
Rio de Janeiro, 06 de Janeiro de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200408429

Vítima: DANIELLE FONTES DA SILVA

Data do Acidente: 27/05/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), DANIELLE FONTES DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 20 de Janeiro de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200408429

Vítima: DANIELLE FONTES DA SILVA

Data do Acidente: 27/05/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), DANIELLE FONTES DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 11.812,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 70%) 52,50%

Valor a indenizar: 52,50% x 13.500,00 = R\$ 7.087,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

Recebedor: **DANIELLE FONTES DA SILVA**

Valor: **R\$ 11.812,50**

Banco: **341**

Agência: **000007730**

Conta: **0000049574-9**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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

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

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

Atenciosamente,



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - NR do sinistro ou ASI: 0324505/20 3 - CPF da vítima: 052.893.024-92 4 - Nome completo da vítima: Danielle Fontes de Silva

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

5 - Nome completo: Danielle Fontes de Silva 6 - CPF: 052.893.024-92

7 - Profissão: Automotora 8 - Endereço: Pres. Felix Antonio 9 - Número: 960 10 - Complemento:

11 - Bairro: Cruz das Armas 12 - Cidade: Jaçarã Pessoa 13 - Estado: PB 14 - CEP: 55085-460

15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 83 9873 13266

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: ITAU

AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: 7730 CONTA: 49574

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vulnascor)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Assinatura digital da vítima ou beneficiário

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 - 14 | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 24 | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Jaçarã Pessoa PB 03/11/20

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 06917.01.2020.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 06917.01.2020.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:24 horas do dia 09 de novembro 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 Cristiano Cruz Cordula, Agente de Investigação, matrícula 1565699, ao final assinado, compareceu **Danielle Fontes da Silva**, CPF nº 052.893.024-92, nacionalidade brasileira, estado civil união estável, identidade de gênero feminino, profissão Promotoras de Vendas, filho(a) de Maria da Penha Fontes da Silva e Jose Gentil da Silva, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 08/06/1985 (35 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Presidente Félix Antônio, Nº 260, bairro Cruz das Armas, tendo como ponto de referência Ao Lado da Antena da Embratel, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98731-3266.

Dados do(s) Fatos:

Local: Cruzamento do Colégio Epac., João Pessoa/PB, bairro Jaguaribe; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 27/05/20 14:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NA TARDE DO DIA 27/05/2020 POR VOLTA DAS 14:30 A DECLARANTE ESTAVA PILOTANDO A MOTO HONDA/NXR 160 BROS ANO/MOD. 2018/2018 DE COR VERMELHA DE PLACA QFY3462/PB CHASSI: 9C2KD0810JR017702 DE PROPRIEDADE DE JOSE ALEXANDRE FONTES DA SILVA PORTADOR DO CPF: 027.888.834-80 SENTIDO JAGUARIBE/CENTRO QUANDO NA ESQUINA DO COLÉGIO EPAC QUE TEM UM SEMÁFORO O SINAL FICOU VERDE PARA A DECLARANTE E ENQUANTO A MESMA ATRAVESSAVA O SINAL FOI COLIDIDA POR UM VEÍCULO NÃO IDENTIFICADO QUE AVANÇOU O SINAL VERMELHO DO CRUZAMENTO, QUE DEVIDO AO FATO A DECLARANTE VEIO A CAIR AO SOLO E SE LESIONAR SENDO SOCORRIDA PELOS BOMBEIROS AO HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA, ONDE FOI DIAGNOSTICADA FRATURA DA DIÁFISE DO ÚMERO ESQUERDO + FERIMENTO DO ANTEBRAÇO ESQUERDO + FRATURA DA DIÁFISE DO FEMUR ESQUERDO + FERIMENTO DO JOELHO DIREITO CONFORME PRONTUÁRIO Nº 122.823 DO LAUDO MÉDICO ASSINADO PELO DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA CRM: 2516/PB.

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

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



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



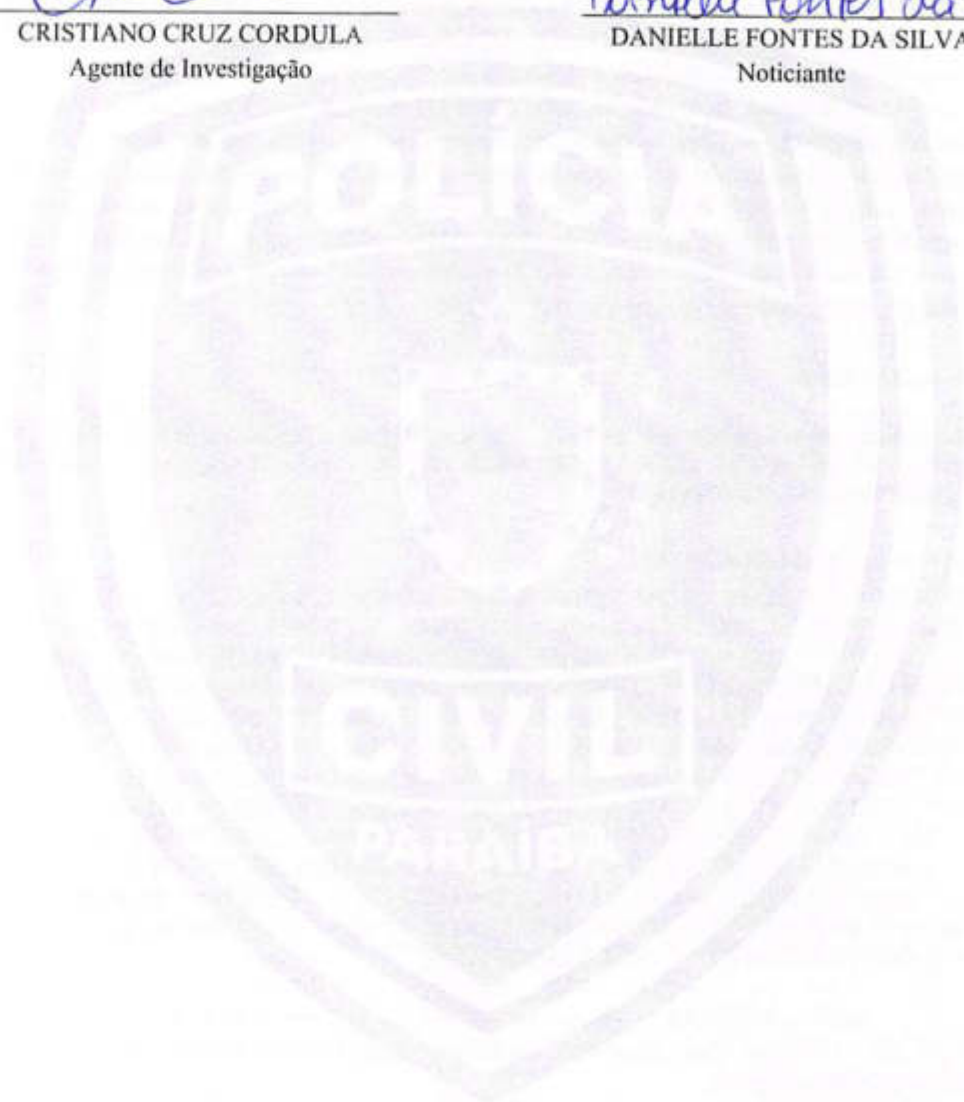
**GOVERNO
DA PARAÍBA**

Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

João Pessoa/PB, 09 de novembro de 2020.

CRISTIANO CRUZ CORDULA
Agente de Investigação

DANIELLE FONTES DA SILVA
Noticiante



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - NR do sinistro ou ASI: 0324505/20 3 - CPF da vítima: 052.893.024-92 4 - Nome completo da vítima: Danielle Fontes de Silva

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

5 - Nome completo: Danielle Fontes de Silva 6 - CPF: 052.893.024-92
7 - Profissão: Promotora 8 - Endereço: Pres. Felix Antonio 9 - Número: 960 10 - Complemento:
11 - Bairro: Cruz das Armas 12 - Cidade: Jaçar Porcos 13 - Estado: PB 14 - CEP: 55085-460
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 83 9873 13266

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: ITAU
AGÊNCIA: 7730 CONTA: 49574 8
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
• Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.
Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.
Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vulnascor)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Assinatura digital da vítima ou beneficiário

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 - 14 | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 24 | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

ITAU UNIBANCO S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 15/01/2021

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 11.812,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DANIELLE FONTES DA SILVA

BANCO: 341

AGÊNCIA: 07730

CONTA: 000000049574-9

Autenticação:

6544D0F7768A3CB4C844FCBC818E05383E6802BFCFDA60FB4D5DC7DD17EF8292



Departamento de Engenharia de Sanitárias e Saneamento
Rua Pernambuco, 225 - Jd. Juvêncio - São Paulo - SP
CEP: 05.074-000 - Fone: (11) 33.65.0001/07

44/004
DEFINITIVA
NOV/2020

COMPANHIA DE ENGENHARIA DE SANEAMENTO E SERVIÇOS
CERRO DAS NEVES
AV. PRESIDENTE ANTONIO, 200 - CRUZ DAS ARMAS, JOÃO
Pessoa 176.58085-460

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias			Responsável
		Individual	Comunal	Total	
001.000.200.0546.000	1000	1	0	0	
Hidrometro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto	
Y16N06812	06/08/2016	INTERNO LIGADO		POTENCIAL	
ABRILHOS I ATUAL, 1 CONEXO (CUB) E BOM DE DIAS E PROTEÇÃO LETUBA					
12/12/2020					
1213	1342	34	29		
TEST COM FACHO LITET E QUAL ID. ÁGUA MÚLTO 20 POR: 05/2017-15-					
PARÂMETROS EXITO, ANALIS. CONFORMES					
04/1/2020	40	1000LIT	0	0	0
04/1/2020	35	CIUSO	0	0	0
04/01/2020	36	CIUSO	0	0	0
04/1/2020	34	PI	0	0	0
006/2020	28	COR	0	0	0
001/2020	29	COL TOTALS	0	0	0
001/2020	35	DADOS DIFERENTES A SET. 2020			

DATA DA LEVANTAMENTO: 12/12/2020

HORA DA LEVANTAMENTO: 11:26:59

DESCRIÇÃO

CONSUMO TOTAL (R\$)

ÁGUA

RESISTENCIAL 1 UNIDADE(S)

ATE 0,345 m³ por unidade

11 M³ A 20 M³ R\$ 1,00 POR M³

01 M³ A 10 M³ R\$ 0,50 POR M³

01 M³ A 20 M³ R\$ 0,26 POR M³

01 M³ A 20 M³ R\$ 0,26 POR M³

01 M³ A 20 M³ R\$ 0,26 POR M³

01 M³ A 20 M³ R\$ 0,26 POR M³

01 M³ A 20 M³ R\$ 0,26 POR M³

01 M³ A 20 M³ R\$ 0,26 POR M³

01 M³ A 20 M³ R\$ 0,26 POR M³

01 M³ A 20 M³ R\$ 0,26 POR M³

01 M³ A 20 M³ R\$ 0,26 POR M³

01 M³ A 20 M³ R\$ 0,26 POR M³

01 M³ A 20 M³ R\$ 0,26 POR M³

01 M³ A 20 M³ R\$ 0,26 POR M³

01 M³ A 20 M³ R\$ 0,26 POR M³

01 M³ A 20 M³ R\$ 0,26 POR M³

01 M³ A 20 M³ R\$ 0,26 POR M³

01 M³ A 20 M³ R\$ 0,26 POR M³

01 M³ A 20 M³ R\$ 0,26 POR M³

01 M³ A 20 M³ R\$ 0,26 POR M³

01 M³ A 20 M³ R\$ 0,26 POR M³

01 M³ A 20 M³ R\$ 0,26 POR M³

01 M³ A 20 M³ R\$ 0,26 POR M³

01 M³ A 20 M³ R\$ 0,26 POR M³

01 M³ A 20 M³ R\$ 0,26 POR M³

01 M³ A 20 M³ R\$ 0,26 POR M³

01 M³ A 20 M³ R\$ 0,26 POR M³

01 M³ A 20 M³ R\$ 0,26 POR M³

01 M³ A 20 M³ R\$ 0,26 POR M³

01 M³ A 20 M³ R\$ 0,26 POR M³

01 M³ A 20 M³ R\$ 0,26 POR M³

01 M³ A 20 M³ R\$ 0,26 POR M³

01 M³ A 20 M³ R\$ 0,26 POR M³

01 M³ A 20 M³ R\$ 0,26 POR M³

01 M³ A 20 M³ R\$ 0,26 POR M³

01 M³ A 20 M³ R\$ 0,26 POR M³

01 M³ A 20 M³ R\$ 0,26 POR M³

01 M³ A 20 M³ R\$ 0,26 POR M³

01 M³ A 20 M³ R\$ 0,26 POR M³

01 M³ A 20 M³ R\$ 0,26 POR M³

01 M³ A 20 M³ R\$ 0,26 POR M³

01 M³ A 20 M³ R\$ 0,26 POR M³

01 M³ A 20 M³ R\$ 0,26 POR M³

01 M³ A 20 M³ R\$ 0,26 POR M³

01 M³ A 20 M³ R\$ 0,26 POR M³

01 M³ A 20 M³ R\$ 0,26 POR M³

01 M³ A 20 M³ R\$ 0,26 POR M³

01 M³ A 20 M³ R\$ 0,26 POR M³

01 M³ A 20 M³ R\$ 0,26 POR M³

01 M³ A 20 M³ R\$ 0,26 POR M³

01 M³ A 20 M³ R\$ 0,26 POR M³

01 M³ A 20 M³ R\$ 0,26 POR M³

01 M³ A 20 M³ R\$ 0,26 POR M³

01 M³ A 20 M³ R\$ 0,26 POR M³

01 M³ A 20 M³ R\$ 0,26 POR M³

01 M³ A 20 M³ R\$ 0,26 POR M³

01 M³ A 20 M³ R\$ 0,26 POR M³

01 M³ A 20 M³ R\$ 0,26 POR M³

01 M³ A 20 M³ R\$ 0,26 POR M³

01 M³ A 20 M³ R\$ 0,26 POR M³

01 M³ A 20 M³ R\$ 0,26 POR M³

01 M³ A 20 M³ R\$ 0,26 POR M³

01 M³ A 20 M³ R\$ 0,26 POR M³

01 M³ A 20 M³ R\$ 0,26 POR M³

01 M³ A 20 M³ R\$ 0,26 POR M³

01 M³ A 20 M³ R\$ 0,26 POR M³

01 M³ A 20 M³ R\$ 0,26 POR M³

01 M³ A 20 M³ R\$ 0,26 POR M³

01 M³ A 20 M³ R\$ 0,26 POR M³

01 M³ A 20 M³ R\$ 0,26 POR M³

01 M³ A 20 M³ R\$ 0,26 POR M³

01 M³ A 20 M³ R\$ 0,26 POR M³

01 M³ A 20 M³ R\$ 0,26 POR M³

01 M³ A 20 M³ R\$ 0,26 POR M³

01 M³ A 20 M³ R\$ 0,26 POR M³

01 M³ A 20 M³ R\$ 0,26 POR M³

01 M³ A 20 M³ R\$ 0,26 POR M³

01 M³ A 20 M³ R\$ 0,26 POR M³

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200408429 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DANIELLE FONTES DA SILVA **Data do acidente:** 27/05/2020 **Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DO ÚMERO ESQUERDO. LESÃO DE PARTES MOLES DO ANTEBRAÇO ESQUERDO. FRATURA DIAFISÁRIA DO FÊMUR ESQUERDO. FERIMENTO EM JOELHO DIREITO.

Descrição do exame físico: Ao exame físico do ombro esquerdo apresenta flexão aos 40°, extensão aos 15°, abdução aos 30°, adução aos 15°, rotação medial aos 20°, rotação lateral aos 30°, presença de atrofia no segmento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente, sem amputação. Apresenta na região observada sensibilidade anormal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, inexistência de alterações musculares, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme apurado através do exame físico, o conjunto das sequelas repercute em todo o membro superior esquerdo, em grau intenso. Ao exame físico do cotovelo esquerdo apresenta flexão aos 110°, extensão aos 110°, supinação aos 60°, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente, sem amputação. Apresenta na região observada sensibilidade normal, coloração anormal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme apurado através do exame físico, o conjunto das sequelas repercute em todo o membro superior esquerdo, em grau médio. Ao exame físico do quadril esquerdo apresenta sem amputação, flexão aos 55°, extensão aos 5°, abdução aos 25°, adução aos 5°, rotação medial aos 25°, rotação lateral aos 20°, marcha com claudicação, agachamento alterado, com encurtamento. Apresenta na região observada presença de atrofia no segmento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente, sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme apurado através do exame físico, o conjunto das sequelas repercute em todo o membro inferior.

Resultados terapêuticos: REALIZADA LAVAGEM EXAUSTIVA, E DESBRIDAMENTO DA LESÃO EXTENSA DO ANTEBRAÇO ESQUERDO. SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM TRAÇÃO TRANSTIBIAL ESQUERDA. POSTERIORMENTE REALIZADA CIRURGIA COM REDUÇÃO DA FRATURA DO ÚMERO ESQUERDO COM USO DE PLACA DCP E 08 PARAFUSOS CORTICAIS. EVOLUINDO COM INFECÇÃO EM JOELHO DIREITO, SENDO NECESSÁRIA A REALIZAÇÃO DE LIMPEZA MECÂNICA CIRÚRGICA E SUTURA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO EM GRAU SEVERO. LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO EM GRAU MODERADO.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 11/01/2021

Conduta mantida:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau intenso - 75 %	52,5%	R\$ 7.087,50
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			87,5 %	R\$ 11.812,50

**LAUDO DE AVALIAÇÃO MÉDICA PARA FINS DE VERIFICAÇÃO E
QUANTIFICAÇÃO DE LESÕES PERMANENTES EM VÍTIMAS DO SEGURO DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: 3200408429

Nome do(a) Examinado(a): DANIELLE FONTES DA SILVA

Endereço do(a) Examinado(a): R PRES FELIX ANTONIO, 260, , João Pessoa/PB

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: SSPPB / 2673339

Data e local do acidente: 27/05/2020 - João Pessoa/PB

Data e local do exame: 11/01/2021 - João Pessoa/PB

Coordenadas Geográficas: latitude: -7.10251 , longitude: -34.83361

RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

FRATURA DIAFISÁRIA DO ÚMERO ESQUERDO. LESÃO DE PARTES MOLES DO ANTEBRAÇO ESQUERDO. FRATURA DIAFISÁRIA DO FÊMUR ESQUERDO. FERIMENTO EM JOELHO DIREITO.

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

TRATAMENTO CIRURGICO

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Ao exame físico do ombro esquerdo apresenta flexão aos 40°, extensão aos 15°, abdução aos 30°, adução aos 15°, rotação medial aos 20°, rotação lateral aos 30°, presença de atrofia no segmento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente, sem amputação. Apresenta na região observada sensibilidade anormal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, inexistência de alterações musculares, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme apurado através do exame físico, o conjunto das sequelas repercute em todo o membro superior esquerdo, em grau intenso. Ao exame físico do cotovelo esquerdo apresenta flexão aos 110°, extensão aos 110°, supinação aos 60°, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente, sem amputação. Apresenta na região observada sensibilidade normal, coloração anormal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme apurado através do exame físico, o conjunto das sequelas repercute em todo o membro superior esquerdo, em grau médio. Ao exame físico do quadril esquerdo apresenta sem amputação, flexão aos 55°, extensão aos 5°, abdução aos 25°, adução aos 5°, rotação medial aos 25°, rotação lateral aos 20°, marcha com claudicação, agachamento alterado, com encurtamento. Apresenta na região observada presença de atrofia no segmento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente, sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme apurado através do exame físico, o conjunto das sequelas repercute em todo o membro inferior.

IV. Nexos de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

Sim

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)

Sim

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente

DOR + DEFICIT DE MOBILIDADE DO OMBRO ESQUERDO+ COTOVELO ESQUERDO + FEMUR ESQUERDO+ CLAUDICAÇÃO

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a".

Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*)

() "Vítima em tratamento"

() "Sem sequelas permanentes" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica).

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Membro Superior Esquerdo - Intenso - 75%

Membro Superior Esquerdo - Médio - 50%

Membro Inferior Esquerdo - Médio - 50%

VIII. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal:

A handwritten signature in blue ink on a light green rectangular background. The signature reads "Andrei Japa Soares" in a cursive script.

Nota de Sala Cirúrgica



NOME DO PACIENTE DANIELE FONTES DA SILVA

IDADE 34 ANOS **DE** 1238826 **TUÁRIO** **ENFERMAGEM** **LEITO**

CIRURGIA Tto de Int. MIAE DE PERN. EFE.

CIRURGIÃO Dr. F. M. M. **PAIX. DR.** Américo

ANESTESIA Raar

ANESTESISTA M. ADRIANA LORAU

INSTRUMENTADOR PATRICIA JSL EMPUELA

DATA 28-05-2002 **ANESTESIA INICIO** 10:00 **CIRURGIA INICIO** 13:30 **FIM** 16:00

ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA ASA I (ASA I) ASA II (ASA II) ASA III (ASA III) ASA IV (ASA IV)

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

MEDICAMENTOS ANESTÉSICOS	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.	FIO	QTD.
ALFENTANIL	01	FELCO Nº1		FIO CAT OUT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA (SOBARICA)		FELCO Nº2		FIO CAT OUT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA PESADA		FELCO Nº3		FIO DE AÇO Nº	
CETANOL		FELCO Nº4		FIO DE AÇO Nº	
DROPERIDOL		KIT SIST. DREN. TORÁCICA Nº		FIO DE NYLON Nº	
ETOMIDATO		LÂMINA BISTURI Nº1		FIO DE NYLON Nº	
FENOBARBITAL		ALCOOL ETILICO 70%		FIO DE NYLON Nº	
FENTANIL		PVP DEGERMANTE		FIO POLILACTINA Nº	
FLUMAZENIL		PVP TINTURA		FIO POLILACTINA Nº	
ISOFLURANO		PVP TÓMICO		FIO POLILACTINA Nº	
LEVODUPVACAÍNA C/ VASO		SABÃO ANTISÉPTICO		FIO POLIPROPILENO Nº	
LEVODUPVACAÍNA S/ VASO		MATERIAIS		FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAÍNA C/ VASO		AGULHA 13X4,5		FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAÍNA S/ VASO		AGULHA 25X07		FIO POLILECAPRONE 1"	
MIDAZOLAM		AGULHA 25X08		FIO SEDA Nº	
MORFINA		AGULHA 40X12		FITA CARDÍACA	
MONITUM		AGULHA PERIDURAL Nº16		MATERIAL ESPECIAL	
PANICURÓNO		AGULHA PERIDURAL Nº17		CATETER DE PIC	
PEFIDINA		AGULHA PERIDURAL Nº18		CONJUNTO CIRÚRGICO	
PROPORFOL		AGULHA RAQUI Nº250		CLIP ITÊMIO UGADURA	
RANFENTANIL		AGULHA RAQUI Nº260		FIO DE KIRSCHNER Nº	
ROCURÓNO		AGULHA RAQUI Nº270		FIO DE STEEDMAN Nº	
SEVOFLURANO		ALGODÃO ORTOPÉDICO		FIO STEEDMAN Nº	
SUXAMETÓMIO		ATADURA DE CREPON		GRANDEADOR CIRÚRGICO	
TIOPENTAL		ATADURA GESSADA		HEMOST. ABSORVÍVEL	
MEDICAMENTOS		BOLSA P/ COLOSTOMIA		KIT. DERIVA. VENTRICULAR	
ADRENALINA		CÂNDULA P/ TRAQUEOSTOMIA Nº		PRÓTESE VASCULAR	
ÁGUA DESTILADA		CATETER DE OXIGÊNIO		KIT. PAM	
ATROPINA		CATETER EMBOLEC. ARTERIAL Nº		PERADOR EXTERNO	
BEXTRA		CATETER EPIDURAL Nº16		ENTRADA	
CEFAZOLINA		CATETER EPIDURAL Nº17			
DEXAMETASOMA		CATETER EPIDURAL Nº18			
DIPRONA SÓDICA		CERA PARA OSO		PARAFUSOS CORTICAIS	
EFEDRINA		COLET. URINA FECHADO		PARAFUSOS CORTICAIS	
FUROSEMIDA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS		PARAFUSOS ESPONJOSOS	
GLICOSE 50%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS		PARAFUSOS ESPONJOSOS	
GLUCONATO DE CÁLCIO		DRENO DE PENROSE		PARAFUSOS MALBOLAR	
HIDROCORTISONA		DRENO DE SUCCLO		PARAFUSOS MALBOLAR	
LIDOCAÍNA GELÉIA		ELETRODOS		PLACA	
ONDASENTRONA		EQUIPO MACROGOTAS		PLACA	
PLAEL		EQUIPO TRANS. SANGUE			
PROSTOMINE		EQUIPO MICROGOTAS		EQUIPAMENTOS	
PROTAMINA		RESPONSA DE PVP		() ASPIRADOR	
TENOCCAN		RESPARABO		() BISTURI ELÉTRICO	
		GAZES ALGODOADAS		() CAPNÓGRAFO	
		GEL. ELÉTROLÍTICO		() CARDIOMONITOR	
		FELCO Nº14		() DESFIBRILADOR	
		FELCO Nº16		() FOCO AUXILIAR	
				() FOCO CENTRAL	
				() MICROSCOPIO	
				() OXÍMETRO DE PULSO	
				() PA. INVASIV. INVASIVA	
				() PERFURADOR ELÉTRICO	
				() SERRA	

ASSINATURAS:

Dr. F. M. M. **PAIX. DR.** Américo

M. ADRIANA LORAU

PATRICIA JSL EMPUELA

28-05-2002

01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100



RETSHL

FICHA DE ANESTESIA

DATA 29.05.20

PRONTUÁRIO:

SEXO: F

COR: P

IDADE:

PACIENTE: DANIELE FORTES DO SILVA

GRUPO SANGÜÍNEO:

PRESSÃO ARTERIAL: PULSO

RESPIRAÇÃO

TEMPERATURA: PESO

ESTADO GERAL () BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO

RISCO CIRÚRGICO () BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO

EXAMES COMPLEMENTARES

AP. RESPIRATÓRIO

AP. CIRCULATÓRIO

AP. DIGESTIVO

ESTADO MENTAL

DROGAS EM USO

PRÉ-ANESTÉSICO

DOSE/HORA

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO

FRATURA FÊMUR ESQ.

CIRURGIA REALIZADA

REDUÇÃO + FIXAÇÃO FRAT. FÊMUR ESQ.

CIRURGIÃO

FREDERICO

AUXILIARES

ANDRE

INÍCIO DA ANESTESIA

10:00

TERMINO DA ANESTESIA

12:30

DURAÇÃO DA ANESTESIA

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

CONT. DE CH.

VALORES R\$

ANESTESISTA

Dra. Adriana Lobão Azevedo

CRM 1512

CRM-PB

Dra. Adriana Lobão Azevedo
CRM 1512

AGENTES

U: N: U:

LÍQUIDOS

VELOCIDADE

O: 220

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

☐ ANESTESIA GERAL☒ RÁPIDA☐ SPOURAL☐ BLOQ PLEXO☐ BLOQ NERVOS☐ OUTROS

Medicamentos e materiais usados no ato anestésico

CÓDIGO

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

1

2

3

4

5

6

7

8

9

RELATÓRIO DE CIRURGIA



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA									
Posição e Preparo:									
PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA									
ASSEPSIA E ANTISSEPSIA + ANTIBIOTICOPROFILAXIA									
APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS									
Incisão:									
NÃO HOUVE									
Achados:									
LESAO EXTENSA DE PARTES MOLES DE ANTEBRAÇO ESQUERDO									
Condução:									
LAVAGEM EXAUSTIVA DE LESAO EXTENSA COM SF0,9%									
DESBRIDAMENTO DE ANTEBRAÇO ESQUERDO									
LAVAGEM EXAUSTIVA DE LESAO EXTENSA COM SF0,9%									
REVISAO DE HEMOSTASIA									
APROXIMAÇÃO DAS BORDAS COM NYLON									
PASSAGEM DE TRAÇÃO TRANSTIBIAL COM FIO DE KC Nº 4									
Fechamento:									
CURATIVOS ESTEREIS									
Observação:									
RX CONTROLE									
PINÇA DE CONFEITEIRO EM MSE									
TRAÇÃO TRANSTIBIAL COM PESO DE 6KG									

Médico/CRM:

Dra. Thaysa Costa
Médica
CRM-PB: 12.799

João Pessoa,

27/5/2020

RELATÓRIO DE CIRURGIA



IDADE: _____ DANIELE FONTES DA SILVA BE/PRONTUÁRIO 1238924
SEXO: FEM COR: _____ DATA: 27/5/2020
CLÍNICA /SETOR: ORTOPEDIA EMP: _____ LR: _____
CIRURGIA: LMC E DESBRIDAMENTO DE LESAO EXTENSA DE ANTEBRAÇO ESQUERDO
CIRURGIÃO: DR. JOÃO HENRIQUE 1º ASS: MR1 ANDRÉ XIMENES
2º ASS: _____ 3º ASS: _____
INSTRUMENTADOR: _____ ANESTESISTA: _____
TIPO DE ANESTESIA: BLOQUEIO HORÁRIO INÍCIO: _____ TÉRMINO: _____

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO		CID
LESAO EXTENSA DE PARTES MOLES DE ANTEBRAÇO ESQUERDO		
FRATURA DIAFISARIA DE FEMUR E UMEMO ESQUERDOS		

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS		CÓDIGO
LMC+DESBRIDAMENTO DE LESAO EXTENSA EM ANTEBRAÇO ESQUERDO		
TRAÇÃO TRANSTIBIAL ESQUERDA		

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO:

DESCRIÇÃO:

BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO:

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

☒

ENFERMARIA

TERAPIA INTENSIVA

☐ RESIDÊNCIA☐ ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM:

Dra. Thaysa Costa
Médica
CRM-PB: 12.799

DATA: 27/5/2020



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



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE DANIELLE FONTES DA SILVA
DADOS DE NASCIMENTO 08/06/85
NOME DA MÃE MARIA DA PENHA FONTES DA SILVA

DADOS EXTRAÍDOS DO PRONTUÁRIO

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1.238.924
Nº PRONTUÁRIO 122.823
DATA DO ATENDIMENTO 27/05/20
HORA DO ATENDIMENTO 16:14
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S) FRATURA DA DIÁFISE DO ÚMERO E + FERIMENTO DO ANTEBRAÇO
E + FRATURA DA DIÁFISE DO FEMUR E + FERIMENTO DO JOELHO
D
CID 10 S 42.3 + S 51.8 + S 72.3 + S 81.0

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta (colisão moto x carro), há cerca de 30 minutos, trazida pelo SAMU, apresentando queixas de dor em membro superior E, coxa D e tórax. Glasgow 15. Avaliada pela equipe médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX do tórax - AP
RX do ombro / escápula E - AP e Oblíquo
RX do braço E - AP e P
RX da articulação coxo-femural E - AP

TRATAMENTO:

Fratura da diáfise do úmero E + fratura da diáfise do femur E aos RX. Ferimento do antebraço E + joelho D. Realizado internamento e tratamento cirúrgico do ferimento e fraturas pelo Dr. Andrier Farias no 1º tempo; Dr. Nilvan Linhares e Dr. Tiago Formiga no 2º tempo e Dr. João Henrique no 3º tempo, todos da equipe da Ortopedia.

ALTA HOSPITALAR: 04/06/20
DATA DE EMISSÃO: 20/08/20

Dr. Ewertton Moreira Teixeira
CRM: 2516/PB

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



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE DANIELLE FONTES DA SILVA
DADOS DE NASCIMENTO 08/06/85
NOME DA MÃE MARIA DA PENHA FONTES DA SILVA

DADOS EXTRAÍDOS DO PRONTUÁRIO

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1.238.924
Nº PRONTUÁRIO 122.823
DATA DO ATENDIMENTO 27/05/20
HORA DO ATENDIMENTO 16:14
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S) FRATURA DA DIÁFISE DO ÚMERO E + FERIMENTO DO ANTEBRAÇO
E + FRATURA DA DIÁFISE DO FEMUR E + FERIMENTO DO JOELHO
D
CID 10 S 42.3 + S 51.8 + S 72.3 + S 81.0

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta (colisão moto x carro), há cerca de 30 minutos, trazida pelo SAMU, apresentando queixas de dor em membro superior E, coxa D e tórax. Glasgow 15. Avaliada pela equipe médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX do tórax - AP
RX do ombro / escápula E - AP e Oblíquo
RX do braço E - AP e P
RX da articulação coxo-femural E - AP

TRATAMENTO:

Fratura da diáfise do úmero E + fratura da diáfise do femur E aos RX. Ferimento do antebraço E + joelho D. Realizado internamento e tratamento cirúrgico do ferimento e fraturas pelo Dr. Andrier Farias no 1º tempo; Dr. Nilvan Linhares e Dr. Tiago Formiga no 2º tempo e Dr. João Henrique no 3º tempo, todos da equipe da Ortopedia.

ALTA HOSPITALAR: 04/06/20
DATA DE EMISSÃO: 20/08/20


DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA
MÉDICO
CRM: 2516

Dr. Ewerton Noronha Teixeira
CRM: 2516/PB



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Av. Orestes Lisboa, s/n - PEURO GONDIM - CNES: 123212 - Tel.: 8332165700



Serviço de
PARAIBA
Governo do Estado

AV. ORESTES LISBOA, s/n - PEURO GONDIM - CNES: 123212 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1238924



Identificação do paciente				Sexo		
ID	Nome	Estado civil	Religião	Feminino		
1508845	DANIELE FONTES DA SILVA			Prontuário		
Data de nascimento	Idade					
05/05/1985	34 anos 11 meses 19 dias					
Mãe			Pai			
MARIA DA PENHA FONTES DA SILVA			JOSE GENTIL DA SILVA			
			Responsável (Parentesco)			
			LIANE - IRMÃO(A)			
			DDD	Telefone		
Celular						
983627238						
Número documento			Nº Cns	UF		
			Tipo			
Naturalidade			CSO/R			
Endereço						
CEP	Município da residência	UF	Logradouro			
8086460	JOAO PESSOA	PB	PRESIDENTE FÉLIX ANTÔNIO			
Número	Complemento		Bairro			
260			CRUZ DAS ARMAS			
Admissão						
Data e Hora	Número da pulseira	Convênio				
27/05/2020 10:14:01	100008768824	SUS				
Especialidade	Clinica					
CIRURGIA GERAL						
Classificação de risco	Origem do paciente					
	RUA					
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento	Detalhe do acidente				
	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	VEICULO X MOTO				
Indicadores e Transporte						
Class. pré-hospitalar	Plano de saúde	Veio de ambulância	Trauma			
Não	Não	Não	Não			
Unidade de transporte	Quem transportou					
SAMU						
Sinais Vitais						
X mmHg		Pulso	Temperatura			
Exames complementares						
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Líquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Paciente deu entrada neste setor, com história de acidente de motocicleta, segue em observação. <i>Redação 30/5/20</i>						
Diagnóstico						CID
Atendida por						Turno
BIANKA JACOB MENEZES DE QUEIROZ						

Imprimir



Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



Sara Paes
PAPAIEA
Governador do Estado

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, 87N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 5803-1080
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente: ANIELE FONTES DA SILVA

Data de nascimento: 8/06/1985

Nome: MARIA DA PENHA FONTES DA SILVA

Endereço: PRESIDENTE FÉLIX ANTÔNIO, 260

Acidente: VEICULO X MOTO

Data/Hora Classificação: 27/05/2020 16:14:01

Idade: 34a 11m 19d

Motivo: ACIDENTE DE MOTOCICLETA

SAE: 1238924
Sexo: Feminino

Bairro: CRUZ DAS ARMAS

Data/Hora Entrada: 27/05/2020 16:14:01
CNS:

Município: JOAO PESSOA
Profissional: SARA PAES GAIÃO TORREAO
Data/Hora Prescrição: 27/05/2020 16:28:26

Data Saída:

Telefone de Contato: (83) 888627238
Prontuário:

UF: PB
Nº Cons. Regional: 12705/

ANAMNESE

CIRURGIA GERAL # PACIENTE TRAZIDA PELO SAMU, EM PROTOCOLO DE APH, VÍTIMA DE COLISÃO MOTOCICLETA X AUTOMÓVEL, HÁ CERCA DE 30 MINUTOS. RELATA USO DE CAPACETE. QUEIXA-SE DE DOR EM MSE E COXA ESQUERDA E EM TÓRAX. AO EXAME: ENCONTRA-SE EM BÉG, LOTE, AAA, HIDRATADA, CORADA, EUPNEICA EM AA, TÓRAX EXPANDINDO BILATERALMENTE, DOLOROSO À PALPAÇÃO EM REGIÃO DE FÚRCULA ESTERNAL; ABDOME E Pelve SEM ALTERAÇÕES; GLASGOW 15, PUPILAS ISOCÓRICAS E ECTORREAGENTES; APRESENTA DOR INTENSA EM MSE E EM COXA ESQUERDA, SEM OUTRAS ALTERAÇÕES AO EXAME FÍSICO. NÃO ALERGIA MEDICAMENTOSA E COMORBIDADES. CD: HIDRATAÇÃO + ANALGESIA. RAIOS X DE TÓRAX. RAIOS X DE OMBRO E RAIOS X COXA FEMORAL. AVALIAÇÃO DA ORTOPÉDIA.

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 1000,0 ML VIA E.V., AGORA, D.O (MGTSM)
TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA. (OBSERVAÇÕES:: EM 100ML SF)
CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., AGORA, (OBSERVAÇÕES:: EM 100ML SF)

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)
RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO ESQUERDO (TRES POSICOES)
RADIOGRAFIA DE BRACO ESQUERDO
RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO COXO-FEMORAL ESQUERDA

CID10

V23.4 - Motociclista traumatizado em colisão com um automóvel [carro], "pick up" ou caminhonete - condutor traumatizado em um acidente de trânsito

Conduta:

Em observação

Sara Paes
Médica
CRM: 12705

SARA PAES GAIÃO TORREAO
(CRM: 12705/)

Enfermeiro

Boletim registrado por: BIANKA JACOB MENEZES DE QUEIROZ em 27/05/2020 16:14:01



Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



Paraíba
PARAÍBA
Governo do Estado

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

Paciente DANIELE FONTES DA SILVA	BAE 1238924	Data/Hora Entrada 27/05/2020 16:14:01	Data Baixa
Data de nascimento 08/06/1985	Idade 34a 11m 19d	CNS	Telefone de Contato (83) 988627238
Mãe MARIA DA PENHA FONTES DA SILVA	Sexo Feminino		Prontuário
Endereço PRESIDENTE FÉLIX ANTÔNIO, 260	Bairro CRUZ DAS ARMAS	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional ANDRE GUSTAVO SOARES XIMENES	Nº Cons. Regional 12412/PB
Data/Hora Classificação 27/05/2020 16:14:01		Data/Hora Prescrição 27/05/2020 17:38:37	

ANAMNESE

ORTOPEDIA VITIMA DE COLISÃO MOTO-CARRO. APRESENTA DOR NO BRAÇO E NA COXA ESQUERDA. AO EXAME: NV PRESERVADO ADM LIMITADA NO OMBRO E NO QUADRIL ESQUERDO. RX EVIDENCIANDO FRATURA DIAFISARIA NO UMEROS E NO FEMUR ESQUERDOS. CD: INTERNAMENTO PARA TTO CIRURGICO STAFF: DR MOURIBE

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, (OBSERVAÇÕES: S/N)

Diluir

ONDANSETRON 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, S/N)

Diluir

RAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 8/6H

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

CUIDADOS

FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIO E MOTORA

ELETROCARDIOGRAMA

SSVV + CCGG

IMOBILIZAÇÃO GESSADA, (OBSERVAÇÕES: PINÇA DE CONFEITEIRO EM MSE)

1 - ORIENTAÇÕES PARA ENFERMAGEM, (OBSERVAÇÕES: TRAÇÃO COM 8KG DE PESO)

EXAME LABORATORIAL

COAGULOGRAMA COMPLETO

CREATININA

GLICOSE

HEMOGRAMA COMPLETO

PROTEÍNA C REATIVA ULTRA SENSÍVEL - PCR

TGO (ASPARTATO AMINOTRANFERASE/AST)

TGP (ALANINA AMINOTRANFERASE/ALT)

UREIA

IONOGRAMA

CID10

Dr. André G. S. Ximenes
CRM-PB 12412



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena



Sempre Unidos
PARAIBA
Governo do Estado

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

Impresso por: JOSE ROGACIANO MACHADO COUTO
Em: 29/05/2020 12:30:15

Nome DANIELE FONTES DA SILVA		Boletim de Atendimento 1238924	Data/Hora Entrada 27/05/2020 16:14:01	Data/Hora Saída
Data de nascimento 08/08/1985	Idade 34	Sexo Feminino	CNS	Prontuário 122823
Tempo de Internação 1d 18h 35min		Convênio SUS	Plantão DIURNO	
Data de Entrada 27/05/2020 16:14:01	Data Internação 27/05/2020 17:55:41	Permanência na Unidade: 1d 26h 16min		Permanência no Leito: 53min

EVOLUÇÃO MEDICA (JOSE ROGACIANO MACHADO COUTO - 29/05/2020 10:33:22)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

ORTOPEDIA

POI DE LMC DE JOELHO DIREITO REALIZADA SME INTEROCORRENCIAS
POR DR ANDRIER

CDT: CULTURAS
VPM

STAFF DR ANDRIER

Segão: POSTO II - ENF 18 Leito: LEITO - 001

Profissional responsável pela Informação: JOSE ROGACIANO MACHADO COUTO

Número Conselho: 195222

RELATÓRIO DE CIRURGIA



NOME: **DANIELE FONTES DA SILVA** BE/PRONTUÁRIO: **1238924**
IDADE: **34 ANOS** SEXO: **FEM** COR: DATA: **2/6/2020**
CLÍNICA /SETOR: **ORTOPEDIA**
CIRURGIA: **TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO UMEROS ESQUERDO**
CIRURGIÃO: **DR NILVAN LINHARES** 1º ASS: **DR TIAGO FORMIGA**
2º ASS: **MR3 DANIEL** 3º ASS: **MR1 THAYSA**
INSTRUMENTADOR: ANESTESISTA:
TIPO DE ANESTESIA: **BLOQUEIO** HORÁRIO INÍCIO: TÉRMINO:

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO	CID
FRATURA DA DIAFISE DO UMEROS ESQUERDO	

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	CÓDIGO
TRATAMENTO CIRURGICO DA FRATURA DA DIAFISE DO UMEROS ESQUERDO	

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRG NÃO

DESCRIÇÃO:

BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO:

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

☒

ENFERMARIA

☐ TERAPIA INTENSIVA☐ RESIDÊNCIA☐ ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM:

DATA:

2/6/2020

RELATÓRIO DE CIRURGIA


HEETSHL

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA
Posição e Preparo:
PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA
ASSEPSIA E ANTISSEPSIA E ANTIBIÓTICOPROFILAXIA
APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS ESTÉREIS
Incisão:
ANTERIOR DO BRACO ESQUERDO
DISSECÇÃO POR PLANOS
CUIDADOS EM HEMOSTASIA
Achados:
FRATURA DA DIAFISE DO UMEROS ESQUERDO
Conduta:
LOCALIZAÇÃO E ISOLAMENTO DO NERVO ULNAR
CURETAGEM DAS EXTREMIDADES DA FRATURA
REDUÇÃO ABERTA DA FRATURA
FIXAÇÃO COM PLACA DCP ESTREITA 8 FUROS + 8 PARAFUSOS CORTICAIS
CONFERIDA REDUÇÃO E APOSIÇÃO DA PLACA E PARAFUSOS COM AUXILIO DE ESCOPIA
IRRIGAÇÃO COM SF0,9%
REVISÃO DA HEMOSTASIA
Fechamento:
SUTURA POR PLANOS
CURATIVOS ESTÉREIS
Observação:
HEMOGRAMA DE CONTROLE
RX CONTROLE

Médico/CRM:


CRM 12.799

João Pessoa,

2/6/2020

Nota de Sala Cirúrgica

Ativado

SET TSM

NOME DO PACIENTE		DANIELLE PONTES DA SILVA	
IDADE	34	ENFERMAGEM	LEITO
CIRURGIÃO	Dr. Carlos José Martins Dutra	ANESTESIA	Dr. Daniel P.3
ANESTESISTA	Dr. Daniel P.3	INSTRUMENTADOR	GABRIEL JSC
DATA		02/06/2020	
HORA		10:00 / 14:00	
INDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)			
ASA 1 () ASA 2 () ASA 3 () ASA 4 () ASA 5 ()			
GRAU DE CONTAMINAÇÃO () LIMPA () CONTAMINADA () INFECTADA () POTENCIALMENTE CONTAMINADA			
MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS		MATERIAIS CONT.	
ENTRADA	01	ALCOOL ETILICO 70%	01
LEVOPUPILACINA	01	AGULHA 13X4,5	01
LEVOPUPILACINA	01	AGULHA 25X07	01
LEVOPUPILACINA	01	AGULHA 25X08	01
LEVOPUPILACINA	01	AGULHA 25X09	01
LEVOPUPILACINA	01	AGULHA 25X10	01
LEVOPUPILACINA	01	AGULHA 25X12	01
LEVOPUPILACINA	01	AGULHA PERIDURAL N°16	01
LEVOPUPILACINA	01	AGULHA PERIDURAL N°17	01
LEVOPUPILACINA	01	AGULHA PERIDURAL N°18	01
LEVOPUPILACINA	01	AGULHA RAQUI N°20	01
LEVOPUPILACINA	01	AGULHA RAQUI N°26	01
LEVOPUPILACINA	01	AGULHA RAQUI N°30	01
LEVOPUPILACINA	01	ALGODÃO ORTOPÉDICO	01
LEVOPUPILACINA	01	ATADURA DE CREPON	01
LEVOPUPILACINA	01	ATADURA GESSADA	01
LEVOPUPILACINA	01	BOLSA P/COLOSTOMIA	01
LEVOPUPILACINA	01	CANULA P/TRAQUEOSTOMIA N°	01
LEVOPUPILACINA	01	CATETER DE OXIGÊNIO	01
LEVOPUPILACINA	01	CATETER EMBOLOC ARTERIAL N°	01
LEVOPUPILACINA	01	CATETER EPIDURAL N°16	01
LEVOPUPILACINA	01	CATETER EPIDURAL N°17	01
LEVOPUPILACINA	01	CATETER EPIDURAL N°18	01
LEVOPUPILACINA	01	CERA PARA OSSO	01
LEVOPUPILACINA	01	COLET. URINA FECHADO	01
LEVOPUPILACINA	01	COMPRESSAS CIRÚRGICAS	01
LEVOPUPILACINA	01	COMPRESSAS CIRÚRGICAS	01
LEVOPUPILACINA	01	DRENO DE FENROSE	01
LEVOPUPILACINA	01	DRENO DE SUÇÃO	01
LEVOPUPILACINA	01	ELETRODOS	01
LEVOPUPILACINA	01	EQUIPO MACRODOTAS	01
LEVOPUPILACINA	01	EQUIPO TRANSF. SANGUE	01
LEVOPUPILACINA	01	EQUIPO MICRODOTAS	01
LEVOPUPILACINA	01	ESPONJA DE PVF	01
LEVOPUPILACINA	01	ESPALMADO	01
LEVOPUPILACINA	01	GAZES	01
LEVOPUPILACINA	01	GAZES ALGODADAS	01
LEVOPUPILACINA	01	GEL ELETROLÍTICO	01
LEVOPUPILACINA	01	JELCO N°14	01
LEVOPUPILACINA	01	JELCO N°16	01
LEVOPUPILACINA	01	JELCO N°18	01
LEVOPUPILACINA	01	JELCO N°20	01
LEVOPUPILACINA	01	JELCO N°22	01
LEVOPUPILACINA	01	JELCO N°24	01
LEVOPUPILACINA	01	KIT SIST. DREN. TORÁCICA N°	01
LEVOPUPILACINA	01	LÂMINA BISTURI N°11	01
LEVOPUPILACINA	01	LÂMINA BISTURI N°13	01
LEVOPUPILACINA	01	LÂMINA BISTURI N°23	01
LEVOPUPILACINA	01	LÂMINA BISTURI N°24	01
LEVOPUPILACINA	01	LÂMINA DE DERMATOMO	01
LEVOPUPILACINA	01	LÂMINA DE ENXERTO	01
LEVOPUPILACINA	01	LUVIA DE PROCEDIMENTO PAR	01
LEVOPUPILACINA	01	LUVIA ESTÉRIL N°10	01
LEVOPUPILACINA	01	LUVIA ESTÉRIL N°12	01
LEVOPUPILACINA	01	LUVIA ESTÉRIL N°13	01
LEVOPUPILACINA	01	LUVIA ESTÉRIL N°14	01
LEVOPUPILACINA	01	LUVIA ESTÉRIL N°15	01
LEVOPUPILACINA	01	LUVIA ESTÉRIL N°16	01
LEVOPUPILACINA	01	LUVIA ESTÉRIL N°17	01
LEVOPUPILACINA	01	LUVIA ESTÉRIL N°18	01
LEVOPUPILACINA	01	LUVIA ESTÉRIL N°19	01
LEVOPUPILACINA	01	LUVIA ESTÉRIL N°20	01
LEVOPUPILACINA	01	LUVIA ESTÉRIL N°21	01
LEVOPUPILACINA	01	LUVIA ESTÉRIL N°22	01
LEVOPUPILACINA	01	LUVIA ESTÉRIL N°23	01
LEVOPUPILACINA	01	LUVIA ESTÉRIL N°24	01
LEVOPUPILACINA	01	LUVIA ESTÉRIL N°25	01
LEVOPUPILACINA	01	LUVIA ESTÉRIL N°26	01
LEVOPUPILACINA	01	LUVIA ESTÉRIL N°27	01
LEVOPUPILACINA	01	LUVIA ESTÉRIL N°28	01
LEVOPUPILACINA	01	LUVIA ESTÉRIL N°29	01
LEVOPUPILACINA	01	LUVIA ESTÉRIL N°30	01
LEVOPUPILACINA	01	LUVIA ESTÉRIL N°31	01
LEVOPUPILACINA	01	LUVIA ESTÉRIL N°32	01
LEVOPUPILACINA	01	LUVIA ESTÉRIL N°33	01
LEVOPUPILACINA	01	LUVIA ESTÉRIL N°34	01
LEVOPUPILACINA	01	LUVIA ESTÉRIL N°35	01
LEVOPUPILACINA	01	LUVIA ESTÉRIL N°36	01
LEVOPUPILACINA	01	LUVIA ESTÉRIL N°37	01
LEVOPUPILACINA	01	LUVIA ESTÉRIL N°38	01
LEVOPUPILACINA	01	LUVIA ESTÉRIL N°39	01
LEVOPUPILACINA	01	LUVIA ESTÉRIL N°40	01
LEVOPUPILACINA	01	LUVIA ESTÉRIL N°41	01
LEVOPUPILACINA	01	LUVIA ESTÉRIL N°42	01
LEVOPUPILACINA	01	LUVIA ESTÉRIL N°43	01
LEVOPUPILACINA	01	LUVIA ESTÉRIL N°44	01
LEVOPUPILACINA	01	LUVIA ESTÉRIL N°45	01
LEVOPUPILACINA	01	LUVIA ESTÉRIL N°46	01
LEVOPUPILACINA	01	LUVIA ESTÉRIL N°47	01
LEVOPUPILACINA	01	LUVIA ESTÉRIL N°48	01
LEVOPUPILACINA	01	LUVIA ESTÉRIL N°49	01
LEVOPUPILACINA	01	LUVIA ESTÉRIL N°50	01
LEVOPUPILACINA	01	LUVIA ESTÉRIL N°51	01
LEVOPUPILACINA	01	LUVIA ESTÉRIL N°52	01
LEVOPUPILACINA	01	LUVIA ESTÉRIL N°53	01
LEVOPUPILACINA	01	LUVIA ESTÉRIL N°54	01
LEVOPUPILACINA	01	LUVIA ESTÉRIL N°55	01
LEVOPUPILACINA	01	LUVIA ESTÉRIL N°56	01
LEVOPUPILACINA	01	LUVIA ESTÉRIL N°57	01
LEVOPUPILACINA	01	LUVIA ESTÉRIL N°58	01
LEVOPUPILACINA	01	LUVIA ESTÉRIL N°59	01
LEVOPUPILACINA	01	LUVIA ESTÉRIL N°60	01
LEVOPUPILACINA	01	LUVIA ESTÉRIL N°61	01
LEVOPUPILACINA	01	LUVIA ESTÉRIL N°62	01
LEVOPUPILACINA	01	LUVIA ESTÉRIL N°63	01
LEVOPUPILACINA	01	LUVIA ESTÉRIL N°64	01
LEVOPUPILACINA	01	LUVIA ESTÉRIL N°65	01
LEVOPUPILACINA	01	LUVIA ESTÉRIL N°66	01
LEVOPUPILACINA	01	LUVIA ESTÉRIL N°67	01
LEVOPUPILACINA	01	LUVIA ESTÉRIL N°68	01
LEVOPUPILACINA	01	LUVIA ESTÉRIL N°69	01
LEVOPUPILACINA	01	LUVIA ESTÉRIL N°70	01
LEVOPUPILACINA	01	LUVIA ESTÉRIL N°71	01
LEVOPUPILACINA	01	LUVIA ESTÉRIL N°72	01
LEVOPUPILACINA	01	LUVIA ESTÉRIL N°73	01
LEVOPUPILACINA	01	LUVIA ESTÉRIL N°74	01
LEVOPUPILACINA	01	LUVIA ESTÉRIL N°75	01
LEVOPUPILACINA	01	LUVIA ESTÉRIL N°76	01
LEVOPUPILACINA	01	LUVIA ESTÉRIL N°77	01
LEVOPUPILACINA	01	LUVIA ESTÉRIL N°78	01
LEVOPUPILACINA	01	LUVIA ESTÉRIL N°79	01
LEVOPUPILACINA	01	LUVIA ESTÉRIL N°80	01
LEVOPUPILACINA	01	LUVIA ESTÉRIL N°81	01
LEVOPUPILACINA	01	LUVIA ESTÉRIL N°82	01
LEVOPUPILACINA	01	LUVIA ESTÉRIL N°83	01
LEVOPUPILACINA	01	LUVIA ESTÉRIL N°84	01
LEVOPUPILACINA	01	LUVIA ESTÉRIL N°85	01
LEVOPUPILACINA	01	LUVIA ESTÉRIL N°86	01
LEVOPUPILACINA	01	LUVIA ESTÉRIL N°87	01
LEVOPUPILACINA	01	LUVIA ESTÉRIL N°88	01
LEVOPUPILACINA	01	LUVIA ESTÉRIL N°89	01
LEVOPUPILACINA	01	LUVIA ESTÉRIL N°90	01
LEVOPUPILACINA	01	LUVIA ESTÉRIL N°91	01
LEVOPUPILACINA	01	LUVIA ESTÉRIL N°92	01
LEVOPUPILACINA	01	LUVIA ESTÉRIL N°93	01
LEVOPUPILACINA	01	LUVIA ESTÉRIL N°94	01
LEVOPUPILACINA	01	LUVIA ESTÉRIL N°95	01
LEVOPUPILACINA	01	LUVIA ESTÉRIL N°96	01
LEVOPUPILACINA	01	LUVIA ESTÉRIL N°97	01
LEVOPUPILACINA	01	LUVIA ESTÉRIL N°98	01
LEVOPUPILACINA	01	LUVIA ESTÉRIL N°99	01
LEVOPUPILACINA	01	LUVIA ESTÉRIL N°100	01

01 P/US BRUNO LA REITA

DEL

01 AGULHA DE 25X07 A-50(01)

- 01 N 26
- 02 N 28
- 02 N 30
- 01 N 32
- 01 N 34

Pamela Carreira

429852

RELATÓRIO DE CIRURGIA



Nome: Daniela Fontes da Silva BE/Prontuário: 1238924
 Idade: 39a Sexo: () Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 27/05/2020
 Clínica/Setor: Ortopedia EMP: _____ LR: _____
 Cirurgia: Tratamento Cirúrgico L4/L5 com disco direito
 Cirurgião: Dr. Anderson 1º Assistente: Dr. Rogério (R2)
 2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____
 Instrumentador: _____ Anestesista: _____
 Tipo de Anestesia: Rapinha Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fratura Torção Direita</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>L4/L5 de Torção Direita</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

João Pessoa 28/5/2020

Médico/CRM: _____

RELATÓRIO DE CIRURGIA

8

HEETSRL

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	Posição do Dr. Roberto Antônio Posição do Dr. Antônio Posição dos membros
Incisão:	Incisão de 10 cm, 1 cm Incisão de 10 cm, 1 cm Incisão de 10 cm, 1 cm
Achados:	Detecção de lesões de 10 cm, 1 cm
Conduta:	① LMC de 10 cm, 1 cm. ② Cultura 5 mm ③ Sistema de 10 cm, 1 cm ④ Cultura 10 cm
Fechamento:	
Observação:	

Médico/CRM:

João Pessoa

F(NG).ASCIR.009-1


**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena


Somos todos
PARAÍBA
 Governo do Estado

RUA ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM - CNES: 1112234 - Tel.:

Boletim de Atendimento: 1238924



Identificação do paciente				
ID 1808845	Nome DANIELE FONTES DA SILVA		Sexo Feminino	
Data de nascimento 08/08/1985	Idade 35 anos 8 dias	Estado civil	Religião	Prontuário 122823
Mãe MARIA DA PENHA FONTES DA SILVA	Pai JOSE GENTIL DA SILVA			
Escolaridade		Responsável (Parentesco) - IRMAO(A)		
DDD Celular 83	Celular 988627238	DDD	Telefone 988628832	
Tipo documento	Número documento	Nº Cns 700506336356957		
Local de procedência		Tipo	UF	
Email	Naturalidade	CBO/R		
Endereço				
CEP 58085460	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro PRESIDENTE FÉLIX ANTÔNIO	
Número 260	Complemento	Bairro CRUZ DAS ARMAS		
Admissão				
Data e Hora 27/05/2020 16:14:01	Número da pulseira 1000008788824		Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL		Clínica		
Classificação de risco		Origem do paciente RUA		
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO		
Indicadores e Transporte				
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não	
Meio de transporte SAMU		Quem transportou		
Sinais Vitais				
PA _____ X _____ mmHg		Pulso	Temperatura	
Exames complementares				
Ralo X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor [] ECG [] Ultrasonografia []
Dados clínicos				
Diagnóstico				CID
Atendido por BIANKA JACOB MENEZES DE QUEIROZ				Tempo

Imprimir

0000

P. 66

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO



ASSINATURA DO TITULAR



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

2.673.339 2^ª V

DATA DE
EXPEDICAO

20 MAR 2002

NOME

DANIELLE FONTES DA SILVA.

José Gentil da Silva

FILIAÇÃO

Maria da Penha Fontes da Silva

João Pessoa-PB
NATURALIDADE

08-06-1985

DATA DE NASCIMENTO

Cert. Nasc. Nº 36.055, Fls. 08, Liv. A-33
DOC ORIGEM

4^ª Cart. João Pessoa-PB

CPF

Mo Mendes

João Pessoa-PB, 29/08/83

DIR. DEPT. DE ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de inscrição

052.893.024-92

DANIELLE FONTES DA SILVA

08/06/1985



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

Nº 015312029355

DETRAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD RENAVAM 1 020080009818 1800000000 2020
1 0114560807-5 00/00000000

NOME
JOSE ALEXANDRE FONTES DA SILVA

CPF/CNPJ
02788883480

PLACA
OFY3462/PB

PLACA ANT/UF NOVO PB CHASSI SC2KD0810JR017702

ESPECIE TIPO
PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC

COMBUSTIVEL
ALCO/GASOL

MARCA/MODELO
HONDA/NKR160 BROS ESDD

ANO FAB - 2018
ANO MOD 2018

CAP/POT/CIL
2 P/162 /CI

CATEGORIA
PARTIC

COR PREDOMINANTE
VERMELHA

COTA UNICA
IPVA PAGO EM 00/00/0000

VENC/COTAS

FAIXA IPVA PARCELAMENTO/COTAS
***** 0

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
***** SEGURO P A G O 05/03/2020

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA DE DOMÍNIO

DOCUMENTO DE PORTO DEBENTURADO
NÃO VALIDO PARA TRANSFERÊNCIA

LOCAL
JOAO PESSOA - PB

DATA

31628

10/03/2020

40657

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0324505/20

Vítima: DANIELLE FONTES DA SILVA

CPF: 052.893.024-92

Seguradora: PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

Data do acidente: 27/05/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: DANIELLE FONTES DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

DANIELLE FONTES DA SILVA : 052.893.024-92

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: 13/11/2020
Nome: DANIELLE FONTES DA SILVA
CPF: 052.893.024-92

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/11/2020
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

DANIELLE FONTES DA SILVA

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA