

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: Doc - Transferencia para conta em outro banco

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

BANCO: 001

AGÊNCIA: 1234

CONTA: 12345

DATA DA TRANSFERENCIA:

08/12/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

320041461401

VALOR TOTAL:

3.037,50

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JAILSON CRUZ

BANCO: 001

AGÊNCIA: 03331

CONTA: 000000137551

Número da Autenticação

1EA22903DFBA2EB4

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200414614 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JAILSON CRUZ **Data do acidente:** 04/06/2020 **Seguradora:** MG SEGUROS, VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/12/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO ZIGOMÁTICO DIREITO.
FRATURA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FACE E JOELHO - PLACAS E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS E LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DAS ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS E DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: PÁGINAS 01, 03, 04, 05, 06, 07, 08 E 16.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			22,5 %	R\$ 3.037,50

Rio de Janeiro, 12 de Dezembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200414614

Vítima: JAILSON CRUZ

Data do Acidente: 04/06/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JAILSON CRUZ

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\$ 3.037,50

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

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: **JAILSON CRUZ**

Valor: **R\$ 3.037,50**

Banco: **001**

Agência: **000003331-6**

Conta: **00000137551-2**

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.



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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 0329383/20 3 - CPF da vítima: 084.402.354-02 4 - Nome completo da vítima: JAILSON CRUZ

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

5 - Nome completo: JAILSON CRUZ 6 - CPF: 084.402.354-02
 7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: R. EULÁLIA QUINTANS MEIRA 9 - Número: 114 10 - Complemento:
 11 - Bairro: ALVIZO CAMPOS 12 - Cidade: CAMPINA GRANDE 13 - Estado: PARAÍBA 14 - CEP: 58412-130
 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 83-99829-8855

DADOS CADASTRAIS

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)
 AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL
 AGÊNCIA: 3331 6 CONTA: 137.551. 2
(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.

PERMANENTE

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 (a/nascido)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

NÃO ALFABETIZADO

34 Impressão digital de vítima ou beneficiário não alfabetizado:
 35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)
 36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)
 37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

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

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data, Local Teresopolis 08/11/20
Jailson Cruz
 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA
DELEGACIA DO PLANTÃO CENTRALIZADO
Rua Raimundo Nonato de Araújo, S/N - Catolé - Campina Grande - 58410-102 - (83) 3310-9316



CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Registros de Ocorrências Policiais deste Órgão, encontrei a Ocorrência de Nº 000197/20 registrada em 14/10/2020, que passo a transcrever na íntegra: Aos quatoze dias do mês de outubro do ano de 2020, nesta cidade de Campina Grande, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DO PLANTÃO CENTRALIZADO, quando encontrava-se presente a Beta. JOSEFA ALVES DE ASSIS, Delegada de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, ai, por volta das 10:40 horas, compareceu o Sr. JAILSON CRUZ, com 32 anos de idade, filho de NÃO DECLARADO e COSMA CRUZ, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de CAMPINA GRANDE - PB, União Estavel, escolaridade Fundamental Incomple, profissão , portador da Cédula de Identidade Nº 3473385, expedido pela SSP-PB, com C.P.F. de Nº 08440235402, residindo à rua SEVERINO VERÔNICA, 77, bairro-ALTO BRANCO, na cidade de Campina Grande - PB.

Declarou que:

Informa o comunicante, que por volta das 18h00min do dia 04.06.2020, estava guiando uma carroça de burro pela Rodovia BR 104, próximo a entrada para o Complexo Aluísio Campos, nesta cidade de Campina Grande/PB, quando foi atingido na parte de trás por um veículo de JEEP/RENEGADE, de placas e demais características não identificadas, inclusive o condutor, que evadiu-se do local, sendo que em decorrência do impacto o comunicante foi jogado ao solo, sofrendo ferimentos graves, sendo socorrido pelo SAMU e encaminhado para o hospital de Emergência e Trauma de Campina Grande/PB, onde foi submetido a tratamentos médicos, conforme documentos apresentados nesta Delegacia; Que, no momento do acidente o tempo apresentava-se bom e com via seca, com pouca luminosidade, não encontrando-se o comunicante sob a influência de bebida alcoólica; Que, informa ainda que não foi realizada perícia técnica no local por parte dos Policiais da PRF, pois não foram solicitado; Que, o comunicante manifesta o desejo de não representar criminalmente contra o condutor do veículo causador do acidente, caso o mesmo seja identificado. Nada mais havendo a tratar, ciente o declarante das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente certidão. O referido é verdade e dou FÉ.

Campina Grande, Quarta-feira, 14 de Outubro de 2020

JAILSON CRUZ

Declarante

RECEBIMOS DE POLÍCIA CIVIL
Mat. 030.241-1

JOSÉ ALBERTO DO NASCIMENTO

Escrivão



CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58 015-570 - CNPJ: 06.123.854/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA,

INSERIR ESTE NÚMERO
MÁTICULA

88835650

REFERENCIA

SE172020

CORTA DE CONTADOR DE ÁGUA E SERVIÇOS

LUCIANA FERREIRA DE LIMA
RUA FELICIANO CIRNE, 220 - ALUIZIO CAMPOS
CAMPINA GRANDE - PB 58412-130

VISTO

ENTREGADOR

DATA

- QUADRA/LOTE NÃO IDENTIFICADO
- IMÓVEL DEMOUIDO
- ENDEREÇO INCOMPLETO
- IMÓVEL FECHADO
- IMÓVEL DESOCUPADO
- RECURSU-55 A RECEBER
- OUTROS

MOTIVO DA DEVOLUÇÃO DO DOCUMENTO



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

- Não jogue lixo no esgoto.
- Não jogue água pluvial na rede de esgoto.

NO ESGOTO

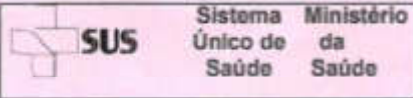
- Evite jogar as fogueiras de uma só vez.
- Utilize baldes para lavar o carro e não a mangueira.
- Se regar as plantas, faça no início ou final do dia.
- Feche a torneira enquanto escova os dentes ou faz a barba.
- Evite banhos demorados. Feche a torneira enquanto se ensaboa.
- Mantenha a caixa de descarga e torneiras reguladas, evitando vazamentos.

NÃO JOGUE SEU DINHEIRO PELO RALO, ECONOMIZE ÁGUA.

ARPA
OUVIDORIA
3218 8887
08002010544
www.cagepa.pb.gov.br

CAGEPA
3218 1368
www.cagepa.pb.gov.br





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 JAILSON CRUZ	6 - Nº DO PRONTUÁRIO 2164580	
7 - CARTÃO DO SUS 708800766149210	8 - DATA DE NASCIMENTO 11/06/1988	9 - SEXO Masc <input checked="" type="checkbox"/> Fm <input type="checkbox"/>
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL COSMA CRUZ	11 - TELEFONE DE CONTATO DDD 83 Nº DE TELEFONE 86684006	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) EULALIA QUINTANS MEIRA , 130 , ALUIZIO CAMPOS		
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Campina Grande	14 - CÓDIGO MUNICÍPIO 250400	15 - UF PB
		16 - CEP 58400002

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE CARROCA HA 1 DIA COM TRAUMA EM JOELHO DIREITO APRESENTANDO DOR + EDEMA + LIMITAÇÃO DO MOVIMENTO. RADIOGRAFIA EVIDENCIA FRATURA DE PLANALTO TIBIAL DIREITO NEGA ALERGIAS, HAS OU DM2.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
NECESSIDADE DE TRATAMENTO CIRURGICO

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)
ANAMNESE + EF + RX

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL
FX PLANALTO TIBIAL D / Ligamento

21 - CID 10 PRINCIPAL
S024

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
T10 cirurgia de fratura de fêmur de 3ª etapa

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
0404020666

26 - CLÍNICA
BH

27 - CARATER DA INTERNAÇÃO
U

28 - DOCUMENTO (X) CNS () CPF

29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
700501777865557

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
YWRY DE PAIVA CAMARA

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO
04/06/2020

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)
Dr. YWRY DE PAIVA CAMARA - ORTOPEDIA - CRM-PB 10285

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÁNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ORGÃO EMISSOR

45 - DOCUMENTO () CNS () CPF

46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
/ /

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

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR



EVOLUÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2164580 Paciente: JAILSON CRUZ Idade: 031

Nome da Mãe: COSMA CRUZ Data de Nascimento: 11/06/1988 Sexo: M

Admissão: 04/06/2020 DIH - 1

Clinica: ALA AMARELA Enfermaria: 10 Leito: 1 Diagnóstico: FX PLANALTO TIBIAL D Cirurgia Realizada:

EVOLUÇÃO

DATA: 05/06/2020 HORA: 08:08:46

#BMF

PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE CARROÇA. NO MOMENTO CONSCIENTE E ORIENTADO, EUPNEICO, NORMOCORADO. NEGA ALERGIAS, HAS OU DM2.

EF: ESCORIAÇÕES EM HEMIFACE "D" E AFUNDAMENTO EM REGIÃO MALAR. ACUIDADE E MOTRICIDADE OCULAR PRESERVADOS.

EI: FRATURA EM CZ "D"

..D: - ACOMPANHAMENTO EM CONJUNTO COM ORTOPEdia
- CIRÚRGICO ELETIVO BMF

ASSINATURA + CARIMBO

Joana De Angelis Alves Silva

Dra. Joana de Angelis
Cirurgia e Traumatologia
Buciomaxilofacial
RESIDENTE CRO/PB 7749

BMF

Solicitado Exames Hematológicos e ECG

Cléia Emanuela de S. Andrade
Cirurgia e Traumatologia
Buciomaxilofacial
RESIDENTE CRO/PB 7371

Número do Prontuário: 193247

DATA DA CIRURGIA: 10/06/2020

Número do Atendimento: 2164580 Clin: / Enf: / Lei:

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: JAILSON CRUZ

Data da Internação: 04/06/2020

Atendimento: 2164580

Diagnostico Pré-Operatório: FRATURA DE PLATO TIBIAL DIREITO

Diagnostico Pós-Operatório: O MESMO

Cirurgia: OSTEOSINTESE

Data da Cirurgia: 10/06/2020

Equipe:

Cirurgião: ANDRE RIBEIRO ARAUJO MENEZES

Aux 1: EVERLAN DA SILVA MEIRA

Aux 2: MATHEUS PEDROSO

Aux 3:

Instrumentador:

Anestesista:

Tipo de anestesia:

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no Ato: SIM

Acidente Durante Operação: NAO OCORREU

Descrição da Operação: 1- PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA

2- ASSEPSIA E ANTISSEPSIA

3- CAMPOS ESTÉREIS

4- RETIRADA DE ENXERTO OSSEO DE CRISTA ILIACA E

4- INCISÃO LATERAL EM PLANALTO TIBIAL D + DISSECÇÃO POR PLANOS

5- REDUÇÃO CRUENTA DE FOCO DE FRATURA

6- FIXAÇÃO COM UMA PLACA L 5 X 2 FUSOS + PARAFUSOS CORTICAIS E

ESPONJOSOS SOB ESCOPIA .

7- LAVAGEM DE FO COM SF 0,9%

8- CURATIVO.

Data 10/06/2020

Assinatura/Carimbo
Matheus Pedroso Cavalcanti De Souza



RESUMO DE ALTA

Nome do Paciente: JAILSON CRUZ

Data da Internação: 04/06/2020

Data da Alta: 11/06/2020

Registro: 2164580

Tempo de Permanência: -18418

Diagnóstico Inicial: FRATURA DO PLATO TIBIAL D

Diagnóstico Final:

Data: 10/06/2020

Equipe:

Cirurgião: ANDRE RIBEIRO ARAUJO MENEZES

Aux 1:

Aux 2:

Aux 3:

Aux 4:

Anestesista:

Medicamentos:

Infecção F.O: NAO

Coleta de Material: NAO

Orientações: CURATIVO DIARIO NAO PISAR COM PERNA D

Medicações para Casa: AINE E ATB V.O.

