



Número: **0860457-55.2018.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **2ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **18/10/2018**

Valor da causa: **R\$ 10968.75**

Assuntos: **SEGURO**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	
Tipo	Nome
ADVOGADO	ANYELLE CIRNE ARAGAO
AUTOR	BERGUISON LAMACK FERNANDES
ADVOGADO	MARTINHO CUNHA MELO FILHO
RÉU	MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
17264 648	18/10/2018 15:31	Comprov. req. administrativo	Informações Prestadas
17264 677	18/10/2018 15:31	BO; SAMU; Ausencia IML; DUT	Informações Prestadas
17264 710	18/10/2018 15:31	Documentação médico-hospitalar 1	Informações Prestadas
17264 730	18/10/2018 15:31	Documentação médica-hospitalar 2	Informações Prestadas
17264 758	18/10/2018 15:31	Documentação médica-hospitalar 3	Informações Prestadas
17264 791	18/10/2018 15:31	RG e CPF; Comprov. de residencia	Informações Prestadas
17264 813	18/10/2018 15:31	PROCURACAO - BERGUISON LAMACK FERNANDES	Procuração
17280 577	21/10/2018 11:37	Despacho	Despacho
19092 154	08/02/2019 09:05	Mandado	Mandado
19182 236	13/02/2019 08:29	Diligência	Diligência
19182 252	13/02/2019 08:29	IMG 20190213 0002	Devolução de Mandado

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3180022593 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA BERGUISON LAMACK FERNANDES

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO Comprev Previdência S/A-Filial João Pessoa - PB

BENEFICIÁRIO BERGUISON LAMACK FERNANDES

CPF/CNPJ: 10514840498

Posição em 17-10-2018 11:41:14

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor abaixo será creditado na conta que você indicou no formulário de autorização de pagamento. O prazo para o banco confirmar o pagamento é de até 5 dias úteis. Caso não identifique o valor em sua conta após esse período, volte a consultar o processo aqui no site.

Data do Pagamento Valor da Indenização Juros e Correção Valor Total

25/01/2018	R\$ 2.531,25	R\$ 0,00	R\$ 2.531,25
------------	--------------	----------	--------------



Rio de Janeiro, 12 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: **BERGUISON LAMACK FERNANDES**

Nº Sinistro:

3180022593

Vitima:

BERGUISON LAMACK FERNANDES

Data do Acidente:

18/05/2017

Cobertura:

INVALIDEZ

Procurador:

FERNANDO LUIZ NASCIMENTO RODRIGUES

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180022593**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoraslider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12232097

DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL
1^a Superintendência Regional de Polícia Civil
2^a Delegacia Seccional de Polícia Civil
11^a Delegacia Distrital da Capital



**POLÍCIA
CIVIL
PARAÍBA**

**GOVERNO
DA PARAÍBA**
Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00048.01.2017.1.02.011

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00048.01.2017.1.02.011, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 15:37 horas do dia 27 de novembro de 2017, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta 11^a Delegacia Distrital da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Nélio Carneiro dos Santos, matrícula 1357280, e lavrado por Cleodon Ferreira da Silva, Agente de Investigacao, matrícula 1372424, ao final assinado, compareceu Berguison Lamack Fernandes, CPF nº 105.148.404-98, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Supervisor, filho(a) de Norma Maria Fernandes e Pai Não Declarado, natural de Patos/PB, nascido(a) em 22/04/1994 (23 anos de idade), residente e domiciliado (a) no(a) Rua Francisco Medeiros e Silva, Nº 360, complemento casa, bairro Valentina, tendo como ponto de referência Parque Cow Boy, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 99831-0520.

Dados do(s) Fatos:

Local: Outros, João Pessoa/PB, bairro Valentina; Tipo do Local: via/lócal de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 18/05/17 11:25h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE CONDUZIA A MOTOCICLETA HONDA BIZ 125 ES DE COR PRETA ANO 2011, DE PLACA MOM-8752-PB, CHASSI Nº 9C2JC4820BR012010, EM NOME DE ANTONIO MARCOS DA SILVA, QUANDO CAIU DA REFERIDA MOTOCICLETA SENDO SOCORRIDO PELO COPRO DE BOMBEIROS PARA O HOSPITAL DE TRAUMAS SENADOR HUMBERTO LUCENA, CONFORME LAUDO MEDICO EXPEDIDO PELO DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA CRM PB 2516, DATADO DE 06/10/2017.

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

João Pessoa/PB, 27 de novembro de 2017.

CLEODON FERREIRA DA SILVA
Agente de Investigacao

BERGUISON LAMACK FERNANDES
Noticiante

SOUTO
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL
Belo: Maria Angéla Souto Carvalho
Tatella

Autentico a presente cópia, reprodução fiel do original que se apresentado. Em testemunho da verdade.
João Pessoa-PB 29/11/2017 14:05:54
José Francisco da Silva - Escrivente
[2017-061644] EMOL:R\$ 2,31 FARPART: 0,27 FEPJ:R\$ 0,00
SELO DIGITAL: AFZ16040-ZBIT
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Procedimento Policial: 00048.01.2017.1.02.011

1/1



VISTO EM: 30/05/17

Comandante do BAPH
Katty Saúma do Nascimento Silva
TEN CEL 521.280-4

BATALHÃO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
3ª SEÇÃO – OPERAÇÕES

(ATO DECLARATÓRIO)

João Pessoa-PB, 30 de Maio de 2017.

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA Nº. 189/2017

Certifico que revendo as fichas de ocorrências atendidas no dia 18/05/2017, conforme requerimento nº 180/17, solicitado pela pessoa interessada, consta que foi socorrido (a) por volta das 11h25min o/a Sr.(a) BERGUISON LAMACK FERNANDES CPF: 105.148.404-98, vítima de (colisão(carro x moto)), ocorrido na Rua do Jarro, Paratibe - João Pessoa/PB. Que a guarnição da viatura de prefixo AR-46 tendo como chefe o/a SARGENTO BM JOSENILDO SOARES DE OLIVEIRA, Matrícula: 518.109-7. Verificou no local que vítima era o condutor da motocicleta, consciente e orientado, possível fratura na patela. Que após os procedimentos de imobilização a referida guarnição a transportou na viatura acima citada para o Hospital de Emergência e Traumas Senador Humberto Lucena.

Para constar, eu, André Vieira de Souza, SD BM Mat. 523.518-9, auxiliar da 3ª Seção/BAPH, digitei a presente certidão, que vai assinada por mim e pelo (a) chefe da 3ª Seção/BAPH.

Chefe da 3ª Seção



Corpo de Bombeiros Militar da Paraíba - Batalhão de Atendimento Pré-hospitalar.
Rua Doutor Orestes Lisboa, S/nº, Conj. Pedro Gondim, 58.031-090, João Pessoa-PB.
Fone: (83) 3243-9044 / (83) 3216-5751 / (83) 3218-7979 (FAX) - E-mail: craphbbs@bombeiros.pb.gov.br



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima
Benfuson Lemack Fernandes

CPF da Vítima
105.48.404-98

Data do Acidente
18/05/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Local e Data

João Pessoa, 18 de Dezembro de 2017

Benfuson Lemack Fernandes

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALL001 V001/2017

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Antônio Menos de Sárc,
RG nº 239 5312, data de expedição 14/01/97,
Órgão SSAPPB, portador do CPF nº 032 702 724-05,
com Domicílio na cidade de Jació Pessoc, no Estado
de P.B, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Rua Pedro Volante de Menezes
Filho nº 68, complemento, _____, declaro, sob as
penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na
data do acidente ocorrido com a vitima
Benguium Hamack Fernandes, cujo o condutor
era Benguium Hamack Fernandes.

Veiculo.....: Motocicleta
Ano.....: 2011 - 2011
Modelo.....: Honda /B12 125 ES
Placa.....: MOM 87521PB
Chassi.....: 9C2JC4B20BR 012010
Data do acidente.: 02-06-2017

Local e data: São Paulo 04-12-2019

Anterioros da Silva

Assinatura do Declarante Proprietário
(Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)

X Benguiwem Damack Fernandes 
Assinatura do CONDUTOR (quando a vítima for carona)
(Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)



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



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE BERGUÍSON LAMACK FERNANDES

DADOS DE NASCIMENTO 22/04/94

NOME DA MÃE NORMA MARIA FERNANDES

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1.001.359

Nº PRONTUÁRIO 102.087

DATA DO ATENDIMENTO 18/05/17

HORA DO ATENDIMENTO 12:24

MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA

DIAGNÓSTICO (S) LUXAÇÃO DO JOELHO D + TRAUMATISMO NÃO ESPECIFICADO DA PERNA E (JOELHO) + LESÃO DO LIGAMENTO CRUZADO POSTERIOR

CID 10 S 83.1 + S 89.9 + M 23.6

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta, apresentando trauma no joelho E, com dor e deformidade e suspeita de fratura no membro inferior E. Glasgow 15. Avaliado pela equipe da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX Da coxa E - AP e P

RX do joelho E - AP e P

TRATAMENTO:

Luxação do joelho E + traumatismo do ligamento cruzado posterior ao RX. Realizado internamento e tratamento cirúrgico pelo Dr. Matheus Enomoto no 1º tempo e pelo Dr. Rafael Lara e Dr. Carlos Alberto Vieira no 2º tempo.

ALTA HOSPITALAR: 01/06/17

DATA DA EMISSÃO: 06/10/17

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA
MÉDICO CLÍNICO
CRM: 2516/PB

Dr. Ewerton Noronha Teixeira
CRM: 2516/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

ACOLHIMENTO, sn -- CNES: 123312 - Tel.:

Boletim de Atendimento: 1001359



Identificação do paciente

ID 1171844	Nome BERGUISON LAMACK FERNANDES			Sexo Masculino
Data de nascimento 22/04/1994	Idade 23 anos 26 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe NORMA MARIA FERNANDES	Pai NAO DECLARADO			
Escolaridade	Responsável (Parentesco) MANOEL LEITE DE ANDRADE - TIO (A)			
DDD Móvel 83	Fone Móvel 988345575	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3833652	Nº Cns		
Local de procedência VALENTINA FIGUEIREDO	Type BAIRRO	UF PB		
Email	Naturalidade PATOS	CBO/R		

Endereço

CEP 58067047	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro FRANCISCO MEDEIROS E SILVA (LOT PRQ SOL)
Número 360	Complemento	Bairro GRAMAME	

Admissão

Data e Hora 18/05/2017 12:24:16	Número da pulseira 100004681983	Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica		
Classificação de risco	Origem do paciente RUA		
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO	

RMS

① 30/05
NS
PC YOK
FA

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte RESCATE - BOMBEIROS	Quem transportou		

Sinais Vitais

PA X mmHg	P脉	Temperatura
--------------	----	-------------

①

Exames complementares

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

joelho E
18/05
DC
NS) def

Dados clínicos

<i>Acod. de moto (sic).</i> <i>GCS: 15</i>		CID
Diagnóstico	<i>traumao ac favela</i>	Tempo 01min 10seg
Atendido por ANNE WALESKA PEREIRA LIMA		

Imprimir



Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

VERDE, 1 -
CNES: 2778696 - Tel.:

Paciente BERGUISON LAMACK FERNANDES	BAE 1001359	Data/Hora Entrada 18/05/2017 12:24:16	Data Baixa
Data de nascimento 22/04/1994	Idade 23	Sexo Masculino	CNS
Mãe NORMA MARIA FERNANDES	Prontuário		
Endereço FRANCISCO MEDEIROS E SILVA (LOT PRQ SOL), 360	Bairro GRAMAME	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional MATHEUS MARINHO ENOMOTO	Nº Cons. Régional 10204/PB
Data/Hora Classificação 18/05/2017 12:24:16		Data/Hora Prescrição 18/05/2017 17:02:31	

Antecedentes

ACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM DOR EM JOELHO E DESDE ENTÃO. RX: LUXAÇÃO DE JOELHO E

DIETA

DIETA LIVRE, VIA ORAL

MEDICAÇÃO

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

Diluir

CEFALOTINA 1G (FRASCO-AMPOLA), ADMINISTRAR 1,0 FRASCO/AMP VIA E.V., 6/6H

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

Diluir

PIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 1,0 AMPOLA VIA E.V., 6/6H

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

Diluir

ONDANSETRONA 4MG/2ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 1,0 AMPOLA VIA E.V., 8/8H

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 1X AO DIA, 0,0 (MGTSM) (OBSERVAÇÕES: EM JEJUM)

Diluir

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

CAPTOPRIL 25 MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 1,0 COMPRIMIDO VIA SUBLINGUAL, ACM, SE NECESSÁRIO SE PAD>110MMHG E/OU PAS>160MMHG (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 4,0)

SOLUÇÃO FISIOLOGICA 0,9% DE 500 ML, ADMINISTRAR 2000,0 ML VIA E.V, 24H, 0,0 (MGTSM)

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

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

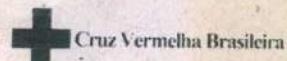
SORO ANTITETANICO 5.000UI (AMPOLA), ADMINISTRAR 1,0 AMPOLA VIA INTRAMUSCULAR, AGORA, 0,0 (MGTSM)

SOLUÇÃO FISIOLOGICA 0,9% DE 100 ML, ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V, 12/12H, 0,0 (MGTSM)

Diluir

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 1,0 FRASCO/AMP VIA E.V., 12/12H

Dr. Kumbu E.
MEU
GRAMAME 10204



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

VERMELHA, S/N -
CNES: 6121221 - Tel.:

Paciente BERGUISON LAMACK FERNANDES	BAE 1001359	Data/Hora Entrada 18/05/2017 12:24:16	Data Baixa
Data de nascimento 22/04/1994	Idade 23	Sexo Masculino	CNS
Mãe NORMA MARIA FERNANDES			
Endereço FRANCISCO MEDEIROS E SILVA (LOT PRQ SOL), 360	Bairro GRAMAME	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional VINICIUS NUNES ANDRADE	Nº Cons. Regional 4661/PB
Data/Hora Classificação 18/05/2017 12:24:16		Data/Hora Prescrição 18/05/2017 12:45:10	

Anamnese

F. ÉNTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO, SOCORRIDO PELOS BM, APRESENTANDO EDEMA, DOR E DEFORMIDADE EM JOELHO ESQUERDO. ABÓDOME, TÓRAX E CERVICAL SEM QUEIXAS. GCS 15.

CUIDADOS

I- ORIENTAÇÕES PARA ENFERMAGEM, (OBSERVAÇÕES: AVALIAÇÃO DA ORTOPEDIA.)

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE JOELHO ESQUERDO (AP + LATERAL), (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA NO JOELHO ESQUERDO.)

CID10

Código	Descrição
S80.9	Traumatismo superficial não especificado da perna

Conduta

Em observação

Vinicius N. Andrade
Médico - Cirurgião
CRM - PB
VINICIUS NUNES ANDRADE
(4661/PB)

BERGUISON LAMACK FERNANDES

2017-5-18 172.16.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&perform=imprimir&id=32175&pesquisa=S&idPai=&classe=PRESCRICAO&condutaMedica=...

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

Diluir

TRAMADOL 100MG/2ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 1,0 AMPOLA VIA E.V, 8/8H

CUIDADOS

CURATIVO, (OBSERVAÇÕES: DIARIO)

FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIO E MOTORA

INSULINA REGULAR CONFORME HGT

SSVV + CCGG

CID10

Código	Descrição
S83.1	Luxação do joelho

Dados coletados anteriormente utilizar na impressão?

Conduta

Internar Paciente

Dr. Matheus Enomoto
CRM-PB 10204

MATHEUS MARINHO ENOMOTO
(10204/PB)

BERGUISON LAMACK FERNANDES

<http://172.16.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&perform=imprimir&id=32175&pesquisa=S&idPai=&classe=PRESCRICAO&condutaMedica=...> 2/2



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

Laudo Médico / Resumo de Alta



Nome:	BELL GUYSON LAMARCK FERREIRA		Registro:	
Idade:	Sexo:		Enf:	Leito:
Data de admissão:			Data da alta:	
Diagnóstico inicial:	LUXAÇÃO DE JOELHO ESQUERDO		01/06/2017	
Diagnóstico final:	LUXAÇÃO DE JOELHO ESQUERDO		(E)	
Outros diagnósticos:	O TENSÃO			
Principais exames:	RADOGRAFIA			
Cirurgia realizada - data e equipe:	LUXAÇÃO DE JOELHO ESQUERDO DIL. R. PATAEL (AN) / DR. CARLOS ALBERTO MUNIPUCURU JOELHO (E) 30/5/17 P.D.SALVADOR			
Terapêutica medicamentosa:				
Anatomia patológica:				
Infecção: sim () não () Coleta de material: sim () não ()				
Resultado bacteriologia:	X			
Condições de alta: Melhorado () Removido () A pedido () Curado () Óbito ()				
Resumo clínico: história evolução, terapêutica, complicações:	PACIENTE ELABOROU ESTÁFER E SEM DOLOR. PRESCREVEU-SE DIFERENCIADOR JOELHO			
Dieta:				
Reposo:				
relativo em casa por 30 dias.				
retorno às atividades sem esforço físico em 60 dias.				
retorno às atividades com esforço físico leve, 60 dias e com maior em 10 dias.				
Cuidados com a ferida operatória: lava-la com água e sabão duas vezes por dia se sentir dor, calor, vermelhidão ou inchaço no local ou se ocorrer febre, procurar imediatamente o Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.	DR. R. PATAEL (AN)			
Medicações para casa: FLANEX 400mg, 20g - Hapliss				
Retorno:	SEXTA-FEIRA			
Ao posto de saúde em _____	para retirada de ponto			
Ao ambulatório _____	em 30 dias para revisão			
João Pessoa: 6 de 17	Dr. Carlos Alberto Ortopedia / Traumatologia Ass. Médico / CRM 16/06/17			

21/06/2017



Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, S/N - CONJ. PEDRO GONDIM JOÃO PESSOA - CNES: 454561 - Tel.: 8332165736

Boletim de Atendimento: 1001359



Identificação do paciente

ID 1171844	Nome BERGUISON LAMACK FERNANDES			Sexo Masculino
Data de nascimento 22/04/1994	Idade 23 anos 1 mes 30 dias	Estado civil	Religião	Prontuário 102087
Mãe NORMA MARIA FERNANDES	Pai NAO DECLARADO			
Escolaridade	Responsável (Parentesco) - TIO (A)			
DDD Móvel 83	Fone Móvel 988345575	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3833652	Nº Cns 708108635152440		
Local de procedência VALENTINA FIGUEIREDO			Tipo BAIRRO	UF PB
Email	Naturalidade PATOS	CBO/R		

Endereço

CEP 58067047	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro FRANCISCO MEDEIROS E SILVA (LOT PRQ SOL)
Número 360	Complemento	Bairro GRAMAME	

Admissão

Data e Hora 18/05/2017 12:24:16	Número da pulseira 100004681983	Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica		
Classificação de risco	Origem do paciente RUA		
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO	

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte RESCATE - BOMBEIROS	Quem transportou		

