAVIO E DR. CARLOS

#6º DPO DE RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO

PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO APRESENTOU DOR E DEFORMIDADE EM JOELHO DIREITO COM TULSO DISTAL MANTIDO E RX EVIDENCIANDO LUXAÇÃO DO JOELHO DIREITO. REALIZADA REDUÇÃO CRUENTA DO JOELHO, REPARO DO COMPLEXO MEDIAL COM FIO ETHBOND E FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR DE MID EM 03/04/2020 POR DR. ARÃO E DR. LAURI. PACIENTE ESTÁVEL EM SEU QUADRO E SEM QUEIXAS. SEGUE EM REALIZAÇÃO DE CURATIVO DIARIO. PACIENTE REALIZOU RNM DE JOELHO EM 30/04 (LAUDO EM ANEXO).

EXAMES:(04/04): LEUCO: 13670 SEGM:88% GLICOSE:265 Ur:33 Cr:1,81 INR 1,09 EXAMES (18/04): LEUCO:9100 SEG: 72% GLICEMIA 315 UREIA:40 CR: 1,66 INR: 1,0 PCR: 46,4 EXAMES (21/04): GLICEMIA EM JEJUM: 315. 24/04: 220

29/04: manutenção da função renal e PCR. Leucopenia.

RNM(30/04/2020): EDEMA PÓS- CONTUSIONAL NO ASPECTOS ANTERIOR E POSTERIOR DO CONDILIO FEMORAL MEDIAL E NOS POSTERIORES E EXTERNOS DO CONDILIO FEMORAL E PLATO TIBIAL LATERAIS. MENISCOS SEM SINAIS DE LESOES INSTAVEIS. LESAO COMPLETA DO LCP COM DESCONTINUIDADE DE FIBRAS NO TERÇO MEDIO. ESTIRAMENTO/LESAO PARCIAL DA ORIGEM DO LCA. LESAO COMPLETA DA ORIGEM DO LIGAMENTO COLATERAL MEDIAL E PARCIAL DE ALTO GRAU DA ORIGEM DO LIGAMENTO COLATERAL LATERAL. MODERADO DERRAME ARTICULAR COM SINOVITE E CONTEUDO HEMATICO DE PERMEIO. ACUMULO DE LIQUIDOS HEMATICOS NA FACE ANTEROMEDIAL DO JOELHO.

CD: CURATIVO DIÁRIO

ALTA HOSPITALAR

SEGUIMENTO NO CEREST COM DR. ARÃO

ANALGESIA

ORIENTAÇÕES GERAIS

TALA INGUINOMALEOLAR

ÓRTESE ARTICULADA DO JOELHO

Seção: POSTO IB - ENF 08 Leito: LEITO - 002  
Profissional responsável pela informação: THAYSA DE SOUSA COSTA

Thaysa Costa  
04/05/2020

Número Conselho: 12799

### ALTA MÉDICA

## **ALTA MÉDICA**

USUÁRIO:

**THAYSA DE SOUSA COSTA**

DATA E HORA:

**04/05/2020 07:26:11**

MOTIVO DE ALTA:

**ALTA MEDICA**

CONDUTA:

**ALTA MEDICA PARA PACIENTE COM HISTÓRIA DE LUXAÇÃO DE JOELHO DIREITO APÓS QUEDA DE MOTO SUBMETIDO AOS PROCEDIMENTOS ABAIXO CITADOS E SEGUIRÁ EM ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL.**



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

Impresso por: THAYSA DE SOUSA COSTA  
Em: 27/04/2020 07:25:25

Nome <b>AIRTON MONTEIRO DA ROCHA</b>		Boletim de Atendimento <b>1231999</b>	Data/Hora Entrada <b>03/04/2020 21:18:42</b>	Data/Hora Saída
Data de nascimento <b>21/08/1960</b>	Idade <b>59</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>708201182654345</b>	Prontuário <b>122030</b>
Tempo de internação <b>23d 5h 13min</b>		Convênio <b>SUS</b>		Plantão <b>DIURNO</b>
Data de Entrada <b>03/04/2020 21:18:42</b>	Data Internação <b>04/04/2020 02:12:54</b>	Permanência na Unidade: <b>23d 10h 7min</b>		Permanência no Leito: <b>18d 11h 21min</b>

### **EVOLUÇÃO MEDICA (THAYSA DE SOUSA COSTA - 27/04/2020 07:25:21)**

#### **EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

Descrição da evolução:

#ORTOPEDIA

#LUXAÇÃO DE JOELHO DIREITO

#EM USO DE FIXADOR EXTERNO DESDE 03/04/2020

#6º DPO DE LMC POR DR. SAVIO E DR. CARLOS

PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO APRESENTOU DOR E DEFORMIDADE EM JOELHO DIREITO COM PULSO DISTAL MANTIDO E RX EVIDENCIANDO LUXAÇÃO DO JOELHO DIREITO. REALIZADO FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR DE MID EM 03/04/2020 REALIZADO POR DR. ARÃO E DR. LAURI QUE DEVE SER MANTIDO POR 3 SEMANAS.

PACIENTE ESTÁVEL EM SEU QUADRO E SEM QUEIXAS. SEGUE EM REALIZAÇÃO DE CURATIVO DIARIO E AGUARDA TEMPO PARA RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO. REFERE MELHORA DA DOR EM PONTADA NA FO DA REGIAO MEDIAL DO JOELHO DIREITO.

EXAMES:(04/04): LEUCO: 13670 SEGM:88% GLICOSE:265 Ur:33 Cr:1,81 INR 1,09 EXAMES (18/04): LEUCO:9100 SEG: 72% GLICEMIA 315 UREIA:40 CR: 1,66 INR: 1,0 PCR: 46,4  
EXAMES (21/04): GLICEMIA EM JEJUM: 315.

CD:

SOLICITAR RNM DE JOELHO DIREITO APÓS RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO.

VPM

CURATIVO DIÁRIO

AGUARDA RESULTADOS DE EXAMES - GLICEMIA

Seção: POSTO IB - ENF 08 Leito: LEITO - 002  
Profissional responsável pela informação: THAYSA DE SOUSA COSTA

Número Conselho: 12799

Dra. Thaysa Costa  
CRP 02/12799

## RELATÓRIO DE CIRURGIA



NOME: AIRTON MONTEIRO DA ROCHA BE/PRONT: 1231999  
 IDADE: 59 SEXO: M COR: \_\_\_\_\_ DATA: 28/4/2020  
 CLÍNICA /SETOR: ORTOPEDIA EMP: \_\_\_\_\_ LR: \_\_\_\_\_  
 CIRURGIA: RETIRDA DE FIXADOR EXTERNO DE MID  
 CIRURGIÃO: DR NILVAN 1º ASS: DR TIAGO  
 2º ASS: MR3 DANIEL CONSERVA 3º ASS: \_\_\_\_\_  
 INSTRUMENTADOR:  ANESTESISTA:   
 TIPO DE ANESTESIA: SEDAÇÃO HORÁRIO INÍCIO: \_\_\_\_\_ TÉRMINO: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO	CÓDIGO
<u>LUXAÇÃO DE JOELHO DIREITO</u>	

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	CÓDIGO
<u>RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO DE MID</u>	

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO:

Descrição:

Biópsia de Congelação:

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

ENFERMARIA  
 \_\_\_\_\_ RESIDÊNCIA

TERAPIA INTENSIVA  
 ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM:

28/4/2020

Dr. André G. S. Ximenes  
 Médico  
 CRM-PB 12412

RELATÓRIO DE CIRURGIA



SBO

DESCRICAÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA

ASSEPSIA E ANTISSEPSIA

Incisão:

NÃO TEVE INCISÃO

Achados:

Conduta:

RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO EM MID

Fechamento:

RAIO-X DE CONTROLE

Observação:

Médico/CRM:

João Pessoa,

28/4/2020

Dr. André G. S. Ximenes  
Médico  
CRM-PB 12412

Nota de Sala Cirúrgica

0  
SAL

*Artur Monteiro da Rocha*

NOME DO PACIENTE: *Artur Monteiro da Rocha*  
 IDADE: *59* RUE: *231999* SETOR: *INTERNAÇÃO* LITRO: *LEITO*  
 CIRURGIA: *TrueCure Rabatada de Fixador Externo Externo*  
 CIRURGÃO: *Dr. Nilton Thieire* ANESTESIA: *Sedação*  
 ANESTESISTA: *DR. Thieire*  
 INSTRUMENTADOR: *DR. Thieire*

DATA: *28/04/2020* HORA CIRÚRGICA - ANESTESIA: INÍCIO *07:50* CIRURGIA: INÍCIO *08:20*  
 ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)

ASA I ( ) ASA II ( ) ASA III ( ) ASA IV ( ) ASA V ( )

GRADO DE CONTAMINAÇÃO: ( ) LIMPA ( ) CONTAMINADA ( ) INFECTADA ( ) POTENCIALMENTE CONTAMINADA

MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD.	SOLUÇÕES	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.
ALFENTANILA				JELCO Nº18		FIO CAT GUT CRONADO Nº	
BUPIVACAÍNA ISOBÁICA				JELCO Nº19		FIO CAT GUT CRONADO Nº	
BUPIVACAÍNA PESADA				JELCO Nº22		FIO DE ACO Nº	
CETamina	1			JELCO Nº24		FIO DE ACO Nº	
DROPERIDOL				KIT SIST DREN TORÁXICO Nº		FIO DE NYLON Nº	
EMBOLATO				LÂMINA BISTURI Nº11		FIO DE NYLON Nº	
FOXBARTAL				LÂMINA BISTURI Nº13		FIO DE NYLON Nº	
TANALA	1			LÂMINA BISTURI Nº23		FIO POLIGLACTINA Nº	
FLUMAZENIL				LÂMINA BISTURI Nº24		FIO POLIGLACTINA Nº	
ISOFLURANO				LÂMINA DE DERMATOMO		FIO POLIPROPILENO Nº	
LEVOSUPRIVACAINA C/VASO				LÂMINA DE ENGOERTO		FIO POLIPROPILENO Nº	
LEVOSUPRIVACAINA S/VASO				LUVA DE PROCEDIMENTO PAR.	OK	FIO POLIPROPILENO Nº	
LIODOCINA C/VASO				LUVA ESTÉRIL Nº1.0		FIO POLIPROPILERO Nº	
LIODOCINA S/VASO				LUVA ESTÉRIL Nº1.1		FIO POLIVALECARPONE Nº	
MEIZOLAN	1			LUVA ESTÉRIL Nº1.0		FIO SEDAN Nº	
MORFINA				LUVA ESTÉRIL Nº1.5		FITA CARDIÁCA	
MTMBILUM				MÁSCARA CIRÚRGICA	OK	MATERIAL ESPECIAL	QTD.
PANCURÔMIO				MULTIVIAS		CATETER DE PIC	
PETIDA				PERITRATOR DE SORO		CONTOCO CIRÚRGICO	
PEPOFOL				SCALE Nº19		CLIP TITÂNIO LIGADURA	
RACOGENTANILA				SCALE Nº21		FIO DE KRACHINNER Nº	
ROCURÔMIO				SERINGA 1ML		FIO DE KRACHINNER Nº	
SEVOFLURANO				SERINGA 1ML		FIO STEINMAN Nº	
SUFANETÔNIO				SERINGA 10ML		FIO STEINMAN Nº	
TIOPIental				SERINGA 20ML		GRAMPEADOR CIRÚRGICO	
MEDICAÇÕES	QTD.	BOLSA PI COLOSTOMIA		SONDA ASP TRAQUEAL Nº		HEMOST. ABSERVATEL	
ADRENALINA		CÂMULA PV/TRAQUEOSTOMIA Nº		SONDA ASP TRAQUEAL Nº10		KIT DREN/VENTRICULAR	
ÁGUA DESTILADA		CATETER DE OXIGENO		SONDA ASP TRAQUEAL Nº12		PROTESE VASCULAR	
ATROFOPINA		CATETER EMBOLICO ARTERIAL Nº		SONDA ASP TRAQUEAL Nº14		KIT FAM	
CETRA		CATETER EPIDURAL Nº16		SONDA ASP TRAQUEAL Nº16		FIXADOR EXTERNO	
FAZOLINA		CATETER EPIDURAL Nº17		SONDA FOLEY 2VIAS Nº12		EMPRESA	
RAMETASONA		CATETER EPIDURAL Nº18		SONDA FOLEY 2VIAS Nº14			
OPIRONA SÓDICA		CERA PARA OSSO		SONDA NASOG. CURTA		PARAFUSOS CORTICais	
EFECDINA		COLET URINA FECHADO		SONDA NASOG. LONGA		PARAFUSOS CORTICais	
FUROSEMIDA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS		SONDA URETRAL Nº		PARAFUSOS ESPONHOSES	
GLUCOSE 30%		DREN DE PENNOSE		TOMONERINHA		PARAFUSOS FASCIIDES	
GLUCONATO DE CALCIO		DRENO DE SUÇÃO		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		PARAFUSOS MATERIAIS	
HIDROCORTISONA		ELETRODOS		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		PARAFUSOS MATERIAIS	
LÍDocaína GELEIA		EQUIPO MACRODOTTAS		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		PLACA	
CINNASENTRONA		EQUIPO TRANSF. SANGUE		TUBO SILICONE (LATERO)		PLACA	
PLASD.		EQUIPO MICRODOTTAS				EQUIPAMENTOS	
POSITIONER		ESPONJA DE PVC				ASPIRADOR	
PROTAMINA		ESPARADRAGO				BISTURI ELÉTRICO	
TENOXICAN		GAZES				CAPNÓGRAFO	
		GAZES ALCOOLIZADAS				CARDIOMONITOR	
		GEL ELETROLITICO				DESESPRESSOR	
		JELCO Nº1*				FIOCO ALCOOLÍAC	
		JELCO Nº18				FIOCO CENTRAL	
						HIGROMETRO DE PULSO	
						OXIMETRO DE PULSO	
						PAQUETE INVASIVA/ NIVELAR	
						PERFURADOR ELÉTRICO	
						PIRUL	

*And Luiz In Silveira*  
*Tec. Balneario 007*  
*COREN-PB 849 34*  
*(FON) 8301-0111*

DETALHES		FICHA DE ANESTESIA		DATA 28/07/10		PRONTUÁRIO		1231999	
NOME		Sérgio M		COR:		IDADE:		59	
TELEFONE		PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA PESO		GRUPO SANGUÍNEO			
ESTADO GERAL		BOM	REGULAR / MUITO PESSIMO	RISCO CIRÚRGICO		BOM	REGULAR / MUITO PESSIMO		
EXAMES COMPLEMENTARES		URIN							
AP. RESPIRATÓRIO		COPROSC		AP. CIRCULATÓRIO					
AP. DIGESTIVO		EGF		ESTADIMENTO		DROGAS EM USO			
PRE-ANESTÉSICO								ESTADO FÍSICO FAX	
DIAGNÓSTICO PRE-OPERATÓRIO								II	
CIRURGIA ENQUANTO									
CIRURGIA		AUXILIARES							
INICIADA ANESTESE		TENSÃO DA ANESTESIA				DURAÇÃO DA ANESTESIA		1h	
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		OLHOS DE CH				VALORES RS			
ANESTESESTA		CRM-PB				CRM-PB			
ACONTECEU									
NADA									

14

~~ESTA  
Coopaness PB  
Tieres Kehrwald  
Médico Anestesiólogo  
Calle 29 7179~~

# Sealcoo

MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO  
Mês de Março

Fenton Socy

cetamin 20 mg

www.360dzz.com

• 例題と解説

Cooperativa  
Tierra y Kepa  
Medico Anestesiologista  
034-PE-7172

## RELATÓRIO DE CIRURGIA



NOME: AIRTON MONTEIRO DA ROCHA BE/PRONTUÁRIO 1231999  
 IDADE: 59 ANOS SEXO: M COR: \_\_\_\_\_ DATA: 21/4/2020  
 CLÍNICA /SETOR: ORTOPEDIA  
 CIRURGIA: LIMPEZA MECÂNICO CIRÚRGICA DE JOELHO DIREITO  
 CIRURGIÃO: DR SAVIO BRUNO 1º ASS: DR CARLOS ALBERTO  
 2º ASS: MR1 THAYSA 3º ASS: 1  
 INSTRUMENTADOR:  ANESTESISTA: Dr. Giliardo + MR1 Thaysa  
 TIPO DE ANESTESIA: SEDAÇÃO HORÁRIO INÍCIO: \_\_\_\_\_ TERMINO: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO	CID
<u>INFECÇÃO DE FO EM JOELHO DIREITO</u>	

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	CÓDIGO
<u>LIMPEZA MECÂNICO CIRÚRGICA DE FO DE JOELHO DIREITO</u>	

IDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO NÃO

DESCRIÇÃO: \_\_\_\_\_

BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO: \_\_\_\_\_

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

ENFERMARIA  
 \_\_\_\_\_ RESIDÊNCIA      TERAPIA INTENSIVA  
 \_\_\_\_\_                  ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM: \_\_\_\_\_

DATA: 21/4/2020

*Dra. Thaysa Costa*  
*CRM-PB 02.1799*



RELATÓRIO DE CIRURGIA

DESCRICAÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL HORIZONTAL SOB SEDAÇÃO

ASSEPSIA E ANTISSEPSIA

APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS ESTÉREIS

Incisão:

NÃO HOUVE

Achados:

PRESença DE SECREÇÃO NÃO PURULENTa/ SEROSSANGUINOLENTa EM DISCRETA QUANTIDADE

Conduta:

RETIRADA DE SUTURA PRÉVIA EM PONTOS ALTERNADOS - MEDIAL E DISTALMENTE

LMC COM SF0,9% ABUNDANTE

LIMPEZA DE REGIÃO PERI FIOS DE SCHANZ

Fechamento:

CURATIVOS ESTÉREIS

Observação:

Médico/CRM:

Dra. Thaysa Casla  
Médica  
CRM-PB: 12.798

João Pessoa,

21/4/2020

Nota de Sala Cirúrgica



*sirton monteiro da Rocha*

NOME DO PACIENTE: **59** ANOS DE IDADE - DATA: **12/3/1999** - HOSPITAL: **INTERMARIA** - QUARTO: **08** - LEITO: **02**

CIRURGIA: **LIMPEZA CIRÚRGICA** - DRA: **Sávio** - DATA:

COLUNAR: **Dr. Sávio** - DATA:

ANESTESIA: **Dr. Culvandro** - DATA:

ANESTESISTA: **sedação + local** - DATA:

INSTRUMENTADOR:

DATA: **21/4/2020** - TEMPO CIRÚRGICO: **10:00** - ANESTESIA: INÍCIO: **10:20** - CIRURGIA: INÍCIO: **10:20**

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

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

GRUPO DE CONTAMENACAO: ( ) LIMPA ( ) CONTAMENADA ( ) INFECTADA ( ) POTENCIALMENTE CONTAMENADA

MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.
ALFENTANILA		SORO JUNIOR 1L		FIO CAT GUT CROMADO N°	
BUTIVACAINA ISOBÁSTICA		SORO 4% 500 ml		FIO CAT GUT CROMADO N°	
BUTIVACAINA PESADA				FIO DE AÇO N°	
CETANINA				FIO DE NYLON N°	
DROPERIDOL				FIO DE NYLON N°	
ETOHIDRATO				FIO POLIGLACTINA N°	
FENDOBARBITAL				FIO POLIGLACTINA N°	
FENTANILA				FIO POLIGLACTINA N°	
FLUMAZENIL				FIO POLIGLACTINA N°	
ISOFLURANO				FIO POLIPROPILENO N°	
LEVOBUTIVACAINA O/VASO				FIO POLIPROPILENO N°	
LEVOBUTIVACAINA S/VASO				FIO POLIPROPILENO N°	
LIDOCAINA O/VASO		AGULHA 13X4,5		FIO POLIOLÉAFRONE N°	
LIDOCAINA S/VASO		AGULHA 15X0,7		FIO SEDA N°	
MIDAZOLAN		AGULHA 25X0,8		FITA CARDIACA	
MORFINA		AGULHA 40X12		MATERIAL ESPECIAL	QTD.
MINGUM		AGULHA PERIDURAL N°16		CATETER DE PIC	
PANCUBORTONO		AGULHA PERIDURAL N°17		EMENTO CIRÚRGICO	
PETIDONA		AGULHA PERIDURAL N°18		CLIP TITÂNIO LIGADURA	
MEOPORFOL		AGULHA RAQUÍ N°23G		FIO DE KIRSCHNER N°	
RAMPENTANILA		AGULHA RAQUÍ N°24G		FIO DE KIRSCHNER N°	
ROCURÔNIO		AGULHA RAQUÍ N°25G		FIO STEINMAN N°	
SEVOFLURANO		ALODDÃO ORTOPÉDICO		FIO STEINMAN N°	
SUX ADITÔNIO		ATADURA DE CRIPOM 30 cm		GRANPEADOR CIRÚRGICO	
TICOFENTAL		ATADURA GESSADA		HEMOST. ABSORVÍVEL	
MEDICAÇÕES	QTD. BOLSA IN COLOSTOMIA			KIT DRENIVA. VENTRICULAR	
ADRENALINA		CÂMULA INTRAQUISTÓMEA N°		KIT DRENIVA. VASCULAR	
AQUA DESTILADA		CATETER DE OXIGÊNIO		KIT FAM	
ATROFOPINA		CATETER EMBOLIC ARTERIAL N°		OLADOR EXTERNO	
BEKTRA		CATETER EPIDURAL N°16		EMPRESA	
CEFACOLINA		CATETER EPIDURAL N°17			
DEXAMETASONA		CATETER EPIDURAL N°18			
DITRONA SÓDICA		CERA PARA OSSO		BARATUROS COSTÍCAIS	
EFDURINA		COLET. URINA FECHADO		BARATUROS COSTÍCAIS	
FUROSEMIDA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS		BARATUROS EPITÓPSICO	
GLICOSE 30%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS		BARATUROS ESPINHO	
GLUCONATO DE CALÇO		CRENO DE PENROSE		BARATUROS MALEOLAR	
HIDROCORTISONA		CRENO DE SUCCÃO		BARATUROS MALEOLAR	
LEDOCAÍNA GELEIA		ELETRODOS		BLACA	
ONDASENTRONA		EQUIPO MACROGOTAS		BLACA	
PLASG.		EQUIPO TRANSF. SANGUE		EQUIPAMENTOS	
FROSTIONENE		EQUIPO MICROGOTAS			
PROTAMINA		ESPONJA DE PVC		ASPIRADOR	
TEHOXICAN		ESPARADRAFO		BISTURI ELÉTRICO	
		GAZES		CAPNÓGRAFO	
		GAZES ALGODONADAS		CARDIOMONITOR	
		GEL ELETROLÍTICO		DESTERILIZADOR	
		TELCO N°14		FOCO AUXILIAR	
		TELCO N°16		FOCO CENTRAL	
				MICROSCOPIO	
				OXÍMETRO DE PULSO	
				P.A. NÃO INVASIVA	
				PERFLATOR ELÉTRICO	
				SEIRA	
				CIRCULANTE	

*Rosângela Ferreira  
Téc. Enfermagem*

## (ENTRADA) FICHA DE ANESTESIA

DATA: 21/04/2020

FRONTUÁRIO:

1231999

PA = 200x

28 mmHg

TEMPERATURA:

59 ANOS

PACIENTE: AIRTON MONTEIRO DA ROCHA

SEXO: M COR: Branco

PRESSÃO ARTERIAL PULSO: 86 bpm RESPIRAÇÃO: 16 rpm

GRUPO SANGUÍNEO:

ESTADO GERAL: BOM I REGULAR / MAL PESSIMA RISCO CIRÚRGICO I FONTE: REGULAR / MAL PESSIMA

EXAMES COMPLEMENTARES: Vida Privativa

AP CIRCULATORIO: RR em 21, BNP: s/s

AP RESPIRATÓRIO:

AP DIGESTIVO:

PRE-ANESTÉSICO:

DIAGNÓSTICO PREOPERATÓRIO:

CIRURGIA REALIZADA:

CIRURGÃO:

INÍCIO DA ANESTESIA:

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:

ANESTESISTA:

Jegom &gt; 8h ESTADO MENTAL:

MidaZolm 5mg + Fentanil 10mcg + Drogendol

Infecções de ferida Operária

Drenagem + Desbridamento + Limpeza de ferido Operatório

ALVITARES

TERMINO DA ANESTESIA:

QUANT. DE CH.

CRV/PB

ESTADOCORPS

ASA III

Ciproptax + Clorammina

EXAMENES:

O2:

100%

50%

40%

30%

20%

10%

5%

2%

1%

0%

100% 50% 40% 30% 20% 10% 5% 2% 1% 0%

100% 50% 40% 30% 20% 10% 5% 2% 1% 0%

100% 50% 40% 30% 20% 10% 5% 2% 1% 0%

100% 50% 40% 30% 20% 10% 5% 2% 1% 0%

100% 50% 40% 30% 20% 10% 5% 2% 1% 0%

100% 50% 40% 30% 20% 10% 5% 2% 1% 0%

100% 50% 40% 30% 20% 10% 5% 2% 1% 0%

100% 50% 40% 30% 20% 10% 5% 2% 1% 0%

100% 50% 40% 30% 20% 10% 5% 2% 1% 0%

100% 50% 40% 30% 20% 10% 5% 2% 1% 0%

100% 50% 40% 30% 20% 10% 5% 2% 1% 0%

100% 50% 40% 30% 20% 10% 5% 2% 1% 0%

100% 50% 40% 30% 20% 10% 5% 2% 1% 0%

100% 50% 40% 30% 20% 10% 5% 2% 1% 0%

100% 50% 40% 30% 20% 10% 5% 2% 1% 0%

100% 50% 40% 30% 20% 10% 5% 2% 1% 0%

100% 50% 40% 30% 20% 10% 5% 2% 1% 0%

100% 50% 40% 30% 20% 10% 5% 2% 1% 0%

100% 50% 40% 30% 20% 10% 5% 2% 1% 0%

100% 50% 40% 30% 20% 10% 5% 2% 1% 0%

100% 50% 40% 30% 20% 10% 5% 2% 1% 0%

100% 50% 40% 30% 20% 10% 5% 2% 1% 0%

100% 50% 40% 30% 20% 10% 5% 2% 1% 0%

100% 50% 40% 30% 20% 10% 5% 2% 1% 0%

100% 50% 40% 30% 20% 10% 5% 2% 1% 0%

100% 50% 40% 30% 20% 10% 5% 2% 1% 0%

100% 50% 40% 30% 20% 10% 5% 2% 1% 0%

100% 50% 40% 30% 20% 10% 5% 2% 1% 0%

100% 50% 40% 30% 20% 10% 5% 2% 1% 0%

100% 50% 40% 30% 20% 10% 5% 2% 1% 0%

100% 50% 40% 30% 20% 10% 5% 2% 1% 0%

100% 50% 40% 30% 20% 10% 5% 2% 1% 0%

100% 50% 40% 30% 20% 10% 5% 2% 1% 0%

100% 50% 40% 30% 20% 10% 5% 2% 1% 0%

100% 50% 40% 30% 20% 10% 5% 2% 1% 0%

100% 50% 40% 30% 20% 10% 5% 2% 1% 0%

100% 50% 40% 30% 20% 10% 5% 2% 1% 0%

100% 50% 40% 30% 20% 10% 5% 2% 1% 0%

100% 50% 40% 30% 20% 10% 5% 2% 1% 0%

100% 50% 40% 30% 20% 10% 5% 2% 1% 0%

100% 50% 40% 30% 20% 10% 5% 2% 1% 0%

100% 50% 40% 30% 20% 10% 5% 2% 1% 0%

100% 50% 40% 30% 20% 10% 5% 2% 1% 0%

100% 50% 40% 30% 20% 10% 5% 2% 1% 0%

100% 50% 40% 30% 20% 10% 5% 2% 1% 0%

100% 50% 40% 30% 20% 10% 5% 2% 1% 0%

100% 50% 40% 30% 20% 10% 5% 2% 1% 0%

100% 50% 40% 30% 20% 10% 5% 2% 1% 0%

100% 50% 40% 30% 20% 10% 5% 2% 1% 0%

100% 50% 40% 30% 20% 10% 5% 2% 1% 0%

100% 50% 40% 30% 20% 10% 5% 2% 1% 0%

100% 50% 40% 30% 20% 10% 5% 2% 1% 0%

100% 50% 40% 30% 20% 10% 5% 2% 1% 0%

100% 50% 40% 30% 20% 10% 5% 2% 1% 0%

100% 50% 40% 30% 20% 10% 5% 2% 1% 0%

100% 50% 40% 30% 20% 10% 5% 2% 1% 0%

100% 50% 40% 30% 20% 10% 5% 2% 1% 0%

100% 50% 40% 30% 20% 10% 5% 2% 1% 0%

100% 50% 40% 30% 20% 10% 5% 2% 1% 0%

100% 50% 40% 30% 20% 10% 5% 2% 1% 0%

100% 50% 40% 30% 20% 10% 5% 2% 1% 0%

100% 50% 40% 30% 20% 10% 5% 2% 1% 0%

100% 50% 40% 30% 20% 10% 5% 2% 1% 0%

100% 50% 40% 30% 20% 10% 5% 2% 1% 0%

100% 50% 40% 30% 20% 10% 5% 2% 1% 0%

100% 50% 40% 30% 20% 10% 5% 2% 1% 0%

100% 50% 40% 30% 20% 10% 5% 2% 1% 0%

100% 50% 40% 30% 20% 10% 5% 2% 1% 0%

100% 50% 40% 30% 20% 10% 5% 2% 1% 0%

100% 50% 40% 30% 20% 10% 5% 2% 1% 0%

100% 50% 40% 30% 20% 10% 5% 2% 1% 0%

100% 50% 40% 30% 20% 10% 5% 2% 1% 0%

100% 50% 40% 30% 20% 10% 5% 2% 1% 0%

100% 50% 40% 30% 20% 10% 5% 2% 1% 0%

100% 50% 40% 30% 20% 10% 5% 2% 1% 0%

100% 50% 40% 30% 20% 10% 5% 2% 1% 0%

100% 50% 40% 30% 20% 10% 5% 2% 1% 0%

100% 50% 40% 30% 20% 10% 5% 2% 1% 0%

100% 50% 40% 30% 20% 10% 5% 2% 1% 0%

100% 50% 40% 30% 20% 10% 5% 2% 1% 0%

100% 50% 40% 30% 20% 10% 5% 2% 1% 0%

100% 50% 40% 30% 20% 10% 5% 2% 1% 0%

100% 50% 40% 30% 20% 10% 5% 2% 1% 0%

100% 50% 40% 30% 20% 10% 5% 2% 1% 0%

100% 50% 40% 30% 20% 10% 5% 2% 1% 0%

100% 50% 40% 30% 20% 10% 5% 2% 1% 0%

100% 50% 40% 30% 20% 10% 5% 2% 1% 0%

100% 50% 40% 30% 20% 10% 5% 2% 1% 0%

100% 50% 40% 30% 20% 10% 5% 2% 1% 0%

100% 50% 40% 30% 20% 10% 5% 2% 1% 0%

100% 50% 40% 30% 20% 10% 5% 2% 1% 0%

100% 50% 40% 30% 20% 10% 5% 2% 1% 0%

100% 50% 40% 30% 20% 10% 5% 2% 1% 0%

100% 50% 40% 30% 20% 10% 5% 2% 1% 0%

100% 50% 40% 30% 20% 10% 5% 2% 1% 0%

100% 50% 40% 30% 20% 10% 5% 2% 1% 0%

100% 50% 40% 30% 20% 10% 5% 2% 1% 0%

100% 50% 40% 30% 20% 10% 5% 2% 1% 0%

100% 50% 40% 30% 20% 10% 5% 2% 1% 0%

100% 50% 40% 30% 20% 10% 5% 2% 1% 0%

100% 50% 40% 30% 20% 10% 5% 2% 1% 0%

100% 50% 40% 30% 20% 10% 5% 2% 1% 0%

100% 50% 40% 30% 20% 10% 5% 2% 1% 0%

100% 50% 40% 30% 20% 10% 5% 2% 1% 0%

100% 50% 40% 30% 20% 10% 5% 2% 1% 0%

100% 50% 40% 30% 20% 10% 5% 2% 1% 0%

100% 50% 40% 30% 20% 10% 5% 2% 1% 0%

100% 50% 40% 30% 20% 10% 5% 2% 1% 0%

100% 50% 40% 30% 20% 10% 5% 2% 1% 0%

100% 50% 40% 30% 20% 10% 5% 2% 1% 0%

100% 50% 40% 30% 20% 10% 5% 2% 1% 0%

100% 50% 40% 30% 20% 10% 5% 2% 1% 0%

100% 50% 40% 30% 20% 10% 5% 2% 1% 0%

100% 50% 40% 30% 20% 10% 5% 2% 1% 0%

100% 50% 40% 30% 20% 10% 5% 2% 1% 0%

100% 50% 40% 30% 20% 10% 5% 2% 1% 0%

100% 50% 40% 30% 20% 10% 5% 2% 1% 0%

100% 50% 40% 30% 20% 10% 5% 2% 1% 0%

100% 50% 40% 30% 20% 10% 5% 2% 1% 0%

100% 50% 40% 30% 20% 10% 5% 2% 1% 0%

100% 50% 40% 30% 20% 10% 5% 2% 1% 0%

100% 50% 40% 30% 20% 10% 5% 2% 1% 0%

100% 50% 40% 30% 20% 10% 5% 2% 1% 0%

100% 50% 40% 30% 20% 10% 5% 2% 1% 0%

100% 50% 40% 30% 20% 10% 5% 2% 1% 0%

100% 50% 40% 30% 20% 10% 5% 2% 1% 0%

100% 50% 40% 30% 20% 10% 5% 2% 1% 0%

100% 50% 40% 30% 20% 10% 5% 2% 1% 0%

100% 50% 40% 30% 20% 10% 5% 2% 1% 0%

100% 50% 40% 30% 20% 10% 5% 2% 1% 0%

100% 50% 40% 30% 20% 10% 5% 2% 1% 0%

100% 50% 40% 30% 20% 10% 5% 2% 1% 0%

100% 50% 40% 30% 20% 10% 5% 2% 1% 0%

100% 50% 40% 30% 20% 10% 5% 2% 1% 0%

100% 50% 40% 30% 20% 10% 5% 2% 1% 0%

100% 50% 40% 30% 20% 10% 5% 2% 1% 0%

100% 50% 40% 30% 20% 10% 5% 2% 1% 0%

100% 50% 40% 30% 20% 10% 5% 2% 1% 0%

100% 50% 40% 30% 20% 10% 5% 2% 1% 0%

100% 50% 40% 30% 20% 10% 5% 2% 1% 0%

100% 50% 40% 30% 20% 10% 5% 2% 1% 0%

100% 50% 40% 30% 20% 10% 5% 2% 1% 0%

100% 50% 40% 30% 20% 10% 5% 2% 1% 0%

100% 50% 40% 30% 20% 10% 5% 2% 1% 0%&lt;/div



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

Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Impresso por: AUGUSTO GONCALVES SARMENTO JUNIOR

Em: 26/04/2020 07:22:20

Nome <b>ARTON MONTEIRO DA ROCHA</b>		Boletim de Atendimento 1231999	Data/Hora Entrada 03/04/2020 21:18:42	Data/Hora Saída
Data de nascimento 21/08/1960	Idade 59	Sexo Masculino	CNS 708201182654345	Prontuário 122030
Tempo de Internação 22d 5h 10min		Convênio SUS		Plantão DIURNO
Data de Entrada 03/04/2020 21:18:42	Data Internação 04/04/2020 02:12:54	Permanência na Unidade: 22d 10h 4min		Permanência no Leito: 17d 11h 18min

### Evolução médica (AUGUSTO GONCALVES SARMENTO JUNIOR - 26/04/2020 07:21:29)

#### **Evolução**

PROCEDIMENTO:

Descrição da evolução:

#ORTOPEDIA

#LUXAÇÃO DE JOELHO DIREITO

#EM USO DE FIXADOR EXTERNO DESDE 03/04/2020

#5º DPO DE LMC POR DR. SAVIO E DR. CARLOS

PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO APRESENTOU DOR E DEFORMIDADE EM JOELHO DIREITO COM PULSO DISTAL MANTIDO E RX EVIDENCIANDO LUXAÇÃO DO JOELHO DIREITO. REALIZADO FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR DE MID EM 03/04/2020 REALIZADO POR DR. ARÃO E DR. LAURI QUE DEVE SER MANTIDO POR 3 SEMANAS.

PACIENTE ESTÁVEL EM SEU QUADRO E SEM QUEIXAS. SEGUE EM REALIZAÇÃO DE CURATIVO DIARIO E AGUARDA TEMPO PARA RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO. REFERE MELHORA DA DOR EM PONTADA NA FO DA REGIAO MEDIAL DO JOELHO DIREITO.

EXAMES:(04/04): LEUCO: 13670 SEGM:88% GLICOSE:265 Ur:33 Cr:1,81 INR 1,09 EXAMES (18/04): LEUCO:9100 SEG: 72% GLICEMIA 315 UREIA:40 CR: 1,66 INR: 1,0 PCR: 46,4  
EXAMES (21/04): GLICEMIA EM JEJUM: 315.

CD:

SOLICITAR RNM DE JOELHO DIREITO APÓS RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO.

VPM

CURATIVO DIÁRIO

AGUARDO PARECER DA ENDOCRINOLOGIA

Seção: POSTO IB - ENF 08 Leito: LEITO - 002

Profissional responsável pela informação: AUGUSTO GONCALVES SARMENTO JUNIOR

Número Conselho: 12411



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

Impresso por: THAYSA DE SOUSA COSTA  
Em: 24/04/2020 06:40:13

Nome <b>AIRTON MONTEIRO DA ROCHA</b>	Boletim de Atendimento 1231999	Data/Hora Entrada 03/04/2020 21:18:42	Data/Hora Saída	
Data de nascimento 21/08/1960	Idade 59	Sexo Masculino	CNS 708201182654345	Prontuário 122030
Tempo de Internação 20d 4h 28min	Convênio SUS	Plantão NOTURNO		
Data de Entrada 03/04/2020 21:18:42		Permanência na Unidade: 20d 9h 22min		Permanência no Leito 15d 10h 36min

## Evolução Médica (THAYSA DE SOUSA COSTA - 24/04/2020 06:40:07)

### Evolução

PROCEDIMENTO.

Descrição da evolução:

#ORTOPEDIA

#LUXAÇÃO DE JOELHO DIREITO

#EM USO DE FIXADOR EXTERNO DESDE 03/04/2020

#3º DPO DE LMC POR DR. SAVIO E DR. CARLOS

PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO APRESENTOU DOR E DEFORMIDADE EM JOELHO DIREITO COM PULSO DISTAL MANTIDO E RX EVIDENCIANDO LUXAÇÃO DO JOELHO DIREITO. REALIZADO FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR DE MID EM 03/04/2020 REALIZADO POR DR. ARÃO E DR. LAURI QUE DEVE SER MANTIDO POR 3 SEMANAS.

PACIENTE ESTAVEL EM SEU QUADRO E SEM QUEIXAS. SEGUE EM REALIZAÇÃO DE CURATIVO DIARIO E AGUARDA TEMPO PARA RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO. REFERE MELHORA DA DOR EM PONTADA NA FO DA REGIAO MEDIAL DO JOELHO DIREITO.

EXAMES (04/04): LEUCO: 13670 SEGM:88% GLICOSE:265 Ur:33 Cr:1,81 INR 1,09 EXAMES (18/04): LEUCO:9100 SEG: 72% GLICEMIA 315 UREIA:40 CR: 1,66 INR: 1,0 PCR: 46,4  
EXAMES (21/04): GLICEMIA EM JEJUM: 315.

CD:

SOLICITAR RNM DE JOELHO DIREITO APÓS RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO.

VPM

CURATIVO DIÁRIO

AGUARDO PARECER DA ENDOCRINOLOGIA/CLINICA MÉDICA

Seção: POSTO IB - ENF 08 Leito: LEITO - 002

Profissional responsável pela informação: THAYSA DE SOUSA COSTA

Número Conselho: 12799

Dra. Thaysa Costa  
Médica  
C.R.F. PB. 12.799



**Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena



*Somos todos*  
**PARAÍBA**  
Governo do Estado

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

Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Impresso por: THAYSA DE SOUSA COSTA

Em: 23/04/2020 06:48:51

Nome: <b>AIRTON MONTEIRO DA ROCHA</b>		Boletim de Atendimento <b>1231999</b>	Data/Hora Entrada <b>03/04/2020 21:18:42</b>	Data/Hora Saída
Data de nascimento <b>21/08/1960</b>	Idade <b>59</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>708201182854345</b>	Prontuário <b>122030</b>
Tempo de Internação <b>19d 4h 36min</b>		Convênio <b>SUS</b>		Plantão <b>NOTURNO</b>
Data de Entrada <b>03/04/2020 21:18:42</b>	Data Internação <b>04/04/2020 02:12:54</b>	Permanência na Unidade <b>19d 9h 30min</b>		Permanência no Leito: <b>14d 10h 44min</b>

### **Evolução Médica (THAYSA DE SOUSA COSTA - 23/04/2020 06:48:47)**

#### **Evolução**

PROCEDIMENTO:

Descrição da evolução:

#ORTOPEDIA

#LUXAÇÃO DE JOELHO DIREITO

#EM USO DE FIXADOR EXTERNO DESDE 03/04/2020

#2º DPO DE LMC POR DR. SAVIO E DR. CARLOS

PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO APRESENTOU DOR E DEFORMIDADE EM JOELHO DIREITO COM PULSO DISTAL MANTIDO E RX EVIDENCIANDO LUXAÇÃO DO JOELHO DIREITO. REALIZADO FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR DE MID EM 03/04/2020 REALIZADO POR DR. ARÃO E DR. LAURI QUE DEVE SER MANTIDO POR 3 SEMANAS.

PACIENTE ESTÁVEL EM SEU QUADRO E SEM QUEIXAS. SEGUE EM REALIZAÇÃO DE CURATIVO DIÁRIO E AGUARDA TEMPO PARA RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO. REFERE MELHORA DA DOR EM PONTADA NA FO DA REGIAO MEDIAL DO JOELHO DIREITO.

EXAMES (04/04): LEUCO: 13670 SEGM:88% GLICOSE:265 Ur:33 Cr:1,81 INR 1,09 EXAMES (18/04): LEUCO:9100 SEG: 72% GLICEMIA 315 UREIA:40 CR: 1,66 INR: 1,0 PCR: 46,4 EXAMES (21/04): GLICEMIA EM JEJUM: 315,

CD:

SOLICITAR RNM DE JOELHO DIREITO APOS RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO.

VPM

CURATIVO DIÁRIO

AGUARDO PARECER DA ENDOCRINOLOGIA/CLINICA MEDICA

Seção: POSTO IB - ENF 08 Leito: LEITO - 002  
Profissional responsável pela informação: THAYSA DE SOUSA COSTA

Número Conselho: 12799

CRM-PB  
12799



Nome <b>AIRTON MONTEIRO DA ROCHA</b>		Boletim de Atendimento <b>1231999</b>	Data/Hora Entrada <b>03/04/2020 21:18:42</b>	Data/Hora Saída	
Data de nascimento <b>21/08/1960</b>	Idade <b>59</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>708201182654345</b>	Prontuário <b>122030</b>	
Tempo de internação <b>18d 4h 58min</b>		Convênio <b>SUS</b>			
Data de Entrada <b>03/04/2020 21:18:42</b>	Data Internação <b>04/04/2020 02:12:54</b>	Permanência na Unidade <b>18d 9h 52min</b>		Permanência no Leito <b>13d 11h 6min</b>	

### Evolução médica (THAYSA DE SOUSA COSTA - 22/04/2020 07:10:51)

#### **Evolução**

PROCEDIMENTO:

Descrição da evolução:

#ORTOPEDIA

#LUXAÇÃO DE JOELHO DIREITO

#EM USO DE FIXADOR EXTERNO DESDE 03/04/2020

#1º DPO DE LMC POR DR. SAVIO E DR. CARLOS

PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO APRESENTOU DOR E DEFORMIDADE EM JOELHO DIREITO COM PULSO DISTAL MANTIDO E RX EVIDENCIANDO LUXAÇÃO DO JOELHO DIREITO. REALIZADO FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR DE MID EM 03/04/2020 REALIZADO POR DR. ARÃO E DR. LAURI QUE DEVE SER MANTIDO POR 3 SEMANAS.

PACIENTE ESTÁVEL EM SEU QUADRO E SEM QUEIXAS. SEGUE EM REALIZAÇÃO DE CURATIVO DIARIO E AGUARDA TEMPO PARA RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO.

EXAMES:(04/04): LEUCO: 13670 SEGM:88% GLICOSE:265 Ur:33 Cr:1,81 INR 1,09 EXAMES (18/04): LEUCO:9100  
SEG: 72% GLICEMIA 315 UREIA:40 CR: 1,66 INR: 1,0 PCR: 46,4  
EXAMES (21/04): GLICEMIA EM JEJUM: 315.

CD:

SOLICITAR RNM DE JOELHO DIREITO APÓS RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO.

VPM

CURATIVO DIÁRIO

SOLICITO PARECER DA ENDOCRINOLOGIA/CLINICA MÉDICA

Seção: POSTO IB - ENF 08 Leito: LEITO - 002  
Profissional responsável pela informação: THAYSA DE SOUSA COSTA

Número Conselho: 12799

Dr. Thaysa Costa  
CRM/RN: 12.799



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

Impresso por: HEUDER ROMERO LIBERALINO DA NOBREGA  
Em: 21/04/2020 09:29:04

Nome <b>AIRTON MONTEIRO DA ROCHA</b>		Boletim de Atendimento 1231999	Data/Hora Entrada 03/04/2020 21:18:42	Data/Hora Saída
Data de nascimento 21/08/1960	Idade 59	Sexo Masculino	CNS 708201182654345	Prontuário 122030
Tempo de Internação 17d 7h 17min		Convênio SUS		Plantão DIURNO
Data de Entrada 03/04/2020 21:18:42	Data Internação 04/04/2020 02:12:54	Permanência na Unidade: 17d 12h 11min		Permanência no Leito: 12d 13h 25min

### Evolução Médica (HEUDER ROMERO LIBERALINO DA NOBREGA - 21/04/2020 09:27:00)

#### **Evolução**

PROCEDIMENTO:

ESCRITÓRIO DA EVOLUÇÃO:  
RTOPEDIA.

PACIENTE VEIO PARA O BLOCO CIRÚRGICO PARA RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR FEITO NO DIA 03/04/2020. POREM FOI DISCUTIDO CASO COM ESPECIALISTAS EM JOELHO (DR ARÃO E DR THIAGO) QUE CONTRAINDICARAM A RETIRADA E ORIENTARAM QUE O MESMO SO DEVE SER RETIRADO APÓS 4 A 6 SEMANAS DE USO.

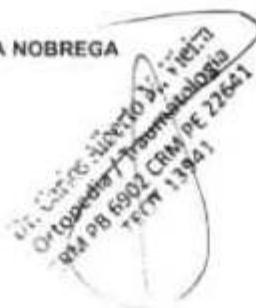
CD: LMC

STAFF: DR CARLOS ALBERTO E DR SAVIO BRUNO

Seção: POSTO IB - ENF 08 Leito: LEITO - 002

Profissional responsável pela informação: HEUDER ROMERO LIBERALINO DA NOBREGA

Número Conselho: 5050





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

Impresso por: THAYSA DE SOUSA COSTA  
Em: 19/04/2020 05:49:47

Nome <b>AIRTON MONTEIRO DA ROCHA</b>		Boletim de Atendimento 1231999	Data/Hora Entrada 03/04/2020 21:18:42	Data/Hora Saída
Data de nascimento 21/08/1960	Idade 59	Sexo Masculino	CNS 708201182654345	Prontuário 122030
Tempo de Internação 15d 3h 37min		Convênio SUS		Plantão <b>NOTURNO</b>
Data de Entrada 03/04/2020 21:18:42		Data Internação 04/04/2020 02:12:54		Permanência na Unidade: 15d 8h 31min
		Permanência no Leito: 10d 9h 45min		

### Evolução médica (THAYSA DE SOUSA COSTA - 19/04/2020 05:49:22)

#### Evolução

PROCEDIMENTO:

Descrição da evolução:

#ORTOPEDIA

#LUXAÇÃO DE JOELHO DIREITO

#EM USO DE FIXADOR EXTERNO DESDE 03/04/2020

PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO APRESENTOU DOR E DEFORMIDADE EM JOELHO DIREITO COM PULSO DISTAL MANTIDO E RX EVIDENCIANDO LUXAÇÃO DO JOELHO DIREITO, REALIZADO FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR DE MID EM 03/04/2020 REALIZADO POR DR. ARÃO E DR. LAURI QUE DEVE SER MANTIDO POR 3 SEMANAS. PACIENTE ESTÁVEL EM SEU QUADRO E SEM QUEIXAS. SEGUE EM REALIZAÇÃO DE CURATIVO DIARIO E AGUARDA TEMPO PARA RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO.

EXAMES:(04/04): LEUCO: 13670 SEGM:88% GLICOSE:265 Ur:33 Cr:1,81  
INR 1,09

EXAMES (18/04): LEUCO:9100 SEG: 72% GLICEMIA 315 UREIA:40 CR: 1,66 INR: 1,0 PCR: 46,4

CD: SOLICITAR RNM DE JOELHO DIREITO APÓS RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO.

VPM

CURATIVO DIÁRIO

Seção: POSTO IB - ENF 08 Leito: LEITO - 002  
Profissional responsável pela informação: THAYSA DE SOUSA COSTA

Número Conselho: 12799

Dra. Thaysa Costa  
CRM-PB 12799



Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOÃO PESSOA - PB, 58031000  
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Impresso por: THAYSA DE SOUSA COSTA  
Em: 18/04/2020 08:01:28

Nome <b>AIRTON MONTEIRO DA ROCHA</b>		Boletim de Atendimento <b>1231999</b>	Data/Hora Entrada <b>03/04/2020 21:18:42</b>	Data/Hora Saída
Data de nascimento <b>21/08/1960</b>	Idade <b>59</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>708201182654345</b>	Prontuário <b>122030</b>
Tempo de Internação <b>14d 5h 49min</b>	Convênio <b>SUS</b>		Plantão <b>DIURNO</b>	
Data de Entrada <b>03/04/2020 21:18:42</b>	Data Internação <b>04/04/2020 02:12:54</b>	Permanência na Unidade <b>14d 10h 43min</b>		Permanência no Leito <b>9d 11h 57min</b>

### Evolução médica (THAYSA DE SOUSA COSTA - 18/04/2020 08:01:23)

#### Evolução

PROCEDIMENTO:

Descrição da evolução

#ORTOPEDIA

#LUXAÇÃO DE JOELHO DIREITO

#EM USO DE FIXADOR EXTERNO DESDE 03/04/2020

PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO APRESENTOU DOR E DEFORMIDADE EM JOELHO DIREITO COM PULSO DISTAL MANTIDO E RX EVIDENCIANDO LUXAÇÃO DO JOELHO DIREITO. REALIZADO FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR DE MID EM 03/04/2020 REALIZADO POR DR. ARÃO E DR. LAURI QUE DEVE SER MANTIDO POR 3 SEMANAS. PACIENTE ESTÁVEL EM SEU QUADRO E SEM QUEIXAS. SEGUO EM REALIZAÇÃO DE CURATIVO DIARIO E AGUARDA TEMPO PARA RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO. FO E REGIÃO PERI FIOS DE SCHANZ. HIPEREMIA DISCRETA COM DRENAGEM DE SECREÇÃO. EXAMES:(04/04): LEUCO: 13670 SEGM:88% GLICOSE:265 Ur:33 Cr:1,81 INR 1,09

CD: SOLICITAR RNM DE JOELHO DIREITO APÓS RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO.

VPM

CURATIVO DIÁRIO

SOLICITO EXAMES LABORATORIAIS

INICIO ANTIBIÓTICO

Seção: POSTO IB - ENF 06 Leito: LEITO - 002  
Profissional responsável pela informação: THAYSA DE SOUSA COSTA

Número Conselho: 12799



**Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma**

Senado: Humberto Lucena



*Somos todos*  
**PARAÍBA**  
Governo do Estado

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

Impresso por: THAYSA DE SOUSA COSTA  
Em: 16/04/2020 06:04:31

Nome <b>AIRTON MONTEIRO DA ROCHA</b>		Boletim de Atendimento 1231999	Data/Hora Entrada 03/04/2020 21:18:42	Data/Hora Saída
Data de nascimento 21/08/1960	Idade 59	Sexo Masculino	CNS 708201182654345	Prontuário 122030
Tempo de Internação 12d 3h 52min	Convênio SUS		Plantão <b>NOTURNO</b>	
Data de Entrada 03/04/2020 21:18:42	Data Internação 04/04/2020 02:12:54	Permanência na Unidade: 12d 8h 46min	Permanência no Leito: 7d 10h	

**Evolução médica (THAYSA DE SOUSA COSTA - 16/04/2020 06:04:26)**

**Evolução**

PROCEDIMENTO:

Descrição da evolução:

#ORTOPEDIA

#LUXAÇÃO DE JOELHO DIREITO

#EM USO DE FIXADOR EXTERNO DESDE 03/04/2020

PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO APRESENTOU DOR E DEFORMIDADE EM JOELHO DIREITO COM PULSO DISTAL MANTIDO E RX EVIDENCIANDO LUXAÇÃO DO JOELHO DIREITO. REALIZADO FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR DE MID EM 03/04/2020 REALIZADO POR DR. ARÃO E DR. LAURI QUE DEVE SER MANTIDO POR 3 SEMANAS. PACIENTE ESTÁVEL EM SEU QUADRO E SEM QUEIXAS. SEGUE EM REALIZAÇÃO DE CURATIVO DIARIO E AGUARDA TEMPO PARA RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO.

EXAMES:(04/04): LEUCO: 13670 SEGM:88% GLICOSE:265 Ur:33 Cr:1,81  
INR 1,09

CD: SOLICITAR RNM DE JOELHO DIREITO APÓS RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO.

VPM

CURATIVO DIÁRIO

Seção: POSTO IB - ENF 08 Leito: LEITO - 002

Profissional responsável pela informação: THAYSA DE SOUSA COSTA

Número Conselho: 12799

Dra. Thaysa Costa  
Médica 12.799  
- 04/04/2020



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

Impresso por: THAYSA DE SOUSA COSTA  
Em: 15/04/2020 06:03:49

Nome <b>AIRTON MONTEIRO DA ROCHA</b>		Boleim de Atendimento <b>1231999</b>	Data/Hora Entrada <b>03/04/2020 21:18:42</b>	Data/Hora Saída
Data de nascimento <b>21/08/1960</b>	Idade <b>59</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>708201182654345</b>	Prontuário <b>122030</b>
Tempo de Internação <b>11d 3h 51min</b>		Convênio <b>SUS</b>		Plantão <b>NOTURNO</b>
Data de Entrada <b>03/04/2020 21:18:42</b>	Data Internação: <b>04/04/2020 02:12:54</b>	Permanência na Unidade: <b>11d 8h 45min</b>		Permanência no Leito: <b>6d 9h 59min</b>

### Evolução Médica (THAYSA DE SOUSA COSTA - 15/04/2020 06:03:45)

#### Evolução

PROCEDIMENTO:

Descrição da evolução:

#ORTOPEDIA

#LUXAÇÃO DE JOELHO DIREITO

#EM USO DE FIXADOR EXTERNO DESDE 03/04/2020

PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO APRESENTOU DOR E DEFORMIDADE EM JOELHO DIREITO COM PULSO DISTAL MANTIDO E RX EVIDENCIANDO LUXAÇÃO DO JOELHO DIREITO. REALIZADO FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR DE MID EM 03/04/2020 REALIZADO POR DR. ARÃO E DR. LAURI QUE DEVE SER MANTIDO POR 3 SEMANAS. PACIENTE SEM QUEIXAS NO MOMENTO. SEGUE EM REALIZAÇÃO DE CURATIVO DIARIO E AGUARDA TEMPO PARA RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO.

EXAMES:(04/04): LEUCO: 13670 SEGM:88% GLICOSE:265 Ur:33 Cr:1,81 INR 1,09

CD: SOLICITAR RNM DE JOELHO DIREITO APÓS RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO.

VPM

CURATIVO DIÁRIO

Seção: POSTO IB - ENF 08 Leito: LEITO - 002

Profissional responsável pela informação: THAYSA DE SOUSA COSTA

Dra. Thaysa Costa  
Médica  
CRM-PB 12.799

Número Conselho: 12799



Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma  
Tomás de Abreu



Governo do Estado  
**PARAÍBA**

### Documento de Alta

Nome: AIRTON MONTEIRO DA ROCHA		Número Prontuário: 122030	
Data de Nascimento: 21/08/1960	Sexo: Masculino	Data de Internação: 04/04/2020 02:12:54	Data de Alta: 04/05/2020 07:26:11
Motivo da alta: ALTA MÉDICA			
Conduta: ALTA MÉDICA PARA PACIENTE COM HISTÓRIA DE LUXAÇÃO DE JOELHO DIREITO APÓS QUEDA DE MOTO SUBMETIDO AOS PROCEDIMENTOS ABAIXO CITADOS E SEGUIRA EM ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL.			
Resumo da Internação: PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO APRESENTOU DOR E DEFORMIDADE EM JOELHO DIREITO COM PULSO DISTAL MANTIDO E RX EVIDENCIANDO LUXAÇÃO DO JOELHO DIREITO. REALIZADA REDUÇÃO CRUENTA DO JOELHO, REPARO DO COMPLEXO MEDIAL COM FIO ETHBOND E FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR DE MID EM 03/04/2020 POR DR. ARÃO E DR. LAURI. PACIENTE ESTÁVEL EM SEU QUADRO E SEM QUEIXAS NO MOMENTO. PACIENTE REALIZOU RNM DE JOELHO EM 30/04 (LAUDO EM ANEXO).			
Resultado de Exames:			
Tratamento: REALIZADO REPARO DO COMPLEXO MEDIAL E REDUÇÃO CRUENTA DO JOELHO DIREITO, FEZ USO DE FIXADOR EXTERNO DE 03/04/2020 A 28/04/2020, ALÉM DE LMC REALIZADA POR DR. SAVIO HÁ 16 DIAS (SAÍDA DE QUANTIDADE DISCRETA DE CONTEÚDO SANGUINOLVENTO).			
Diagnóstico: S63.1 - Luxação do joelho			
Recomendações: CURATIVO DIÁRIO ALTA HOSPITALAR SEGUIMENTO NO CEREST COM DR. ARÃO ANALGESIA ORIENTAÇÕES GERAIS TALA INGUINOMALEOLAR ORTESE ARTICULADA DO JOELHO			

Data: 04/05/2020

*Dr. Heisenberg Almeida*  
MÉDICO CRM-PB: 6229

THAYSA DE SOUSA COSTA  
CRM: 12799 - PB



AIRTON MONTEIRO DA ROCHA



DOC. IDENTIDADE / CHG ENTRADA IF  
732225 SSP PB

CPF DATA NASCIMENTO  
726.599.634-87 21/08/1960

RESAÇAO  
JAIME MONTEIRO DA  
ROCHA  
ALDEIZA MONTEIRO DE  
FARIAS

PERMISSÃO ACC CACHES  
[Redacted]

Nº REGISTRO  
02287138879

VENCIMENTO  
13/03/2023 1<sup>ª</sup> HABILITAÇÃO  
05/08/1982

OBSERVAÇÕES

A :

*Lei nº 9.514/97 art. 1º, § 1º*

ASSINATURA DO PORTADOR

LICENCA  
JOÃO PESSOA, PB  
*[Signature]*  
DATA EMISSÃO  
15/03/2018

20616255146  
PB036401412

ASSINATURA DO FISCALE

PARAÍBA

**REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

DETAN - PE  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 155172450 \* \* \* \* \* 2018

SEVERINO RODRIGUES DA SILVA

ITAMBE-PE 0

021.180.494-04 PLACA KHZ6013

\* \* \* \* \* IDE 9C2KD0520AR005375

PLACA / MODELO	ALCO/GASOL
HONDA/NXR150 BROS MIX E3	2009 2010
EF 1490L	PARTIC
COR VERMELHA	

I IPVA 2018 QUITADO	1 * * * * *
P	2 * * * * *
V 1	3 * * * * *

SEGURADA PAGO	VALOR TOTAL R\$	DATA DE PAGAMENTO
---------------	-----------------	-------------------

SOU RESERVA	RESERVA
-------------	---------

ITAMBE	Charles Andrews Sousa Ribeiro	17/12/18
DIRETOR Presidente DETAN/PE		

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PE Nº 014206876360 BILHETE DE SEGURO DPVAT  
SEVERINO RODRIGUES DA SILVA

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)  
SAC DPVAT 0800 022 1204

0  
ITAMBE-PE DATA EMISSÃO 2018 13/12/18  
PLACA KHZ6013

VIA 1	021.180.494-04	PLACA KHZ6013
155172450	HONDA/NXR150 BROS MIX E	
E009	9C2KD0520AR005375	

PRÉMIO TARIFÁRIO	
DETAN/PE	OUTRA PLACARIA/PE
SEGURADA PAGO	VALOR TOTAL R\$
RESERVA	DATA DE PAGAMENTO

**SEGURADORA LÍDER - DPVAT**  
CNPJ 09.249.001/0001-04

DESTEQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT  
ELE NÃO É DE FORTE OBRIGATÓRIO.

**IDENTIFICAÇÃO**

VÍTIMA \_\_\_\_\_

DATA DO ACIDENTE \_\_\_\_\_

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR  VÍTIMA  REPRESENTANTE LEGAL, CUIO PARABANESCO COM A VÍTIMA É \_\_\_\_\_

ENDERECO DO PORTADOR

Nº \_\_\_\_\_

COMPLEMENTO \_\_\_\_\_

UF \_\_\_\_\_

CEP \_\_\_\_\_

BARRIO \_\_\_\_\_

E-MAIL \_\_\_\_\_  
TELEFONE (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

**DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE**

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDO DE NASCIMENTO OU CERTIDO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDO DE NASCIMENTO OU CERTIDO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- LAUDO DO IMI (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- NA IMPossIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IMI: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IMI (ORIGINAL) ASSEGURADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE CONFIRME A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL) COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, Tais como Cópia de FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

**DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS**

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDO DE NASCIMENTO OU CERTIDO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL E QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

VALORES DE INDENIZAÇÃO  
 • MORTE = R\$ 13.500,00  
 • INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDA  
 DAS LESÕES E DE ACORDO COM A TABELA DE SEGURADO PREVISÃO NA LEI 6.194/74.  
 • DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REIMBOSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR  
 VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA.
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO O LISTADOS NESTE FORMULÁRIO.
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE [WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR](http://WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR) OU LIGU GRATIS SAC DPVAT 0800 022 1204

**DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE**

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDO DE NASCIMENTO OU CERTIDO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE  
DATA \_\_\_\_\_  
IDENTIDADE \_\_\_\_\_

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADA  
DATA \_\_\_\_\_  
NOME \_\_\_\_\_

ASSINATURA   
Assinatura \_\_\_\_\_

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200313569      **Cidade:** Cruz do Espírito Santo      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** AIRTON MONTEIRO DA ROCHA      **Data do acidente:** 03/04/2020      **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 04/09/2020

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** LUXAÇÃO DE JOELHO DIREITO (LESÃO LIGAMENTAR).

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE ETHBOND/FIXADOR EXTERNO). ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE JOELHO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE JOELHO DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** PÁG. 13/14/16/17\_CIRURGIA / PÁG. 29\_ALTA HOSPITALAR.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		<b>Total</b>	<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0246392/20

**Vítima:** AIRTON MONTEIRO DA ROCHA

**CPF:** 726.599.634-87

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 03/04/2020

**Titular do CPF:** AIRTON MONTEIRO DA ROCHA

**Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

**AIRTON MONTEIRO DA ROCHA : 726.599.634-87**

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](http://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: 01/09/2020  
Nome: AIRTON MONTEIRO DA ROCHA  
CPF: 726.599.634-87

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 01/09/2020  
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA  
CPF: 105.999.304-03

AIRTON MONTEIRO DA ROCHA

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA