

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 25/06/2021

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DANIEL DA SILVA FIRMINO

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02469-4

CONTA: 000000016798-3

Nr. da Autenticação D6798CB5D72492BC

Rio de Janeiro, 02 de Julho de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210149487

Vítima: DANIEL DA SILVA FIRMINO

Data do Acidente: 28/09/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), DANIEL DA SILVA FIRMINO

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: **DANIEL DA SILVA FIRMINO**

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

Banco: **001**

Agência: **000002469-4**

Conta: **0000016798-3**

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,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 07 de Junho de 2021

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3210149487**

Vítima: DANIEL DA SILVA FIRMINO

Data do Acidente: 28/09/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), DANIEL DA SILVA FIRMINO

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3210149487

Cidade: Pocinhos

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: DANIEL DA SILVA FIRMINO

Data do acidente: 28/09/2020

Seguradora: USEBENS SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DA PERNA ESQUERDA

Descrição do exame físico: Ao exame físico do joelho esquerdo apresenta joelho normal, flexão aos 120°, extensão aos 120°, ausência de derrames articulares, presença de atrofia no segmento, sem amputação, marcha com claudicação, agachamento alterado, com encurtamento. Apresenta na região observada cicatriz operatória aparente, sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, inexistência de alterações musculares, inexistência de alteração motora. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau médio no joelho esquerdo.

Resultados terapêuticos: VÍTIMA VEM PARA AVALIAÇÃO COM USO DE BENGALA, MARCHA CLAUDICANTE, DIFERENÇA DE COMPRIMENTO DO MEMBRO COM ENCURTAMENTO DO INFERIOR ESQUERDO
DÉFICIT DE FORÇA MUSCULAR DO MEMBRO INTERIOR ESQUERDO GRAU III
AMPLITUDE DE MOVIMENTO DO QUADRIL ESQUERDO BASTANTE REDUZIDA (VIDE OBS).

Sequelas permanentes: DURANTE AVALIAÇÃO SEGURADO TROUXE DOCUMENTAÇÃO EM CD QUE NÃO FOI POSSÍVEL ACESSAR. O MESMO APRESENTA UMA LUXAÇÃO INVETERADA DO QUADRIL ESQUERDO QUE NÃO TIVE ACESSO A DOCUMENTOS HOSPITALARES DE QUE A LESÃO FOI DOCUMENTADA NA ADMISSÃO HOSPITALAR DO REFERIDO ACIDENTE (VIDE OBS)
ENCURTAMENTO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO
MARCHA CLAUDICANTE
DÉFICIT DE FORÇA MUSCULAR DO QUADRIL ESQUERDO GRAU III (VIDE OBS)
DÉFICIT DE AMPLITUDE DE MOVIMENTO DO QUADRIL ESQUERDO (VIDE OBS)
AGACHAMENTO PREJUDICADO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 21/06/2021

Conduta mantida:

Observações: OBS.: Conforme documentação anexada ao processo (doc 1/15) o Sr. Daniel, na data da internação (28/09/20), já era portador de sequela de fratura do acetábulo e deformidade em fêmur proximal à esquerda, razão pela qual o quadro descrito neste laudo relativo ao quadril não foi considerado.
Data e local do exame: 21/06/2021 - Campina Grande/PB

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
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



Número do Prontuário: 205804

DATA DA CIRURGIA: 28/09/2020

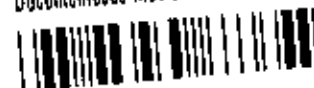
Número do Atendimento: 2236642 Clin: / Enf: / Lei:

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: DANIEL DA SILVA FIRMINO

Data da Internação: 28/09/2020

Documentação médico - hospitalar



Atendimento: 2236642

Diagnostico Pré-Operatório:

fr Exposta ossos da perna @

Diagnostico Pós-Operatório: LMC + FIXAÇÃO EXTERNA (O MESMO)

Cirurgia: LMC + FIXAÇÃO EXTERNA

Data da Cirurgia: 28/09/2020

Equipe:

Cirurgião: YWRY DE PAIVA CAMARA

Aux 1:

Aux 2:

Aux 3:

Instrumentador: RAMON

Anestesista: ANA DULCE DE SOUZA LIMA

Tipo de anestesia: RAQUIANESTESIA

Relatório Imediato do Patologista: NDN

Exame Radiológico no Ato: SIM

Acidente Durante Operação: NÃO

- Descrição da Operação:
1. PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA
 2. ASSEPSIA + ANTISSEPSE + CAMPOS ESTÉREIS.
 3. AMPLIAÇÃO DE LESÃO EM FACE ANTEROMEDIAL DE PERNA ESQUERDA + DIVULSAO POR PLANOS + HEMOSTASIA
 4. LMC EXAUSTIVA COM SF + DESBRIDAMENTO DE TECIDOS DESVITALIZADOS
 5. REDUÇÃO INDIRETA + FIXAÇÃO EXTERNA COM AUXILIO DE ESCOPIA AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO.
 6. PACIENTE COM MAIS DE 10 HORAS DE EVOLUÇÃO.
 7. LAVADO DE FO COM SF
 8. FECHAMENTO COM NYLON 2-0 + CURATIVO

OBS: OBSERVADA ROTAÇÃO INTERNA DO MEMBRO ACOMETIDO RÍGIDA, SENDO NECESSÁRIO O POSICIONAMENTO LATERAL DO FIXADOR EXTERNO. PACIENTE COM PROVÁVEL SEQUELA DE FRATURA DE ACETÁBULO E DEFORMIDADE EM FEMUR PROXIMAL ESQUERDO.

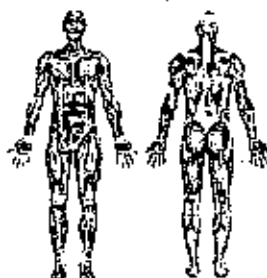
Ywry de Paiva Câmara
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM/PB 10907



SECRETARIA DE EDUCAÇÃO
PARAÍBA
Departamento de Educação

CLASS. DE RISCO: **VERMELHO**

LOCAL DA LESÃO (Identifique o local com o número correspondente ao lado)



- | | |
|--------------------------|--------------------------------|
| 1. Azeite | 19. Fritura de carne fechada |
| 2. Amendoim | 20. Fritura de assado aberto |
| 3. Ananás | 21. Mandioca |
| 4. Batatado | 22. Ingrediente de Vanille |
| 5. Cereja | 23. Licoroso |
| 6. Doce | 24. Lado de leite |
| 7. Edam | 25. Licoroso |
| 8. Empedimento | 26. Manteiga |
| 9. Fritura de subproduto | 27. Manteiga de leite de leite |
| 10. Espuma | 28. Objeto de leite |
| 11. Equilíbrio | 29. Omelette |
| 12. F. de leite | 30. Pãozinho |
| 13. F. de leite | 31. Pãozinho |
| 14. F. de leite | 32. Pãozinho |
| 15. F. de leite | 33. Pãozinho |
| 16. F. de leite | 34. Pãozinho |
| 17. F. de leite | 35. Pãozinho |
| 18. F. de leite | 36. Pãozinho |

DIAGNOSTICO / CID:

Politikwissenschaft

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

União de Iguaçu - Prefeitura de M.E.
ref. do ltr. 533.15. Considero, portanto,
respeitosamente, cumprida a tarefa,
devendo a petição ser arquivada.

Neg

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

EXAME FÍSICO

PUPILAS () Fotomorgentes () Isocóricas () Anisocóricas () _____

Glasgow 15 PA HGT: Sat02

EXAMES SOLICITADOS:

- () Laboratoriois
- () Gasometria arterial
- () Radiografia Computadorizada

4. വിവരങ്ങൾ നൽകുക:
 5. അഭിപ്രായപ്പെടുക:
 6.)

ULTRASSONOGRAFIA
Realizada em:

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:Especialista: maria, da 09:35 Dia 28, 09, 2020

Especialista: _____ As _____ Dia _____ / _____ / _____

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Nº **PRESCRIÇÕES E CONDUITAS**

MODULO REALIZADO

PRESCRIÇÕES E CONDIÇÕES		MOMENTO REALIZADO
1	PR - 500mg - E	
2	Trilab 40mg + AD, E	adm: no 9
3		
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

Dr. Scheraga viana Filho
Cirurgião Geral
CREMEP 0536

RAIO X
REALIZADO EM:
28/09/20



FICHA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA () ELETIVA (x) URG/EME

PACIENTE: <u>Daniel da Silva Figueiro</u>	IDADE: <u>28</u>
DATA DE CHEGADA NO CC: <u>28-09-20</u>	HORA: <u>17:15h</u>
CIRURGIA PROGRAMADA: <u>crux. de prot. exp. do pâncreas</u>	CIRURGIÃO RESPONSÁVEL: <u>Dr. J. J. J.</u>

ACOLHIMENTO

ESTADO GERAL:	() GRAVE () COMPROMETIDO () REGULAR (x) BOM
PREPARO:	(x) JEJUM TEMPO DE JEJUM: <u>18h</u> () RETIRADA DE PRÓTESES () RETIRADA DE ADORNOS
ACESSO VENOSO:	(x) SIM () NÃO (x) AVP () AVC LOCAL: <u>HSO</u>
VENTILAÇÃO:	(x) AR AMBIENTE () M.V. () INTUBADO () TQT
ANTECEDENTES:	() HIPERTENSÃO () DIABETES () DOENÇA RENAL () AVC () MARCAPASSO () CONVULSÃO () TABAGISTA () ISOLAMENTO DE:
MEDICAÇÕES DE USO CONTÍNUO:	() SIM (x) NÃO
RESERVAS SANGÜÍNEAS:	() SIM (x) NÃO
CIRURGIAS ANTERIORES:	<u>NÃO</u>
EXAMES PRE-OPERATÓRIOS:	() RISCO CIRÚRGICO () EX. LAB. (x) RAIO-X () USG () TOMOGRAFIA TERMO DE CONSENTIMENTO: (x) PARA CIRURGIA () NSA () OUTROS:
NECESSITA DE MARCAÇÃO DE LATERALIDADE:	() SIM (x) NÃO LOCAL: () PACIENTE NÃO CONTACTUA OU NÃO CONSEGUE RESPONDER AS PERGUNTAS

PRIMEIRA ETAPA DO CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA

O PACIENTE CONFIRMA: (x) IDENTIDADE (x) LOCAL DO PROCEDIMENTO (x) PROCEDIMENTO A SER REALIZADO	ALERGIAS CONHECIDAS: (x) NÃO () SIM, DEVIDO A:
(x) CHECAGEM DE MATERIAL DE ANESTESIA (x) EQUIPAMENTOS DE MONITORIZAÇÃO	RISCO DE VIA AÉREA DIFÍCIL: (x) NÃO () SIM MATERIAL NECESSÁRIO EM S.O.: () NÃO (x) SIM
RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500ML (7ML/KG EM CRIANÇA): () SIM () NÃO	(x) MATERIAL DISPONÍVEL EM S.O DENTRO DAS NORMAS DE ESTERILIZAÇÃO
OBSERVAÇÕES:	ACOLHIDO POR: <u>Idal Daniel</u> <u>42587</u> <u>16/04/03</u>

TRANSOPERATÓRIO

CIRURGIÃO: <u>Dr. J. J. J.</u>	AUXILIAR: <u>Dr. J. J. J.</u>
ANESTESIOLOGISTA: <u>Dr. J. J. J.</u>	ANESTESIA: <u>Dr. J. J. J.</u>
CIRCULANTE: <u>Dr. J. J. J.</u>	
POSICIONAMENTO:	(x) DECÚBITO DORSAL () DECÚBITO VENTRAL () DECÚBITO LATERAL () LITÔMICA () GENUPEITORAL () OUTRAS:
PLACA DE BISTURI:	() SIM (x) NÃO LOCAL:
EQUIPAMENTOS:	() BISTURI ELÉTRICO () MICROSCÓPIO () TORRE VDL () ARCO CIRÚRGICO () LASER () OUTROS:
USO DE COXINS:	() SIM () NÃO LOCAL:

SEGUNDA ETAPA DO CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA

(x) TODOS OS MEMBROS DA SALA SE CONHECEM (x) PASSOS CRÍTICOS DA CIRURGIA; DURAÇÃO ESTIMADA: <u>+ 1h00</u> (x) PREOCUPAÇÕES EM RELAÇÃO A ANESTESIA (x) LOCAL DO PROCEDIMENTO	() NOME DO PACIENTE () CIRURGIA PROGRAMADA () PROFILAXIA ANTIMICROBIANA COM () EXAMES ESSENCIAIS DISPONÍVEIS DA S.O.
--	---

MEDICAMENTOS ADMINISTRADOS PELO ANESTESISTA

HORA:		HORA:	
HORA:		HORA:	
HORA:		HORA:	
HORA:		HORA:	
HORÁRIO	PA	F.C	SPO2
ADMISSÃO NA S.O.: <u>15:30</u>	<u>15:28.5</u>	<u>104</u>	<u>100</u>
<u>16:05</u>	<u>15:26.9</u>	<u>86</u>	
FIM DA CIRURGIA:			

PROCEDIMENTOS	REALIZADO POR:	DRENOS E CANULAS
() TOT n.º () SNG n.º () SNE n.º		() PENROSE LATEX () PENROSE SILICONE
() ACESSO CENTRAL TIPO: LOCAL:		() WATERMAN () BLAKE
(x) AVP: <u>N.º S.º</u> CATETER N.º	<u>Dr. J. J. J.</u>	() GUEDEL () SUÇÃO
() PAM CATETER N.º LOCAL:		() DRENO TORÁCICO () DRENO DE MEDIASTINO
() SVD n.º BALÃO COM: ml ABD () SVA		() IRRIGAÇÃO VESICAL

TERCEIRA ETAPA DO CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA

(x) NOME DO PROCEDIMENTO (x) ALGUMA PREOCUPAÇÃO EM RELAÇÃO A RECUPERAÇÃO DO PACIENTE	() MONTAGEM DE COMPRESSAS (x) MATERIAIS PARA EXAMES (x) NÃO () SIM QUAL: PROBLEMAS COM EQUIPAMENTOS: (x) NÃO () SIM QUAL:
INTEGRADORES DOS MATERIAIS	

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: Daniel da Silva Firmino DN: 04/05/1992

QI LEITE CONVÊNIO SUS IDADE 28 anos REGISTRO 2236642

CIRURGIÃO Firmino com frc CIRURGIÃO Yukury

ANESTESIA Raqui ANESTESIA Dr. Ana Dulce

INSTRUMENTADORA Ramon DATA 28/09/2020 INICIO 15:35 FIM 17:05



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.	01	Catet. pl. Órg.		Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.		Catet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix	
01	Diazepam amp.		Compressa Grande		Catgut cromado Sertix	
01	Dimora amp.	02	Compressa Pequena		Catgut Simples	
	Dolantina amp.		Cotonóide		Catgut Simples Sertix	
	Efrane ml		Dreno		Catgut Simples Sertix	
	Fenegan amp.		Dreno Kerr nº		Catgut Simples Sertix	
	Fentanil ml		Dreno Penrose nº		Cera pl. osso	
	Inova ml		Dreno Pezzer nº		Ethibond	
	Ketalar ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond	
01	Mercaina % ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Nubahin amp.		Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix	
	Pavulon amp.		Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix	
	Proligmine amp.	015	Esparadrapo Largo cm		Fio de Algodão Sutupak	
	Protóxido l/m		Furacim ml		Fio de Algodão Sutupak	
	Quelicin ml	015	Gase Pacote cl 10 unidades		Fila cardiaca	
	Rapifen amp.		H ₂ O ml	03	Mononylon	(20)...
	Thionembital ml		Intracath Adulto		Mononylon	
	Tracrium amp.		Intracath Infantil		Prolene Sertix	
Qtd.	MEDICAÇÕES	02	Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Sertix	
	Água Destilada amp.		Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Sertix	
01	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Sertix	
02	Dipirona amp.		Luvas 7.0		Vicryl Sertix	
01	Flaxidol amp.		Luvas 7.5		Vicryl Sertix	
01	Flebotomid amp.		Luvas 8.0		Vicryl Sertix	
	Gericicina amp.		Luvas 8.5			
	Glicose amp.	24m	Oxigênio l/m			
	Glucon de Cálcio amp.		Poliflix			
	Haemacel ml.		PVPI Degemante ml			
	Heparema ml.		PVPI Tópico ml.	Qtd.	SOROS	
	Kanakion amp.	015	Sabão Antiséptico		SG Normotérmico fr 500 ml	
	Lasix amp.	01	Saco coletor		SG Gelado fr 500 ml	
	Medrothinazol.	01	Seringa desc. 00 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml	
	Plasil amp.	01	Seringa desc. 20 ml		SG Ringr fr 500 ml	
	Prolamina	01	Seringa desc. 05 ml		SG fr 500 ml	
	Revivan amp.		Sonda			
	Stuptanon amp.		Sonda Foley	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE	
	Cefalotina g		Sonda Nasogátrica		Am Cirurgica	
02	Ceftriaxona g		Sonda Uretral nº		a Fixador externo de	
			Steridrem ml		Fibrolig	
			Torneirinha			
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml			
	Aguilha desc. 25 x 7		Gelcon 18			
	Aguilha desc. 28 x 28		Latase			
01	Aguilha desc. 3 x 4,5	05	Detalhes			
01	Aguilha pl. raque nº 25					
	Álcool de Enfermagem					
01	Álcool Iodado ml					
	Ataduras de Crepon	15cm				
	Ataduras de Gessada					
	Azul melileno amp.					
	Benzina ml					

Validade da Ent. Reser
Téc. ENFERMAGEM
COREN-PR 250730

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

aniel Da Silva Firmino

CAMPIMAGEM - Diagnostico por imagen

86002

RX ESCANOMETRIA

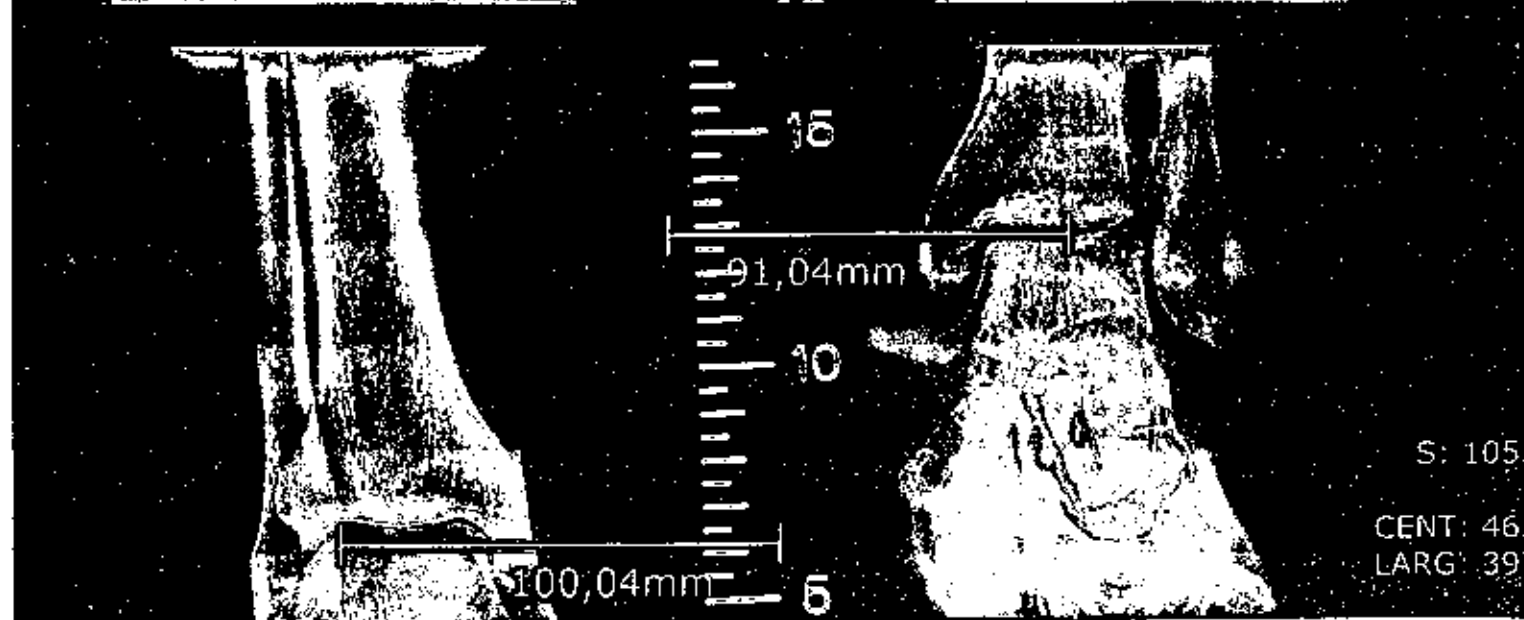
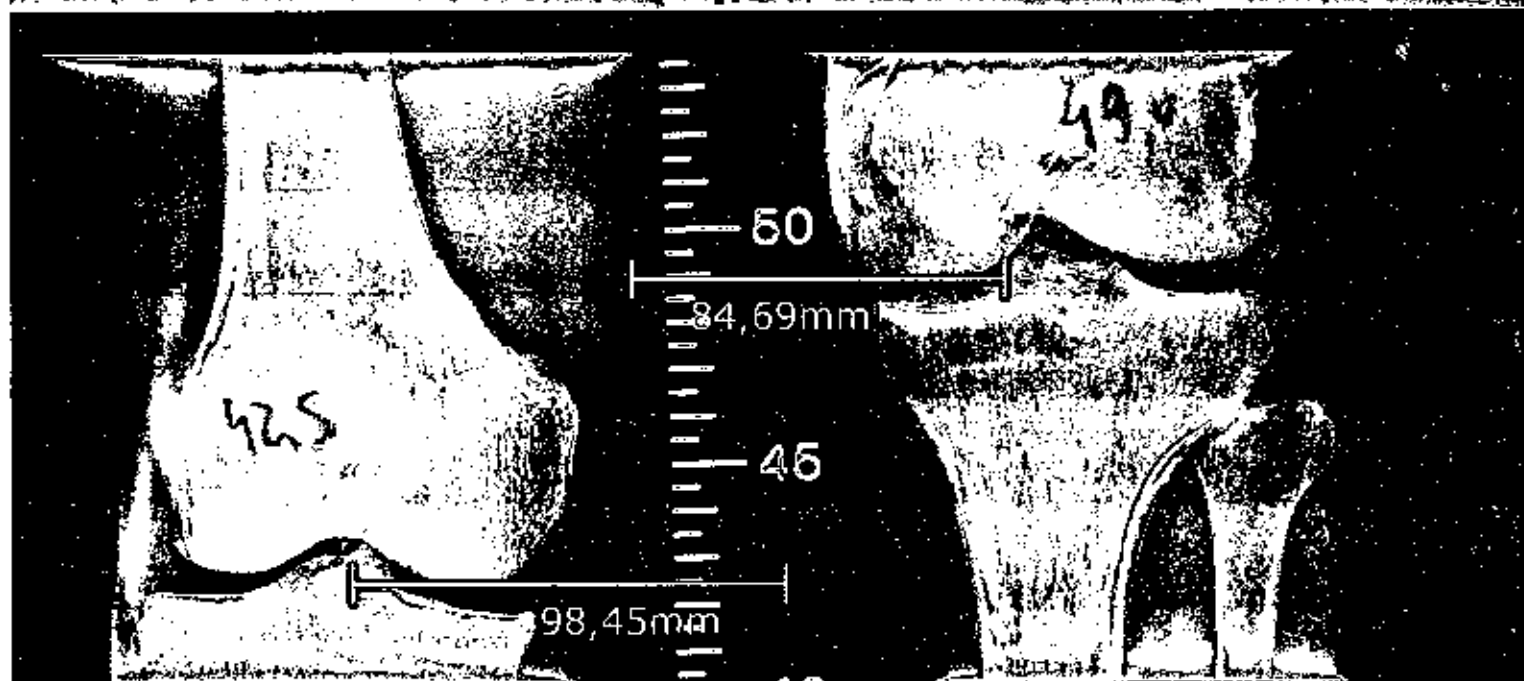
4/05/1992

ESCANOMETRIA

8 ANOS

26/04/2021 10:15:3

92654



MARIA DO CARMO GOMES IOMICARCO

Francisco Gomes Policarpo

Cicera Maria da Conceição

Pocinhos PB.

20.05.1966

Port. Nasc; 4.792. Pls. 300. Liv. 4-C;

Cart. de Pocinhos Pb.

MICROFILMADO
SERIADO E INDEXADO



INSTITUTO BRASILEIRO DE
REGISTRO CIVIL

CPF

CPF 000.000.000-00

CPF 000.000.000-00

CPF 000.000.000-00

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

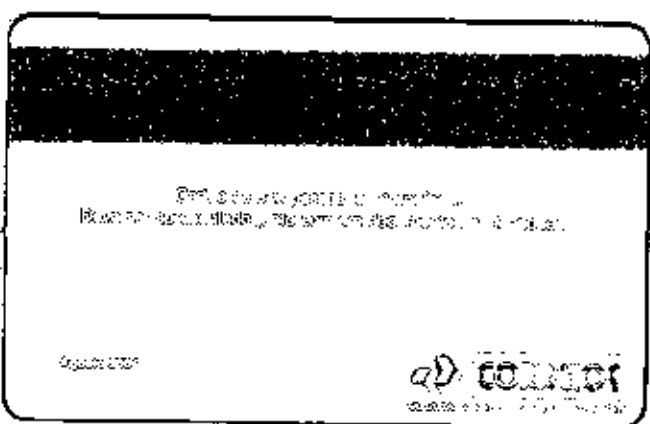
DI-2-38



MARIA DO CARMO GOMES IOMICARCO

CICERA MARIA DA CONCEIÇÃO

(CARTEIRA DE IDENTIFICAÇÃO)





Somos todos
PARAÍBA
 Governo do Estado

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 2236642 Paciente: DANIEL DA SILVA FIRMINO Idade: 028

Nome da Mãe: MARIA DAS GRACAS DA SILVA FIRMINO Data de Nascimento: 04/05/1992 Sexo: M

Clinica: CENTRO CIRURGICO Enfermaria: 600A Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA PERNA ESQUERDA

DIA 28/09/2020

Item	Prescrição	Aproçamento
1	DIETA LIVRE <i>mes nps</i>	
2	CEFTRIAXONA DISSODICA 1G INTRAVENOSO E.V. 1 Frasco/Ampola, 12h/12h	<i>✓</i>
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1 AMPOLA, 6h/6h DILUIR EM AD	<i>✓</i>
4	TENOXCAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1 FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	<i>✓</i>
5	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1 AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO DILUIR EM AD	SN
6	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1 AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO DILUIR EM 100 ML DE SF 0.9%	SN
7	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

8. SAT 5000 CEM 0.100% *✓*
 28/09/2020 02h pedra 9. SF 0.9% 2000p à pl 24h. *✓*
 10. Curativo Diário
 11. Rx controlado.

Pete ulmas de duma, apurando
 fratura exposta da perna *(E)*

CO: VPM

Preparar pcto para

Centro cirurgico

Dr. Jose Felipe Guedes
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM 2236642

28/09/2020, 17h06' POI
 Paciente submetido a proce-
 dimento cirurgico ortopedico
 sem intercorrências.
 No momento em VPM.
 Cd: VPM + Rx Controlado
 Jose Felipe Guedes
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM 2236642

ANOTAÇÕES/INTERCORRÊNCIAS DE ENFERMAGEM: Monitorio fixador interno

8. DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

DIAGNÓSTICOS	FATORES RELACIONADOS	CARACTERÍSTICA DEFINIDORAS
PAADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ DEFICIT NO AUTOCUIDADO PARA BANHO DOR AGUDA HIPERTERMIA INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA RISCO DE DESEQUILIBRIO ELETROLÍTICO RISCO DE INFECÇÃO OUTRO	() ANSIEDADE () DOR () FADIGA () OBESIDADE () OUTRO () PREJUÍZO NEUROMUSCULAR () DOR ☒ OUTRO () AGENTES LESIVOS (EX: BIOLÓGICOS, QUÍMICOS) () OUTROS () ANESTESIA () DESIDRATAÇÃO () TRAUMA () OUTRO () EXTREMOS DE IDADE () CIRCULAÇÃO PREJUDICADA () HIPOTERMIA () IMOBILIZAÇÃO FÍSICA ☒ OUTRO () ASCITE () QUEIMADURA () VÔMITO () DIARRÉIA () DRENOS () OUTROS ☒ AUMENTO DA EXPOSIÇÃO AMBIENTAL À PATÓGENOS ☒ PROCEDIMENTOS INVASIVOS () OUTRO	() ALTERAÇÕES NA PROFUNDIDADE RESPIRATÓRIA () DISPNEIA () BATIMENTO DE ASA DE NARIZ () ORTOPNEIA () OUTRO ☒ INCAPACIDADE DE ACESSAR O BANHEIRO ☒ INCAPACIDADE DE LAVAR O CORPO () ALTERAÇÕES NA PRESSÃO SANGÜÍNEA () RELATO VERBAL DE DOR () AUMENTO DA TEMPERATURA CORPORAL ACIMA DOS PARÂMETROS NORMAIS () TAQUICARDIA () TAQUIPNEIA () DESTRUIÇÃO DE CAMADAS DA PELE ☒ OUTRO () ROMPIMENTO DA SUPERFÍCIE DA PELE

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
() MANTER OXIMETRIA CONTÍNUA E ANOTAR VALORES DE SPO2 E COMUNICAR SE FOR MENOR QUE 95%		() MELHORAR PERFUSÃO TISSULAR
() OBSERVAR E ANOTAR CONDIÇÕES DE PERFUSÃO PERIFÉRICA		() PADRÃO RESPIRATÓRIO EFICAZ
☒ ENCAMINHAR AO BANHO DE CHUVEIRO	M	☒ AUXÍLIO DIÁRIO ÀS NECESSIDADES DE HIGIENE
() REALIZAR BANHO NO LEITO (SN) E LAVAGEM DO CABELO		() CONTROLE DA DOR (MELHORADA OU AUSENTE)
() EXPLICAR AO PACIENTE AS POSSÍVEIS CAUSAS DA DOR		
() AVALIAR CARACTERÍSTICAS, INTENSIDADE E LOCAL DA DOR		
☒ AVALIAR ALTERAÇÕES DE SINAIS VITAIS	08:20	
() ADMINISTRAR ANALGÉSICOS CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA E REAVALIAR A DOR APÓS ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO		
() APÓS ADMINISTRAR ANTITÉRMICOS, AVALIAR E REGISTRAR OS RESULTADOS		() MANUTENÇÃO DA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DOS LIMITES FISIOLÓGICOS
() INCENTIVAR A INGESTÃO DE LÍQUIDOS		
☒ REALIZAR HIGIENE E CURATIVO DE ACORDO COM A NECESSIDADE	M	☒ MELHORAR A INTEGRIDADE DA PELE
() VERIFICAR CONDIÇÕES DE HIDRATAÇÃO DO PACIENTE (MUCOSA, EDEMA, PULSO)		() RISCO DE DESEQUILÍBRIO DIMINUÍDO
☒ OBSERVAR LOCAL DA FERIDA E INSERÇÃO DO DISPOSITIVO VENOSO PARA SINAIS FLOGÍSTICOS	MTN	☒ DIMINUIR O RISCO DE INFECÇÃO
☒ TROCAR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO A CADA 72HS	03/10/20	
☒ REALIZAR DESINFECÇÃO COM ÁLCOOL À 70% NOS DISPOSITIVOS ENDOVENOSOS ANTES DE ADMINISTRAR A MEDICAÇÃO	3mm	
OUTRO:		

9. RISCO DE QUEDA (ESCALA DE MORSE)

HISTÓRIA DE QUEDA NESTE INTERNAMENTO OU NOS ÚLTIMOS 3 MESES? () SIM () NÃO

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO? () SIM () NÃO AJUDA PARA CAMINHAR? () SIM () NÃO

TERAPIA INTRAVENOSA? ☒ SIM () NÃO ESTADO MENTAL? () AGITADO () DISTÚRPIO NEUROLÓGICO

POSTURA NO ANDAR E NA TRANSFERÊNCIA? RISCO DE QUEDA? ☒ SIM () NÃO

ASSINATURA E CARIMBO: Cláudia M. B. Sobral DATA: 30/09/2020

Cláudia M. B. Sobral
ENFERMEIRA
COREN 443987-PB

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Daniel da Silva Idade: 28 Sexo: M Enf/Leito: 6-2

2. HISTÓRIA PREGRESSA

Internações prévias () Motivo: Alergias () Qual? Doença () HAS () DM
() Tabagista () Etilista () Neoplasia () Drogas () Outros: Medicações em uso:

3. DOENÇA ATUAL:

MOTIVO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR: Ex laposta perna (E)

4. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICO BIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA: (X) CONSCIENTE (X) ORIENTADO () CONFUSO () LETÁRGICO () COMATOSO

MOBILIDADE FÍSICA: () PRESERVADA () PLEGIA () PARESIA () PARESTESIA LOCAL: prejudicada em M.I.G.

LINGUAGEM: () DISFONIA () DISARTRIA

RESPIRAÇÃO: (X) ESPONTÂNEA () CATETER NASAL () VENTURI () TRAQUEOSTOMIA () VMI () OUTROS

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS:

ALTERAÇÃO: () VISÃO () AUDIÇÃO () TATO () OLFATO () PALADAR OBS: _____

SEGURANÇA FÍSICA: (X) TRANQUILO () AGITADO () AGRESSIVO () RISCO DE QUEDA OBS: _____

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR: PULSO: (X) REGULAR () IRREGULAR () OUTROS: _____

EDEMA: (X) LOCAL OBS: M.I.G.

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES: (INTESTINAL E URINÁRIA)

TIPO SOMÁTICO: (X) NUTRIDO () EMAGRECIDO () CAQUÉTICO () OBESO

ALIMENTAÇÃO: (X) VO () SNG () SNE () OUTROS: _____

ELIMINAÇÃO INTESTINAL: (X) NORMAL () ALTERADO () OUTROS: _____

ELIMINAÇÃO URINÁRIA: (X) ESPONTÂNEA () SVD () INCONTINÊNCIA () OUTROS: _____

INTEGRIDADE FÍSICA E CULTÂNEO-MUCOSA

COLORAÇÃO DA PELE: (X) NORMOCORADA () HIPOCORADA

PELE: () ÍNTEGRA () LESÃO (X) OUTROS: _____

LESÃO POR PRESSÃO: () SIM (X) NÃO ESTÁGIO (BRADEN): _____ Local: _____

localização anatômica da ferida:

CUIDADO CORPORAL E SONO/REPOUSO

CUIDADO CORPORAL: () INDEPENDENTE () DEPENDENTE (X) PARCIALMENTE DEPENDENTE

HIGIENE CORPORAL: (X) SATISFATÓRIA () INSATISFATÓRIA

LIMITAÇÃO FÍSICA: (X) ACAMADO () CADEIRA DE RODAS

5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO: (X) PRESERVADA () PREJUDICADA

SENTIMENTO/COMPORTAMENTOS: (X) COOPERATIVO () OUTROS: _____

6. NECESSIDADE PSICOESPIRITUAIS:

RELIGIÃO: () PRATICANTE () NÃO PRATICANTE

7. AVALIAÇÃO GERAL:

HORA	PA	T	FC/P	SPO2	GLICEMIA	DIURESE	DÉBITO DE	DOR	PESO	ASSINATURA	DISPOSITIVOS	DATA DE
	(mmHg)	(°C)	(bpm)	(%)	(mg/dL)	(ml)	DRENO(ml)	(0a10)	(kg)			INSERÇÃO
8h	120/60		67	98	-	-	-	-	-	<u>Leonor</u>	SOG/SNG/SNE SVF	
21h	140/80	-	-	-	-	-	-	-	-	<u>FO</u>	CIRCUITO DE VM FILTRO DE VM UMIDIFICADOR ASPIRADOR LATEX EQUIPO SIMPLES	

AUP/MSE → 28/9/20



PARAIBA
Governo do Estado

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 01/10/2020

Horas: 09:22:31

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Médico(a) / Especialista: Matheus Pedrosa Cavalcanti De Souza

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 2236642 Paciente: DANTEL DA SILVA FIRMINO Idade: 028 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA DAS GRACAS DA SILVA FIRMINO Data de Nascimento: 04/05/1992 Admissão: 28/09/2020 DIH - 3

Clinica: ORTOPEDIA I Enfermaria: 6 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA PERNA ESQUERDA

DIA 01/10/2020

MÉDICO(A): Matheus Pedrosa Cavalcanti De Souza /

Item	Prescrição	Aproximando
1	DIETA LIVRE	
2	CEFTRIAXONA DISSODICA 1G INTRAVENOSO E.V. IFRASCOS/Ampola. 12h/12h	
3	DIPIRONA SOLUCA 500 MG/ML 2 ML E.V. IAMPOLA. 6h/6h	
4	DILUIR EM AD TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. IFRA AMP. 12h/12h	
5	Reconstituir 2ML ABD, ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. IAMPOLA. FAZER SE NECESSARIO	
6	DILUIR EM AD TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. IAMPOLA. FAZER SE NECESSARIO	
7	DILUIR EM 100 ML DE SF 0.9% CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

EVOLUÇÃO

DATA: 01/10/2020 HORA: 09:21:58

PCT EM POI SEM INTERCORRENCIAS

CD: ALTA HOSPITALAR

Dr. Matheus Pedrosa Cavalcanti De Souza
MÉDICO
CRM-PB 12.511

ASSINATURA + CARIMBO

Matheus Pedrosa Cavalcanti De Souza



PARAIBA
Governo do Estado



Sempre Lutas
PARAIBA
Governo do Estado

RESUMO DE ALTA

Nome do Paciente: **DANIEL DA SILVA FIRMINO**

Data da Internação: **28/09/2020**

Data da Alta: **01/10/2020**

Registro: **2236642**

Tempo de Permanência: **-18534**

Diagnóstico Inicial: **FX EXPOSTA DE TIBIA**

Diagnóstico Final: **O MESMO**

Cirurgia: **OSTEOSSINTESE**

Data: **28/09/2020**

Equipe:

Cirurgião: **YWRY DE PAIVA CAMARA**

Aux 1:

Aux 2:

Aux 3:

Aux 4:

Anestesista:

Medicamentos:

Orientações: **RETORNO AMBULATORIAL + FISIOTERAPIA MOTORA +
ANTIBIOTICOPROFILAXIA LAVAR BEM A FERIDA OPERATÓRIA COM SABÃO
NEUTRO; RETIRAR OS PONTOS COM 15 DIAS. EVITAR CARGA COM MEMBRO
CIRURGIADO ATÉ ORIENTACOES DO MEDICO NA CONSULTA DE RETORNO.**

Medicações para Casa: **CIPROFLOXACINO 500MG 1 CP DE 12/12HS POR 7 DIAS ARFLEX
RETARD 200MG 1 CP AO DIA, DURANTE 6 DIAS**

Condições de Alta: **Melhorado**

Dr. Matheus Pedrosa

MEDICO

CRM-PB 12.869

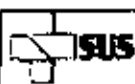
Data: **01/10/2020**

Assinatura/Carimbo

Matheus Pedrosa Cavalcanti De Souza

RESPONSÁVEL : Matheus Pedrosa Cavalcanti De Souza

Data da internação: 28/09/2020 Hora: 10:29:32



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

2 - CNES
2362856

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

4 - CNES
2362856

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
DANIEL DA SILVA FIRMINO

6 - Nº DO PRONTUÁRIO
2236642

7 - CARTÃO DO SUS

8 - DATA DE NASCIMENTO
04/05/1992

9 - SEXO
Masculino ☒ Feminino ☐

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL
MARIA DAS GRACAS DA SILVA FIRMINO

11 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)
SÍTIO MARIZ PRETO, 0, ZONA RURAL

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)
SÍTIO MARIZ PRETO, 0, ZONA RURAL

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
Pocinhos

14 - COORDENADA
231200

15 - UF
PB

16 - CEP
58150000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
PACIENTE VITIMA DE TRAUMA, APRESENTANDO DOR + DEFORMIDADE E FERIMENTO EM PERNA ESQUERDA.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
NECESSIDADE DE TRATAMENTO CIRÚRGICO

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)
RADIOGRAFIA + EXAME FÍSICO

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL
FRATURA EXPOSTA DA PERNA ESQUERDA

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO (X) CNE () CPF

29 - Nº DOCUMENTO (CNE/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
980016287664288

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
JOSE FELIPE GUEDES

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO
28/09/2020

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)
JOSE FELIPE GUEDES
CRM 145145 - RBO - PE 21023

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - CNES DA SEGURADORA

35 - Nº DO BILHETE

36 - SÉRIE

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - CNPJ EMPRESA

39 - CNPJ DA EMPRESA

40 - CBOR

41 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ORGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO () CNE () CPF

47 - Nº DOCUMENTO (CNE/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

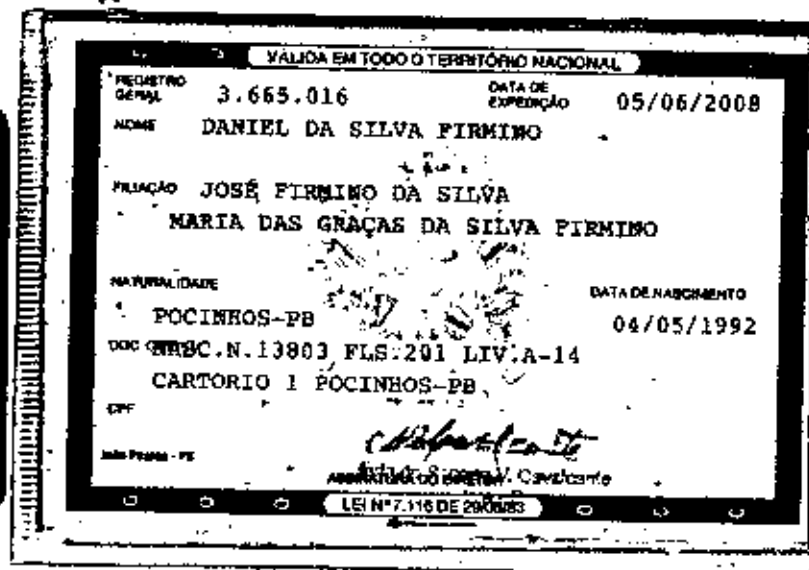
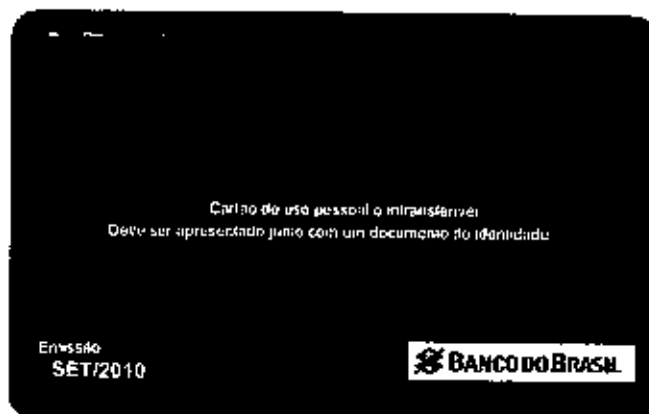
49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES			ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO	
FOLHA DE ANESTESIA		NOME <i>Daniel da Silva Fiermino</i>				IDADE	SEXO	COR
DATA <i>28/3</i>	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA		
TIPO SANGÜÍNEO	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLUCEMIA	UREIA	OUTROS		
	URINA							
AP. RESPIRATÓRIO					ASMA		BRONQUITE	
AP. CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA			
AP. DIGESTIVO			DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIO			
ESTADO MENTAL			ATÁRAXICOS	CORTICOIDES	ALERGIA		HIPOTENSORES	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO <i>frat expulsa de tibia</i>					ESTADO FÍSICO		RISCO	
ANESTESIAS ANTERIORES								
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA				APLICADA	AS	EFEITO		
AGENTES ANESTÉSICOS	OP					INDUÇÃO		
LÍQUIDOS		<i>R = 500 + RL + RL</i>				Satisf.: _____ Excit.: _____ Tosse: _____		
						Laringo espasmo: _____ Lenta: _____		
CÓDIGOS VP-ARTERIAL: O PULSO: O - RESPIRAÇÃO AX-ANESTESIA: O - OPERAÇÃO						Náuseas: _____ Vômitos: _____		
						Outros: _____		
						MANUTENÇÃO		
						<i>veocaine 100</i>		
						<i>durp 92 20</i>		
						<i>brumidrop</i>		
						<i>alcolu 20</i>		
						<i>desolm 10</i>		
						<i>durp 20</i>		
						<i>cto no 10</i>		
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES						ANESTESIA SATISF.: Sim _____ Não _____		
	Não, por quê? _____							
POSIÇÃO						DESPERTAR		
AGENTES						Reflexos na SO: _____		
TECNICA		<i>respiraciona</i>				Obstr.: _____ Co.: _____ Excit.: _____		
OPERAÇÃO		<i>rel. it. fr. tibia</i>				Náuseas: _____ Vômitos: _____		
CIRURGIÕES		<i>ryury</i>				Outros: _____		
ANESTESISTAS		<i>m. a. r. u. e. 20/4</i>				Com cânula: _____		
OBSERVAÇÕES						Para o Leito Sim _____ Não _____		
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.						CONDICÕES:		
						PERDA SANGÜÍNEA		



Documentos de identificação



DUT



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 014798491540
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA ODD. RENAVAM 20190000150906-0 EXERCÍCIO
1 0071740565-6 00/00000000 2019

NOME
DIVAN JORVINO DA SILVA

CPF/CNPJ PLACA
03647562416 MNT5334/PB

PLACA ANT./UF CHASSI
NOVO PB 9C2JC2500XR174830

ESPÉCIE TIPO COMBUSTÍVEL
CAR/MOTOCICLETA/NAO APETIC GASOLINA

MARCA/MODELO ANO FAB. ANO MOD.
HONDA/CG 125 TITAN 1999 999

CAP./POT./CIL. CATEGORIA COR PREDOMINANTE
2 P/124 /CI PARTIC VERMELHA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC./COTAS
1 00/00/0000 1º
P 2º
V 3º
A FADIA LRYA. PARCELAMENTO / COTAS
***** 0

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
***** SEGURO PAGA 22/04/2019

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA DE DOMÍNIO - CANCELAMENTO
DO VÁLIDO 2004 TRANSFERÊNCIA
0

LOCAL DATA
MATINHAS-PB 22/04/2019

41076 35556

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

PB Nº 014798491540 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1264

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2019 22/04/2019

VIA CPF / CNPJ PLACA
1 03647562416 MNT5334/PB

RENAVAM MARCA/MODELO
071740565-6 HONDA/CG 125 TITAN

ANO FAB. CAT. TIRE. Nº CHASSI
1999 9 9C2JC2500XR174830

PRÊMIO TARIFÁRIO

FND (R\$) DETRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) JORNALISMO PELA SEGURO (R\$)
***** SEGURO PAGO

PAGAMENTO DATA DE OUTRAGIO
☐ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO 22/04/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.808/0001-04

35556-1151432-20190422



Outros



28/09/2020

HTCG-Princípios Administrativo



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GOMES FERREDES CNPJ: 08.778.268/0008-52
Av. Mai. Floriano Peixoto, 4700 - Madrinhas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 28/09/2020
Paciente: DANIEL DA SILVA FIRMATO Idade: 028 N° ATEND: 2236517

ACIDENTE DE TRABALHO: NÃO
DATA: 28/09/2020 HORA: 08:47:22

ESPECIALIDADE: CIRURGIA

MOTIVO: ACIDENTE DE MOTO
ESPECIFICAÇÃO DO MOTIVO: MOTO X CARRO

SINAIS DE EMBRIAGUEZ: NÃO

SINAIS VITAIS
HGT: SAT O2: PA: TEMP: FC: FR: PESO:

DIABETES () SIM () NÃO HAS () SIM () NÃO
DEF. MOTORA () SIM () NÃO

ALERGIAS:
MEDICAÇÃO EM USO:
ESTADO GERAL:
AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

() CONVULSÃO () INCONSCIENTE () CONSCIENTE () ORIENTADO
() DESORIENTADO () AGITADO () COOPERATIVO () DEPRESSIVO () APÁTICO
() INIBIDO () DIMINUIÇÃO DE FORÇA MOTORA

SINTOMAS REFERIDOS

() FEBRE () VÔMITO () DIARRÉIA () EXANTEMA
() PRURIDO () DISPNEIA () DOR () INAPETÊNCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
() AMBLÍOPIA () FLEBITE () INAPETÊNCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
() EPIGASTRALGIA () CONSTIPAÇÃO () MELÉNA () SÍMPTOMAS () TOSSE



ESCALA DE DOR:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:
VERMELHO

CONTROLE DOS SINAIS VITAIS:

HORA	PA	TEMP	FC	FR	DIURESE	ASSINATURA ENFERMEIRO/COREN	DO

OBS:

ENFERMEIRO/COREN
Tereza Viana Duarte 287537

Tereza Viana Duarte
ENFERMEIRA
COREN-PB 287.537

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DOS TRANSPORTES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES

NOME: MARCELO GOMES PEREIRA



IDENTIFICAÇÃO: 2110001

CV: 990.537.604-49

DATA: 24/11/2015

NOME: GENTIL GOMES PEREIRA

MARIE COUTO DE ARAUJO
PEREIRA

PRIMEIRO

ACC

SEXO

AD

CP

00595046393

VALIDADE

23/01/2020

1ª EMISSÃO

16/02/1998

OBSERVAÇÕES

John Doe

ASSINATURA DO DETRAN

LOCAL

CAMPINA GRANDE, PB

DATA EMISSÃO

28/01/2015

[Signature]

ASSINATURA DO DETRAN

70049268765
PB030016681

DETRAN - PB (PARAIBA)

DEPARTAMENTO NACIONAL
DE TRANSPORTES

1009133840

1009133840



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA SEGURANÇA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁFICO
AUTORIDADE NACIONAL DE HABILITAÇÃO



NOME

ODIVAN JORVINO DA SILVA



REGISTRO DE IDENTIDADE

200001

150

ANT. Nº 150.000.000

SILVA

DATA DE EMISSÃO 10/01/2017

PARAÍBA



ASSINATURA

DATA

ODIVAN JORVINO DA SILVA

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL

CAMPINA GRANDE, PB

DATA FIM

05/01/2017

[Signature]

ASSINATURA DO PORTADOR

66967867572

PB033822980

PARAÍBA



DEPARTAMENTO NACIONAL

1410603435

1410603435



Seguro

DPVAT

O Seguro do Acidente de Trânsito

PEDIDO DE SEGURO DPVAT

site: www.seguradoralider.com.br

Central de Atendimento:

4020-1596 (Regiões Metropolitanas) de segunda a sexta das 8h às 20h.

0800 022 12 04 (Outras Regiões) de segunda a sexta das 8h às 20h.

SAC: 0800 022 8189 24 horas por dia



dpvat_oficial



DPVAToficial



DPVAToficial



seguradoralider:dpvat

BLOG: www.viverseguronotransito.com.br

SERVIÇO GRATUITO AO BENEFICIÁRIO

POSTAGEM CUSTEADA PELA
SEGURADORA LÍDER - DPVAT

ATENDIMENTO



Correios

REMETENTE / Sender		TELEFONE / Phone Number	
Daniel da Silva Firmiro		(83) 9 8899-2405	
ENDEREÇO / Address			
Sítio Maus Preto Jr			
Pça Rural			
CEP / Zip	CIDADE / City	UF/State	PAÍS / Country
5150-000	Recintas	PB	BR

DEVOLUÇÃO (Return)		(Cn15)
☐ MUDOU-SE (Moved)	☐ FALECIDO (Deceased)	
☐ RECUSADO (Refused)	☐ ENDEREÇO INSUFICIENTE (Insufficient Address)	
☐ DESCONHECIDO (Unknown)	☐ NÃO EXISTE O NÚMERO INDICADO (Non-existing Number)	
☐ NÃO PROCURADO (Undelivered)	☐ OUTROS (Other)	
☐ AUSENTE (Absent)		
TENTATIVAS DE ENTREGA (Delivery Attempts)		
1ª / / às 2ª / / às 3ª / / às		
☐ Informação prestada pelo porteiro ou síndico (Information provided for doorman or condo manager)		
☐ Reintegrado ao serviço postal em / / (Reinstated to service post)		
Data / / Responsável		

"RECICLAR MATERIAIS É PRESERVAR O MEIO AMBIENTE"





Seguro

DPVAT

O Seguro do Acidente de Trânsito



SERVIÇO GRATUITO AO BENEFICIÁRIO
POSTAGEM CUSTEADA PELA SEGURADORA LÍDER - DPVAT

DESTINATÁRIO / Recipient		TELEFONE / Phone Number	
Seguradora Líder - DPVAT			
ENDEREÇO / Address			
Rua Francisco de Souza e Melo, Cordovil			
CEP / Zip	CIDADE / City	UF / State	PAÍS / Country
21040-410	Rio de Janeiro	RJ	BR

ATENDIMENTO



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0121453/21

Vítima: DANIEL DA SILVA FIRMINO

CPF: 108.328.484-33

Seguradora: USEBENS SEGUROS S/A

Data do acidente: 28/09/2020

Titular do CPF: DANIEL DA SILVA
FIRMINO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

DANIEL DA SILVA FIRMINO : 108.328.484-33

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.

**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: 3210149487

Nome do(a) Examinado(a): DANIEL DA SILVA FIRMINO

Endereço do(a) Examinado(a): SÍTIO MARES PRETO, 0, , Pocinhos/PB

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: SSP/PB / 3665016

Data e local do acidente: 28/09/2020 - Pocinhos/PB

Data e local do exame: 21/06/2021 - Campina Grande/PB

Coordenadas Geográficas:

RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

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

FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DA PERNA ESQUERDA

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

VÍTIMA VEM PARA AVALIAÇÃO COM USO DE BENGALA, MARCHA CLAUDICANTE, DIFERENÇA DE COMPRIMENTO DO MEMBRO COM ENCURTAMENTO DO INFERIOR ESQUERDO DÉFICIT DE FORÇA MUSCULAR DO MEMBRO INTERIOR ESQUERDO GRAU III AMPLITUDE DE DE MOVIMENTO DO QUADRIL ESQUERDO BASTANTE REDUZIDA (VIDE OBS).

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

Ao exame físico do joelho esquerdo apresenta joelho normal, flexão aos 120°, extensão aos 120°, ausência de derrames articulares, presença de atrofia no segmento, sem amputação, marcha com claudicação, agachamento alterado, com encurtamento. Apresenta na região observada cicatriz operatória aparente, sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, inexistência de alterações musculares, inexistência de alteração motora. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau médio no joelho esquerdo.

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

DURANTE AVALIAÇÃO SEGURADO TROUXE DOCUMENTAÇÃO EM CD QUE NÃO FOI POSSÍVEL ACESSAR. O MESMO APRESENTA UMA LUXAÇÃO INVETERADA DO QUADRIL ESQUERDO QUE NÃO TIVE ACESSO A DOCUMENTOS HOSPITALARES DE QUE A LESÃO FOI DOCUMENTADA NA ADMISSÃO HOSPITALAR DO REFERIDO ACIDENTE (VIDE OBS) ENCURTAMENTO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO MARCHA CLAUDICANTE DÉFICIT DE FORÇA MUSCULAR DO QUADRIL ESQUERDO GRAU III (VIDE OBS) DÉFICIT DE AMPLITUDE DE MOVIMENTO DO QUADRIL ESQUERDO (VIDE OBS) AGACHAMENTO PREJUDICADO

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

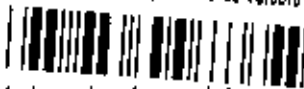
b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Joelho Esquerdo - Médio - 50%

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

DURANTE AVALIAÇÃO SEGURADO TROUXE DOCUMENTAÇÃO EM CD QUE NÃO FOI POSSÍVEL ACESSAR. *** O MESMO APRESENTA UMA LUXAÇÃO INVETERADA DO QUADRIL ESQUERDO QUE NÃO TIVE ACESSO A DOCUMENTOS HOSPITALARES DE QUE A LESÃO FOI DOCUMENTADA NA ADMISSÃO HOSPITALAR DO REFERIDO ACIDENTE. ENCURTAMENTO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO MARCHA CLAUDICANTE DÉFICIT DE FORÇA MUSCULAR DO QUADRIL ESQUERDO GRAU III DÉFICIT DE AMPLITUDE DE MOVIMENTO DO QUADRIL ESQUERDO AGACHAMENTO PREJUDICADO HIPOTROFIA DA MUSCULATURA DA PERNA ESQUERDA DÉFICIT DE FORÇA MUSCULAR DOS FLEXORES E EXTENSORES DO JOELHO ESQUERDO GRAU IV





Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 0800-1596 / Outras regiões: 0800-022-12-04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800-022-81-89

SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800-022-12-06

Central Ouvidoria: 0800-021-91-35

Eu, ODIVAN JORVINO DA SILVA

RG nº 2586941, data de expedição 01/02/2006

Órgão SSP-PB, portador do CPF nº 036.471.624-16

com domicílio na cidade de CAMPINA GRANDE, no Estado de

PARAÍBA

, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

2 SEBASTIAO DANTAS PEREIRA, BOBOLONGO, nº 27

complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

DANIEL DA SILVA FILIADO

, cujo o condutor era

JAILSON ARAUJO PEREIRA

Veículo: MOTORICK Modelo: HONDA/CG 125 TITAN Ano: 1999/1999

Placa: NAT 5334 Chassi: 9C2JLC2500XR174830

Data do Acidente: 28/09/2020

Local e Data:

Pocinhos, PB, 26/04/2021



Odivan Jorvino da Silva

Assinatura do Declarante

Jailson Araujo Pereira

Assinatura do Condutor

(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