Sinais Vitais

PA X mmHg	P脉	Temperatura
--------------	----	-------------

Exames complementares

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

Dados clínicos

Diagnóstico

CID

Atendido por
ANNE WALESKA PEREIRA LIMA

Tempo
01min 10seg

Imprimir



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

NOME DO PACIENTE: B.RICHISON L. FERNANDES.		SETOR: HTOP POSTO 1	DATA: 23/5/17	BE/PRONTUÁRIO: 1001359
ESPECIALIDADE: ORTOPÉDIA	PESO:	ENFERMARIA: 16	LEITO: 2	CLARENCE DE CREATININA:
Descrição da prescrição: Nome do medicamento + Concentração + Forma farmacêutica + Dose + Posologia + Via de administração + Duração do tratamento. Obs: Quando a prescrição for endovenosa, acrescentar: diluente + volume + velocidade de infusão				
MEDICAMENTO	APRAZAMENTO		OBSERVAÇÃO	
	ATÉ			
SRL 1000ML EV EM 24H	✓	23	05	11
2 DIPIRONA 2 ML EV DE 6/6H	✓	23		11
3 TILATIL 20 VO 12/12H				
4 TRAMAL 100MG + 100ML SF EV 8/8H S/N		S/N		
5 NAUSEDRON4MG + AD EV 8/8H S/N		S/N		
6 OMEPRAZOL 20MG EV 12/12H			05	
7 CLEXANE 40MG SC 1X DIA (21/05/17)				
8 JOEL Hesedentina — 200ml (D), à 10:00h				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
HIPÓTESE (S) DIAGNÓSTICA (S)	LUXAÇÃO DE JOELHO PO DE FIX EXTERNO			
Evolução MÉDICA	BEG			
CONDUTA DIÁRIA	VPM + SOLICITO RX CONTROLE			
Assinatura do Médico com Carimbo e CRM				
 Dr. Luiz Portela Ortopedista-Traumatologista Cirurgia de Coluna Vertebral, Perna e Braço, especializado em luxações e fraturas. NOME DO PACIENTE: JOEL VIEIRA DA SILVA				
Assinatura do Farmacêutico com Carimbo e CRF Supervisor da Farmácia Dr. Wagner Carvalho				
Assinatura do Farmacêutico com Carimbo e CRM		DATA: 23/05/2017	BE/PRONTUÁRIO: 100099	F(NG), APC, 001-2

Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena - HEETSHI
Av. Orestes Lisboa, s/n - Conj. Pedro Gondim - CEP: 58031-090 - João Pessoa - PB
Telefone: 2106-5



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

HEETSHL

NOME DO PACIENTE: BERGUINSON L. FERNANDES			
ESPECIALIDADE: ORTOPEDIA		SETOR: HTOP POSTO 1	ENFERMARIA: 16
PESO:	ALERGIA: () Medicamento () Alimentar. Qual:		
Descrição da prescrição: Nome do medicamento + Concentração + Forma farmacêutica + Dose + Posologia + Via de administração + Duração do tratamento. Obs: Quando a prescrição for endovenosa, acrescentar: diluente + volume + velocidade de infusão			
MEDICAMENTO			
1	SRL 1000ML EV EM 24H	APRAZAMENTO	OBSESSVACAO
2	DIPIRONA 2 ML EV DE 6/6H	ATT	
3	TILATIL 20 VO 12/12H	23	05
4	TRAMAL 100MG + 100ML SF EV 8/8H S/N	23	11
5	NAUSEDRON4MG + AD EV 8/8H S/N	S/N	11
6	OMEPRAZOL 20MG EV 12/12H	S/N	
7	CLEXANE 40MG SC 1X DIA (21/05/17)	05	
8		17	
9			
10	Dr. <u>Willis W-S. Matia</u>		
11	Ortopedia-Traumatologia		
12	CRM-PB 650720170843		
13			
14			
15			
16			
17			
18			
HIPÓTESE (S) DIAGNÓSTICA (S)		LUXAÇÃO DE JOELHO DE FIX EXTERNO	
EVOLUÇÃO MÉDICA		BIEG	
CONDUTA DIÁRIA		VPM + CIRURGIA HOJE	
Assinatura do Médico com Carimbo e CRM		Assinatura do Farmacêutico com Carimbo e CRF	
		Assinatura do Farmácia	

Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena – HEETSHL
Av. Orestes Lisboa, s/n – Conj. Pedro Gondim – CEP: 58031-090 – João Pessoa - PB
Telefone: 2106-5

F(NG).APC.001-2



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

H.E.T.D.

NOME DO PACIENTE: BERGUISON L. FERNANDES		SETOR: HTOP POSTO 1		ENFERMARIA: 16		DATA: 20/5/17		BE/PRONTUÁRIO: 1001359	
PESO:	ESPECIALIDADE: ORTOPEDIA	ALÉRGIA: () Medicamento () Alimentar. Qual:				LEITO: 2			
Descrição da prescrição: Nome do medicamento + Concentração + Forma farmacêutica + Dose + Posologia + Via de administração + Duratação do tratamento. Obs: Quando a prescrição for endovenosa, acrescentar: diluente + volume + velocidade de infusão									
MEDICAMENTO									
1	SRL 1000ML EV EM 24H	APRAZAMENTO	ATT	23	05	11	OBSERVAÇÃO		
2	DIPIRONA 2 ML EV DE 6/6H			23	11				
3	TILATIL 20 VO 1/2/12H			S/N					
4	TRAMAL 100MG + 100ML SF EV 8/8H S/N			S/N					
5	NAUSEDRON4MG + AD EV 8/8H S/N								
6	OMEPRAZOL 20MG EV 12/12H								
7	CLEXANE 40MG SC 1X DIA (21/05/17)								
8	CEFALOTINA 1G EV 6/6H								
9									
10	Dr. Thales W. S. Mauá								
11	Dr. Traumatologista								
12	Ortopedista (10843)								
13	CAMPBELL ASSOCIADOS								
14									
15									
16									
17									
18									
HIPÓTESE (S) DIAGNÓSTICA (S)		LUXAÇÃO DE JOELHO PO DE FIX EXTERNO							
EVOLUÇÃO MÉDICA		BEG							
CONDUTA DIÁRIA		VPM							

Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena - HEETSHL
Av. Orestes Lisboa, s/n - Conj. Pedro Gondim - CEP: 58031-990 - João Pessoa - PB
Telefone: 2106-5500

F(N(G),APC.001-2



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

HEETSHL

NOME DO PACIENTE: BERGUISON L. FERNANDES		SETOR: HTOP POSTO 1	ENFERMARIA: 16	DATA: 23/5/17	BE / PRONTUÁRIO: 1001359	
PESO:	ALÉRGIA: () Medicamento () Alimentar. Qual:			LEITO: 2		
Descrição da prescrição: Nome do medicamento + Concentração + Forma farmacêutica + Dose + Posologia + Via de administração + Duração do tratamento. Obs: Quando a prescrição for endovenosa, acrescentar: diluente + volume + velocidade de infusão						
MEDICAMENTO	APRAZAMENTO					OBSERVAÇÃO
	ATT	25	25	25	25	
1 SRL 1000ML EV EM 24H						
2 DIPIRONA 2 ML EV DE 6/6H						
3 TILATIL 20 VO 12/12H						
4 TRAMAL 100MG + 100ML SF EV 8/8H S/N						
5 NAUSEDRON4MG + AD EV 8/8H S/N						
6 OMEPRAZOL 20MG EV 12/12H						
7 CLEXANE 40MG SC IX DIA (21/05/17)						
8 CEFALOTINA 1G EV 6/6H						
9						
10						
11						
12						
17						
18						
HIPÓTESE (S) DIAGNÓSTICA (S)	LUXAÇÃO DE JOELHO PO DE FIX EXTERNO					
EVOLUÇÃO MÉDICA	BEG					
CONDUTA DIÁRIA	VPM					

Assinatura do Médico com Carimbo e CRM

*Drt. Ráfael Lapa de Freitas
Ortopedia e Traumatologia
CRM - PB 8794 FOT 9693*

Assinatura do Farmácia

Servidor da Farmácia

Assinatura do Farmacêutico com Carimbo e CRF

*Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena – HEETSHL
Av. Orestes Lisboa, s/n – Conj. Pedro Gondim – CEP: 58031-090 – João Pessoa - PB
Telefone: 2106-5*



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

HEETSHL

NOME DO PACIENTE: BERGUISON L. FERNANDES		SETOR: HTOP POSTO 1		ENFERMARIA: 16		DATA: 20/5/17		B/E/PRONTUÁRIO: 1001359																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
ESPECIALIDADE: ORTOPEDIA		PESO:		ALERGIA: <input checked="" type="checkbox"/> Medicamento <input type="checkbox"/> Alimentar. Qual:		LEITO: 2																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
Descrição da prescrição: Nome do medicamento + Concentração + Forma farmacêutica + Dose + Posologia + Via de administração + Duração do tratamento. Obs: Quando a prescrição for endovenosa: acrescentar: diluente + volume + velocidade de infusão																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
MEDICAMENTO																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
1	SRL 1000ML EV EM 24H	2	DIPIRONA 2 Ml EV DE 6/6H	3	TILATIL 20 VO 12/12H	4	TRAMAL 100MG + 100ML SF EV 8/8H S/N	5	NAUSEDRON4MG + AD EV 8/8H S/N	6	OMEPRAZOL 20MG EV 12/12H	7	CLEXANE 40MG SC 1X/DIA (21/05/17)	8	CEFALOTINA 1G EV 6/6H	9		10		11		12		13		14		15		16		17		18		19		20		21		22		23		24		25		26		27		28		29		30		31		32		33		34		35		36		37		38		39		40		41		42		43		44		45		46		47		48		49		50		51		52		53		54		55		56		57		58		59		60		61		62		63		64		65		66		67		68		69		70		71		72		73		74		75		76		77		78		79		80		81		82		83		84		85		86		87		88		89		90		91		92		93		94		95		96		97		98		99		100		101		102		103		104		105		106		107		108		109		110		111		112		113		114		115		116		117		118		119		120		121		122		123		124		125		126		127		128		129		130		131		132		133		134		135		136		137		138		139		140		141		142		143		144		145		146		147		148		149		150		151		152		153		154		155		156		157		158		159		160		161		162		163		164		165		166		167		168		169		170		171		172		173		174		175		176		177		178		179		180		181		182		183		184		185		186		187		188		189		190		191		192		193		194		195		196		197		198		199		200		201		202		203		204		205		206		207		208		209		210		211		212		213		214		215		216		217		218		219		220		221		222		223		224		225		226		227		228		229		230		231		232		233		234		235		236		237		238		239		240		241		242		243		244		245		246		247		248		249		250		251		252		253		254		255		256		257		258		259		260		261		262		263		264		265		266		267		268		269		270		271		272		273		274		275		276		277		278		279		280		281		282		283		284		285		286		287		288		289		290		291		292		293		294		295		296		297		298		299		300		301		302		303		304		305		306		307		308		309		310		311		312		313		314		315		316		317		318		319		320		321		322		323		324		325		326		327		328		329		330		331		332		333		334		335		336		337		338		339		340		341		342		343		344		345		346		347		348		349		350		351		352		353		354		355		356		357		358		359		360		361		362		363		364		365		366		367		368		369		370		371		372		373		374		375		376		377		378		379		380		381		382		383		384		385		386		387		388		389		390		391		392		393		394		395		396		397		398		399		400		401		402		403		404		405		406		407		408		409		410		411		412		413		414		415		416		417		418		419		420		421		422		423		424		425		426		427		428		429		430		431		432		433		434		435		436		437		438		439		440		441		442		443		444		445		446		447		448		449		450		451		452		453		454		455		456		457		458		459		460		461		462		463		464		465		466		467		468		469		470		471		472		473		474		475		476		477		478		479		480		481		482		483		484		485		486		487		488		489		490		491		492		493		494		495		496		497		498		499		500		501		502		503		504		505		506		507		508		509		510		511		512		513		514		515		516		517		518		519		520		521		522		523		524		525		526		527		528		529		530		531		532		533		534		535		536		537		538		539		540		541		542		543		544		545		546		547		548		549		550		551		552		553		554		555		556		557		558		559		560		561		562		563		564		565		566		567		568		569		570		571		572		573		574		575		576		577		578		579		580		581		582		583		584		585		586		587		588		589		590		591		592		593		594		595		596		597		598		599		600		601		602		603		604		605		606		607		608		609		610		611		612		613		614		615		616		617		618		619		620		621		622		623		624		625		626		627		628		629		630		631		632		633		634		635		636		637		638		639		640		641		642		643		644		645		646		647		648		649		650		651		652		653		654		655		656		657		658		659		660		661		662		663		664		665		666		667		668		669		670		671		672		673		674		675		676		677		678		679		680		681		682		683		684		685		686		687		688		689		690		691		692		693		694		695		696		697		698		699		700		701		702		703		704		705		706		707		708		709		710		711		712		713		714		715		716		717		718		719		720		721		722		723		724		725		726		727		728		729		730		731		732		733		734		735		736		737		738		739		740		741		742		743		744		745		746		747		748		749		750		751		752		753		754		755		756		757		758		759		760		761		762		763		764		765		766		767		768		769		770		771		772		773		774		775		776		777		778		779		780		781		782		783		784		785		786		787		788		789		790		791		792		793		794		795		796		797		798		799		800		801		802		803		804		805		806		807		808		809		810		811		812		813		814		815		816		817		818		819		820		821		822		823		824		825		826		827		828		829		830		831		832		833		834		835		836		837		838		839		840		841		842		843		844		845		846		847		848		849		850		851		852		853		854		855		856		857		858		859		860		861		862		863		864		865		866		867		868		869		870		871		872		873		874		875		876		877		878		879		880		881		882		883		884		885		886		887		888		889		890		891		892		



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEETSHL

Nome: Berguim L. F. Souza BE/Prontuário: _____
 Idade: _____ Sexo: ()Masculino ()Feminino Cor: _____ Data: ____/____/_____
 Clínica/Setor: Intervent. EMP: _____ LR: _____
 Cirurgia: _____
 Cirurgião: D. Rafael Lima 1º Assistente: D. Celso Maret
 2º Assistente: D. Tiago 3º Assistente: D. Spurio Oliveira.
 Instrumentador: _____ Anestesista: D. Renato.
 Tipo de Anestesia: Laxa Horário: Início ____ : ____ Término ____ : ____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Luxação do fêmur - direito.</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Retirada da fixação articular</u>	
<u>Manejamento da ferida</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: ()Sim ()Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelação: ()Sim ()Não

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:

()Enfermaria ()Terapia Intensa ()Residência ()Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM: _____

Dr. Tiago Martins Formiga
Ortopedia e Traumatologia
8085-CRM-PB / 2441-CRM-PE
TEOT 14830

João Pessoa; 30/05/17

F(NG).ASCIR.009-1



Nota de Sala Cirúrgica

HEFTSHL

NOME DO PACIENTE:		Boguski Hermanck Fernandes					
IDADE:	23	DE	RONTOUARO:	ENFERMARIA:	LEITO:		
CIRURGIA:	Ressecção da obstrução externa (fimur e tíbia G) + mame pulaco.						
CIRURGIÃO:	Dr. Rafael Lobo						
ANESTESIA:	Gáseas						
ANESTESISTA:	Drs. Rosane						
INSTRUMENTADOR:							
DATA:	30/05/17	TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA: INÍCIO:	FIM:	CIRURGIA: INÍCIO:	FIM:	5:08:00	T. 08:25
INDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTE)							
ASA 1 () ASA 2 () ASA 3 () ASA 4 () ASA 5 ()							
GRAU DE CONTAMINAÇÃO: () LIMPA () CONTAMINADA () INFECTADA () POTENCIALMENTE CONTAMINADA							
MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD.		MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.	
ALFENTANILA			JELCO N°18		FIO CAT GUT CROMADO N°		
BUPIVACAÍNA ISOBÁRICA			JELCO N°20		FIO CAT GUT CROMADO N°		
BUPIVACAÍNA PESADA			JELCO N°22		FIO DE AÇO N°		
CETAMINA			JELCO N°24		FIO DE AÇO N°		
DROPERIDOL			KIT SIST. DREN TORÁXICA N°		FIO DE NYLON N°		
ETOMIDATO	SOLUÇÕES	QTD.	LÂMINA BISTURI N°11		FIO DE NYLON N°		
FENOBARBITAL	ÁLCOOL ETÍLICO 70%	OK	LÂMINA BISTURI N°15		FIO DE NYLON N°		
FENTANILA	OK PVPI DEGERMANTE	OK	LÂMINA BISTURI N°23		FIO POLIGLACTINA N°		
FLUMAZENIL	PVPI TINTURA	OK	LÂMINA BISTURI N°24		FIO POLIGLACTINA N°		
ISOFLURANO	PVPI TÓPICO		LÂMINA DE DERMÁTOMO		FIO POLIGLACTINA N°		
LEVOBUPIVACAÍNA C/ VASO	SABÃO ANTISEPTICO		LÂMINA DE ENXERTO		FIO POLIPROPILENO N°		
LEVOBUPIVACAÍNA S/ VASO	MATERIAIS	QTD.	LUVA DE PROCEDIMENTO PAR	OK	FIO POLIPROPILENO N°		
LIDOCAINA C/ VASO	AGULHA 13X4,5		LUVA ESTÉRIL N°7,0		FIO POLIPROPILENO N°		
LIDOCAINA S/ VASO	AGULHA 25X07		LUVA ESTÉRIL N°8,0		FIO POLIGLECAPRONE N°		
MIDAZOLAN	AGULHA 25X08		LUVA ESTÉRIL N°8,5		FIO SEDA N°		
MORFINA	AGULHA 40X12		LUVA ESTÉRIL N°9,5		FITA CARDIACA		
NIMBUIM	AGULHA PERIDURAL N°16		MÁSCARA CIRÚRGICA	OK	MATERIAL ESPECIAL	QTD.	
PANCURÔNIO	AGULHA PERIDURAL N°17		MULTIVIAS		CATETER DE PIC		
PETIDINA	AGULHA PERIDURAL N°18		PERFURADOR DE SORO		CIMENTO CIRÚRGICO		
PROPORFOL	AGULHA RAQUI N°25G		SCALP N°19		CLIP TITÂNIO LIGADURA		
RAMIFENTANILA	AGULHA RAQUI N°26G		SCALP N°21		FIO DE KIRSCHNER N°		
ROCURÔNIO	AGULHA RAQUI N°27G		SERINGA 3ML		FIO DE KIRSCHNER N°		
SEVOFLURANO	ALGODÃO ORTOPÉDICO		SERINGA 5ML		FIO STEINMAN N°		
SUXAMETÔNIO	ATADURA DE CRÔM		SERINGA 10ML		FIO STEINMAN N°		
TIOPENTAL	ATADURA GESSADA		SERINGA 20ML		GRAMPEADOR CIRÚRGICO		
MEDICAÇÕES	QTD.	BOLSA P/ COLOSTOMIA	SONDA ASP. TRÁQUEAL N°8		HEMOST ABSORVÍVEL		
ADRENALINA		CÂNULA P/ TRAQUEOSTOMIA N°	SONDA ASP. TRÁQUEAL N°10		KIT DERIVA VENTRICULAR		
ÁGUA DESTILADA	OK	CATETER DE OXIGÊNIO	SONDA ASP. TRÁQUEAL N°12		PRÓTESE VASCULAR		
ATROPINIA		CATETER EMBOLÉC ARTERIAL N	SONDA ASP. TRÁQUEAL N°14		KIT. PAM		
BEXTRA		CATETER EPIDURAL N°16	SONDA ASP. TRÁQUEAL N°16		FIXADOR EXTERNO		
CEFAZOLINA		CATETER EPIDURAL N°17	SONDA FOLEY 2VIAS N°12		EMPRESA		
DEXAMETASONA		CATETER EPIDURAL N°18	SONDA FOLEY 2VIAS N°14				
DIPIRONA SÓDICA		CERA PARA OSSO	SONDA NASOG. CURTA		PARAFUSOS CORTICAI		
Efedrina		COLET. URINA FECHADO	SONDA NASOG. LONGA		PARAFUSOS CORTICAI		
FUROSEMIDA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	SONDA URETRAL N°		PARAFUSOS ESPONJOSO		
GLICOSE 50%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	OK		PARAFUSOS ESPONJOSO		
GLUCONATO DE CALCIO		DRENO DE PENROSE	TUBO ENDOTRAQUEAL N°		PARAFUSOS MALEOLAR		
HIDROCORTISONA		DRENO DE SUCÇÃO	TUBO ENDOTRAQUEAL N°		PARAFUSOS MALEOLAR		
LIDOCAINA GELÉIA		ELETRODOS	OK		PLACA		
ONDASENTRONA		EQUIPO MACROGOTAS	TUBO SILICONE (LATEX)		PLACA		
PLASIL		EQUIPO TRANSF. SANGUE					
PROSTIGMINE		EQUIPO MICROGOTAS			EQUIPAMENTOS		
PROTAMINA		ESPONJA DE PVPI	FIOS	QTD.	() ASPIRADOR		
TENOIXCAN		ESPADRADO	FIO ALGODÃO S/A N°		() BISTURI ELÉTRICO		
		GAZES	FIO ALGODÃO S/A N°		() CAPNÓGRAFO		
		GAZES ALGODOADAS	FIO ALGODÃO C/A N°		() CÁRDIONITOR		
		GEL ELETROLÍTICO	FIO ALGODÃO C/A N°		() DESFIBRILADOR		
		JELCO N°14			() FOCO AUXILIAR		
		JELCO N°16			() FOCO CENTRAL		
					() MICROSCOPIO		
					() OXÍMETRO DE PULSO		
					() P.A. INVASIVA NÃO INVASIVA		
					() PERFORADOR ELÉTRICO		
					() SERRA		
					CIRULANTE		

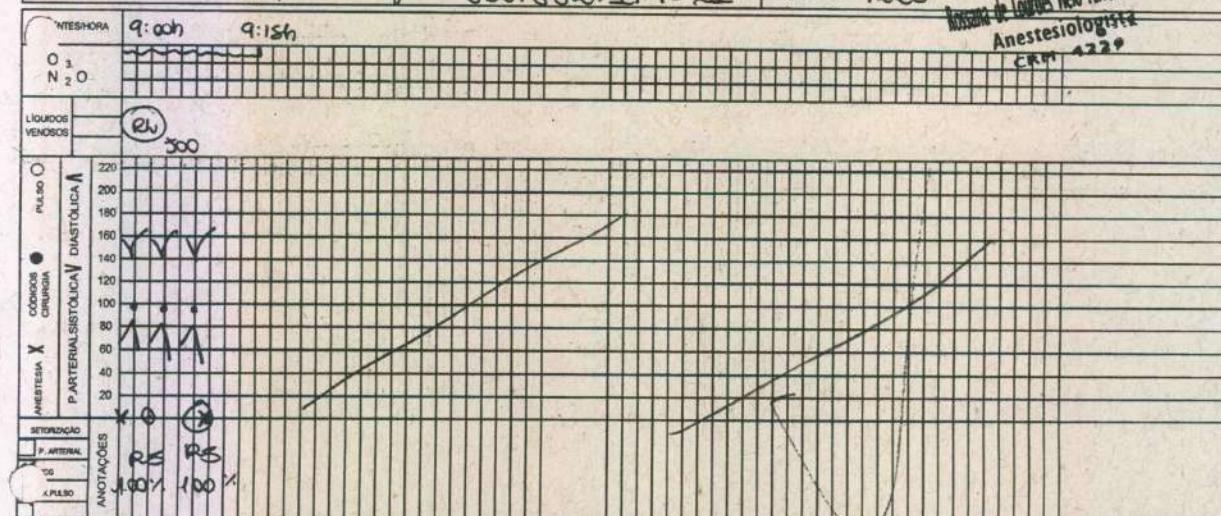
Hogmo? Santo
F(NG) ASCR-021-2
96231

FICHA DE ANESTESIA

DATA: 30/05/17

PRONTUÁRIO:

PACIENTE: Berquissom Lomarek Fernandes		SEXO: M COR: BRANCO	IDADE: 23 anos	
PRESSORIAL	PULSO 100	RESPIRAÇÃO apreço	TEMPERATURA PESO	GRUPO SANGUÍNEO
ESTADO GERAL ()BOM ()REGULAR ()MAU ()PÉSSIMO	RISCO CIRÚRGICO ()BOM ()REGULAR ()MAU ()PÉSSIMO			
EXAMES COMPLEMENTARES UPA				
AP. RESPIRATÓRIO UND AHT, S/RA	AP. CIRCULATÓRIO RCR 2T, BNF, OS			
AP. DIGESTIVO Fazendo	ESTADO MENTAL NOME		DROGAS EM USO	
PRÉ-ANESTÉSICO DOSE/HORA ND2 - 2mp	ESTADO FÍSICO (ASA) I			
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO luxação de joelho(E)				
CIRURGIA REALIZADA Retirada de fixador + manipulação de joelhos (E)				
CIRURGIÃO DR. R. R. F. B. S.	AUXILIARES			
INÍCIO DA ANESTESIA 9:00h	TÉRMINO DA ANESTESIA 9:15h	DURAÇÃO DA ANESTESIA 15min.		
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	QUANT. DE CH.	VALORES RS		
ESTESTISTA DRA. ROSSANA, DRA. ALANA (CPF 690.882.174-91)	CRM-PB 4229	Assinatura de Lourenço Nilo Ferreira do Vale Anestesiologista CRM 4229		



ANESTESIA GERAL	<input checked="" type="checkbox"/> RAQUIDIANA	<input type="checkbox"/> EPIDURAL	<input type="checkbox"/> BLOQ.PLEXO	<input type="checkbox"/> BLOQ.NERVOS	<input type="checkbox"/> OUTROS
TECNICA	Pct. Sentado, monitorizado, feita assepsia lombor. punção entre L2-L4 com agulha.				
LÍQUIDOS	Volume em ml:	MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO			
GLICOSE	1	midazolam - 3mp	11		
NACL	2	Suprimento hipertônico 0,9% - 15mp	12		
SANGUE	3	Etoporfene - 100mp	13		
RINGER	4	dipiramida - 2g.	14		
TOTAL	5		15		
DESTINO DO PACIENTE	6		16		
<input type="checkbox"/> APT*	<input type="checkbox"/> ENFERMARIA		17		
<input type="checkbox"/> UTI	<input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA		18		
<input checked="" type="checkbox"/> OUTROS	URPA		19		
10			20		

OBSEVAÇÕES IMPORTANTES Quincke 6.26 - TECR+ e cloro. Injeção de (2) - procedimento sem interrompimentos.

ASSINATURA DO ANESTESTISTA:	
Lourenço Nilo Ferreira do Vale Anestesiologista CRM 4229	



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

RELATÓRIO DE CIRURGIA



HEETSHL

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

D. em decúbito dorsal sob relaxante muscular → teto expõe.

Incisão:

Aproxim. de Cepo operatório.

Achados:

Detorn. l. fixador extensores
transversos em M.I.D.

Conduta:

Manejamento de falso tendão.
Ponto gral. d. A.I.U.

Pointiss.

Fechamento:

Observação:

Médico/CRM:

Dr. Tiago Martins Formiga
Ortopedia e Traumatologia
8085 CRM-PB / 2441 CRM-PE
TEC 114830

João Pessoa, 30/05/17.

F(NG).ASCIR.009-1

Anexo II

SUS	Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)	Folha 1/2
Identificação do Estabelecimento de Saúde				
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE <i>FEETSHL</i>		2 - CNES		
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CNES		
Identificação do Paciente				
5 - NOME DO PACIENTE <i>Bergueros Lamack Ferreira</i>		6 - N.º DO PRONTUÁRIO		
6 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO / /		9 - SEXO Masc. <input checked="" type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/>
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL		11 - TELEFONE DE CONTATO N.º DO TELEFONE		DDD.
12 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO)				
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		14 - CÓD. IBGE. MUNICÍPIO		15 - UF
				16 - CEP
17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)				
MUDANÇA DE PROCEDIMENTO 18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR 19 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA 20 - DIAGNÓSTICO INICIAL				
SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPEC 26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL 27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO I <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO II <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO III 29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 30 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 31 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 33 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 34 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 36 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 37 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL				
FIXADORES EXTERNOS IMPOL INSTRUMENTAL E IMPLANTES LTDA Av. Dr. Ulysses Guimarães, 3533 - 09990-080 - Diadema - SP - Brasil 10/2016				
FAMÍLIA DE FIXADORES EXTERNOS OSSOS MÉDIOS E LONGOS - IMPOL FIXADOR IMPOL FIX 23 TAM : ROFA II MATERIAL : NBR ISO 209 / NBR 5601 REGISTRO ANVISA : 10108770110 Resp. Téc.: Douglas C. Nunes - CREA: 5063482811 LOTE : 0060/1016 COD. : 0930-001-000 DADOS ESPECIAIS/ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS DO PRODUTO, CUIDADO E MANUSEJO, ADVERTÊNCIAS VIDE INSTRUÇÃO DE USO PRODUTO DE USO ÚNICO, PROIBIDO REPROCESSAR, DESTRUIR APÓS O USO.				
QTD : 1 VAL : 10/2021 CLASSE : III VER INSTRUÇÃO USO				
38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO <i>os fixadores externos de ferir</i>				
C4 35 chado apena a broca 3,5				
PROFISSIONAL SOLICITANTE		DATA DA SOLICITAÇÃO		
39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		40 - DATA DA SOLICITAÇÃO		
41 - DOCUMENTO () CNS () CPF		42 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		43 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)
44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		45 - CÓD. ÓRGÃO EMISOR		46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
47 - DOCUMENTO () CNS () CPF		48 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		49 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

RELATÓRIO DE CIRURGIA



HEETSHIL

Nome: Bengivenon Benenck Ferreira BE/Prontuário: 1001359
 Idade: _____ Sexo: Masculino Feminino Cor: _____ Data: 18/05/17
 Clínica/Setor: On Pósop EMP: _____ LR: _____
 Cirurgia: Tratamento cirúrgico de luxação de Joelho (C)
 Cirurgião: Dr Thales 1º Assistente: Dr Matheus (MR1)
 2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____
 Instrumentador: _____ Anestesista: _____
 Tipo de Anestesia: Raxinezulox Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>① Luxação de Joelho (C)</u>	
<u>② Lesão de LCP</u>	
<u>③ Canto postero-lateral</u>	
<u>④ Canto posteromedial</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>① Redução Incisão de luxação</u>	
<u>de Joelho (C) e fixação tricipital</u>	
<u>de Joelho (C) com Fita de Feno,</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: () Sim Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelação: () Sim Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

Enfermaria () Terapia Intensa () Residência () Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM:

Dr. Matheus Elio. Jto
 Matheus Elio. Jto
 CRM-FB-13234

João Pessoa, 18/05/17

F(NG).ASCIR.009-1



**CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA**

Nota de Sala Cirúrgica

BE 100 1359

NOME DO PACIENTE:	Bengurion La Maia Ferreira				
IDADE:	23	SEXO:			
PRONTUÁRIO:		ENFERMAGIA:	LEITO:		
CIRURGIA:	Fixação e extração de fixadores do joelho (E)				
CIRURGIÃO:	Dr. Thales + Dr. Matheus RS				
ANESTESIA:	Anes. Geral				
ANESTÉSISTA:	Dra. Nathalia + Dr. Debora				
INSTRUMENTADOR:					
DATA:	18/05/17	TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA: INICIO:	15 FIM: 45		
CIRURGIA: INICIO:	16	FIM:	30		
INDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)					
ASA 1 () ASA 2 () ASA 3 () ASA 4 () ASA 5 ()					
GRAU DE CONTAMINAÇÃO: () LIMPA () CONTAMINADA () INFECTADA () POTENCIALMENTE CONTAMINADA					
MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.
ALFENTANILA		JELCO N°18		FIO CAT GUT CROMADO N°	
BUPIVACAÍNA ISOBÁRICA		JELCO N°20		FIO CAT GUT CROMADO N°	
BUPIVACAÍNA PESADA		JELCO N°22		FIO DE AÇO N°	
CETAMINA		JELCO N°24		FIO DE NYLON N°	
DROPERIDOL		KIT SIST. DREN. TORÁXICA N°		FIO DE NYLON N°	
ETOMIDATO	SOLUÇÕES	QTD.	LÂMINA BISTURI N°11	FIO DE NYLON N°	
FENOBARBITAL	ÁLCOOL ETÍLICO 70%	✓	LÂMINA BISTURI N°15	FIO DE NYLON N°	
FENTANILA	PVPI DEGERMANTE	✓	LÂMINA BISTURI N°23	01	FIO POLIGLACTINA N°
FLUMAZENIL	PVPI TINTURA	✓	LÂMINA BISTURI N°24		FIO POLIGLACTINA N°
ISOFLURANO	PVPI TÓPICO		LÂMINA DE DERMÁTOMO		
LEVOBUPIVACAÍNA C/ VASO	SABÃO ANTISÉPTICO	1	LÂMINA DE ENXERTO		
LEVOBUPIVACAÍNA S/ VASO	MATERIAIS	QTD.	LUVA DE PROCEDIMENTO PAR		
LIDOCAYNA C/ VASO	AGULHA 13X4,5		LUVA ESTÉRIL N°7,0		
LIDOCAYNA S/ VASO	AGULHA 25X07	7	LUVA ESTÉRIL N°7,5	02	
MIDAZOLAN	AGULHA 25X08	7	LUVA ESTÉRIL N°8,0	02	
MORFINA	AGULHA 40X12		LUVA ESTÉRIL N°8,5		
NIMBİUM	AGULHA PERIDURAL N°16		MÁSCARA CIRÚRGICA		
PANCURÔNIO	AGULHA PERIDURAL N°17		MULTIVIAS		
PETIDINA	AGULHA PERIDURAL N°18		PERFURADOR DE SORO		
PROPORFOL	AGULHA RAQUI N°25G		SCALP N°19		
RAMIFENTANILA	AGULHA RAQUI N°26G		SCALP N°21		
ROCURÔNIO	AGULHA RAQUI N°27G		SERINGA 3ML		
SEVOFLURANO	ALGODÃO ORTOPÉDICO		SERINGA 5ML		
SUXAMETÔNIO	ATADURA DE CREPOM		SERINGA 10ML	01	
TIOPENTAL	ATADURA GESELLA	10 05	SERINGA 20ML	03	
MEDICAÇÕES	QTD.	BOLSA P/ COLOSTOMIA	QTD.		
ADRENALINA		CÂNULA P/ TRAQUEOSTOMIA N°			
ÁGUA DESTILADA		CATETER DE OXIGÊNIO 1	03		
ATROPINA		CATETER EMBÓLICO ARTERIAL N			
BEXTRA		CATETER EPIDURAL N°16			
CEFAZOLINA		CATETER EPIDURAL N°17			
DEXAMETASONA		CATETER EPIDURAL N°18			
DIPIRONA SÓDICA		CERA PARA OSSO			
EFEDRINA		COLET. URINA FECHADO			
FUROSEMIDA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS			
GLICOSE 50%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	01/10		
GLUCONATO DE CALCIO		DRENO DE PENROSE			
HIDROCORTISONA		DRENO DE SUCÇÃO			
LIDOCAYNA GELÉIA		ELETRODOS	05		
ONDASENTRONA		EQUIPO MACROGOTAS			
PLASIL		EQUIPO TRANSF. SANGUE			
PROSTIGMINE		EQUIPO MICROTODAS			
PROTAMINA		ESPINHA DE PVPI			
TENOXICAN		ESPARADRAGO			
INPOL		GAZES pacês	03		
10.1 FIXADOR		GAZES ALGODOADAS			
CTERÍCIDO		GEL ELETROLÍTICO			
		JELCO N°14			
		JELCO N°16			
		SP 500	02		
EQUIPAMENTOS					
() ASPIRADOR					
() BISTURI ELÉTRICO					
() CAPNOGRAFO					
() CARDIOMONITOR					
() DESFIBRILADOR					
() FOCO AUXILIAR					
() FOCO CENTRAL					
() MICROSCOPIO					
() OXÍMETRO DE PULSO					
() P.A. INVASIVA/NÃO INVASIVA					
() PERFURADOR ELÉTRICO					
() SERRA					
CIRCULANTE					

Av. Dr. Ulysses Guimarães, 3533 - 09990-080 - Diadema - SP - Brasil

10/2011



CROZ VERMELHA
BRASILEIRA

FICHA DE ANESTESIA

DATA: 18/05/17

PRONTUÁRIO:

88

REF ID:

PACIENTE: <i>Berguinhão homônimo Fernandes</i>		SEXO: <input checked="" type="checkbox"/> M COR: <i>230</i>	IDADE: <i>23</i>		
PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	GRUPO SANGUÍNEO
ESTADO GERAL	<input checked="" type="checkbox"/> BOM	<input type="checkbox"/> REGULAR	<input type="checkbox"/> MAU	<input type="checkbox"/> PÉSSIMO	RISCO CIRÚRGICO
EXAMES COMPLEMENTARES					
AP. RESPIRATÓRIO		AP. CIRCULATÓRIO			
AP. DIGESTIVO		ESTADO MENTAL	<i>Lote</i>	DROGAS EM USO	
PRÉ-ANESTÉSICO		ESTADO FÍSICO (ASA)			
DOSE / HORA		<i>E</i>			
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO <i>luxação de joelho S</i>					
CIRURGIA REALIZADA <i>Fixação Externa de luxação de joelho S</i>					
CIRURGIÃO <i>Thales Matheus</i>					
INÍCIO DA ANESTESIA	<i>15:45</i>	TÉRMINO DA ANESTESIA	<i>16:40h</i>	DURAÇÃO DA ANESTESIA <i>55min</i>	
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		QUANT. DE CH.	VALORES R\$		
ANESTESISTA	<i>Natalia de C.</i>	CPF	CRM-PB <i>8670</i>		
AGENTES/HORAS	<i>16.45</i>				
O ₂	<i>03</i>	N ₂ O	<i>20</i>		
Jovens Rh+					
VENOSOS					
PULSO C	220	200	180	160	140
● CODIGOS	V	V	V	V	V
GIBRURIA					
ANESTESIA	X	PARTERIASISTOLICA	A	DIASTÓLICA	A
SETORIZAÇÃO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> ECG	<input type="checkbox"/> CO2	<input type="checkbox"/> CRM-PB
ANOTAÇÕES					
<input type="checkbox"/> ANESTESIA GERAL <input checked="" type="checkbox"/> RACHIDIANA <input type="checkbox"/> EPIDURAL <input type="checkbox"/> BLOQ. PLEXO <input type="checkbox"/> BLOQ. NERVOS <input type="checkbox"/> OUTROS					
TÉCNICA <i>Pr. Ata, punção mediana, única, h3-L4, Ap 256 Quincke, lcr cloro, inj de Act. top. 5%</i>					
LÍQUIDOS Volume em ml. MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO					
SE	1 <i>Cefazolina 2g</i>	7	11		
ALL	2 <i>Dipirona 2g</i>	7	12		
SANGUE	3 <i>Desamet 50ml</i>		13		
RINGER	4 <i>Midodral 50ml</i>		14		
TOTAL	5 <i>Fontanil 100mg EV</i>		15		
DESTINO DO PACIENTE	6 <i>Bupi ASV 18mg</i>	7	16		
<input type="checkbox"/> APT*	7 <i>Fontanil 200mg EV</i>	7	17		
<input type="checkbox"/> UTI	8		18		
<input type="checkbox"/> OUTROS	9		19		
OBSERVAÇÕES IMPORTANTES					
Assinatura do Anestesista: <i>Brigitte de Lima</i> CRM-PB 8670					
F.(NG) ASCIR 026-1					



CHECK LIST CIRURGIA SEGURA - SALVA VIDAS

CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA



HEETSIL

Período Pré-Operatório

1. 1 Dados de Identificação

Nome: Berquinon Lamarte Fernandes

Idade: 2301 Sexo: M BE/Prontuário: 1001359

Data da visita Pré- Operatória: 18/05/14 Hora: 15:30 Enfermaria: _____ leito: _____

Alergias: () sim () não () não sabe Quais: _____

Dor: () presente () ausente Local: _____

Sítio Cirúrgico - Passado Cirúrgico: _____

Antecedentes familiares: _____

Checar exames pré operatório(hemograma, glicemia, SSVV, ECG e risco cirúrgico)

OBS: _____

Chegar documentos: visita pré-cirúrgica (), visita pré – anestésica () Termo de autorização para procedimento cirúrgicos() OBS: _____

Utilização() sim () não

Orientações:

() Retirar prótese e adornos

() Jejum informado

() Orientação sobre: banho com clorexidina deg-1-2horas antes da cirurgia mais higiene oral criteriosa, confortar o paciente explicando o procedimento e funcionamento do centro cirúrgico

() Realizar tricotomia

Enfermeiro/Coren(a): DR. R. P. 11678

L. Omergente

Período Transoperatório

Procedimento: Tho. Cir. de Frat. Exposta luxação de fôto

1.2. Antes da indução anestésica (identificação)

() identidade

concluída/avaliação pré-anestésica

() Sítio demarcado

() Consentimento informado

() Procedimento cirúrgica

() Jejum

() Verificação de segurança anestésica

> O PACIENTE POSSUI:

Via aérea difícil/ risco de aspiração?

() Não

() Sim e equipamento/ Aspiração disponível

Risco de perda sanguínea > 500ml .(7ml/kg em crianças)?

() Não

() Sim, e acesso endovenoso adequado e planejamento para fluídos

() Reserva Hemocomponentes

> Checagem equipamentos

() Monitorização () Bisturí elétrico (placa +cabo) () Suporte de oxigênio

() Aspirador () Carro de anestesia + alarmes+oxigênio e agentes inalatórios

() OPME () não se aplica () Realização de desinfecção na sala Nº 05

() Conferir esterilização das embalagens

> ACESSO VENOSO

() Periférico

() ACV

1.3 Antes da incisão cirúrgica (Confirmação -Pausa Cirúrgica)

> CONFIRMAR SE A EQUIPE ESTÁ COMPLETA

() Cirurgião

() Anestesiologista

() Auxiliar cirurgia

() Instrumentador/Firma

() Tec. RX

F(NG).ASCIR.035-1



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA



SBT

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Descrição da Cirurgia

Posição e Prepare:

1 Antebraço proferior
2 Ponto em DDM sob anestesia
3 Aproxima o Antebraço
4 Colocadas as ceras nos esteris

Incisão:

5 Debaixo crista do bello ② com auxílio de enxergue
Fixado de joelhos ③ com + falso esteril
transfixando com 4 pinos de shantz
sendo 2 em 1 e 2 em 2

Achados:

6 com auxílio de escopos
curatura
Bx de controle ✓

DR. NEGRÃO EUN. J. TTO
CRM-PB 15234

Conduta:

Fechamento:

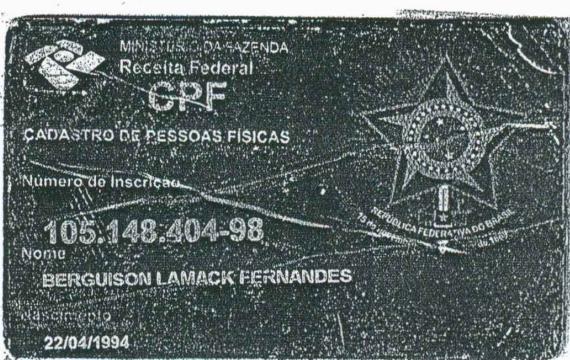
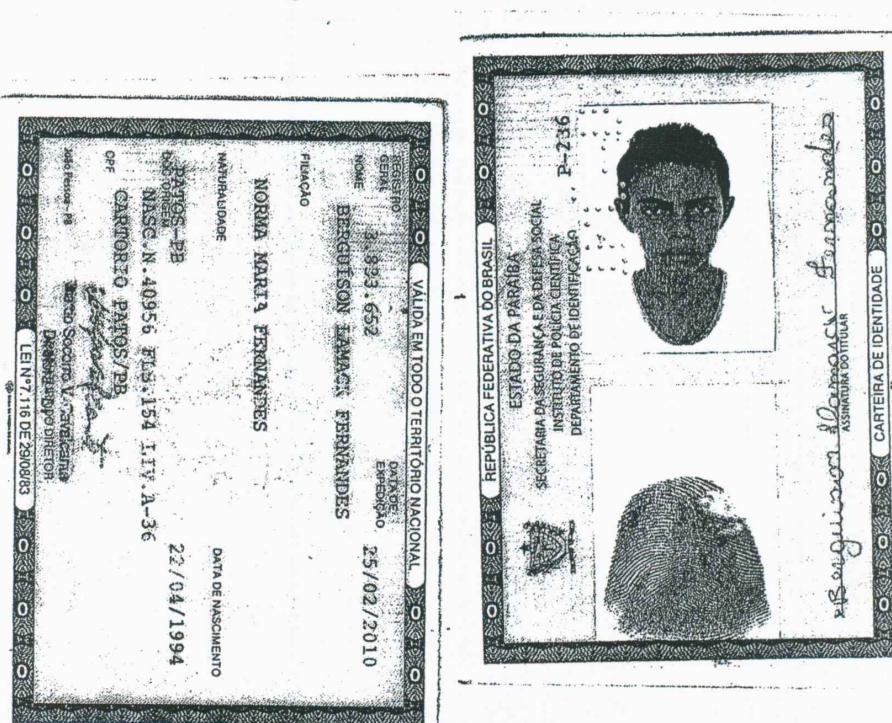
Observação:

Médico/CRM:

Dr. Neigrão Eu. J. Tto
CRM-PB 15234

João Pessoa, 18/05/17

F(NG).ASCIR.009-1



LUIZA LEITE DE ANDRADE
 RUA FRANCISCO MEDEIROS E SILVA, 360 - GRAMAME
 JOAO PESSOA / PB CEP: 58067047 (AG 1)
 Emissao: 30/10/2017 Referencia: Out / 2017
 Classe/Subcls: RESIDENCIAL/BAIXA RENDA MONOFÁSICO Br 230 Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58011-690
 CNPJ:09.095.183/0001-40 Insc Est: 16.015.623-0
 Roteiro 17 - 5 - 602 - 3200 N° medidor: 00008402222
 Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 001 243 997
 Cód. para Déb. Automático: 00012502169

energisa
 ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
 CNPJ:09.095.183/0001-40 Insc Est: 16.015.623-0

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Out / 2017	30/10/2017	29/11/2017	43673392468 Insc. Est.
UC (Unidade Consumidora):	51250215-9		
Canal de contato			

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.439, de 26 de junho de 2002.
 - CONVOCAÇÃO DA JUSTIÇA ELEITORAL - CADASTRO BIOMÉTRICO:
 A AUTENTICAÇÃO BIOMÉTRICA É OBRIGATÓRIA E GRATUITA.
 O TRIB. REGIONAL ELEITORAL DA PARAÍBA ALERTA QUANTO AO CADASTRAMENTO. PROCURE UM CARTÓRIO ELEITORAL MAIS PRÓXIMO PARA EFETUAR O SEU CADASTRO

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Lerida	Data	Lerida	
28/08/17	8084	30/10/17	9315	32

Demonstrativo										
CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc	Alq. Mto(R\$) e/ou Calc Pto(R\$)	Calc(R\$)				
			Tributos Total(R\$)	ICMS(R\$)	ICMS	Pto/Colmo(R\$) (1,0385%) (4,7850%)				
0601	Consumo até 30kWh-BR	30.000	0,252330	7,57	7,57	27	2,04	7,57	0,09	0,36
0601	Consumo - 31 a 100kWh-BR	70.000	0,432560	30,27	30,27	27	8,17	30,27	0,31	1,45
0601	Consumo - 101 a 220kWh-BR	120.000	0,848920	77,95	77,95	27	21,02	77,95	0,81	3,72
0601	Consumo acima de 220kWh-BR	11.000	0,720920	7,83	7,83	27	2,14	7,83	0,08	0,38
0601	Adic. B. Amarela			0,23	0,23	27	0,06	0,23	0,00	0,01
0601	Adic. B. Vermelha			8,86	8,86	27	2,26	8,86	0,08	0,40
0610	Subsídio			48,51	48,51	27	13,37	48,51	0,51	2,37
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS										
0907	CONTRIB SERV. ILUM. PÚBLICA			5,95	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0804	JUROS DE MORA 09/2017			0,93	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0804	JUROS DE MORA 09/2017			0,47	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0306	MULTA 06/2017			1,07	0,03	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0805	MULTA 09/2017			2,37	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0805	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 09/2017			0,40	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0906	Devolução Subsídio			32,26	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
CCI Código de Classificação do item	TOTAL			160,65	181,72		43,08	181,72	1,88	8,89

Media últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
196	07/11/2017	R\$ 160,65

Histórico de Consumo (kWh)											
205	191	188	243	121	170	189	211	228	182	239	202
Set/17	Ago/17	Jul/17	Jun/17	May/17	Apr/17	Mar/17	Fev/17	Jan/17	Dez/16	Nov/16	Out/16

RESERVADO AO FISCO
 dbf6.91fe.6866.04b2.2ecc.a7f7.9c5c.476e.

Indicadores de Qualidade											
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Composição do Consumo								
			Discriminação	Valor (R\$)	%						
DIG MENSAL	10,82	0,00	NOMINAL	220		Serviços de Dist. da Energia/af/PB	31,75	19,76			
DIG TRIMESTRAL	21,25		CONTRATADA			Contrá. de Energia	31,75	27,02			
FIC ANUAL	3,36	0,00	LIMITE INFERIOR	202		Serviço de Transmissão	4,88	3,04			
FIC MENSAL	6,72		LIMITE SUPERIOR	231		Encargos Selos e	8,78	5,47			
FIC TRIMESTRAL	13,45					Impostos Diretos e Encargos	71,82	44,71			
FIC ANUAL	3,03	0,00				Outros Serviços	0,00	0,00			
DICRI	12,22					Total	160,65	100,00			

ATENÇÃO!
 Sua unidade foi faturada como Baixa Renda, tendo um desconto de R\$33,28

Faturas em atraso
 Valor do EUOD (Ref 9/2017) R\$29,23

DECLARAÇÃO DE POBREZA

Eu, BERGUISON LAMACK FERNANDES, BRASILEIRO, SOLTEIRO, SUPERVISOR, PORTADOR NO RG
Nº 3.833.652 5515/PA E CPF Nº 105.148.404-98, RESIDENTE E MÓDICILIADO NA RUA
FRANCISCO MENIROS E SILVA, Nº 360, GRAMAME, JOÃO PESSOA/PB, CEP 58067-047.

DECLARO, com base na Lei 7.115, de 29/08/1983, e para finalidade do disposto no Art. 4º, da Lei 1.060, de 05/02/1950, e Constituição Federal, art. 5º, LXXIV, que não posso arcar com à custa deste processo sem o sacrifício próprio e de minha família, responsabilizando-me integralmente pelo conteúdo da presente declaração.

João Pessoa / PB, 17 / 10 / 2018

x Berguison Lamack Fernandes

PROCURAÇÃO

OUTORGANTES: BERGUISON LAMACK FERNANDES, BRASILEIRO, SOLTEIRO, SUPERVISOR, PORTADOR
do RG nº 3.833.652.5505/PB e CPF nº 105.148.404-98, RESIDENTE e domiciliado na RUA FRANCÍSICO
MEMEIROES e SILVA, nº 360, GRAMAME, JOÃO PESSOA/PB, CEP 58067-047, pelo
presente instrumento particular de procuração, nomeiam e constituem seu
bastante procurador;

OUTORGADO: Martinho Cunha Melo Filho, brasileiro, casado, advogado
inscrito na OAB-PB nº 11.086, Anyelle Cirne Aragão, brasileira, solteira,
advogada inscrita na OAB-PB nº 23.787 Hérika Coeli da Silva Clementino,
brasileira, solteira, advogada inscrita na OAB-PB nº 18.935, estabelecidos na
Rua João Luiz Ribeiro de Moraes, 66, Centro, João Pessoa/PB.

a quem confere amplos poderes com a cláusula ad-judicia e extra-judicia
para, como seus advogados, representar a outorgante perante toda e
qualquer entidade pública ou privada, podendo representá-lo em qualquer
juízo, instância ou tribunal, judicialmente ou extra judicialmente, com poderes
especiais para confessar, desistir, transigir, firmar compromissos ou
acordos, receber citação inicial e ou intimações renunciar ao direito sobre que
se funda a ação, receber e dar quitação, levantar alvará em cartório, tudo
precedido de expressa e escrita autorização do outorgante, dando tudo por
bom, firme e valioso.

João Pessoa/PB

, 17 / 10 / 2018

x Berguison Lamack Fernandes

Processo nº 0860457-55.2018.8.15.2001

DESPACHO

Defiro o benefício da Justiça Gratuita requerida, considerando que as despesas processuais da presente ação comprometem os recursos financeiros do Autor.

Nos processos de DPVAT em que ocorrem lesão a vítima, a seguradora somente transige após a realização de perícia. Por tal razão, deixo de remeter, por hora, ao Centro de Conciliação Cível tendo em vista que tal providência neste momento processual será infrutífera.

Diante disso, determino que a parte promovida seja de logo citada, protraindo-se a aplicação do art. 334 do CPC para o momento em que for possível a realização de perícia na vítima ou em que haja algum mutirão realizado pelo NUPEMEC.

P.I.

João Pessoa, 21 de outubro de 2018.

**Juiz GUSTAVO PROCÓPIO BANDEIRA DE MELO
2ª Vara Cível da Capital**

**Poder Judiciário da Paraíba
2ª Vara Cível da Capital
AV JOÃO MACHADO, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-520
JOÃO PESSOA
()**

MANDADO DE CITAÇÃO

**Nº DO PROCESSO: 0860457-55.2018.8.15.2001
CLASSE DO PROCESSO: PROCEDIMENTO COMUM (7)
ASSUNTO(S) DO PROCESSO: [SEGURO]**

AUTOR: BERGUISON LAMACK FERNANDES
RÉU: MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A
Avenida Presidente Epitácio Pessoa_**, 723, - até 1145 - lado ímpar, Estados, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58030-000

De ordem do(a) MM. Juiz(a) de Direito do 2^a Vara Cível da Capital, MANDA ao oficial de justiça a quem este for entregue, CITAR a parte promovida, por todo o conteúdo do presente processo eletrônico para, querendo, contestar no prazo de 15 dias. Ciente de que, deixando de contestar, será considerado revel e presumir-se-ão aceitos como verdadeiros os fatos articulados pelo autor (Art. 344, CPC).

JOÃO PESSOA, 8 de fevereiro de 2019

NATALICIO EVANGELISTA DOS SANTOS NETO
Analista Judiciário

PARA VISUALIZAR A CONTRAFÉ ACESSE O LINK: <https://pje.tjpb.jus.br/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>
NO CAMPO "Número do documento" INFORME O IDENTIFICADOR DO DOCUMENTO:XXXXXXXXXX

Certifico em cumprimento ao mandado retro que citei a MAFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A a qual está ciente de todo conteúdo do mandado recebendo cópia do mesmo e contra fé. O referido é verdade e dou fé.



8

Poder Judiciário da Paraíba

2ª Vara Cível da Capital

AV JOÃO MACHADO, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-520

JOÃO PESSOA

()

MANDADO DE CITAÇÃO

Nº DO PROCESSO: 0860457-55.2018.8.15.2001

CLASSE DO PROCESSO: PROCEDIMENTO COMUM (7)

ASSUNTO(S) DO PROCESSO: [SEGURO]

AUTOR: BERGUISON LAMACK FERNANDES

RÉU: MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A

Avenida Presidente Epitácio Pessoa **, 723, - até 1145 - lado ímpar, Estados, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58030-000

De ordem do(a) MM. Juiz(a) de Direito do 2ª Vara Cível da Capital, MANDA ao oficial de justiça a quem este for entregue, CITAR a parte promovida, por todo o conteúdo do presente processo eletrônico para, querendo, contestar no prazo de 15 dias. Ciente de que, deixando de contestar, será considerado revel e presumir-se-ão aceitos como verdadeiros os fatos articulados pelo autor (Art. 344, CPC).

JOÃO PESSOA, 8 de fevereiro de 2019

NATALICIO EVANGELISTA DOS SANTOS NETO

Analista Judiciário

PARA VISUALIZAR A CONTRAFÉ ACESSE O LINK: <https://pje.tjpb.jus.br/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>

NO CAMPO "Número do documento" INFORME O IDENTIFICADOR DO DOCUMENTO: XXXXXXXXXX



Assinado eletronicamente por: NATALICIO EVANGELISTA DOS SANTOS

NETO

[http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento](http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam)

/listView.seam

ID do documento: 19092154



19020809052514700000018578551

MAPFRE Seguros
Ana Cristina
Emissão Em Geral
Tel (83) 3512-1811

11/02/2019