



Número: **0827499-60.2022.8.15.0001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **4ª Vara Cível de Campina Grande**

Última distribuição : **27/10/2022**

Valor da causa: **R\$ 4.750,00**

Assuntos: **DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JAILSON CRUZ (AUTOR)		KELLY MARIA MEDEIROS DO NASCIMENTO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
70305 777	14/03/2023 10:19	2881033_CONTESTACAO_Anexo_03	Outros Documentos

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





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

Rio de Janeiro, 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.



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 0329383/20 3 - CPE 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: ALUIZIO CAMPOS 12 - Cidade: CAMPINA GRANDE 13 - Estado: PARAIBA 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)
 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) (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

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

MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado 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 (vai nascer)? 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

TESTEMUNHAS

34 - Impressão digital da 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

40 - Local e Data, João Pessoa 08/13/20
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 - 58410-100 - (83) 3310-9318



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 Estável, escolaridade Fundamental Incomplete, 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 Aluisio 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 solicitados; 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, excepo a presente certidão. O referido é verdade e dou FÉ.

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

JAILSON CRUZ

Declarante

JOSÉ ALBERTO DO NASCIMENTO
ESCRIVÃO DE POLÍCIA OAB
Mat. 000.241-1

JOSÉ ALBERTO DO NASCIMENTO

Escrivão





CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAIBA
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP- 58 015-570 - CNPJ: 08.123.854/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA, INFORME ESTE NÚMERO
MATRICULA
88835650
REFERENCIA
SET/2020

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA, ESGOTO E SERVIÇOS

LUCIANA FERREIRA DE LIMA
RUA FELICIANO QUINTANS MEIRA, 114 - ALDEZIO CAMPOS
CAMPINA GRANDE PB 58412-130

DATA _____ ENTREGADOR _____ VISTO _____

- QUADRA/LOTE NÃO IDENTIFICADO
- IMÓVEL DANIFICADO
- ENDEREÇO INCOMPLETO
- IMÓVEL DESOCUPADO
- IMÓVEL PICHADO
- RECUSOU-SE A RECEBER
- OUTROS

MOTIVO DA DEVOLUÇÃO DO DOCUMENTO



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

- Não jogar lixo no esgoto.
- Não ligue água quente na rede de esgotos.

NO ESGOTO

- Evite jogar as roupas de uma só vez.
- Lixico deita para lavar o carro e não a mangueira.
- Se jogar as plantas, faça no início ou final do dia.
- Feche e torneira enquanto saca os dentes ou faz a barba.
- Entre banhos demorados, feche e torneira enquanto se ensaboa.
- Mantenha a caixa de descarga e torneira reguladas, evitando ressecamento.

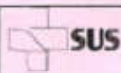
NÃO JOGUE SEU DINHEIRO PELO RALO, ECONOMIZE ÁGUA.

3218 1368
CAGEPA
COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAIBA

3218 6637
OUVIDORIA
08002810644



Data da internação: 04/06/2020 Hora: 22:14:56



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 - N° DO PRONTUÁRIO
2164580

7 - CARTÃO DO SUS
708800766149210

8 - DATA DE NASCIMENTO
11/06/1988

9 - SEXO
Masc Fem

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL
COSMA CRUZ

11 - TELEFONE DE CONTATO
DDE 83 N° DE TELEFONE 86684006

12 - ENDEREÇO (RUA, N° BAIRRO)
EULALIA QUINTANS MEIRA , 130 , ALUIZIO CAMPOS

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
Campina Grande

14 - Cód. IBGE
250400

15 - UF
PB

16 - CEP
5840002

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
TTP cirurgico de fratura de tibia

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
040402.0666

26 - CLÍNICA
ONH

27 - CARACTER DA INTERNAÇÃO
02

28 - DOCUMENTO (X) CNS () CPF

29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
70050177786557

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

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO
04/06/2020

32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)
Dr. Ywry Paiva Camara - ORTODONTIA - CRM-PB 105.508

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° 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

49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO () CNS () CPF

46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
/ /

48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)



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

Clínica: 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 DMZ.

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

EI: FRATURA EM CZ "D"

CD: - ACOMPANHAMENTO EM CONJUNTO COM ORTOPEDIA - CIRÚRGICO ELETIVO BMF

ASSINATURA + CARIMBO

Joana De Angelis Alves Silva

Dra. Joana de Angelis
Cirurgia e Traumatologia
Biomaxilofacial
RESIDENTE CBO/PB 7749

BMF

Solicitado Exames Hematológicos e ECG

Cleia Emanuela de S. Andrade
Cirurgia e Traumatologia
Biomaxilofacial
RESIDENTE CBO/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 ANTISSEPISIA

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 FURUS + 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 Morais

RESPONSÁVEL : Eduardo Otavio Braga Morais

Dr. Eduardo Braga Morais
Ortopedia - Traumatologia
CRM - PB 5588





FICHA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA

PACIENTE: Jaelson Cruz IDADE: 31a
 DATA DE CHEGADA NO CC: 06/06/20 HORA: _____
 URGIA PROGRAMADA: Estes/20 Prot. Zifomo CIRURGIÃO RESPONSÁVEL: Dr. Caio Uchôa

ACOLHIMENTO

ESTADO GERAL: () GRAVE () COMPROMETIDO () REGULAR () BOM
 PARO: () JEJUM TEMPO DE JEJUM: _____ () RETIRADA DE PRÓTESES () RETIRADA DE ADORNOS
 ESTADO VENOSO: () SIM () NÃO () AVP () AVC LOCAL: _____
 VENTILAÇÃO: () AR AMBIENTE () M.V. () INTUBADO () TQT
 PRECEDENTES: () HIPERTENSÃO () DIABETES () DOENÇA RENAL () AVC () MARCAPASSO () CONVULSÃO
 () TABAGISTA () ISOLAMENTO DE: _____ DEVIDO À: _____
 INDICAÇÕES DE USO CONTÍNUO: () SIM () NÃO NOMES: _____
 SANGUIÍNEAS: () SIM () NÃO () CONC. HEMÁCIAS () PLASMA () PLAQUETAS
 () CRIOPRECIPITADO
 URGIAS ANTERIORES: _____ QUANDO: _____
 RISCOS: () RISCO CIRÚRGICO () EX. LAB. () RAIOS-X () USG () TOMOGRAFIA
 OPERATÓRIOS: _____ TERMO DE CONSENTIMENTO: () PARA CIRURGIA () NSA () OUTROS:
 NECESSIDADE DE MARCAÇÃO DE LOCAL: () SIM () NÃO LOCAL: _____
 VERDADE: _____

PRIMEIRA ETAPA DO CHEKLIST DE CIRURGIA SEGURA

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

TRANSOPERATÓRIO

POSICIONAMENTO: () DECÚBITO DORSAL () DECÚBITO VENTRAL () DECÚBITO LATERAL () LITOTÔMICA () GENUPEITORAL () OUTRAS: _____ SALA: _____
 TIPO DE BISTURI: () SIM () NÃO LOCAL: MIG
 INSTRUMENTOS: () BISTURI ELÉTRICO () MICROSCÓPIO () TORRE VDL () ARCO CIRÚRGICO () LASER () OUTROS: _____
 TIPO DE COXINS: () SIM () NÃO LOCAL: _____

SEGUNDA ETAPA DO CHEKLIST DE CIRURGIA SEGURA

TODOS OS MEMBROS DA SALA SE CONHECEM () NOME DO PACIENTE () LOCAL DO PROCEDIMENTO
 PASSOS CRÍTICOS DA CIRURGIA; DURAÇÃO ESTIMADA: 2 horas () CIRURGIA PROGRAMADA
 PREOCUPAÇÕES EM RELAÇÃO A ANESTESIA () PROFILAXIA ANTIMICROBIANA COM cefazolin
 () EXMES ESSENCIAIS DISPONÍVEIS DA S.O.

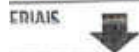
MEDICAMENTOS ADMINISTRADOS PELO ANESTESISTA

A:	HORÁRIO	PA	F.C	SPO2
A:	7:50	cefazolin		
A:	8:00	propofol, etomidate		
A:	8:00	propofol, etomidate, fentanyl		
A:	8:00	midazolam 2/6		
	ISSÃO NA S.O.:	7:50	112/82	84bpm
	DA CIRURGIA:	10:20	115/75	90 bpm

PROCEDIMENTOS	REALIZADO POR:	DRENOS E CANULAS
OT n.º <u>710</u> () SNG n.º _____ () SNE n.º _____		() PENROSE LATEX () PENROSE SILICONE
ACESSO CENTRAL TIPO: _____ LOCAL: _____		() WATERMAN () BLAKE
AVP: <u>M56</u> CATETER N.º <u>20</u>		() GUEDEL N.º <u>4</u> () SUÇÃO
AM CATETER N.º _____ LOCAL: _____		() DRENO TORÁCICO () DRENO DE MEDIASTINO
AVD n.º _____ BALÃO COM _____ ml ABD () SVA		() IRRIGAÇÃO VESICAL

TERCEIRA ETAPA DO CHEKLIST DE CIRURGIA SEGURA

NOME DO PROCEDIMENTO: Redu de acesso da prot de zifomo
 ALGUMA PREOCUPAÇÃO EM RELAÇÃO A RECUPERAÇÃO DO PACIENTE. () CONTAGEM DE COMPRESSAS
 () MATERIAIS PARA EXAMES () NÃO () SIM
 QUAL: _____
 PROBLEMAS COM EQUIPAMENTOS: () NÃO () SIM
 QUAL: _____



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
 E - DRENAGEM VENTRICULAR EXTERNA
 - DRENO DE BLAKE

DT - DRENO TORÁCICO
 DP - DRENO PENROSE

PONSÁVEIS DE SALA/REGISTRO NO CONSELHO: *Glacinei dos Santos Pereira* / *Enfermeira* / *CRF 520147-TE* PACIENTE ENCAMINHADO: SRPA () UTI () ENFERMARIA () OUTRO:

TIPO DE TRANSPORTE:

PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO- SRPA HORA DE ADMISSÃO: *09/06/2020 10:25*

EL DE CONSCIÊNCIA: ACORDADO () SONOLENTO () ACORDA QUANDO CHAMA () DORMINDO

ESCALA DE DOR (ESCALE O NÚMERO)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
LEVE			MODERADA				INTENSA			

ESTADO CURATIVO: () SIM /VEZES () NÃO MOTIVO:
 PREZADO VOLUME TOTAL:
 INJECÇÃO DE SONDAS () SIM /VEZES () NÃO ASPECTO/COR:
 DRENO VOLUME TOTAL: ASPECTO/COR:
 PREZADO DIURESE () SIM /VEZES () NÃO

SINAIS VITAIS

HORA/SSVV	FC	P.A.	TEMPERATURA	FR	SpO2	HGT
<i>10:30</i>	<i>92</i>	<i>112x69</i>	<i>—</i>	<i>—</i>	<i>95%</i>	<i>—</i>
<i>11:00</i>	<i>97</i>	<i>118x69</i>	<i>—</i>	<i>—</i>	<i>93%</i>	<i>—</i>
<i>11:05</i>	<i>94</i>	<i>122x72</i>	<i>—</i>	<i>—</i>	<i>96%</i>	<i>—</i>
<i>11:30</i>						

ÍNDICE DE ALDRETE-KROULIK

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

INTERCORRÊNCIAS NA SRPA

NÁUSEAS () VÔMITOS () SANGRAMENTOS () DOR () ALTERAÇÃO P.A. () ALTERAÇÃO F.C. () TREMORES
 EDEMAS () BEXIGONAS () 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

ESCRITURAÇÃO MÉDICA: SIM () NÃO
 ESCRITURAÇÃO CIRÚRGICA: SIM () NÃO
 QUISIÇÃO EXAMES: SIM () NÃO
 QUISIÇÃO ANATOMOPATOLÓGICA: () SIM () NÃO
 QUISIÇÃO CULTURA: () SIM () NÃO

SONSÁVEL/REGISTRO NO CONSELHO: *Pollyanna Chaves* / *Enfermeira* / *CRF 520147-TE* DATA/HORA:

AValiação de anestesia: relato de intercorrências e condutas na SRPA

em anestesia, s/ gases x e

Alta da SRPA



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

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome:

Idade:

Sexo:

Enf/Leito:

DATA: 05/06/2020

Jailson Cruz
31 M 10-1

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: fr. 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: _____

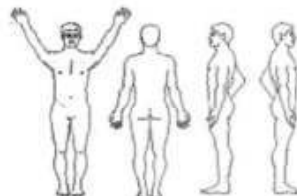
INTEGRIDADE FÍSICA E CULTÂNEO-MUCOSA

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

i. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO: PRESERVADA () PREJUDICADA

DESENVOLVIMENTO/COMPORTEMENTOS: COOPERATIVO () OUTROS: _____

ii. NECESSIDADE PSICOESPIRITUAIS:

RELIGIÃO: _____ () PRATICANTE () NÃO PRATICANTE

iii. AVALIAÇÃO GERAL:

HORA	PA	T	FC/P	SPO2	GLICEMIA	DIURESE	DÉBITO DE DRENO(ml)	DOR (0a10)	PESO (Kg)	ASSINATURA	DISPOSITIVOS	DATA DE INSERÇÃO
	(mmhg)	(°c)	(bpm)	(%)	(mg/dL)	(ml)					SOG/SNG/SNE SVF CIRCUITO DE VM FILTRO DE VM UMIDIFICADOR ASPIRADOR LATEX EQUIPO SIMPLES	
	107/80	36	63									05/06/2020

Luziane Maria
COELHO

De acordo com o relatório curativo em medicina de emergência



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 RESPIRATÓRIA () DISPNEIA () BATIMENTO DE ASA DE NARIZ () ORTOPNEIA () OUTRO
DEFICIT NO AUTOCUIDADO 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 (<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 () APÓS ADMINISTRAR ANTI-TÉRMICOS, AVALIAR E REGISTRAR OS RESULTADOS () INCENTIVAR A INGESTÃO DE LÍQUIDOS () ORIENTAR E ESTIMULAR A MOVIMENTAÇÃO NO LEITO () AUXILIAR O PACIENTE A DEAMBULAR CONFORME APROPRIADO (<input checked="" type="checkbox"/>) OBSERVAR LOCAL DA FERIDA E INSERÇÃO DO DISPOSITIVO VENOSO PARA SINAIS FLOGÍSTICOS () TROCAR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO À CADA 72HS		() MELHORAR PERFUSÃO TISSULAR () PADRÃO RESPIRATÓRIO EFICAZ () AUXÍLIO DIÁRIO ÀS NECESSIDADES DE HIGIENE (<input checked="" type="checkbox"/>) CONTROLE DA DOR (MELHORADA OU AUSENTE)
OUTRO		() MANUTENÇÃO DA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DOS LIMITES FISIOLÓGICOS () MOBILIDADE FÍSICA MELHORADA
		(<input checked="" type="checkbox"/>) DIMINUIR O RISCO DE INFECÇÃO

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:

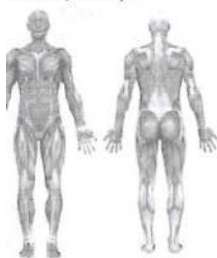
ASSINATURA E CARIMBO: 



ATENDIMENTO URGÊNCIA
(B.E) Nº: 2164566 CLASS. DE RISCO: AMARELO
 CLINICA 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
 de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: acolhimento

UTE: JAILSON CRUZ CEP: 58400002 Nascimento: 11/06/1988
 > EULALIA QUINTANS MEIRA Sexo: M Telefone: 86684006
 Campina Grande Idade: 031 Bairro: ALUIZIO CAMPOS
 Mãe: COSMA CRUZ RG: 34473385 Nº: 130
 nível: MESMO CPF: Profissão: CARROCEIRO
 Civil: Solteiro(a) Data de CNS: 708800766149210
 Queda Outros Atend: 04/06/2020 CONVÊNIO: SUS
 Hora: 21:08:52

HA: LESÃO DO TRAUMA
 A 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. Crepitação | 23. Laceração |
| 6. Dor | 24. Lesão tendinária |
| 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. Parestesia |
| 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:
 Parte corporal lesada = _____ % Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau
STICO / CID:
 Ex Fratura Tibial (C)

EXAME PRIMÁRIO - DADOS

Plano de emergência pelo SAM com o paciente em estado de choque, com sinais de desidratação, pulso fraco, pressão arterial baixa, nível de consciência alterado.

ALERGIA: *Não*

MEDICAMENTOS: *Não*

PATOLOGIAS: *Não*

EXAME FÍSICO

PUPILAS () Fotorreagentes () Isocóricas () Anisocóricas ()

Glasgow PA *3* HGT: *100* SatO2: *92*
Aberto, reativo, igual, tamanho 4mm, reflexos presentes, 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	<i>Tilatil 50mg - 0xam 1x0 EV</i>	
2	<i>Dipirona - 0xam 1x0 EV</i>	<i>21:30hs</i>
3	<i>Até ao fim da consulta</i>	
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:
Silvio Wilson M. Ribeiro
 RESIDENTE
 CIRURGIA GERAL
 CRM/RN 32.273 - CRMPE 22.069

TOMOGRÁFIA REALIZADA EM:
04/06/2020

RAIO X REALIZADO EM:
04/06/2020



CONDÁRIO / PARECER MÉDICO

Ortopedia:

Paciente af trauma em joelho (apresenta
doe + limitação de movimento após queda
de cerca de 1m.

No 4, foi realizada Rbirl (B)
(STATZKER I.)

cd: Internar hospitalar p/ cirurgia
eletiva após alta da cir. genl e
BMR.

Dr. Yway Paiva
ORTOPEDIA ORTOMANIPULADORA
CRM-PB 10.207

BMF

- Paciente com história de 3 anos "D"
ao, com dor no a. radi. distais.
CD: Solicito TC de joel para
planejamento cirúrgico.
Solicito acompanhamento
conjunto com o ortopedião.

Dr. Tasso Assuero Menezes Honorato
Cirurgia e Traumatologia
Bucodentofacial
Residência UAB/PB 7027

DO PACIENTE ____ / ____ / ____ às ____ : ____ hs.

cirúrgico _____ () Alta hospitalar / () Já reavalia
ação (setor) _____ \ () Decisão Médica
rência a outro SETOR ou HOSPITAL _____ () Óbito

Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO	CBO	IDADE





SECRETARIA DE SAÚDE
PARAÍBA
 Governo do Estado
 CL 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
 /06/2020

Nome: JAILSON CRUZ Idade: 031 Nº ATEND: 2164566

TEMPO DE TRABALHO: NAO
 DATA: 4/06/2020 HORA: 21:09:30

ESPECIALIDADE: CIRURGIA

TIPO DE QUEDA:
 LOCALIZAÇÃO DO MOTIVO: OUTROS

PRESENÇA DE EMBRIAGUEZ: SIM

VITAIS

0 SAT 02: 98 PA: 120X80 TEMP: FC: 89 FR: 20 PESO:

CONSCIENTE (X) INCONSCIENTE ()
 HAS (X) NÃO HAS ()
 MOTORA (X) NÃO MOTORA ()

AS: NEGA

USO DE MEDICAMENTOS:
 GERAL: BOM
 NEUROLÓGICA

AVULSÃO () INCONSCIENTE (X) CONSCIENTE (X) ORIENTADO
 ORIENTADO () AGITADO (X) COOPERATIVO () DEPRESSIVO () APÁTICO
 () DIMINUIÇÃO DE FORÇA MOTORA

SINAIS REFERIDOS

EMETICO () VÔMITO () DIARRÉIA () EXANTEMA
 DISPNEIA () DOR () INAPETENCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
 FLEBITE () INAPETENCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
 MIALGIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA () SÍBILOS () TOSSE

Escala de Intensidade da Dor



SEVERIDADE DE DOR:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:
 NÍVEL DE RISCO:

CONTROLE DOS SINAIS VITAIS:

HORA	PA	TEMP	FC	FR	DIURESE	ASSINATURA ENFERMEIRO/COREN	DO

OBS:

ENFERMEIRO/COREN
 acolhimento

Handwritten signature in red ink.



RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo: _____

CRM: _____ UF: _____

Endereço: _____

Idade: _____ UF: _____

Telefone: _____

1ª VIA - Retenção da Farmácia ou Drograria
2ª VIA - Orientação ao Paciente

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

Assinatura e Carimbo do Médico

Paciente: _____

Endereço: Paulson Cruz

Inscrição: CG - PB

(C) Amoxicilina Scorex

Tomar 04 comp de 05 em 08h por 07 dias

Data: 07/06/2020

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Endereço: _____

UF: _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico: _____

DATA: _____/_____/____



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Receituário Simples

P/ Paulson Cruz

USO Externo

(C) clorxidina 0,12%
bochechas 03 vezes ao dia
por 14 dias

MOD. 001

Data: 07/06/2020

Dra. Juliana
Cirurgia e Traumatologia
Bucomaxilofacial
RESIDENTE - C

Méd



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 por
Eduardo Otavio Braga Moraes
Dr. Eduardo Braga Moraes
Traumatologia
CRM - PB 6588



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