Retorno ao Ambulatório de: AGENDAR NA ALTA em : 30/06/2020 para retirada de pontos

Condições de Alta: Melhorado

Data: 11/06/2020

Assinatura/Carimbo
Eduardo Otavio Braga Moraes

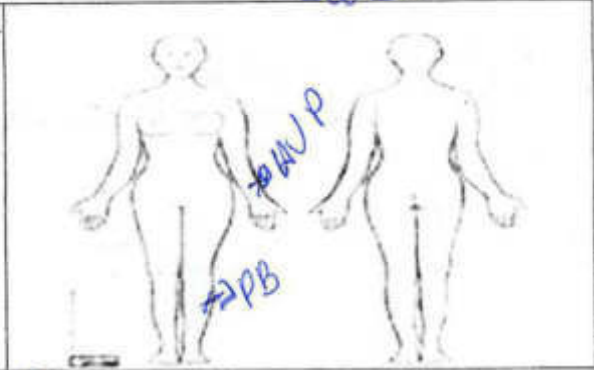
Dr. Eduardo Braga Moraes
Ortopedia - Traumatologia
CRM - PB 6588

RESPONSÁVEL: Eduardo Otavio Braga Moraes

INDICAÇÃO PARA SINALIZAÇÃO DE ACESSOS/DRENOS/LOCALIZAÇÃO DA CIRURGIA

- ACESSO VENOSO PERIFÉRICO
 - ACESSO VENOSO CENTRAL
 - INCISÃO CIRÚRGICA
 - COLOSTOMIA
 - NEFROSTOMIA
 - LOCALIZAÇÃO DA PLACA DE BISTURI
 - PRESSÃO ARTERIAL INVASIVA
 - DRENAGEM VENTRICULAR EXTERNA
 - DRENO DE BLAKE

DT - DRENO TORÁCICO
 DP - DRENO PENROSE



RESPONSÁVEIS DE SALA/REGISTRO NO CONSELHO: *Glacinei dos Santos Pereira*
 PACIENTE ENCAMINHADO: SRPA () UTI () ENFERMARIA () OUTRO:

TIPO DE TRANSPORTE: _____ PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO- SRPA _____ HORA DE ADMISSÃO: *09/06/2015 10:25*

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: <input checked="" type="checkbox"/> ACORDADO () SONOLENTO () ACORDA QUANDO CHAMA () DORMINDO											
ESCALA DE DOR (CULE O NÚMERO)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	LEVE			MODERADA				INTENSA			
TIPO DE DRENO CURATIVO: () SIM _____ /VEZES () NÃO				MOTIVO:							
TIPO DE DRENO PREZADO: () SIM _____ /VEZES () NÃO				VOLUME TOTAL:							
TIPO DE DRENO DIURESE: () SIM _____ /VEZES () NÃO				ASPECTO/COR:							

HORA/SSVV	FC	P.A.	TEMPERATURA	FR	SpO2	HGT
<i>10:30</i>	<i>92</i>	<i>111x69</i>	<i>—</i>	<i>—</i>	<i>95%</i>	<i>—</i>
<i>11:00</i>	<i>97</i>	<i>118x72</i>	<i>—</i>	<i>—</i>	<i>93%</i>	<i>—</i>
<i>11:05</i>	<i>94</i>	<i>119x72</i>	<i>—</i>	<i>—</i>	<i>92%</i>	<i>—</i>
<i>11:30</i>	<i>94</i>		<i>—</i>	<i>—</i>	<i>90%</i>	<i>—</i>

HORA	CONSCIÊNCIA	RESPIRAÇÃO	SATURAÇÃO	CIRCULAÇÃO	ATIVIDADE	I.A.K. / TOTAL
GRADA:	<i>+</i>	<i>+</i>	<i>95%</i>			
DA:						

INTERCORRÊNCIAS NA SRPA
 NÁUSEAS () VÔMITOS () SANGRAMENTOS () DOR () ALTERAÇÃO P.A. () ALTERAÇÃO F.C. () TREMORES
 EDEMAS () BEXIGOMA () DESSATURAÇÃO () HIPERTERMIA () ANAFILAXIA () PCR REVERTIDA () ÓBITO

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM: RELATO DE INTERCORRÊNCIAS E CONDUTAS NA SRPA

TRANSFERIDO PARA: ENFERMARIA /LEITO: _____ () UTI/LEITO: _____ ALTA DO SRPA: SIM () NÃO ALTA HOSPITALAR: SIM () NÃO

RESCRIÇÃO MÉDICA: SIM () NÃO
 RESCRIÇÃO CIRÚRGICA: SIM () NÃO
 REQUISIÇÃO EXAMES: SIM () NÃO
 REQUISIÇÃO ANATOMO-PATOLÓGICO: SIM () NÃO
 REQUISIÇÃO CULTURA: SIM () NÃO

RESPONSÁVEL/REGISTRO NO CONSELHO: *Pollyanna Chaves*
Enfermeira
11/06/15 DATA/HORA:

AVALIAÇÃO DE ANESTESIA: RELATO DE INTERCORRÊNCIAS E CONDUTAS NA SRPA

em anestesia, s/ queixa de dor
Alta da SRPA

Conselho Regional de Enfermeiros
 RJ

FICHA DE SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - ÁREA AMARELA (BASEADOS NAS NHB DE W. HORTA)

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Jairton Cruz Idade: 31 Sexo: M Enf/Leito: 10.1

DATA: 05/06/2020

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 DIAGNÓSTICO MÉDICO: fx. Placa tibial

4. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADE PSICO BIOLÓGICAS

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

MOBILIDADE FÍSICA: PRESERVADA () PLEGIA () PARESIA () PARESTESIA. LOCAL: _____

LINGUAGEM: () DISFONIA () DISARTRIA

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS:

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

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

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

EDEMA: () LOCAL OBS.: _____

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES: (INTESTINAL E URINÁRIA)

PIFO SOMÁTICO: NUTRIDO () EMAGRECIDO () CAQUÉTICO () OBESO DENTIÇÃO: COMPLETA () INCOMPLETA

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

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

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

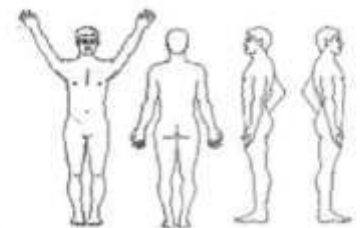
INTEGRIDADE FÍSICA E CULTÂNEO-MUCOSA

COLORAÇÃO DA PELE: NORMOCORADA () HIPOCORADA

PELE: ÍNTEGRA () LESÃO () OUTROS: _____

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

Localização anatômica da ferida: _____ Curativo em: ___/___/____.



CUIDADO CORPORAL E SONO/REPOUSO

CUIDADO CORPORAL: () INDEPENDENTE () DEPENDENTE PARCIALMENTE DEPENDENTE

HIGIENE CORPORAL: SATISFATÓRIA () INSATISFATÓRIA HIGIENE BUCAL: SATISFATÓRIA () INSATISFATÓRIA

IMITAÇÃO FÍSICA: () ACAMADO CADEIA DE RODAS SONO / REPOUSO: PRESERVADO () INSÔNIA

5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO: PRESERVADA () PREJUDICADA

COMPORTAMENTO/ COMPORTAMENTOS: COOPERATIVO () OUTROS: _____

6. NECESSIDADE PSICOESPIRITUAIS:

RELIGIÃO: _____ () PRATICANTE () NÃO PRATICANTE

7. AVALIAÇÃO GERAL:

HORA	PA (mmhg)	T (°c)	FC/P (bpm)	SPO2 (%)	GLICEMIA (mg/dL)	DIURESE (ml)	DÉBITO DE DRENO(ml)	DOR (0a10)	PESO (Kg)	ASSINATURA	DISPOSITIVOS	DATA DE INSCRIÇÃO
	107/80	6	63								SOG/SNG/SNE	05/06/2020
											SVF	
											CIRCUITO DE VM	
											FILTRO DE VM	
											UMIDIFICADOR	
											ASPIRADOR	
											LATEX	
											EQUIPO SIMPLES	

Luziana Maria
COBEN

De acordo com o relatório curativo em medicina com...

ANOTAÇÕES/INTERCORRÊNCIAS DE ENFERMAGEM:

8. DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

DIAGNÓSTICOS	FATORES RELACIONADOS	CARACTERÍSTICA DEFINIDORAS
PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	() ANSIEDADE () DOR () FADIGA () OBESIDADE () OUTRO	() ALTERAÇÕES NA PROFUNDIDADE RESPIRATORIA () DISPNEIA () BATIMENTO DE ASA DE NARIZ () ORTOPNEIA () OUTRO
DEFICIT NO AUTO-CUIDADO PARA BANHO	() PREJUÍZO NEUROMUSCULAR () DOR () OUTRO	() INCAPACIDADE DE ACESSAR O BANHEIRO () INCAPACIDADE DE LAVAR O CORPO
DOR AGUDA	() AGENTES LESIVOS (EX: BIOLÓGICOS, QUÍMICOS) <input checked="" type="checkbox"/> OUTROS	() ALTERAÇÕES NA PRESSÃO SANGUÍNEA <input checked="" type="checkbox"/> RELATO VERBAL DE DOR
HIPERTERMIA	() ANESTESIA () DESIDRATAÇÃO () TRAUMA () OUTRO	() AUMENTO DA TEMPERATURA CORPORAL ACIMA DOS PARÂMETROS NORMAIS () TAQUICARDIA () TAQUIPNEIA
MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA	() ANSIEDADE () DESCONFORTO () RIGIDEZ ARTICULAR () PREJUÍZOS MÚSCULO-ESQUELÉTICO	() DIFICULDADE PARA VIRAR-SE () MOVIMENTOS DESCONTROLADOS
RISCO DE INFECÇÃO	<input checked="" type="checkbox"/> AUMENTO DA EXPOSIÇÃO AMBIENTAL À PATÓGENOS <input checked="" type="checkbox"/> PROCEDIMENTOS INVASIVOS () OUTRO	
OUTRO		

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
() MANTER OXIMETRIA CONTÍNUA E ANOTAR VALORES DE SPO2 E COMUNICAR SE FOR MENOR QUE 95% () OBSERVAR E ANOTAR CONDIÇÕES DE PERFUSÃO PERIFÉRICA () ENCAMINHAR AO BANHO DE CHUVEIRO () REALIZAR BANHO NO LEITO (SN) E LAVAGEM DO CABELO		() MELHORAR PERFUSÃO TISSULAR () PADRÃO RESPIRATÓRIO EFICAZ
<input checked="" type="checkbox"/> EXPLICAR AO PACIENTE AS POSSÍVEIS CAUSAS DA DOR () AVALIAR CARACTERÍSTICAS, INTENSIDADE E LOCAL DA DOR () AVALIAR ALTERAÇÕES DE SINAIS VITAIS <input checked="" type="checkbox"/> ADMINISTRAR ANALGÉSICOS CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA E REAVALIAR A DOR APÓS ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO	<i>sempre CPM</i>	<input checked="" type="checkbox"/> CONTROLE DA DOR (MELHORADA OU AUSENTE)
() APÓS ADMINISTRAR ANTITÉRMICOS, AVALIAR E REGISTRAR OS RESULTADOS () INCENTIVAR A INGESTÃO DE LÍQUIDOS () ORIENTAR E ESTIMULAR A MOVIMENTAÇÃO NO LEITO () AUXILIAR O PACIENTE A DEAMBULAR CONFORME APROPRIADO		() MANUTENÇÃO DA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DOS LIMITES FISIOLÓGICOS () MOBILIDADE FÍSICA MELHORADA
<input checked="" type="checkbox"/> OBSERVAR LOCAL DA FERIDA E INSERÇÃO DO DISPOSITIVO VENOSO PARA SINAIS FLOGÍSTICOS <input checked="" type="checkbox"/> TROCAR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO À CADA 72HS	<i>sempre</i>	<input checked="" type="checkbox"/> DIMINUIR O RISCO DE INFECÇÃO
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 () DISTÚRBO NEUROLÓGICO
 POSTURA NO ANDAR E NA TRANSFERÊNCIA? RISCO DE QUEDA? SIM () NÃO

FONTE:

ASSINATURA E CARIMBO:

[Assinatura]



ATENDIMENTO URGÊNCIA

(B.E) Nº:2164566 CLASS. DE RISCO: AMARELO

UNIDADE DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 04/06/2020
Unidade de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente : acolhimento

UITE: JAILSON CRUZ CEP:58400002 Nascimento:11/06/1988

UITE: EULALIA QUINTANS MEIRA Sexo:M Telefone: 86684006

Campina Grande Idade:031 Bairro:ALUIZIO CAMPOS

Mãe: COSMA CRUZ RG: 34473385 Nº:130

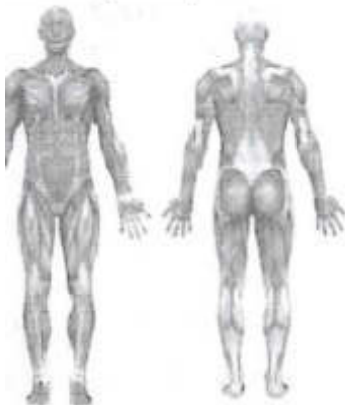
Sexo: M Profissão:CARROCEIRO

Estado Civil:Solteiro(a) Data de Atend:04/06/2020 CNS:708800766149210

Outros: QUEDA OUTROS Hora: 21:08:52 CONVÊNIO:SUS

HA: ISMOS DO TRAUMA

HA: LESÃO (Identifique o local com o número correspondente ao lado)



- | | |
|-------------------------|----------------------------------|
| 1. Abrasão | 19. Fratura óssea fechada |
| 2. Amputação | 20. Fratura óssea aberta |
| 3. Avulsão | 21. Hematoma |
| 4. Contusão | 22. Ingurgitamento Venoso |
| 5. Creptação | 23. Laceração |
| 6. Dor | 24. Lesão tendínia |
| 7. Edema | 25. Luxação |
| 8. Empalhamento | 26. Mordedura |
| 9. Emfisema subcutâneo | 27. Movimento torácico paradoxal |
| 10. Esmagamento | 28. Objeto Encravado |
| 11. Equimose | 29. Otorragia |
| 12. F. Arma branca | 30. Paralisia |
| 13. F. Arma de fogo | 31. Parestia |
| 14. F. Cortante | 32. Parestesia |
| 15. F. Cortante | 33. Queimadura |
| 16. F. Corto-contuso | 34. Rinorragia |
| 17. F. Perfuro-contuso | 35. Sinais de Isquemia |
| 18. F. Perfuro-cortante | 36. |

ADURA: Extensão corporal lesada = _____ % Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau

STICO / CID: Ex. Fratura Tibial (D)

EXAME PRIMÁRIO - DADOS FÍSICOS
Paciente trazido pelo SAMU com queixa de dor no membro inferior direito, após queda de altura, sem história de trauma direto. Exame físico: membro inferior direito com sinais de contusão e edema.

ALERGIA: Nega

MEDICAMENTOS: Nega

PATOLOGIAS: Nega

EXAME FÍSICO
PUPILAS () Fotorreagentes () Isocóricas () Anisocóricas ()

Glasgow PA HGT: SatO2
Aberto, plano, flexão, espessura, indolor.

EXAMES SOLICITADOS:
() Laboratoriais () Ultrassonografia:
() Gasometria arterial () Radiografias:
() Tomografia Computadorizada ()

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:
Especialista: Ortopedia, RNF às : Dia 04/06/2020

Especialista: / às : Dia / /

MÉDICO SOLICITANTE
PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	Tilatil como - 0,5mg + 50 EV	
2	Dipirona - 0,5mg + 50 EV	22:30:15
3	Ata de Emergência	
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:
Silvio Walton M. Ribeiro
MÉDICO RESIDENTE
Cirurgia Geral
CRM/RN 32.273 - CRM/PE 22.869

TOMOGRÁFIA REALIZADA EM: 04/06/2020

RAIO X REALIZADO EM: 04/06/2020

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo: _____
CRM: _____ UF: _____
Endereço: _____
Idade: _____ UF: _____
Telefone: _____

1ª VIA - Retenção da Farmácia ou Drogeria

2ª VIA - Orientação ao Paciente

*Dra. Joana de Áγγελis
Cirurgia e Traumatologia
Bucocomaxilofacial
RESIDENTE - CRO/ PB 7749*

*Dra. Joana de Áγγελis
Cirurgia e Traumatologia
Bucocomaxilofacial
RESIDENTE - CRO/ PB 7749*

Assinatura e Carimbo do Médico

Paciente: _____
Endereço: Jaibson Cruz
Inscrição: CG - PB
Amoxicilina Scorex
Tomar 01 comp de 05 em 08 h por 07 dias

Data: 07 / 06 / 20

Assinatura do Médico

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____
Org. Emissor: _____
Idade: _____ UF: _____
Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico

DATA: _____ DATA: _____

Receituário Simples

P/ Jaibson Cruz

USO Externo

⊗ clorexidina 0,12%
bochechas 03 vezes ao dia
por 14 dias

MOD. 001

07, 06, 20
Data

*Dra. Joana de Áγγελis
Cirurgia e Traumatologia
Bucocomaxilofacial
RESIDENTE - CRO/ PB 7749*

Médico



RESUMO DE ALTA

Nome do Paciente: JAILSON CRUZ

Data da Internação: 04/06/2020

Data da Alta: 11/06/2020

Registro: 2164580

Tempo de Permanência: -18418

Diagnóstico Inicial: FRATURA DO PLATO TIBIAL D

Diagnóstico Final:

Data: 10/06/2020

Equipe:

Cirurgião: ANDRE RIBEIRO ARAUJO MENEZES

Aux 1:

Aux 2:

Aux 3:

Aux 4:

Anestesista:

Medicamentos:

Infecção F.O: NAO

Coleta de Material: NAO

Orientações: CURATIVO DIARIO NAO PISAR COM PERNA D

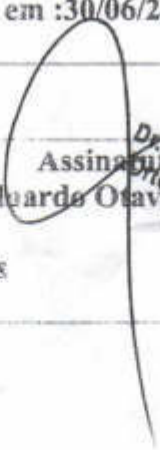
Medicações para Casa: AINE E ATB V.O.

Retorno ao Ambulatório de: AGENDAR NA ALTA em : 30/06/2020 para retirada de pontos

Condições de Alta: Melhorado

Data: 11/06/2020

RESPONSÁVEL : Eduardo Otavio Braga Moraes

Assinado em: 
Dr. Eduardo Braga Moraes
Eduardo Otavio Braga Moraes
CRM - PB 6588
Traumatologia

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REPÚBLICA FEDERAL DO BRASIL
ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POUPANÇA E CREDITO
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

11/06/1988

Nome: **JAILSON CRUZ**

Nome do titular: **JAILSON CRUZ**

CPF: **03/102/119**

Localidade: **Campina Grande-PB**

Endereço: **Carr. Nascimento, 774, Pls. 294º, Itav. 1/**

Outro endereço: **Carr. de G. Grande-PB**

Assinatura: *Jailson Cruz*

LE Nº 7.116 DE 29/06/83

REPUBLICA FEDERAL DO BRASIL
ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POUPANÇA E CREDITO
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

11/06/1988

Nome: **JAILSON CRUZ**

Nome do titular: **JAILSON CRUZ**

CPF: **03/102/119**

Localidade: **Campina Grande-PB**

Endereço: **Carr. Nascimento, 774, Pls. 294º, Itav. 1/**

Outro endereço: **Carr. de G. Grande-PB**

Assinatura: *Jailson Cruz*

LE Nº 7.116 DE 29/06/83

Ministério da Fazenda
Receita Federal
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número
084.402.354-02

Nome
JAILSON CRUZ

Nascimento
11/06/1988

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0329183/20

Vítima: JAILSON CRUZ

CPF: 084.402.354-02

Seguradora: MG SEGUROS, VIDA E PREVIDENCIA S.A.

Data do acidente: 04/06/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JAILSON CRUZ

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JAILSON CRUZ : 084.402.354-02

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 18/11/2020
Nome: JAILSON CRUZ
CPF: 084.402.354-02

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/11/2020
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

JAILSON CRUZ

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA