



Número: **0800860-52.2018.8.15.2003**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **4ª Vara Regional de Mangabeira**

Última distribuição: **02/02/2018**

Valor da causa: **R\$ 13500.0**

Assuntos: **SEGURO**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	
Tipo	Nome
ADVOGADO	MARCOS ANTÔNIO INÁCIO DA SILVA
AUTOR	FILIPE COSTA VIEIRA DA SILVA
RÉU	SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
12375 362	02/02/2018 11:55	PROCURAÇÃO	Procuração
12375 384	02/02/2018 11:55	DOCUMENTOS PESSOAIS	Documento de Identificação
12375 416	02/02/2018 11:55	COMPROVANTE DE RESIDENCIA	Documento de Comprovação
12375 425	02/02/2018 11:55	BOLETIM DE ACIDENTE DE TRANSITO	Documento de Comprovação
12375 451	02/02/2018 11:55	1 DOCUMENTAÇÃO MÉDICA	Documento de Comprovação
12375 474	02/02/2018 11:55	2 DOCUMENTAÇÃO MÉDICA	Documento de Comprovação
12375 521	02/02/2018 11:55	BOLETIM DE OCORRENCIA	Documento de Comprovação
12375 537	02/02/2018 11:55	DUT	Documento de Comprovação
12375 564	02/02/2018 11:55	DPVAT ADMINISTRATIVO INDEFERIDO (1)	Documento de Comprovação
12521 652	15/02/2018 16:26	Despacho	Despacho
17700 822	09/11/2018 14:14	Expediente	Expediente
17948 487	23/11/2018 11:35	Petição	Petição
17948 510	23/11/2018 11:35	COMPROVANTE DE CANCELAMENTO DO SINISTRO - FELIPE COSTA	Outros Documentos
17948 519	23/11/2018 11:35	COMPROVANTE DE CANCELAMENTO DO SINISTRO - FELIPE COSTA.02	Outros Documentos
18017 000	05/12/2018 19:02	Despacho	Despacho
19016 886	05/02/2019 11:16	Petição	Petição
19016 895	05/02/2019 11:16	DOCUMENTOS SOLICITADOS	Outros Documentos

19657 888	08/03/2019 13:55	<u>Despacho</u>	Despacho
19767 228	13/03/2019 17:34	<u>Mandado</u>	Mandado

PROCURAÇÃO
"AD JUDICIA ET EXTRA"

(Versão: 2017)

OUTORGANTE: Felipe Costa Vieira da Silva, brasileiro, solteiro, instalador de antenas, inscrito no CPF sob o nº 105.030.514-03 e RG 3.3745.463 SSDS-PB, residente e domiciliado na rua João José da Costa, nº 59, Ernesto Geisel, no município de João Pessoa/PB, CEP: 58075-000

OUTORGADOS: MARCOS ANTONIO INÁCIO DA SILVA, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PB, OAB/PE, OAB/RN, OAB/CE, OAB/MA, OAB/BA e OAB/RJ sob os nºs 4.007, 573-A, 560-A, 20.417-A, 9.503-A, 29.933 e 199.239, respectivamente; e no CPF sob o nº. 206.448.414-00, NARRIMAN XAVIER DA COSTA, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/PB sob nº. 10.334, e no CPF sob o nº. 419.121.364-49; NELSON AZEVEDO TORRES, brasileiro, divorciado, advogado, inscrito na OAB/PB sob o nº. 11.488, e no CPF sob o nº. 031.129.754-48; KARLA GABRIELA SOUSA LEITE, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/PB sob o nº. 11.755, e no CPF sob o nº. 035.175.634-55; CAIO TIBÉRIO BARBALHO DA SILVA, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PB sob o nº. 18.873, e no CPF sob o nº. 074.757.494-44; TANIELLE KÉZIAH DE SOUSA FREIRE TOSCANO HENRIQUES, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/PB sob o nº. 18.326, e no CPF sob o nº. 066.489.494-14; LETÍCIA BOLZANI GONDIM, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/PB sob o nº. 12.526, e no CPF sob o nº. 039.892.364-74; JOÃO PAULO BARBALHO INÁCIO DA SILVA, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/PB sob o nº. 23.419, e no CPF sob o nº. 058.378.254-01; DANIEL BRUNNO DE MELO E SOUSA, brasileiro, casado, inscrito na OAB/PB sob o nº. 14.278, e no CPF sob o nº. 043.407.044-07; todos com escritório profissional localizado à Rua Francisca Moura, 548, Centro, JOÃO PESSOA-PB, onde recebem intimações de estílo (art. 106 do NCPC).

PODERES: Por este instrumento o(a) Outorgante supra qualificado, nomeia e constitui os Outorgados acima identificados, seus bastantes procuradores, conferindo-lhes os mais amplos poderes para o foro em geral, com a cláusula "Ad Judicia Et Extra", para agirem, em conjunto ou separadamente, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-las nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando-os, representar o mesmo perante os Órgãos Públicos, nomear peritos e assistentes, promover reivindicações e impugnações, prestar lícitos compromissos, promover requerimentos administrativos, assinar termo, substabelecer com ou sem reserva de poderes, e praticar ainda, todos e quaisquer atos necessários e convenientes ao bom e fiel desempenho deste mandato.

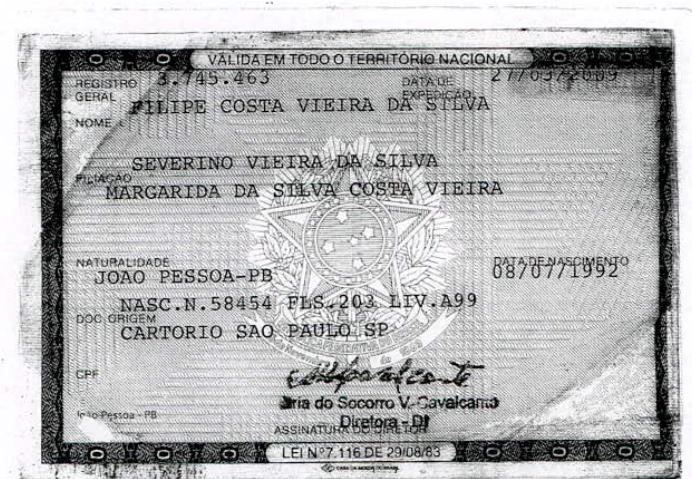
PODERES ESPECÍFICOS: A presente procuração outorga ainda aos Advogados acima descritos, os poderes para, em nome do(a) Outorgante, receber citação judicial ou administrativa, receber intimações, prestar depoimento pessoal, reconhecer a procedência do pedido, confessar, transigir, desistir, renunciar ao direito em que se funda a ação, firmar acordos ou compromissos, receber e dar quitação, levantar, requerer ou receber alvarás, levantar valores em contas bancárias, receber valores, inclusive, em cheques decorrentes de condenação judicial, renunciar a quaisquer valores superiores ao teto dos Juizados Especiais em razão de eventual ajuizamento no procedimento especial (art. 3º da Lei 10.259/2001 e Lei 9.099/1995), pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, além de outros não expressamente constantes nesse mandato (art. 105 do NCPC).

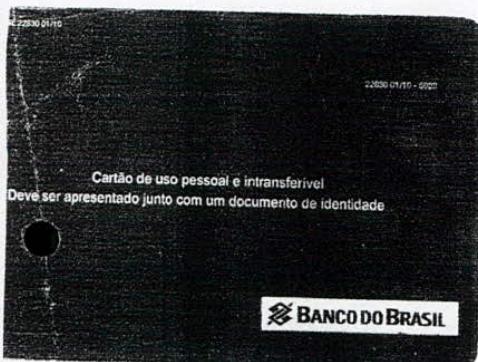
Os poderes nesta procuração descritos poderão ser substabelecidos no todo ou em parte, com ou sem reservas, dando tudo por bom, firme e valioso, para o fiel cumprimento deste mandato.

DECLARAÇÃO: O(a)s outorgantes(s) DECLARA(M), para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que não tem condições de arcar com as despesas inerentes à presente ação, sem prejuízo de seu sustento e de sua família, necessitando, portanto, da gratuidade judiciária, indicando como seus advogados os outorgados acima nomeados, nos termos do § 4º do art. 5º, da Lei nº 1.060 de 1950 e art. 98 e ss. do NCPC.

João Pessoa/PB, 24 de Junho de 2018

Felipe Costa Vieira da Silva
OUTORGANTE







CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Círino, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA, INFORME ESTE NÚMERO
MATRÍCULA
828980
REFERENCIA

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA / ESGOTO E SERVIÇOS				MAR/2017
REGINALDO MOREIRA DA SILV RUA JOAO JOSE DA COSTA 59 ERNESTO GEISEL 58075- 030 JOAO PESSOA				
Inscrição		SMI	Quantidade de Economias	Responsável
001 23 125 0079		0	Residencial Comercial Industrial Pública	828980
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto
A05F300230	08/02/2006	1	LIGADO	LIGADO
ANTERIOR ATUAL CONSUMO (m³) NUM. DE DIAS PRÓXIMA LEITURA 1208 1215 7 32 19/04/2017 HIST. DE CONS./ANOR. LEIT. QUALID. DA ÁGUA-DECRETO 2.914/2011-MS SET/2016 8 40 PARAMETROS EXIG. ANALIS. CONFORMES OUT/2016 5 0 TURBIDEZ 294 267 267 NOV/2016 5 0 COR 77 106 106 DEZ/2016 6 0 CLORO 294 267 267 JAN/2017 9 0 COL. TERMOT 0 0 0 FEV/2017 10 0 COL. TOTAIS 297 267 267 MÉDIA(M) 7 DADOS REFERENTES A:FEV/2017				
DATA DA LEITURA: 21/03/2017		HORA DA LEITURA: 11:33:09		
DESCRICAÇÃO		CONSUMO	VL ÁGUA	VL ESGOTO TOTAL(R\$)
RESIDENCIAL CONSUMO ATÉ 10m		10	36,84	R\$66,31
VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$6,13 PIS E COFINS. LEI 12.741/12. Total a Pagar:				
VENCIMENTO:	02/04/2017 R\$66,31			

x-16.11 R. 1.0	
CONDICAO DE LEITURA:REALIZADA CONDICAO DO FATURAMENTO:REAL TIPO DE TARIFA:NORMAL	
POSICAO DE DEB. ANTERIOR(ES) NAO EXISTE(M) CONTAS() ANTER. EM DEBITO.	
INFORMACOES GERAIS: PARA SUA COMODIDADE, PAGUE SUA CONTA PELA INTERNET OU DEBITO AUTOMATICO.	



MATRÍCULA	REFERENCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
828980	MAR/2017	02/04/2017	R\$66,31

82690000000-9 66310010820-3 08289800320-5 17000000002-7



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, FILIPE COSTA VIEIRA DA SILVA,

RG nº 3745463, data de expedição 27/03/2009 Órgão SSDS,

CPF nº 105030514-03, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA JOÃO JOSE DA COSTA</u>
Número	<u>59</u>
Apto / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>ERNESTO GEISEL</u>
Cidade	<u>JOÃO PESSOA</u>
Estado	<u>PARAIBA</u>
CEP	<u>58.075-030</u>
Telefone de Contato	<u>988009952</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: João Pessoa, 03/03/2017

Assinatura do Declarante: Filipe Costa Vieira da Silva

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83500646
Comunicação: C2051618
STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

VEÍCULOS ENVOLVIDOS

Placa: OFB-6336	Sequencial: V1	Descrição:	Chassi: 9C2KC1660ER401511	Renavam: 01011445309
Marca/Modelo: HONDA/CG 150 TITAN EX	Cor: AMARELA	Ano: 2014	Tipo: Motocicletas	Emplacamento: JOAO PESSOA/PB
Ocupantes: 2	Especie: Passageiro	Categoria: Particular		
Proprietário: FILIPE COSTA VIEIRA DA SILVA			CPF/CNPJ: 105.030.514-03	
Endereço: RUA JOAO JOSE DA COSTA 59 00059			CEP: 58.075-030	
Município/UF:	Telefones:			
Celular:				

COMBINAÇÃO DE VEÍCULO DE CARGA

Placa U1:	Placa U2:	Placa U3:	Placa U4:
Origem: BRASIL	Destino: BRASIL		

CIRCUNSTÂNCIA DO VEÍCULO

Manobra do Veículo no Acidente: Outros	Saída de Pista? Não	Derrapagem? Não	Capotagem? Não	Tombamento? Não
Colisão com Objeto Fixo: Meio Fio	Colisão com Objeto Móvel: Não Houve	Incêndio? Não		
Marcas de Frenagem (m): 0,0	Estado dos Pneus: Bom			

Descrição do Recolhimento:

DADOS DA CARGA

Carregamento:	Houve Derramamento de Carga? Não	Extensão dos Danos:	Moeda: Real-RS
Valor Total da Carga:	RS0,00	Produto Perigoso:	

Descrição da Carga:

ENCAMINHAMENTO DO VEÍCULO

Tipo de Receptor:	Data/Hora da Recepção (hora local):	Motivo:
Responsável pela Recepção:		
Documento do Responsável:		
Município/UF:	Descrição do Encaminhamento:	

VEÍCULOS ENVOLVIDOS

Placa: HOO-6578	Sequencial: V2	Descrição:	Chassi: 9BVNSA7A0XE66983	Renavam: 00725788672
Marca/Modelo: VOLVO/NL12 360 4X2T	Cor: BRANCA	Ano: 1999	Tipo: Caminhão-Trator	Emplacamento: GARASSU/PE
Ocupantes: 1	Especie: Tração	Categoria: Aluguel		
Proprietário: FRANCISCO HONORATO DE SOUZA FILHO			CPF/CNPJ: 020.717.154-99	
Endereço: RUA TERNURA 10 CASA			CEP: 53.620-144	
Município/UF:	Telefones:			
Celular:				

COMBINAÇÃO DE VEÍCULO DE CARGA

Placa U1: MINIATU - CONCORD/SC	Placa U2:	Placa U3:	Placa U4:
Origem: BRASIL	Destino: BRASIL		

CIRCUNSTÂNCIA DO VEÍCULO

Manobra do Veículo no Acidente: Seguiu fluxo	Saída de Pista? Não	Derrapagem? Não	Capotagem? Não	Tombamento? Não
Colisão com Objeto Fixo: Não Houve	Colisão com Objeto Móvel: Não Houve	Incêndio? Não		
Marcas de Frenagem (m): 0,0	Estado dos Pneus: Bom			

Descrição do Recolhimento:

DADOS DA CARGA

Carregamento: Carregado	Houve Derramamento de Carga? Não	Extensão dos Danos: Nessa	Moeda: Real-RS
Valor Total da Carga:	RS60.905,10	Produto Perigoso:	

Descrição da Carga: Peso 25.560,30Kg

ENCAMINHAMENTO DO VEÍCULO

Tipo de Receptor:	Data/Hora da Recepção (hora local):	Motivo:
Responsável pela Recepção:		
Documento do Responsável:		
Município/UF:	Descrição do Encaminhamento:	

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO:	23/09/2016 14:20:37
NÚMERO DE CONTROLE:	8643738a5cac66bc

* Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"

Página 3 de 12



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83500646
Comunicação: C2051618
* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

CONDUTOR ENVOLVIDO

Veículo: V1/OFB-8336

Nome/Apellido: FILIPE COSTA VIEIRA DA SILVA

Data de Nascimento: 08/07/1992 Sexo: Masculino Estado Civil: Casado

Nome do Pai: SEVERINO VIEIRA DA SILVA

Nome da Mãe: MARGARIDA DA SILVA COSTA VIEIRA

Endereço: AV CEL MENDES RIBEIRO - NUM. 407

Município/UF: BAYEUX/PE

Telefones: 83-988351842

Celular: (83) 988351842

CEP:

Grau de Instrução: Não Informado

Naturalidade: NACIONALIDADE: BRASIL

CPF: 105.030.514-03 Documento de Identificação: 3745463

Ocupação Principal: Orgão Expedidor: SSDS/PE /PB

Origem:

Destino:

Estado Físico: Lesões Graves

Socorrido pela PRF? Não Usava Cinto? Não Aplicável

Usava Capacete? Sim

Existe Declaração em Anexo? Não

Havia Vestígio de Ingestão de Álcool? Ignorado

Transcrição da Declaração:

Condutor é Habilitado? Não

Categoria CNH:

Registro CNH:

Primeira Habilitação:

Validade CNH:

País CNH:

Dormia? Não

Km Percorridos:

Horas Dirigindo: Ignorado

Pertences:

Informações Complementares:

ENCAMINHAMENTO DO CONDUTOR

Tipo de Receptor: Responsável pela Recepção:

Documento do Responsável:

Data/Hora da Recepção (hora local):

Município/UF:

Motivo:

Descrição do

CONDUTOR ENVOLVIDO

Veículo: V2/HOO-6578

Nome/Apellido: FRANCISCO HONORATO DE SOUZA FILHO

Data de Nascimento: 30/10/1974 Sexo: Masculino Estado Civil:

Nome do Pai: FRANCISCO HONORATO DE SOUZA

Nome da Mãe: MARIA DO CARMO DE SOUZA

Endereço: Rua Ternura lote Encanto

CEP:

Município/UF: IGARASSU/PE

Telefones: 81-998845724

Celular: (81) 998845724

Grau de Instrução:

Naturalidade: NACIONALIDADE: BRASIL

CPF: 020.717.154-89 Documento de Identificação: 4664773

Ocupação Principal: Orgão Expedidor: SSP/PE /PE

Origem:

Destino:

Estado Físico: Ileso

Socorrido pela PRF? Não Usava Cinto? Sim

Usava Capacete? Não Aplicável

Existe Declaração em Anexo? Sim

Havia Vestígio de Ingestão de Álcool? Não

Transcrição da Declaração:

Vinha sentido João Pessoa Bayeux e Natal na BR 101 em frente ao posto rodoviário PRF.

Quando escutou um barulho era uma moto se arrastando no chão pela direita e eu eu na faixa da direita a moto passou se arrastando no chão imediatamente parei para não passar ou bate na moto.

Dirigindo o cavalo de placa hoo6578 e carreta mm2794.

Condutor é Habilitado? Sim

Categoria CNH: E

Registro CNH: 00545774093/PE

Primeira Habilitação: 19/06/1995

Validade CNH: 03/02/2021

País CNH:

Dormia? Não

Km Percorridos:

Horas Dirigindo: Ignorado

Pertences:

Informações Complementares:

ENCAMINHAMENTO DO CONDUTOR

Tipo de Receptor: Responsável pela Recepção:

Documento do Responsável:

Data/Hora da Recepção (hora local):

Município/UF:

Motivo:

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 23/09/2016 14:20:37

NÚMERO DE CONTROLE: 8643738a5cac66bc

* Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"

Página 4 de 12



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83500646
Comunicação: C2051618
* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

PESSOAS ENVOLVIDAS			
Tipo de Envolvido: Passageiro		Veículo: V1/QFB-8336 /	
Nome/Apellido: THAYSA CABRAL DA SILVA		Sexo: Feminino	Data de: 31/08/1997
Nome do Pai: ANTONIO JOSÉ DA SILVA			
Nome da Mãe: VILMA SANTOS CABRAL			
Endereço: _____ CEP: _____			
Município/UF: _____	Naturalidade: _____	Nacionalidade: _____	BRASIL
CPF: 125.788.674-61	Documento de Identificação: 4248461	Órgão Expedidor: SSSD/PB/PB	Telefones: _____
Estado Civil: _____	Grau de Instrução: Não Informado		
Ocupação Principal: _____	Orígem: _____	Destino: _____	
Estado Físico: Lesões Graves	Socorrido pela PRF? Não	Usava Cinto? Não Aplicável	Usava Capacete? Sim
Existe Declaração em Anexo? Não			
Transcrição da Declaração:			
Perícias:			

Informações Complementares:			
ENCAMINHAMENTO DO ENVOLVIDO			
Tipo de Receptor: _____		Responsável pela Recepção: _____	
Documento do Responsável: _____		Data/Hora da Recepção (hora local): _____	
Município/UF: _____	Motivo: _____		
Descrição do Encaminhamento:			

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO:	23/09/2016 14:20:37
NÚMERO DE CONTROLE:	8643738a5cac66bc

* Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"

Página 5 de 12



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83500646
Comunicação: C2051618
STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

PESSOAS ENVOLVIDAS:

Tipo de Envolvido: Testemunha Véculo:
Nome/Apellido: JOAO CORREIA DA SILVA Sexo: Masculino Data de
Nome do Pai: JOSE CORREIA DA SILVA
Nome da Mãe: MARIA IDALINA DA SILVA
Endereço: CEP:
Município/UF: Naturalidade: Nacionalidade: BRASIL
CPF: 324.534.424-49 Documento de Identificação: 869099 Orgão Expedidor: SSP/PB/PB Telefones: 63-988847165
Estado Civil: Grau de Instrução:
Ocupação Principal: Origem: Destino:
Estado Físico: Ileso Socorrido pela PRF? Não Usava Cinto? Usava Capacete?
Existe Declaração em Anexo? Não
Transcrição da Declaração:

Pertences:

Conduzia a motocicleta de placa MOQ2912/PB.

Informações Complementares:

A testemunha, que estava sinalizando o local para evitar outro acidente, informou verbalmente, que estava terminando de ultrapassar a carreta, pela faixa da esquerda, quando escutou um barulho alto e a motocicleta surgiu da lateral direita da carreta, se arrastando pelo chão.

ENCAMINHAMENTO DAS ENVOLVIDAS:

Tipo de Receptor: Responsável pela Recepção:
Documento do Responsável: Data/Hora da Recepção (hora local):
Município/UF: Motivo:
Descrição do Encaminhamento:

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 23/09/2016 14:20:37
NÚMERO DE CONTROLE: 8643738a5cac66bc

* Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"

Página 6 de 12



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83500646
Comunicação: C2051618
* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

RELATÓRIO DE AVARIAS PARA CLASSIFICAÇÃO DO DANO EM MOTOCICLETAS E ASSEMELHADOS

Veículo: V1 / HONDA/CG 150 TITAN EX -	Placa: QFB-8336
Nome do Agente/Assinatura: MIRAFRAN TORRES DE ANDRADE	Nº BOAT: B3500646
Registro/Matrícula do Agente: 1371084	Data: 19/09/2016 22:35

Item	Descrição - Componentes Não-Estruturais	Valor	Sim	Não	NA
1	Guidão, suas fixações e comandos nele instalados.	2	X		
2	Sist. de freio dianteiro hidráulico ou mecânico (fixações, mangueiras, cabos, acionamentos, pinças, tambor, disco, etc)	2	X		
3	Amortecedor(es) traz. (inclusive fixação no chassi).	2		X	
4	Motor e suas fixações:	2		X	
5	Eixo do garfo traseiro	2		X	
6	Roda traseira (aro, cubo, raios, flanges, coroa, etc.)	2	X		
7	Eixo da roda dianteira/traseira.	2		X	
8	Sist. de freio traseiro hidráulico ou mecânico (fixações, mangueiras, acionamentos, pinça, tambor, disco, pedat, etc)	2		X	
9	Pedais de apoio do condutor e passageiro	1	X		
10	Bagageiro traseiro deformado (se houver).	1		X	
11	Alça traseira	1		X	
12	Assento (fixação e firmeza)	1		X	
13	Tanque de combustível, tampa do tanque e mangueiras.	2		X	
14	Roda dianteira (aro, cubo, raios, flanges, etc.)	2	X		
Descrição - Componentes estruturais					
A	Coluna de direção e mesas sup./inf. (folga anormal, danos)	3	X		
B	Amortecedor(es) dianteiro(s)	3		X	
C	Chassi (deformações, desalinhamentos, rompimentos, etc.)	3		X	
D	Garfo traseiro (deformações, desalinhamentos, rompimentos, etc.)	3		X	

Soma dos pontos de todos os itens assinalados nas colunas "SIM" E "NA":

12

CLASSIFICAÇÃO DO DAND DO VEÍCULO

Assinale abaixo o campo que corresponde ao dano do veículo:

Dano de Pequena Monta: até 15 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados nas colunas "SIM" e "NA", desde que não tenha sido danificado nenhum componente estrutural.

Dano de Média Monta: acima de 16 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados nas colunas "SIM" e "NA", desde que não tenham sido danificados três ou mais componentes estruturais.

Dano de Grande Monta: quando tiverem sido apontados nos subitens "SIM" e "NA", três ou mais componentes estruturais, independentemente de que tipo de dano.

Observações:

Quando o componente estiver desligado, inserir o parágrafo X e editar o S1.

Quando o componente estiver danificado, assinalar com um X a coluna SIM. Quando o componente não estiver danificado, ou não existir originalmente, assinalar com um X a coluna NÃO.

Caso não tenha sido possivel inserir o nome completo, forneça o nome identificado no documento, separado por um X e a coluna NA.

SIM - Item descreve os incidentes. **NÃO** - Nenhum dos incidentes é relevante, considerando o que é de interesse para a investigação.

VERIFICAÇÃO DE AMTENTICAÇÃO NA INTERNSITÀ DIRETIVA 2016/2101/EU

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 23/09/2016 14:20:37
NÚMERO DE CONTROLE: 8613738a5ca068bc

Página 7 de 12



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÉNCIA: 83500646
Comunicação: C2051618
STATUS DA OCORRÉNCIA: Encerrada

RELATÓRIO DE AVARIAS PARA CLASSIFICAÇÃO DO DANO EM REBOQUES, SEMI-REBOQUES, CAMINHÕES E CAMINHÕES TRATORES

Veículo: V2 / VOLVO/NL12360 4X2T EDC	Placa: HOO-6578
Nome do Agente/Assinatura: MIRAFRAN TORRES DE ANDRADE	Nº BOAT: 83500646
Registro/Matricula do Agente: 1371084	Data: 19/09/2016 22:35

Item	Descrição do componente	Valor	Sim	Não	NA
1	Cabine com avarias externas acom afetar: coluna(s) dianteira(s) ou traseira(s), painel corta fogo, soleira ou assento.	P		X	
2	Carroceria com avarias externas na estrutura, sem afetar o compartimento de carga.	P		X	
3	Avarias em pára-lamas(s) (dianteiro ou traseiro), porta-estripe, para-choque dianteiro ou perfis laterais do chassi (se houver)	P		X	
4	Cabine com avarias na estrutura, afetando coluna(s) dianteira(s) ou traseira(s), painel corta-fogo, soleira ou assento.	M		X	
5	Carroceria com avarias na estrutura das laterais ou do teto (quando houver) atingindo o compartimento de carga, ou com deformação vertical ou lateral afetando o compartimento de carga, ou afetando os componentes de união da base da carroceria com o chassi.	M		X	
6	Para-choque traseiro danificado.	M		X	
7	Dano em qualquer componente do Sistema de Suspensão.	M		X	
8	Avaria em qualquer um dos eixos.	M		X	
9	Dano em qualquer componente do Sistema de Freios.	M		X	
10	Chassi com deformação torcional menor ou igual à altura da longarina.	M		X	
11	Chassi com deformação vertical menor ou igual à altura da longarina	M		X	
12	Chassi com deformação lateral menor ou igual à distância interna entre as longarinas	M		X	
13	Chassi com deformação torcional maior que a altura da longarina.	G		X	
14	Chassi com deformação vertical maior que a altura da longarina.	G		X	
15	Chassi com deformação lateral maior que a distância interna entre as longarinas.	G		X	
16	Chassi com regido termicamente afetada com dimensão menor ou igual a 2/3 do comprimento do chassi.	M		X	
17	Chassi afetado termicamente na região da suspensão.	M		X	
18	Chassi com regido termicamente afetada com dimensão maior que 2/3 do comprimento do chassi.	G		X	

P: Item que individualmente implica em Dano de Pequena Monta

M: Item que individualmente implica em Dano de Média Monta

G: Item que individualmente implica em Dano de Grande Monta

Item	Descrição do componente	Sim	Não
19	Rodas/pneus		X
20	Pára-brisa		X
21	Vidros laterais/traseiros		X
22	Retrovisores externos (direito e/ou esquerdo)		X
23	Faróis		X
24	Lanternas (dianteiras, laterais, e/ou traseiras)		X
25	Carenagens		X
26	Lonas (siders)		X

ITENS NÃO PONTUÁVEIS

CLASSIFICAÇÃO DO DANO DO VÉHICULO
Assinale abaixo o campo correspondente ao dano de maior gravidade
<input type="checkbox"/> Dano de Pequena Monta: quando o item de maior gravidade assinalado nas colunas "SIM" ou "NA" for de categoria P
<input type="checkbox"/> Dano de Média Monta: quando o item de maior gravidade assinalado nas colunas "SIM" ou "NA" for de categoria M
<input type="checkbox"/> Dano de Grande Monta: quando o item de maior gravidade assinalado nas colunas "SIM" ou "NA" for de categoria G

* "Dano de pequena monta" é o menos grave e "dano de grande monta" é o de maior gravidade

* A classificação do dano do veículo terá a mesma classificação do item de maior gravidade assinalado nas colunas "SIM" ou "NA".

Observações:

Quando o componente estiver danificado, assinalar com um X a coluna SIM
 Quando o componente não estiver danificado, ou não existir originalmente, assinalar com um X a coluna NÃO
 Caso não tenha sido possível avaliar se o componente foi ou não danificado no acidente, assinalar com um X a coluna NA.

SIM = Item danificado no acidente

NÃO = Item não danificado ou não existente

NA = Item que não foi possível avaliar o dano (Não Avaliado)

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 23/09/2016 14:20:37
NÚMERO DE CONTROLE: 8643738a5cac66bc

Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"

Página 8 de 12



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83500646
Comunicação: C2051618
* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

RELATÓRIO DE AVARIAS PARA CLASSIFICAÇÃO DO DANO EM REBOQUES, SEMI-REBOQUES, CAMINHÕES E CAMINHÕES TRATORES

Veículo: Reboque 1 do V2 / VOLVO/NL12 360 4X2T EDC	Placa: MIM2794 (Reboque 1)
Nome do Agente/Assinatura: MIRAFRAN TORRES DE ANDRADE	Nº BOAT: 83500646
Registro/Matricula do Agente: 1371084	Data: 19/09/2016 22:35

Item	Descrição do componente	Valor	Sim	Não	NA
1	Cabine com avarias externas sem afetar: coluna(s) dianteira(s) ou traseira(s), painel corta fogo, soleira ou assento;	P		X	
2	Carroceria com avarias externas na estrutura, sem afetar o compartimento de carga.	P		X	
3	Avarias em pára-lama(s) (dianteiro ou traseiro), porta-estribo, para-choque dianteiro ou parafusos laterais do chassi (se houver)	P		X	
4	Cabine com avarias na estrutura, afetando coluna(s) dianteira(s) ou traseira(s), painel corta-fogo, soleira ou assento;	M		X	
5	Carroceria com avarias na estrutura das laterais ou do teto (quando houver) atingindo o compartimento de carga, ou com deformação vertical ou lateral afetando o compartimento de carga, ou afetando os componentes de união da base da carroceria com o chassi.	M		X	
6	Para-choque traseiro danificado.	M		X	
7	Dano em qualquer componente do Sistema de Suspensão.	M		X	
8	Avaria em qualquer um dos eixos.	M		X	
9	Dano em qualquer componente do Sistema de Freios.	M		X	
10	Chassi com deformação torcional menor ou igual à altura da longarina.	M		X	
11	Chassi com deformação vertical menor ou igual à altura da longarina	M		X	
12	Chassi com deformação lateral menor ou igual à distância interna entre as longarinas	M		X	
13	Chassi com deformação torcional maior que a altura da longarina.	G		X	
14	Chassi com deformação vertical maior que a altura da longarina.	G		X	
15	Chassi com deformação lateral maior que a distância interna entre as longarinas.	G		X	
16	Chassi com região termicamente afetada com dimensão menor ou igual a 2/3 do comprimento do chassi.	M		X	
17	Chassi afetado termicamente na região da suspensão.	M		X	
18	Chassi com região termicamente afetada com dimensão maior que 2/3 do comprimento do chassi.	G		X	

P: Item que individualmente implica em Dano de Pequena Monta

M: Item que individualmente implica em Dano de Média Monta

G: Item que individualmente implica em Dano de Grande Monta

Item	Descrição do componente	Sim	Não
19	Rodas/pneus		X
20	Pára-brisa		X
21	Vidros laterais/traseiros		X
22	Retrovisores externos (direito e/ou esquerdo)		X
23	Faróis		X
24	Lanternas (dianteiras, laterais, e/ou traseiras)		X
25	Caronagens		X
26	Lonas (siders)		X

CLASSIFICAÇÃO DO DANO DO VÉHICULO

Assinale abaixo o campo correspondente ao dano de maior gravidade

Dano de Pequena Monta: quando o item de maior gravidade assinalado nas colunas "SIM" ou "NA" for de categoria P

Dano de Média Monta: quando o item de maior gravidade assinalado nas colunas "SIM" ou "NA" for de categoria M

Dano de Grande Monta: quando o item de maior gravidade assinalado nas colunas "SIM" ou "NA" for de categoria G

"Dano de pequena monta" é o menos grave e "dano de grande monta" é o de maior gravidade

A classificação do dano do veículo terá a mesma classificação do item de maior gravidade assinalado nas colunas "SIM" ou "NA".

Observações:						
Quando o componente estiver danificado, assinalar com um X a coluna SIM						
Quando o componente não estiver danificado, ou não existir originalmente, assinalar com um X a coluna NÃO						
SIM = Item danificado no acidente	NÃO = Item não danificado ou não existente	NA = Item que não foi possível avaliar o dano (Não Avaliado)				

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 23/09/2016 14:20:37

NÚMERO DE CONTROLE: 8643738a5cac66bc

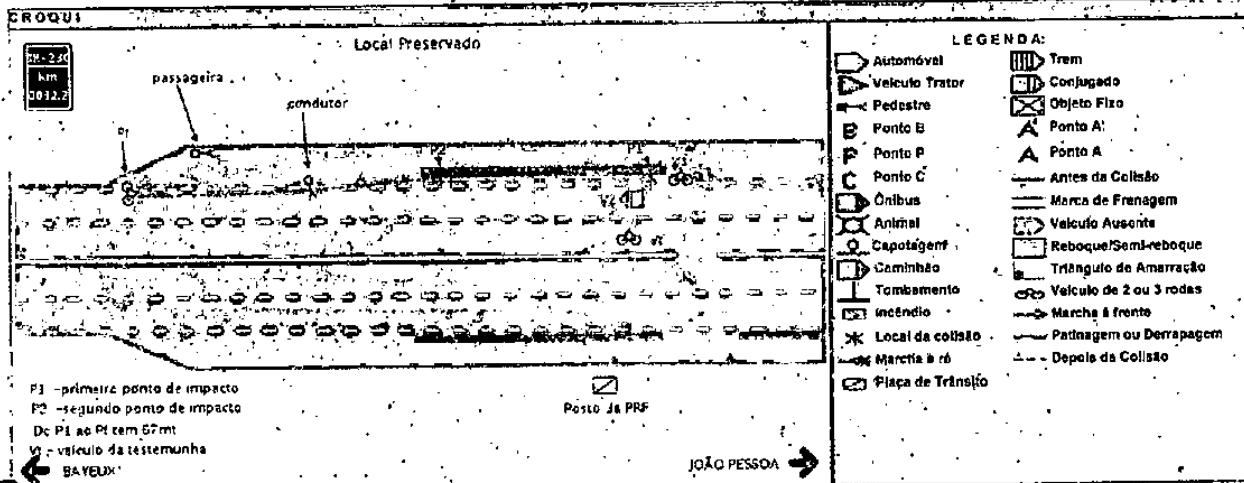
* Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"

Página 9 de 12



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83500646
Comunicação: C2051618
STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada



Latitude do Ponto C:	Longitude do Ponto C:					
Referência do Ponto A/A:	Referência do Ponto B:					
Distância AB (m):	Distância AC (m):	Distância BC (m):				
VEÍCULO	P1	DISTÂNCIA P1-A (m)	DISTÂNCIA P1-B (m)	P2	DISTÂNCIA P2-A (m)	DISTÂNCIA P2-B (m)

Narrativa da Ocorrência:

No dia 19/09/2016, às 22:35hs, aconteceu um acidente na BR 230, km 32,2, no município Bayeux/PB, na frente do posto da PRF 14.01.01. A equipe cruzou a rodovia e iniciou o atendimento do mesmo. A via estava com a sinalização horizontal e vertical em ordem e com o pavimento em bom estado de conservação. As condições ambientais eram boas, céu claro. O acidente, uma colisão com objeto fixo, envolveu o veículo HONDA/CB 150 TITAN EX de placas QFB833G/PB, doravante denominado V1, e o veículo VOLVO/NL12 360 4X2T EDC de placas HOO6578/PE, doravante denominado V2, que rebocava o veículo SR/LIBERATO SRCF 3E de placa MIM2794/SC. O acidente vitimou gravemente o senhor FILIPE COSTA VIEIRA DA SILVA, CPF 105.030.514-03, condutor do V1 e a senhora THAYSA CABRAL DA SILVA, CPF 125.788.674-61 passageira de V1, encontrados, ele com parte sobre a via e ela no acostamento, onde ficaram aguardando socorro médico, que foi feito pelo Corpo de Bombeiros e conduzidos ao hospital de Traumas da Capital. O acidente ocorreu quando V1 seguia o fluxo da via, e tentou ultrapassar o V2 pela direita, colidindo no canteiro que separa a pista de rolamento da uma via lateral, conforme os vestígios.

O croqui fornece uma representação esquemática do evento. O condutor do V2 foi submetido ao teste de alcoolemia, etilômetro, aparelho nº 066629, teste nº 3880, com resultado 0,00mg/l de et. Não foram encontrados outros sinais/vestígios de ingestão de qualquer substância psicoativa. Devido o estado de saúde do condutor do V1 não foi possível submetê-lo ao teste.

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO:	23/09/2016 14:20:37
NÚMERO DE CONTROLE:	8643738e5cac66bc

“Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja “ENCERRADA”

Página 2 de 12

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83500646
Comunicação: C2051618
STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

DADOS GERAIS DA OCORRÊNCIA

PRF: 1371084 - MIRAFRAN TORRES DE ANDRADE	Data/Hora do Acidente (hora local): 19/09/2016 22:35	BR: 230	KM: 322
Município/UF: IBÁVEUX/PR	Tipo do Acidente: Colisão com objeto fixo	Sentido da Via: Crescente	
Fase do dia: Plena noite	Condições da Pista: Seca	Restrições de Visibilidade: Inexistente	
Sinalização existente: Vertical, Horizontal	Sinalização luminosa: Inexistente	Condição meteorológica: Céu Claro	
Houve danos ao patrimônio da União?	<input checked="" type="checkbox"/> Não	Data e horário da solicitação:	
Houve solicitação de perícia?	<input checked="" type="checkbox"/> Não	Data e horário da perícia:	
A perícia compareceu ao local do sinistro?	<input checked="" type="checkbox"/> Não	Data e horário da perícia:	

DESCRIÇÃO DOS DANOS AO PATRIMÔNIO DA UNIÃO:

Houve danos ao patrimônio de terceiros? Não

DESCRIÇÃO DOS DANOS AO PATRIMÔNIO DE TERCEIROS:

Houve danos ao ambiente? Não

DESCRIÇÃO DOS DANOS AO AMBIENTE:

CONDICÃO DA RODOVIA:

Use do Solo: Urbano

Tipo de Localidade: Industrial

Existe acostamento? Sim

Estado de Conservação: Bom

Há desnível? Não

É pavimentado? Não

Largura (m): 2,3

Possui defensas? Não existe

Possui mato-flo? Conservada(o)

Possui sarjeta? Conservada

Existe canteiro central? Sim

Estado de Conservação: Bom

Largura (m): 1

Tipo de inclinação: Elevação

Obstáculo ao Cruzamento: Outro

Estado de Conservação do Obstáculo: Bom

Faixa de Domínio - Estado de Conservação: Bom

Ocupação: Via Lateral

Cerca: Não existe

Pista de Rolamento - Estado de Conservação: Bom

Tipo: Dupla

Qtd. de Faixas:

Tipo de Pavimento: Asfalto

Perfil: Em nível

Traçado: Reta

Curva Vertical: Não Existe

Superelevação: Não

Superlargura: Não

Largura da Pista (m): 7

Estreitamento: Não Existe

TEXTO DESCRIPTIVO DA CONDIÇÃO DA RODOVIA:

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 23/09/2016 14:20:37

NUMERO DE CONTROLE: 8643738a5cac66bc

* Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"

Página 1 de 12

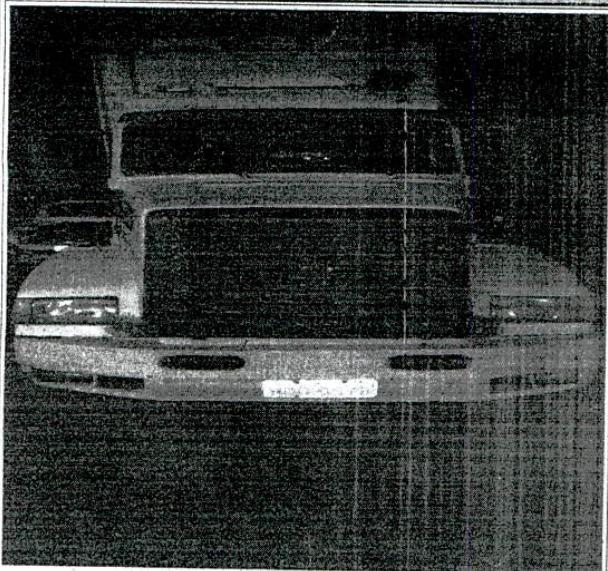


MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

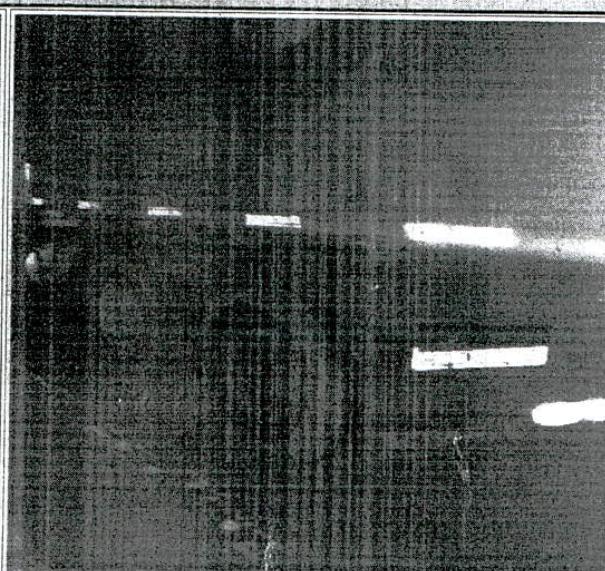
OCORRÊNCIA: 83500646
Comunicação: C2051618
* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

RELATÓRIO DE AVARIAS PARA CLASSIFICAÇÃO DO DANO EM REBOQUES, SEMI-REBOQUES, CAMINHÕES E CAMINHÕES

Veículo: V2 / VOLVO/NL12 360 4X2T EDC	Placa: HOO-6578
Nome do Agente/Assinatura: MIRAFRAN TORRES DE ANDRADE	Nº BOAT: 83500646
Registro/Matricula do Agente: 1371084	Data: 19/09/2016 22:35



Frente



Traseira



Lateral Esquerda



Lateral Direita

JUSTIFICATIVA

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dpri.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 23/09/2016 14:20:31
NÚMERO DE CONTROLE: 8643738a5cac66bc

* Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"

Página 11 de 12

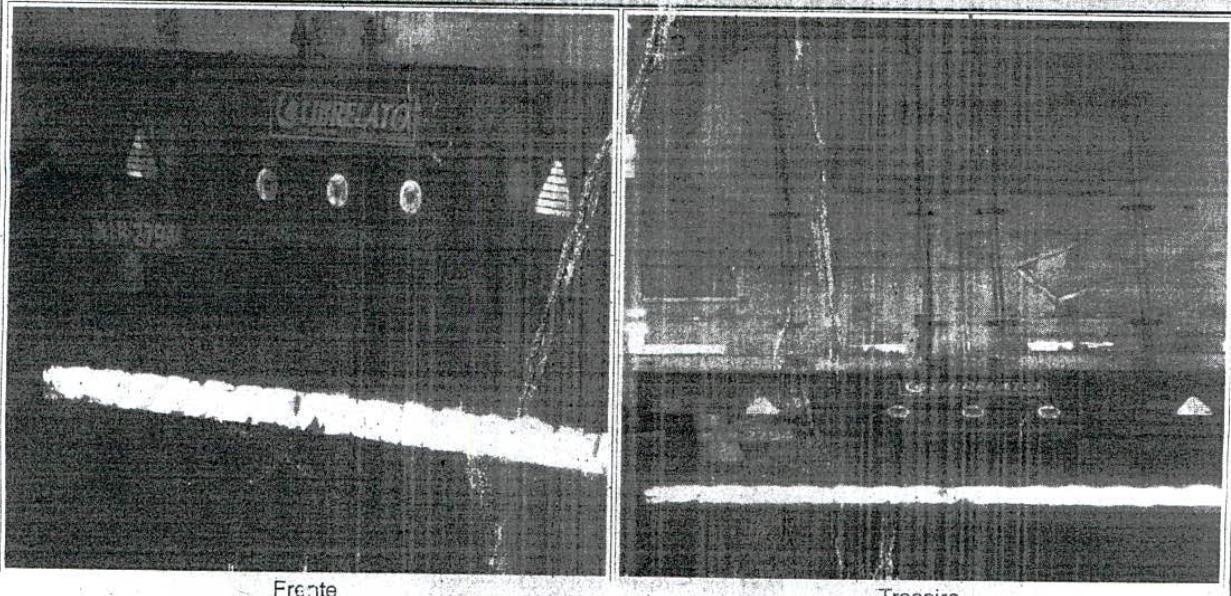


MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83500646
Comunicação: C2051618
*** STATUS DA OCORRÊNCIA:** Encerrada

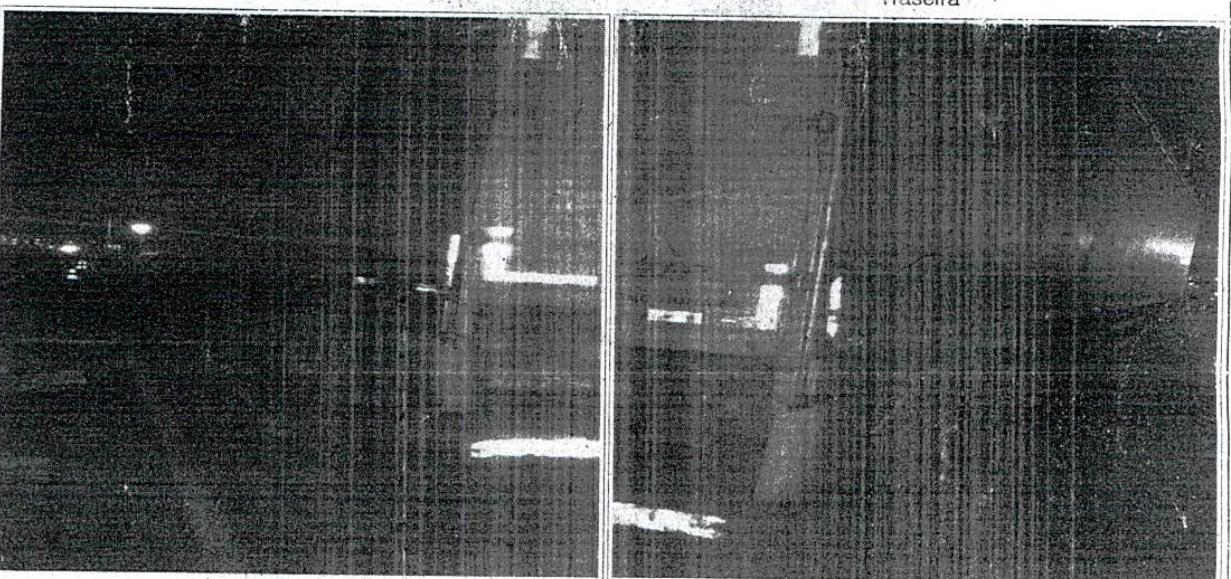
RELATÓRIO DE AVARIAS PARA CLASSIFICAÇÃO DO DANO EM REBOQUES, SEMI-REBOQUES, CAMINHÕES E CAMINHÕES

Veículo: Reboque 1 do V2 / VOLVO/NL12 360 4X2T EDC	Placa: MIM2794 (Reboque 1)
Nome do Agente/Assinatura: MIRAFRAN TORRES DE ANDRADE	Nº BOAT: 83500646
Registro/Matricula do Agente: 1371084	Data: 19/09/2016 22:35



Frente

Traseira



Lateral Esquerda

Lateral Direita

JUSTIFICATIVA

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 23/09/2016 14:20:37
NÚMERO DE CONTROLE: 8643738a5cac66bc

* Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"

Página 12 de 12



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83500646
Comunicação: C2051618
*** STATUS DA OCORRÊNCIA:** Encerrada

RELATÓRIO DE AVARIAS PARA CLASSIFICAÇÃO DO DANO EM MOTOCICLETAS E ASSEMELHADOS

Veículo: V1 / HONDA/CG 150 TITAN EX	Placa: QFB-8336
Nome do Agente/Assinatura: MIRAFRAN TORRES DE ANDRADE	Nº BOAT: 83500646
Registro/Matricula do Agente: 1371084	Data: 19/09/2016 22:35



Frente



Traseira



Lateral Esquerda



Lateral Direita

JUSTIFICATIVA

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 23/09/2016 14:20:37
NÚMERO DE CONTROLE: 8643738a5cac66bc

* Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"

Página 10 de 12



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
GERÊNCIA EXECUTIVA DE MEDICINA E ODONTOLOGIA LEGAL
GERÊNCIA OPERACIONAL DA CENTRAL DE PERÍCIAS MÉDICA E ODONTOLOGICA LEGAL

C: 46517

LAUDO TRAUMATOLÓGICO
Ferimento ou ofensa física

Data do exame: 25/01/2017 Hora do exame: 10:30

Órgão Requisitante: Delegacia de Acidentes de trânsito da Capital. nº da Solicitação: 027/2017
Autoridade Solicitante: Francisco Deusdedit Leitão Filho. Nome: FELIPE COSTA VIEIRA DA SILVA, 24anos, sexo: Masculino Raça/cor: filho(a) de: Severino Vieira da Silva e de: Margarida da Silva Costa Vieira, Estado civil: ignorado. Nacionalidade: Brasileira. Natural de: João Pessoa/PB. Profissão: Instalador de Antenas.

HISTÓRICO: Informa que perdeu o controle da moto que conduzia em 19/09/2016, por volta das 23hs, próximo a PRF em Bayeux. Foi socorrido ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

Descrição: Cicatriz arciforme, normotrófica, normocrônica, ± 6cm, na região frontal à direita. Cicatriz irregular, quebedoana, ± 18cm, com sinais de pontos de sutura à nível de cotovelo direito, apresentando abaulamento no terço distal da cicatriz. Cicatriz quebedoana, ± 4 cm, no hemitórax direito ínfero lateralmente. Cicatriz hipocorada em região mamária direita. Cicatriz linear, quebedoana, ± 12 cm, no braço esquerdo ântero lateralmente. Limitação na flexão/extensão do cotovelo direito. Traz laudo médico do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena assinado por Ewerton N. Teixeira, CRM 2516, datado de 12/01/2017, informando que o examinado deu entrada naquele serviço com TCE, trauma facial, fraturas expostas em cotovelo e antebraço direitos, fechada do braço esquerdo, hemitórax direito, submetido a tratamentos cirúrgicos das fraturas, do hemitórax e conservador do TCE, recebendo alta em 16/11/2016.

QUESITOS:

- 1) Há ferimento ou ofensa física? SIM.
- 2) Qual o meio que o ocasionou? AÇÃO CONTUNDENTE.
- 3) Houve perigo de vida? SIM. DEVIDO AO HEMOTÓRAX E FRATURAS EXPOSTAS SOFRIDOS, SEGUIDOS DE CORREÇÕES CIRÚRGICAS.
- 4) Resultou debilidade permanente de membro, sentido ou função? SIM. DEBILIDADE NA FLEXOEXTENSÃO DO COTOVELO DIREITO.
- 5) Resultou incapacidade para as ocupações habituais por mais de trinta dias? SIM. VIDE 3º QUESITO.
- 6) Provocou aceleração de parto? PREJUDICADO.

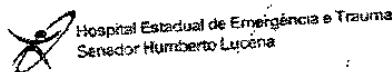
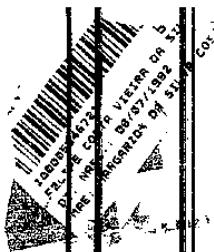
Luzene

1

- 7) Resultou perda ou inutilização de membro, sentido ou função? NÃO.
- 8) Originou incapacidade permanente para o trabalho ou enfermidade incurável? NÃO.
- 9) Resultou deformidade permanente? SIM. DEVIDO A PRESENÇA DE CICATRIZES VICIOSAS.
- 10) Provocou aborto? PREJUDICADO.

Ana Flávia M. França

Dr(a). Ana Flávia M. França
Perito Oficial Médico-Legal
Mat:157.397-7 CRM 4832/PB



ACOLHIMENTO, sn - CNES: 123312 - Tek:

Boletim de Atendimento: 948648



Identificação do paciente

1023364	Nome FELIPE COSTA VIEIRA DA SILVA	Sexo Masculino		
Data de nascimento 08/07/1992	Idade 24 anos 2 meses 11 dias	Estado civil SOLTEIRO(A)	Religião NAO INFORMADA	Prontuário 071116
Mãe MARGARIDA DA SILVA COSTA VIEIRA	Pai SEVERINO VIEIRA DA SILVA			
Escolaridade NAO INFORMADO	Responsável (Parentesco) SAMUEL COSTA VIEIRA DA SILVA - IRMAO(A)			
DDD Móvel 33	Fone Móvel 988351842	DDD Fixo	Fone Fixo	
Nº documento do RG (IDENTIDADE)	Número documento 3745463	Nº Cnes 698003276289522		
Local de procedência AFL 330		Tipo BAIRRO	UF PB	
Email:	Naturalidade JOAO PESSOA	CEP/R		

Endereço

CEP 58055040	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro GENULFO CABRAL DE LUCENA
Número 106	Complemento		Bairro MANGABEIRA

Admissão

Data e hora 19/09/2016 23:34:34	Número da pulseira 100005646721	Convenio SUS	Clínica CLINICA TRAUMA E GERAL
------------------------------------	------------------------------------	-----------------	-----------------------------------

Especialidade

TRAUMATOLOGISTA

Classificação de risco

Caráter de atendimento
OUTROS TIPOS DE ACIDENTE DE TRANSITOMotivo do atendimento
ACIDENTE DE MOTOCICLETA

Origem do paciente

RODOVIA

Detalhe do acidente

QUEDA / OUTROS

Indicadores e Transporte

Plano de saúde Não	Veio de ambulância SIM	Trauma ALTO
Transporte CORPO - BOMBEIROS	Quem transportou NAO SE APlica	
Plano de saúde mmHg	Pulso	Temperatura
X		

Exames complementares

Raios X [] Sangue [] Urina [] TC [] Liquor [] ECG [] Ultrassonografia []	Exames complementares: - Cefalografia - Tomografia - Ressonância magnética - Exames de sangue - Exames de urina - Exames de TC - Exames de Liquor - Exames de ECG - Exames de Ultrassonografia
Dados clínicos Data: 06/09/2016	Exames complementares: - Cefalografia - Tomografia - Ressonância magnética - Exames de sangue - Exames de urina - Exames de TC - Exames de Liquor - Exames de ECG - Exames de Ultrassonografia
Diagnóstico Data: 06/09/2016	Exames complementares: - Cefalografia - Tomografia - Ressonância magnética - Exames de sangue - Exames de urina - Exames de TC - Exames de Liquor - Exames de ECG - Exames de Ultrassonografia
Realizado por THIENE MARQUES VIEIRA BRAGA	Exames complementares: - Cefalografia - Tomografia - Ressonância magnética - Exames de sangue - Exames de urina - Exames de TC - Exames de Liquor - Exames de ECG - Exames de Ultrassonografia
06:40	06:40
Dreno desp. 300ml	06:40
	DATA: 28/09/16

19/09/2016

Nel

700/

FEK gone

Artefato de moto

FCO 12

FC de cinesiologia

Al. DBS

Alexandre R. G. da Silva
MÉDICO
CRM-PB 4688

Orto pedido 20/09/16 06:30h

Paciente vítima de acidente de moto, 5 ferimentos no MMS, torácico com fraturas de múltiplas costelas, essas em MAIS

apresenta fratura exposta de clavícula.

Apresenta fratura exposta das costelas (D1) + fratura fechada das diáfise do úmero (D2) e possivel fratura do condilo lateral. Sensitivo-motor preservado.

CD: Solicitado sale no Bloco cirúrgico 81

tbl. das fraturas expostas

+tbl. pinos de contention PMS + tais

+tals pinos de contention PMS + tais

exato - prumo. tab. cirúrgica em 2º tempo PMS

Aumentando a subir as blocos

Dr. Rodrigo Soárez de Souza
Ortopedista
CRM-PB 4688

Primeiro Atendimento Médico

PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

Nome do paciente: _____ Idade: _____

180009646721 BE: 946648
FELIPE COSTA VIEIRA DA SILVA
DT. NASC.: 08/07/1992
MAE: MARGARIDA DA SILVA COSTA VIEIRA
END.: GENILFO CABRAL DE LUCENA
N. 106 - MANGABEIRA
JORDO PESSOA
FONE: () CELULAR: (83) 980351842
IDADE: 24
DT. ENTRADA: 19/09/2016 23:34:34

DADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA

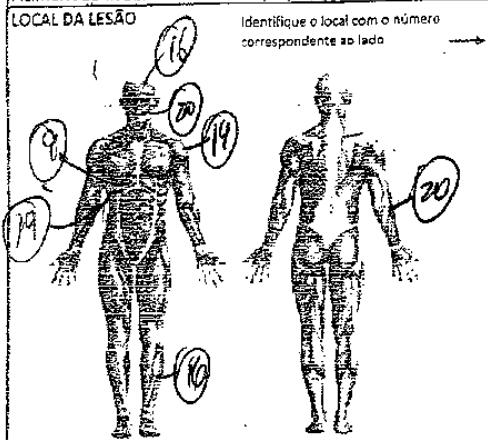
*Bruto pelo solo, de 20m, c/ feridas de 1m, com suspeita sub-
cutânea e respiratória purulenta; apresenta cintura tor-
ácica exposta no cinto e fratura de tórax e
ombro esquerdo associado.*

<p>1- ANTE PRIMARIO</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Périas <input type="checkbox"/> Obstruídas</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Asas <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> VENTILAÇÃO:</p> <p>TRAQUEIA NA LINHA MEDIANA <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA <input checked="" type="checkbox"/> Sem dificuldade <input type="checkbox"/> Com dificuldade</p> <p><input type="checkbox"/> VENTILAÇÃO MECÂNICA</p> <p><input type="checkbox"/> APNEIA</p> <p>AUSCUTA PULMONAR:</p> <p>1- MURMÚRIO VESICULAR</p> <p><input type="checkbox"/> Presente e normal <input checked="" type="checkbox"/> Presente e normal</p> <p><input type="checkbox"/> Rude <input checked="" type="checkbox"/> Rude</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Diminuído <input type="checkbox"/> Diminuído</p> <p><input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Ausente</p> <p>HT: <input checked="" type="checkbox"/> HTE <input type="checkbox"/> Sibilos <input type="checkbox"/> Sibilos</p> <p><input type="checkbox"/> Roncos <input checked="" type="checkbox"/> Roncos</p> <p><input type="checkbox"/> Estertores <input type="checkbox"/> Estertores</p> <p>2- SUDOS</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> HED: <input type="checkbox"/> Sibilos <input type="checkbox"/> Sibilos</p> <p><input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> imp <input type="checkbox"/> SaO₂ 96 %</p>	<p>CIRCULAÇÃO</p> <p>COR DA PELE:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Pálida <input type="checkbox"/> Cianótica</p> <p><input type="checkbox"/> Pletórica <input type="checkbox"/> Ictérica</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> TEMPERATURA DA PELE</p> <p>PULSO</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Quente <input type="checkbox"/> Fria</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Aumentado <input type="checkbox"/> Ausente</p> <p><input type="checkbox"/> Fino <input type="checkbox"/> Ausente</p> <p>AUSCUTA CARDIÁCA</p> <p>RÍTIMO</p> <p>BULHAS</p> <p><input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Irregular <input type="checkbox"/> Ausente</p> <p><input type="checkbox"/> Normatonéticas <input type="checkbox"/> Hipofonéticas</p> <p><input type="checkbox"/> Hipofonéticas <input type="checkbox"/> Ausente</p> <p><input type="checkbox"/> SOPRO</p> <p>BE CU 84 <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>FC: _____ bpm PA: 97 X 52 mmHg T: _____ °C</p> <p>ECG:</p> <p>ABDOMEN: <i>Abdome ligeiramente HCE</i> <i>Abdome com fluidos e bubbles</i> <i>Refluxo estomacal</i></p>
---	---

2- SUDOS		3- SUDOS		4- SUDOS	
<input type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Sim	
<input type="checkbox"/> HED: <input type="checkbox"/> Sibilos		<input type="checkbox"/> HED: <input type="checkbox"/> Sibilos		<input type="checkbox"/> HED: <input type="checkbox"/> Sibilos	
<input type="checkbox"/> NÃO		<input type="checkbox"/> NÃO		<input type="checkbox"/> NÃO	
<input type="checkbox"/> imp		<input type="checkbox"/> imp		<input type="checkbox"/> imp	
<input type="checkbox"/> SaO ₂ 96 %		<input type="checkbox"/> SaO ₂ 96 %		<input type="checkbox"/> SaO ₂ 96 %	
5- SUDOS		6- SUDOS		7- SUDOS	
<input type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Sim	
<input type="checkbox"/> HED: <input type="checkbox"/> Sibilos		<input type="checkbox"/> HED: <input type="checkbox"/> Sibilos		<input type="checkbox"/> HED: <input type="checkbox"/> Sibilos	
<input type="checkbox"/> NÃO		<input type="checkbox"/> NÃO		<input type="checkbox"/> NÃO	
<input type="checkbox"/> imp		<input type="checkbox"/> imp		<input type="checkbox"/> imp	
<input type="checkbox"/> SaO ₂ 96 %		<input type="checkbox"/> SaO ₂ 96 %		<input type="checkbox"/> SaO ₂ 96 %	
8- SUDOS		9- SUDOS		10- SUDOS	
<input type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Sim	
<input type="checkbox"/> HED: <input type="checkbox"/> Sibilos		<input type="checkbox"/> HED: <input type="checkbox"/> Sibilos		<input type="checkbox"/> HED: <input type="checkbox"/> Sibilos	
<input type="checkbox"/> NÃO		<input type="checkbox"/> NÃO		<input type="checkbox"/> NÃO	
<input type="checkbox"/> imp		<input type="checkbox"/> imp		<input type="checkbox"/> imp	
<input type="checkbox"/> SaO ₂ 96 %		<input type="checkbox"/> SaO ₂ 96 %		<input type="checkbox"/> SaO ₂ 96 %	
11- SUDOS		12- SUDOS		13- SUDOS	
<input type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Sim	
<input type="checkbox"/> HED: <input type="checkbox"/> Sibilos		<input type="checkbox"/> HED: <input type="checkbox"/> Sibilos		<input type="checkbox"/> HED: <input type="checkbox"/> Sibilos	
<input type="checkbox"/> NÃO		<input type="checkbox"/> NÃO		<input type="checkbox"/> NÃO	
<input type="checkbox"/> imp		<input type="checkbox"/> imp		<input type="checkbox"/> imp	
<input type="checkbox"/> SaO ₂ 96 %		<input type="checkbox"/> SaO ₂ 96 %		<input type="checkbox"/> SaO ₂ 96 %	
14- SUDOS		15- SUDOS		16- SUDOS	
<input type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Sim	
<input type="checkbox"/> HED: <input type="checkbox"/> Sibilos		<input type="checkbox"/> HED: <input type="checkbox"/> Sibilos		<input type="checkbox"/> HED: <input type="checkbox"/> Sibilos	
<input type="checkbox"/> NÃO		<input type="checkbox"/> NÃO		<input type="checkbox"/> NÃO	
<input type="checkbox"/> imp		<input type="checkbox"/> imp		<input type="checkbox"/> imp	
<input type="checkbox"/> SaO ₂ 96 %		<input type="checkbox"/> SaO ₂ 96 %		<input type="checkbox"/> SaO ₂ 96 %	
17- SUDOS		18- SUDOS		19- SUDOS	
<input type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Sim	
<input type="checkbox"/> HED: <input type="checkbox"/> Sibilos		<input type="checkbox"/> HED: <input type="checkbox"/> Sibilos		<input type="checkbox"/> HED: <input type="checkbox"/> Sibilos	
<input type="checkbox"/> NÃO		<input type="checkbox"/> NÃO		<input type="checkbox"/> NÃO	
<input type="checkbox"/> imp		<input type="checkbox"/> imp		<input type="checkbox"/> imp	
<input type="checkbox"/> SaO ₂ 96 %		<input type="checkbox"/> SaO ₂ 96 %		<input type="checkbox"/> SaO ₂ 96 %	
20- SUDOS		21- SUDOS		22- SUDOS	
<input type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Sim	
<input type="checkbox"/> HED: <input type="checkbox"/> Sibilos		<input type="checkbox"/> HED: <input type="checkbox"/> Sibilos		<input type="checkbox"/> HED: <input type="checkbox"/> Sibilos	
<input type="checkbox"/> NÃO		<input type="checkbox"/> NÃO		<input type="checkbox"/> NÃO	
<input type="checkbox"/> imp		<input type="checkbox"/> imp		<input type="checkbox"/> imp	
<input type="checkbox"/> SaO ₂ 96 %		<input type="checkbox"/> SaO ₂ 96 %		<input type="checkbox"/> SaO ₂ 96 %	
23- SUDOS		24- SUDOS		25- SUDOS	
<input type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Sim	
<input type="checkbox"/> HED: <input type="checkbox"/> Sibilos		<input type="checkbox"/> HED: <input type="checkbox"/> Sibilos		<input type="checkbox"/> HED: <input type="checkbox"/> Sibilos	
<input type="checkbox"/> NÃO		<input type="checkbox"/> NÃO		<input type="checkbox"/> NÃO	
<input type="checkbox"/> imp		<input type="checkbox"/> imp		<input type="checkbox"/> imp	
<input type="checkbox"/> SaO ₂ 96 %		<input type="checkbox"/> SaO ₂ 96 %		<input type="checkbox"/> SaO ₂ 96 %	
26- SUDOS		27- SUDOS		28- SUDOS	
<input type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Sim	
<input type="checkbox"/> HED: <input type="checkbox"/> Sibilos		<input type="checkbox"/> HED: <input type="checkbox"/> Sibilos		<input type="checkbox"/> HED: <input type="checkbox"/> Sibilos	
<input type="checkbox"/> NÃO		<input type="checkbox"/> NÃO		<input type="checkbox"/> NÃO	
<input type="checkbox"/> imp		<input type="checkbox"/> imp		<input type="checkbox"/> imp	
<input type="checkbox"/> SaO ₂ 96 %		<input type="checkbox"/> SaO ₂ 96 %		<input type="checkbox"/> SaO ₂ 96 %	
29- SUDOS		30- SUDOS		31- SUDOS	
<input type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Sim	
<input type="checkbox"/> HED: <input type="checkbox"/> Sibilos		<input type="checkbox"/> HED: <input type="checkbox"/> Sibilos		<input type="checkbox"/> HED: <input type="checkbox"/> Sibilos	
<input type="checkbox"/> NÃO		<input type="checkbox"/> NÃO		<input type="checkbox"/> NÃO	
<input type="checkbox"/> imp		<input type="checkbox"/> imp		<input type="checkbox"/> imp	
<input type="checkbox"/> SaO ₂ 96 %		<input type="checkbox"/> SaO ₂ 96 %		<input type="checkbox"/> SaO ₂ 96 %	
32- SUDOS		33- SUDOS		34- SUDOS	
<input type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Sim	
<input type="checkbox"/> HED: <input type="checkbox"/> Sibilos		<input type="checkbox"/> HED: <input type="checkbox"/> Sibilos		<input type="checkbox"/> HED: <input type="checkbox"/> Sibilos	
<input type="checkbox"/> NÃO		<input type="checkbox"/> NÃO		<input type="checkbox"/> NÃO	
<input type="checkbox"/> imp		<input type="checkbox"/> imp		<input type="checkbox"/> imp	
<input type="checkbox"/> SaO ₂ 96 %		<input type="checkbox"/> SaO ₂ 96 %		<input type="checkbox"/> SaO ₂ 96 %	
35- SUDOS		36- SUDOS		37- SUDOS	
<input type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Sim	
<input type="checkbox"/> HED: <input type="checkbox"/> Sibilos		<input type="checkbox"/> HED: <input type="checkbox"/> Sibilos		<input type="checkbox"/> HED: <input type="checkbox"/> Sibilos	
<input type="checkbox"/> NÃO		<input type="checkbox"/> NÃO		<input type="checkbox"/> NÃO	
<input type="checkbox"/> imp		<input type="checkbox"/> imp		<input type="checkbox"/> imp	
<input type="checkbox"/> SaO ₂ 96 %		<input type="checkbox"/> SaO ₂ 96 %		<input type="checkbox"/> SaO ₂ 96 %	
38- SUDOS		39- SUDOS		40- SUDOS	
<input type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Sim	
<input type="checkbox"/> HED: <input type="checkbox"/> Sibilos		<input type="checkbox"/> HED: <input type="checkbox"/> Sibilos		<input type="checkbox"/> HED: <input type="checkbox"/> Sibilos	
<input type="checkbox"/> NÃO		<input type="checkbox"/> NÃO		<input type="checkbox"/> NÃO	
<input type="checkbox"/> imp		<input type="checkbox"/> imp		<input type="checkbox"/> imp	
<input type="checkbox"/> SaO ₂ 96 %		<input type="checkbox"/> SaO ₂ 96 %		<input type="checkbox"/> SaO ₂ 96 %	
41- SUDOS		42- SUDOS		43- SUDOS	
<input type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Sim	
<input type="checkbox"/> HED: <input type="checkbox"/> Sibilos		<input type="checkbox"/> HED: <input type="checkbox"/> Sibilos		<input type="checkbox"/> HED: <input type="checkbox"/> Sibilos	
<input type="checkbox"/> NÃO		<input type="checkbox"/> NÃO		<input type="checkbox"/> NÃO	
<input type="checkbox"/> imp		<input type="checkbox"/> imp		<input type="checkbox"/> imp	
<input type="checkbox"/> SaO ₂ 96 %		<input type="checkbox"/> SaO ₂ 96 %		<input type="checkbox"/> SaO ₂ 96 %	
44- SUDOS		45- SUDOS		46- SUDOS	
<input type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Sim	
<input type="checkbox"/> HED: <input type="checkbox"/> Sibilos		<input type="checkbox"/> HED: <input type="checkbox"/> Sibilos		<input type="checkbox"/> HED: <input type="checkbox"/> Sibilos	
<input type="checkbox"/> NÃO		<input type="checkbox"/> NÃO		<input type="checkbox"/> NÃO	
<input type="checkbox"/> imp		<input type="checkbox"/> imp		<input type="checkbox"/> imp	
<input type="checkbox"/> SaO ₂ 96 %		<input type="checkbox"/> SaO ₂ 96 %		<input type="checkbox"/> SaO ₂ 96 %	
47- SUDOS		48- SUDOS		49- SUDOS	
<input type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Sim	
<input type="checkbox"/> HED: <input type="checkbox"/> Sibilos		<input type="checkbox"/> HED: <input type="checkbox"/> Sibilos		<input type="checkbox"/> HED: <input type="checkbox"/> Sibilos	
<input type="checkbox"/> NÃO		<input type="checkbox"/> NÃO		<input type="checkbox"/> NÃO	
<input type="checkbox"/> imp		<input type="checkbox"/> imp		<input type="checkbox"/> imp	
<input type="checkbox"/> SaO ₂ 96 %		<input type="checkbox"/> SaO ₂ 96 %		<input type="checkbox"/> SaO ₂ 96 %	
50- SUDOS		51- SUDOS		52- SUDOS	
<input type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Sim	
<input type="checkbox"/> HED: <input type="checkbox"/> Sibilos		<input type="checkbox"/> HED: <input type="checkbox"/> Sibilos		<input type="checkbox"/> HED: <input type="checkbox"/> Sibilos	
<input type="checkbox"/> NÃO		<input type="checkbox"/> NÃO		<input type="checkbox"/> NÃO	
<input type="checkbox"/> imp		<input type="checkbox"/> imp		<input type="checkbox"/> imp	
<input type="checkbox"/> SaO ₂ 96 %		<input type="checkbox"/> SaO ₂ 96 %		<input type="checkbox"/> SaO ₂ 96 %	
53- SUDOS		54- SUDOS		55- SUDOS	
<input type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Sim	
<input type="checkbox"/> HED: <input type="checkbox"/> Sibilos		<input type="checkbox"/> HED: <input type="checkbox"/> Sibilos		<input type="checkbox"/> HED: <input type="checkbox"/> Sibilos	
<input type="checkbox"/> NÃO		<input type="checkbox"/> NÃO		<input type="checkbox"/> NÃO	
<input type="checkbox"/> imp		<input type="checkbox"/> imp		<input type="checkbox"/> imp	
<input type="checkbox"/> SaO ₂ 96 %		<input type="checkbox"/> SaO ₂ 96 %		<input type="checkbox"/> SaO ₂ 96 %	
56- SUDOS		57- SUDOS		58- SUDOS	
<input type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Sim	
<input type="checkbox"/> HED: <input type="checkbox"/> Sibilos		<input type="checkbox"/> HED: <input type="checkbox"/> Sibilos		<input type="checkbox"/> HED: <input type="checkbox"/> Sibilos	
<input type="checkbox"/> NÃO		<input type="checkbox"/> NÃO		<input type="checkbox"/> NÃO	
<input type="checkbox"/> imp		<input type="checkbox"/> imp		<input type="checkbox"/> imp	
<input type="checkbox"/> SaO ₂ 96 %		<input type="checkbox"/> SaO ₂ 96 %		<input type="checkbox"/> SaO ₂ 96 %	
59- SUDOS		60- SUDOS		61- SUDOS	
<input type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Sim	
<input type="checkbox"/> HED: <input type="checkbox"/> Sibilos		<input type="checkbox"/> HED: <input type="checkbox"/> Sibilos		<input type="checkbox"/> HED: <input type="checkbox"/> Sibilos	
<input type="checkbox"/> NÃO		<input type="checkbox"/> NÃO		<input type="checkbox"/> NÃO	
<input type="checkbox"/> imp		<input type="checkbox"/> imp		<input type="checkbox"/> imp	
<input type="checkbox"/> SaO ₂ 96 %		<input type="checkbox"/> SaO ₂ 96 %		<input type="checkbox"/> SaO ₂ 96 %	
62- SUDOS		63- SUDOS		64- SUDOS	
<input type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Sim	
<input type="checkbox"/> HED: <input type="checkbox"/> Sibilos		<input type="checkbox"/> HED: <input type="checkbox"/> Sibilos		<input type="checkbox"/> HED: <input type="checkbox"/> Sibilos	
<input type="checkbox"/> NÃO		<input type="checkbox"/> NÃO		<input type="checkbox"/> NÃO	
<input type="checkbox"/> imp		<input type="checkbox"/> imp		<input type="checkbox"/> imp	
<input type="checkbox"/> SaO ₂ 96 %		<input type="checkbox"/> SaO ₂ 96 %		<input type="checkbox"/> SaO ₂ 96 %	
65- SUDOS		66- SUDOS		67- SUDOS	
<input type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Sim	
<input type="checkbox"/> HED: <input type="checkbox"/> Sibilos		<input type="checkbox"/> HED: <input type="checkbox"/> Sibilos		<input type="checkbox"/> HED: <input type="checkbox"/> Sibilos	
<input type="checkbox"/> NÃO		<input type="checkbox"/> NÃO		<input type="checkbox"/> NÃO	
<input type="checkbox"/> imp		<input type="checkbox"/> imp		<input type="checkbox"/> imp	
<input type="checkbox"/> SaO ₂ 96 %		<input type="checkbox"/> SaO ₂ 96 %		<input type="checkbox"/> SaO ₂ 96 %	
68- SUDOS		69- SUDOS		70- SUDOS	
<input type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Sim	
<input type="checkbox"/> HED: <input type="checkbox"/> Sibilos		<input type="checkbox"/> HED: <input type="checkbox"/> Sibilos		<input type="checkbox"/> HED: <input type="checkbox"/> Sibilos	
<input type="checkbox"/> NÃO		<input type="checkbox"/> NÃO		<input type="checkbox"/> NÃO	
<input type="checkbox"/> imp		<input type="checkbox"/> imp		<input type="checkbox"/> imp	
<input type="checkbox"/> SaO ₂ 96 %		<input type="checkbox"/> SaO ₂ 96 %		<input type="checkbox"/> SaO ₂ 96 %	
71- SUDOS		72- SUDOS		73- SUDOS	
<input type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Sim	
<input type="checkbox"/> HED: <input type="checkbox"/> Sibilos		<input type="checkbox"/> HED: <input type="checkbox"/> Sibilos		<input type="checkbox"/> HED: <input type="checkbox"/> Sibilos	
<input type="checkbox"/> NÃO		<input type="checkbox"/> NÃO		<input type="checkbox"/> NÃO	
<input type="checkbox"/> imp		<input type="checkbox"/> imp		<input type="checkbox"/> imp	
<input type="checkbox"/> SaO ₂ 96 %		<input type="checkbox"/> SaO ₂ 96 %		<input type="checkbox"/> SaO ₂ 96 %	
74- SUDOS		75- SUDOS		76- SUDOS	
<input type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Sim	
<input type="checkbox"/> HED: <input type="checkbox"/> Sibilos		<input type="checkbox"/> HED: <input type="checkbox"/> Sibilos		<input type="checkbox"/> HED: <input type="checkbox"/> Sibilos	
<input type="checkbox"/> NÃO		<input type="checkbox"/> NÃO		<input type="checkbox"/> NÃO	
<input type="checkbox"/> imp		<input type="checkbox"/> imp		<input type="checkbox"/> imp	
<input type="checkbox"/> SaO ₂ 96 %		<input type="checkbox"/> SaO ₂ 96 %		<input type="checkbox"/> SaO ₂ 96 %	
77- SUDOS		78- SUDOS		79- SUDOS	
<input type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Sim	
<input type="checkbox"/> HED: <input type="checkbox"/> Sibilos		<input type="checkbox"/> HED: <input type="checkbox"/> Sibilos		<input type="checkbox"/> HED: <input type="checkbox"/> Sibilos	
<input type="checkbox"/> NÃO		<input type="checkbox"/> NÃO		<input type="checkbox"/> NÃO	
<input type="checkbox"/> imp		<input type="checkbox"/> imp		<input type="checkbox"/> imp	
<input type="checkbox"/> SaO ₂ 96 %		<input type="checkbox"/> SaO ₂ 96 %		<input type="checkbox"/> SaO ₂ 96 %	
80- SUDOS		81- SUDOS		82- SUDOS	
<input type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Sim	
<input type="checkbox"/> HED: <input type="checkbox"/> Sibilos		<input type="checkbox"/> HED: <input type="checkbox"/> Sibilos		<input type="checkbox"/> HED: <input type="checkbox"/> Sibilos	
<input type="checkbox"/> NÃO		<input type="checkbox"/> NÃO		<input type="checkbox"/> NÃO	
<input type="checkbox"/> imp		<input type="checkbox"/> imp		<input type="checkbox"/> imp	
<input type="checkbox"/> SaO ₂ 96 %		<input type="checkbox"/> SaO ₂ 96 %		<input type="checkbox"/> SaO ₂ 96 %	
83- SUDOS		84- SUDOS		85- SUDOS	
<input type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Sim	

EXAME SECUNDÁRIO

ALERGIA: Não Sim: _____
MEDICAMENTOS: Não Sim: _____
IMUNIZAÇÃO: Não Sim: _____
FATOLOGIA: Não Sim: _____
ALIMENTOS INGERIDOS: Não Sim: _____

LOCAL DA LESÃO


- | | |
|------------------------|---------------------------------|
| 1 Abrasão | 19 Fratura Óssea Fechada |
| 2 Amputação | 20 Fratura Óssea Aberta |
| 3 Avulsão | 21 Hematoma |
| 4 Contusão | 22 Ingurgitamento Nervoso |
| 5 Crepitação | 23 Lacerção |
| 6 Dor | 24 Lesão Tendínea |
| 7 Edema | 25 Luxação |
| 8 Empalamento | 26 Mordedura |
| 9 Efisema 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 Paresia |
| 14 F. Contuso | 32 Parestesia |
| 15 F. Cortante | 33 Queimadura |
| 16 F. Corte-Contuso | 34 Rinorragia |
| 17 F. Perfuro-Contuso | 35 Sinais de Isquemia |
| 18 F. Perfuro-Cortante | 36 |

OBS.:

QUEIMADURA:
 Superfície corporal lesada (regra da palma%) % Graus de queimadura: 1º grau 2º grau 3º grau

EXAMES SOLICITADOS

- Radiografias Lavado peritoneal
 Ultrassonografia (FAST) Gasometria arterial
 Tomografia computadorizada Tipagem sanguínea

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

	CONDUTAS E PROCEDIMENTOS	CÓDIGO	ASSINATURA E CARIMBO
1	Atentado Suicídio		<i>Rodrigo C. Monteiro</i>
2	Quemadura 2º grau do abd.		<i>U. G. Costa</i>
3			<i>Chaves</i>
4			
5			
6	Acido Urônico Cintil (Gástrico ▷)		
7	Gd - 1000 ml	1º 2º	
8	Adm. UTI Med		

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO

Solicito parecer da MCN / BNF às: _____ do dia: _____
 Solicito parecer da Onto / _____ às: _____ do dia: _____

DESTINO DO PACIENTE

DATA _____
 DA _____
 SAÍDA _____
 HORAS: _____

Centro cirúrgico
 Transferência (unidade de saúde) _____
 Internado (setor) _____
 Alta hospitalar Decisão médica A pedido A revisão Desistência
 Óbito Até 48 hs. Após 48 hs. Família IML SVO

ASSIN _____
 ATURA/CARIMBO _____

ASSIN _____
 ATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL _____

FIN 6.00.001-1



**REGISTRO DE UTILIZAÇÃO DE MATERIAIS
ORTÉSES PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME**

CRUZ VERMELHA

Nummer 00: Die ersten 100 Bilder der Sinfonie

Paciente: ~~pepe~~ trat.

Procedimento: Exame
SUS: Não SUS
Médico: Dr. Felipe Almeida

Aug 648

Data:

SUS: () Não SUS ()		DISPENSAÇÃO CME	QUANTIDADE	CÓDIGO SUS	MARA
FORNECEDOR	3,5				
Rompaz 30		bandagens corticais Nº 38	01		
		bandagens corticais Nº 20	01		
		bandagens corticais Nº 22	02		
		bandagens corticais Nº 24	02		
		bandagens corticais Nº 28	01		
		bandagens corticais Nº 34	01		
		bandagens corticais Nº 38	01		
		bandagens espalhafato Nº 50	01		
		placa de 10 furos (calcos)	01		
		disco de Kirschner (cada só como guia)	01		

DISPENSAÇÃO - FARMÁCIA

JOSEPH JOSÉ RIBEIRO DE SÁ
Técnico Enfermagem
COREN 196.115

E(NG), APC.013-2

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: Felipe 18/09/2010 BE/Prontuário: _____
 Idade: 49 Sexo: Masculino Feminino Cor: _____ Data: 19/11/16
 Clínica/Setor: Ortopedia EMP: _____ LR: _____
 Cirurgia: Dr. Felipe Botelho Cirúrgico: Dr. João Almeida Botelho
 Cirurgião: Dr. Felipe Botelho 1º Assistente: Dr. Ricardo Basso
 2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____
 Instrumentador: _____ Anestesista: _____
 Tipo de Anestesia: Dr. Andre Horário: Início 12:00 Término 14:15

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fratura de clavícula</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>tratamento cirúrgico clavícula</u>	

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

Biopsia de Congelação: ()Sim Não

Encarceramento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

Enfermaria Terapia Intensa Residência Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico CRM: Dr. Felipe Almeida Botelho
 CRM 10.583
 CRF 14.193

João Pessoa, 14/11/16

P/NC/1 Acessos 000



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

RELATÓRIO DE CIRURGIA

HOSPITAL

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Antinepmo e anest. bolso aberto
no SD e dentro aberto E
Paroximad algodão para pressão.

Incisão:

Aciso longitudinal na linea sobre elmo
dissecado por placa

Achados:

Envolto consolidado de colo fibroso
visivelmente ligeira descoloração.

Conduta:

Reduziu frang. testem doelho com fratura
comprimida entre osso pensado e intefibroscálio
reduzido de novo C/ EFK. Fixado feste
a placa recortando que molhado o feror.

3 parafusos hastes óbvias, 1 malha cingeb
anterior a 3 distal. Reduzido OK no malha
- falso expondo - ap. 20°, lance la
ferida, retira o gantete (12h d. cura)

Fechamento:

Surge por placa.

Dr. Bruno SO

Observação: 1-10 1º P.O. de falso no malha
2- falso no malha palmar no 1º placa
3- falso 1º HTOP - Dr. Felipe Botter 23/11/16

Dr. Felipe Almeida Botter
Ortopedia e Traumatologia
CRM 10.583
TEOT - 14.193

João Pessoa,

Médico/CRM:

F(NG)ASCI 009-1

Nota de Sala Cirúrgica

Nome do paciente: Felipe Costin Oliveira da Silva
 Data: 19/4/16 Hora: 09:48 Frontário: ENTERNA Letro: LE
 Cirurgia: Trat. Cirúrgico de rotura de cateter de cateter direito
 Cirurgião: Dr. Felipe Matheus PAUL Co-req: Dr. Francisco Barnes
 Anestesia: Isaac Henrique Silva
 Anestesista: Dr. André
 Instrumentador: José

Data: 19/4/16 Tempo Cirúrgico - Anestesia: Início 11:30 Fim 14:30 Cirurgia: Início 11:40 Fim 14:30

Índice de Risco de Cirurgia - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)

ASA (1) ASA 1 (2) ASA 2 (3) ASA 3 (4) ASA 4 (5)

GRADE DE CONTAMINAÇÃO (1) LIMPA (2) CONTAMINADA (3) INFECTADA (4) POTENCIALMENTE CONTAMINADA

MEDICAMENTOS	ESTÉSICAS	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.
ALFENTANILA			JELCO N°18		FIO CAT GUT CROMADO N°	
SUPVACAINA ISOBARICA			JELCO N°20		FIO CAT GUT CROMADO N°	
SUPVACAINA PESADA			JELCO N°22		FIO DE AÇO N°	
SETIMINA			JELCO N°24		FIO DE AÇO N°	
ORCOPERIDOL			KIT SIST. DREN. TÓRAXICA N°		FIO DE NYLON N° 3-0	1
ETOUDATO	SOLUÇÕES	QTD.	LÂMINA BISTURI N°11	1	FIO DE NYLON N°	
FEN BARBITAL	ALCOOL ETÍLICO 70%	OK	LÂMINA BISTURI N°15	1	FIO DE NYLON N°	
FEN ANIL	PVPI DEGERMANTE	OK	LÂMINA BISTURI N°22		FIO POLIGLACTINA N° 0	5
LUCASENIL	PVPI TINTURA		LÂMINA BISTURI N°24	L	FIO POLIGLACTINA N° 3-0	1
SORVILANO	PVPI TÓPICO	OK	LÂMINA DE DÉRMATOXO		FIO POLIGLACTINA N°	
LEV BPIVACAINA C/ VASO	SABÃO ANTISEPTICO		LÂMINA DE ENXERTO		FIO POLIPROPILENO N°	
LEV BPIVACAINA S/ VASO	MATERIAIS	QTD.	LUVA DE PROCEDIMENTO PAR	15	FIO POLIPROPILENO N°	
EDOCAINA C/ VASO	AGULHA 15X4,5		LUVA ESTÉRIL N°7,0	NL	FIO POLIPROPILENO N°	
EDOCAINA S/ VASO	AGULHA 25X07		LUVA ESTÉRIL N°7,5		FIO POLIGLECAPRONE N°	
ID ZOLAN	AGULHA 25X08	1	LUVA ESTÉRIL N°8,0	L	FIO SEDA N°	
ZORTRIA	AGULHA 40X12	1	LUVA ESTÉRIL N°8,5	L	FITA CARDIACA	
INFILTRUM	AGULHA PERIDURAL N°16		MÁSCARA CIRÚRGICA		MATERIAL ESPECIAL	QTD.
ANESTRÔNIO	AGULHA PERIDURAL N°17		MULTIVIAS		CATETER DE PIC	
BETONINA	AGULHA PERIDURAL N°18		PERFURADOR DE SORO		CIMENTO CIRÚRGICO	
PRODOPOL	AGULHA RAQUI N°25G		SCALP N°19		CLIP TITÂNIO LIGADURA	
AMFENTANILA	AGULHA RAQUI N°26G		SCALP N°21		FIO DE KIRSCHNER N° 25	10cm
NOCTRÔNIO	AGULHA RAQUI N°27G		SERINGA 3ML		FIO DE KIRSCHNER N°	
SEVOFURANO	ALGODÃO ORTOPÉDICO		SERINGA 5ML	1	FIO STEINMAN N°	
SUX METÔNIO	ATADURA DE CREPOM	1	SERINGA 10ML	N	FIO STEINMAN N°	
TOFENTAL	ATADURA GESSADA		SERINGA 10ML	L	GRANPEADOR CIRÚRGICO	
MEDICAMENTOS	QTD.	BOLSA P/ COLOSTOMIA	SONDA ASP. TRAQUEAL N°8		HEMOST ABSORVÍVEL	
DRONALINA		CÂMULA P/ TRAQUEOSTOMIA N°	SONDA ASP. TRAQUEAL N°10		KIT DERIVA VENTRICULAR	
OURO DESTILADA	1	CATETER DE OXIGÉNIO	SONDA ASP. TRAQUEAL N°12		PRÓTESE VASCULAR	
ATROFINA		CATETER EMBOLÉC ARTERIAL N	SONDA ASP. TRAQUEAL N°14		KIT PAM	
SEXTA		CATETER EPIDURAL N°16	SONDA ASP. TRAQUEAL N°16		FIXADOR EXTERNO	
CEFAQUINA	1	CATETER EPIDURAL N°17	SONDA FOLEY 2VIAS N°12		EMPRESA	
DEXAMETASONA	1	CATETER EPIDURAL N°18	SONDA FOLEY 2VIAS N°14		<i>Com pac 30</i>	
EDIPRIMA SÓDICA		CERA PARA OSSO	SONDA NASOG. CURTA		PARAFUSOS CORTICAIS N° 18-1	
EDEDINA	<i>Nov Nov</i>	COLET URINA FECHADO	SONDA NASOG. LONGA		PARAFUSOS CORTICAIS N° 20	1
FIROFEMIDA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	NL SONDA URETRAL N°		PARAFUSOS CORTICAIS N° 22-2	
GLICOSSE 50%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	SONDA URETRAL N°		PARAFUSOS ESPOONOSO N° 50	
GLUCONATO DE CALCIO		DRENO DE PENROSE	TUBO ENDOTRAQUEAL N°		PARAFUSOS ESPOONOSO N° 50	
HIDROCORTISONA	1	DRENO DE SUÇÃO	TUBO ENDOTRAQUEAL N°		PARAFUSOS ESPOONOSO N° 50	
UDOMINA GELÉ		ELETRODOS	TUBO ENDOTRAQUEAL N°		PLACA de gelo para -10°C	
ONDA SENTRONA	1	EQUIPO MACROGOTAS	TUBO SILICONE (LATEX)		PLACA para -10°C	
PLASTI		EQUIPO TRANSF SANGUE			EQUIPAMENTOS	
PROSTIGMINE		EQUIPO MICROGOTAS			() ASPIRADOR	
PROTOMINA		ESPONJA DE PVP	FIOS	QTD.	() BISTURI ELETRICO	
TENOICAN		ESPARADRAPO	FIOS ALGODÃO S/A N°		() CAPNÓGRAFO	
<i>100 derm</i>	3	GAZES	FIOS ALGODÃO S/A N°		() CARDIOMONITOR	
<i>Scalp 20ml</i>	4	GAZES ALGODoadas	FIOS ALGODÃO C/A N°		() DESFIBRILADOR	
		GEL ELETROLÍTICO	FIOS ALGODÃO C/A N°		() FOCO AUXILIAR	
		JELCO N°14			() FOCO CENTRAL	
		JELCO N°16			() MICROSCOPIO	
					() OXIMETRO DE PULSO	
					() P.A. INVASIVA NÃO INVASIVA	
					() PERFURADOR ELETTRICO	
					() SERRA	
					CIRCULANTE <i>Isso é isolado da Silva</i>	
					forrinhos <i>Isso é isolado da Silva</i>	
					FONTE <i>Isso é isolado da Silva</i>	

FICHA DE ANESTESIA

CH
HEETSHL

DATA: 19/11/2016 PRONTUÁRIO: 94.8648

PACIENTE: Felipe Costa Vilela da Silva		SEXO: M	COR: Br	IDADE:	
PRESSÃO ARTERIAL	PULSO 70	RESPIRAÇÃO 12	TEMPERATURA 30	PESO 20	GRUPO SANGUÍNEO
ESTADO GERAL	() BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO	RISCO CIRÚRGICO () BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO			
EXAMES COMPLEMENTARES OK					
AP. RESPIRATÓRIO	AP. CIRCULATÓRIO		de		
AP. DIGESTIVO	ESTADO MENTAL	ESTADO FÍSICO (ASA)	ESTADO MENTAL		
PRÉ-ANESTÉSICO	ESTADO FÍSICO (ASA)				
DOSE/HORA	ESTADO FÍSICO (ASA)				
DIAGNÓSTICO PRE-OPERATÓRIO	Fraturas dos ossos do cotovelo				
CIRURGIA REALIZADA	Trot. Cervicoto				
CIRURGIAO	AUXILIARES				
INÍCIO DA ANESTESIA	11:50	TÉRMINO DA ANESTESIA	12:50	DURAÇÃO DA ANESTESIA	60'
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	QUANT. DE CH.	VALORES R\$			
ANESTESISTA	CRM-PB	2789			
Anestesia					
O N O					
Liquidos Venosos					
PULSO	220	200	180	160	140
CONGOS	140	120	100	80	60
ANESTESIA	100	80	60	40	20
P. ARTERIAL SISTÓLICA/ DIASTÓLICA	110/70	100/60	90/50	80/40	70/30
ECG	100	90	80	70	60
ANOTADORES	10	9	8	7	6
TECNICO: Bloq. Pleura Bracial.					
MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO					
UNIDADES	QUANT. (ml/mg)	1	2	3	4
GLICOSE		Tidoral 20	11		
NACL		Neocain 100	12		
SANGU		MDG 02	13		
RINGER		Central 500	14		
TOTAL	1000-1	5 Cifadol 02	15		
DESTINO DO PACIENTE		6	7	8	9
<input type="checkbox"/> AP	<input checked="" type="checkbox"/> ENFERMAGIA	7furo 02	16		
<input type="checkbox"/> UTI	<input type="checkbox"/> RESIDENCIA	8	9	10	11
<input type="checkbox"/> OUTROS		9	10	11	12
OBSERVAÇÕES IMPORTANTES					
Relatando cl. lesão que evoluiu neste mês de novembro, 07 meses de 07 meses apresenta deficit funcional em seu braço direito.					
ASSINATURA DO ANESTESISTA:				Dr. André Cavalcanti Scaramella Médico	
F. (NG) / SCR 026-1					

CRAZ VERMELHA
BRASILEIRA

RELATÓRIO DE CIRURGIA

8
HEETSIL

Nome: Fábio Costa Lima BE/Prontuário: _____
 Idade: _____ Sexo: () Masculino () Feminino Cor: _____ Data: _____ / _____ / _____
 Clínica/Setor: _____ EMP: _____ LR: _____
 Cirurgia: FX da articulação () + DMA da articulação ()
 Cirurgião: Dr. Francisco Lira 1º Assistente: Dr. Alvaro Bento
 2º Assistente: Dr. Marcos () 3º Assistente: _____
 Instrumentador: _____ Anestesista: Dr. Pedro Lima
 Tipo de Anestesia: IVAN Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pos-Operatório	CID
<u>Artrose moderada - unínea da FX</u>	
<u>Artrose () da articulação ossaria -</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Completo artroscópico - unínea da articulação</u>	
<u>Artrose () da articulação ossaria -</u>	

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

Biópsia de Congelação: () Sim () Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

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

João Pessoa, 04/11/16

Medico CRM: _____

F(NG).ASCIR.009-1

RELATÓRIO DE CIRURGIA



DESCRICAÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- (1) POF um DDI, sob anestesia.
(2) Anel-Supra + Assorsia
(3) Apoio de canos usados

Incisão:

- (4) Amputação do ferimento.
(5) Divisão da pele

Achados:

- (6) Exposição da lesão essa de Fx do osso (7).

Conduta:

- (8) Osteotomia segmentaria de Fx do osso
(9) Limpeza minima da lesão com SF 0,9%
(10) Sutura da pele
(11) Rx de controlo

Fechamento:

Observação:

Médico/CRM:

João Pessoa, 07/11/16

F(NG).ASC 009-1

Nota de Sala Cirúrgica

NO. DO PACIENTE:	Felipe Posta Juara da Silve		
ID. DE 24	448648	FRONTÁRIO:	ENFERMAGEM SIC OFTO.
CHURGIA:	Tat. cirúrgica de limpeza de catapole. O		
CHURGIA: P. Ricardo	Dr. Francisco		
ANESTESIA:	Local		
ANESTESISTA:	Dr. Neto Lobo		
INSTRUMENTADORA:	—		
DATA: 07/11/08	TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA: INICIO:	FIN:	CHURGIA: INICIO: 10:10:10:50
ÍNDICE DE RISCO DE CHURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTE)	ASA 1 (ASA 1) ASA 2 (ASA 2) ASA 3 (ASA 3) ASA 4 (ASA 4) ASA 5 (ASA 5)		
GRUPO DE CONTAMINAÇÃO (1 LIMPA) (2 CONTAMINADA) (3 INFECTADA) (4) POTENCIALMENTE CONTAMINADA	—		
MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS QTD.		MATERIAIS CONT.	QTD.
ALVETANILA	SP 0,9%	JELCO N°18	FIO CAT GUT CROMADO N°
BUTIVACAINA 20% SORÁRICA	SAL	JELCO N°20	FIO CAT GUT CROMADO N°
BUTIVACAINA 20% SEDA		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° 00 1
ETOMIDATO	SOLUÇÕES	QTD. LÂMINA BISTURI N°11	FIO DE NYLON N°
FEIXOBARBITAL	ÁLCOOL ETÍLICO 70%	OK LÂMINA BISTURI N°15	FIO DE NYLON N°
FENTANILA	PVP DEGERMANTE	OK LÂMINA BISTURI N°23	FIO POLIGLACTINA N°
FLUMAZENIL	PVP TINTURA	OK LÂMINA BISTURI N°24	FIO POLIGLACTINA N°
ISOFLURANO	PVP TÓPICO	LÂMINA DE DERMATOMO	FIO POLIGLACTINA N°
LEVOBUPIVACAÍNA C/ VASO	SABÃO ANTISÉPTICO	LÂMINA DE ENXERTO	FIO POLIPROPILENO N°
LEVOBUPIVACAÍNA S/ VASO	MATERIAIS	QTD. LUVA DE PROCEDIMENTO PAR. 0/0	FIO POLIPROPILENO N°
LIDCAINA C/ VASO	AGULHA 13X4,5	LUVA ESTÉRIL N°7,0	FIO POLIPROPILENO N°
LIDCAINA S/ VASO	AGULHA 15X07	LUVA ESTÉRIL N°7,5	FIO POLIGLECAPRONE N°
MIDAZOLAN	AGULHA 15X68	LUVA ESTÉRIL N°8,0	FIO SEDA N°
MORFINA	AGULHA 40X12	LUVA ESTÉRIL N°8,5	FITA CARDIÁCA
NIMIUM	AGULHA PERIDURAL N°16	MÁSCARA CIRÚRGICA	MATERIAL ESPECIAL QTD.
PANCRÔNIO	AGULHA PERIDURAL N°17	MULTIVIAS	CATETER DE PIC
PETDINA	AGULHA PERIDURAL N°18	PERFURADOR DE SORO	CIMENTO CIRÚRGICO
PROOFOL	AGULHA RAQUI N°25G	SCALP N°19	CLIP TITÂNIO LIGADURA
RAM FENTANILA	AGULHA RAQUI N°26G	SCALP N°21	FIO DE KIRSCHNER N°
ROCRÔNIO	AGULHA RAQUI N°27G	SERINGA 3ML	FIO DE KIRSCHNER N°
SEVFLURANO	ALGODÃO ORTOPÉDICO	SERINGA 5ML	FIO STEINMAN N°
SUX METÔNIO	ATADURA DE CREPOM	SERINGA 10ML	FIO STEINMAN N°
TIOPENTAL	ATADURA GESSADA	SERINGA 20ML	GRAMPEADOR CIRÚRGICO
MEDICAÇÕES	QTD. BOLSA P/ COLOSTOMIA	SONDA ASP. TRAQUEAL N°8	HEMOST. ABSORVÍVEL
ADRINALINA	CÂNLULA P/ TRAQUEOSTOMIA N°	SONDA ASP. TRAQUEAL N°10	KIT DERIVA VENTRICULAR
ÁGUA DESTILADA	CATETER DE OXIGÉNIO	SONDA ASP. TRAQUEAL N°12	PRÓTESE VASCULAR
ATROPINA	CATETER EMOBOLE ARTERIAL N°	SONDA ASP. TRAQUEAL N°14	KIT. PAM
BEXTRA	CATETER EPIDURAL N°16	SONDA ASP. TRAQUEAL N°16	FIXADOR EXTERNO
DEFACOLINA	CATETER EPIDURAL N°17	SONDA FOLEY 2VIAS N°12	EMPRESA
DEXAMETASONA	CATETER EPIDURAL N°18	SONDA FOLEY 2VIAS N°14	
DIPRIVONA SÓDICA	CERA PARA OSSO	SONDA NASOG. CURTA	PARAFUSOS CORTICais
EFEDINA	COLEY. URINA FECHADO	SONDA NASOG. LONGA	PARAFUSOS CORTICais
FUROSEMIDA	COMPRESSAS CIRÚRGICAS	SONDA URETRAL N°	PARAFUSOS ESPONJOSO
GLICOSSE 50%	COMPRESSAS CIRÚRGICAS	TORNEIRINHA	PARAFUSOS ESPONJOSO
GLUCONATO DE CALCIO	DRENO DE PENROSE	TUBO ENDOTRAQUEAL N° 75	PARAFUSOS MALEOLAR
HIDROCORTISONA	DRENO DE SUÇÃO	TUBO ENDOTRAQUEAL N°	PARAFUSOS MALEOLAR
LODOPAÍNA GELEIA	ELETRODOS	TUBO ENDOTRAQUEAL N°	PLACA
ONDABENTONINA	EQUIPO MACROGOTAS	TUBO SILICONE (LATEX)	PLACA
PLAST	EQUIPO TRANSF. SANGUE		
PROSTIGMATE	EQUIPO MICROGOTAS		EQUIPAMENTOS
PROTAMINA	ESPONJA DE PVP	FIOS	() ASPIRADOR
TONICIAN	ESPARADRAPO	FIO ALGODÃO SA N°	() BISTURI ELETRICO
ICL DROPO	GAZES	OK FIO ALGODÃO SA N°	() CAPNÓGRAFO
ASSIST. TECNICO	GAZES ALGODOADAS	FIO ALGODÃO CA N°	() CÁRDIONITRON
COBANIMEROL	GEL ELETROLÍTICO	OK FIO ALGODÃO CA N°	() DESFIBRILADOR
	JELCO N°14	JELCO N°16	() FOCO AUXILIAR
			() FOCO CENTRAL
			() MICROSCÓPIO
			() OXÍMETRO DE PULSO
			() P.A. INVASIVA/ NÃO INVASIVA
			() PERFURADOR ELÉTRICO
			() SERRA
			CIRCULANTE

M^a Rosimaria A. Pencin
Tec. de Enfermagem
COMESA FERREIRA - 1013

CRUZ VERMELHA
BLAS DE LEIRA

88
FICHA DE ANESTESIA

HEETSHL

DATA: 07/11/2016

PRONTUÁRIO:

948648

PACIENTE: FELIPE COSTA VIEIRAS / IDADE:

PRES. ARTERIAL PULSOS RESPIRAÇÃO TEMPERATURA PESO GRUPO SANGUÍNEO

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

EXAMES COMPLEMENTARES

AP. RESPIRATÓRIO AP. CIRCULATÓRIO

AP. DIGESTIVO ESTADO MENTAL DROGAS EM USO

PRÉ ANESTÉSICO DOSE / HORA ESTADO FÍSICO (ASA)

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: OSTÉOMÍSIS DO ROTULÓIDE DIREITO

CIRURGIA REALIZADA: TRATAMENTO CIRÚRGICO

CIRURGIO: FERNANDEZ AUXILIARES: RICARDO

INÍCIO DA ANESTESIA: 10:10 TÉRMINO DA ANESTESIA: 10:50 DURAÇÃO DA ANESTESIA: 40 MINUTOS

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO QUANT. DE CH. VALORES R\$

ANESTESISTA: NETOLEITE CRM-PB 2584

AGENTE ANESTÉSICO: O2 N2O

LIQUIDOS VENOSOS: RINICER 1000 ml

COLOCAS: PULSO CÓDIGO: CIRURGIA

ANESTÉSICO: PARTERÍA SEDATIVA: N. D. S. D.

ESTERILIZADA: ARTERIA: VENOSA: ANESTÉSICO: N. D. S. D.

1000 ml

</div



FICHA DE ANESTESIA



PACIENTE:		DATA:	PRONTUÁRIO:							
			SEXO:	COR:	IDADE:					
PRESSÃO ARTERIAL		PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO					
ESTADO GERAL () BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO				RISCO CIRÚRGICO () BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO	GRUPO SANGUÍNEO					
EXAMES COMPLEMENTARES										
AP. RESPIRATÓRIO		AP. CIRCULATÓRIO								
AP. DIGESTIVO		ESTADO MENTAL	DROGAS EM USO		ESTADO FÍSICO (ASA)					
PRÉ-ANESTÉSICO DOSE / HORA										
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO										
CIRURGIA REALIZADA										
CIRURGIÃO		AUXILIARES								
INÍCIO DA ANESTESIA		TERMINO DA ANESTESIA		DURAÇÃO DA ANESTESIA						
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		QUANT. DE CH.		VALORES R\$						
ANESTESISTA		CRM-PB								
AGENTES INHALAÇÕES										
O ₂ N ₂ O										
LÍQUIDOS VENOSOS										
CÓDIGO ANESTÉSICO	PULSO	P. ARTERIAL SISTÓLICA	DIASTÓLICA	PRESSÃO						
				220	200	180	160	140	120	100
X	ANESTÉSICO	P. ARTERIAL SISTÓLICA	DIASTÓLICA	ANOTACÕES						
REGRADAS										
P. ARTERIAL										
ECG										
G. PULSO										
ANOTACÕES										
<input type="checkbox"/> ANESTESIA GERAL <input type="checkbox"/> RAQUIDIANA <input type="checkbox"/> EPIDURAL <input type="checkbox"/> BLOQ.PLEXO <input type="checkbox"/> BLOQ.NERVOS <input type="checkbox"/> OUTROS										
TECNICA										
LÍQUIDOS		Volume estim.	MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO							
GLUCOSE		1	11							
NACL		2	12							
SANGUE		3	13							
RINGER		4	14							
TOTAL		5	15							
DESTINO DO PACIENTE		6	16							
<input type="checkbox"/> APTO		<input type="checkbox"/> ENFERMARIA	17							
<input type="checkbox"/> UTI		<input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA	18							
<input type="checkbox"/> OUTROS			19							
		10	20							
OBSERVAÇÕES IMPORTANTES										
				ASSINATURA DO ANESTESISTA						
				F. (ING) ASCIR.026-1						

FICHA DE ANESTESIA



PRONTUÁRIO:

DATA: / /

SEXO:

COR:

IDADE:

PACIENTE

PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	GRUPO SANGUÍNEO
ESTADO GERAL	() BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO		RISCO CIRÚRGICO	() BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO	
EXAMES COMPLEMENTARES					
AP. RESPIRATÓRIO			AP. CIRCULATÓRIO		
AP. DIGESTIVO		ESTADO MENTAL		DROGAS EM USO	ESTADO FÍSICO (ASA)
PRÉ-ANESTÉSICO					
DOSE/HORA					
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					
CIRURGIA REALIZADA					
CIRURGIA		AUXILIARES			
INÍCIO DA ANESTESIA		TÉRMINO DA ANESTESIA		DURAÇÃO DA ANESTESIA	
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		QUANT. DE CH.		VALORES R\$	
ANESTÉSISTA		CPF		CRM-PB	

AGENTES SANGUÍNEOS

O₁
N₃O

LÍQUIDOS
VENOSOS

O

PULSO

DIASTÓLICA

220

200

180

160

140

120

100

80

60

40

20

0

CÓDIGOS
CIRURGIA

ANESTESIA

PARTIAL SISTÓLICA

SECUNDÁRIA

P. ARTERIA

ECG

CP. PULS

220

200

180

160

140

120

100

80

60

40

20

0



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

RELATÓRIO DE CIRURGIA



Nome:	Felipe Costa Vieira		BE/Prontuário:	
Idade:	Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	Cor:	Data:	28/10/16
Clínica/Setor:	Ortopedia		EMP:	LR:
Cirurgia:	Mast. Cirúrgico de gal. dissecção de unhas (S)			
Cirurgião:	Dr. Rattner		1º Assistente:	Dr. Odilon
2º Assistente:	Dr. Pergola (H&M)		3º Assistente:	
Instrumentador:			Anestesista:	
Tip. de Anestesia:			Horário: Início	
			Termino	

Diagnóstico Pos-Operatório	CID
Fractura de úmero	

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

Biopsia de Congelação: ()Sim ()Não

Endaninhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

Enfermaria Terapia Intensa Residência Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM:

João Pessoa, 28/10/16

F(NG).ASCIR.009-1



RELATÓRIO DE CIRURGIA

HECTHL

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em DPH sob anestesia
limpaa + antiséptico
(apenas) de campo

Incisão:

Obliqua em lateral de ilio

Achados:

Anulus de forâmen de Winnie
falso anel

Conduta:

Redução do fratura
fixação
fixação com placa DCP 8 furos → metáfiso
osteosíntese metáfiso com SF

Fechamento:

parâmetros
cicatriz estéril

Observação:

RX controll

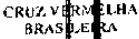
Médico/CRM:

CRM 1005189
Hector Henrique
Medicina

João Pessoa, 28

AB 10

F(NG).ASC/EP.009-1



FICHA DE ANESTESIA

DATA 28.10.16

PRONTUÁRIO:

HEETSHL

PACIENTE		ELIAS COSTA VIEIRA SILVA		SEXO:	COR: 132	IDADE: 24 ANOS		
PRESSÃO	ESTERNO	PULSO	95	RESPIRAÇÃO	16	TEMPERATURA	60	GRUPO SANGUÍNEO
ESTADO GERAL	() BOM (X) REGULAR () MAU () PÉSSIMO			RISCO CIRURGICO	() BOM (X) REGULAR () MAU () PÉSSIMO			
EXAMES COMPLEMENTARES			DENTRO DA NORMALIDADE					
AP. RESPIRATÓRIO	ARV + SVA		AP. CIRCULATÓRIO	RR 21 SK				
AP. DIGESTIVO	JETUN + 1000		ESTADO MENTAL	LOTE		DROGAS EM USO		
PRÉ-ANESTÉSICO	URSOLICUM 300					ESTADO FÍSICO (ASA)		
DOSE/HORA								
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO	Fratura descoligada do tubo esôfago							
CIRURGIA REALIZADA	transfuso cirúrgico de fratura de esôfago							
URGIA	Dr. RATHBURN		AUXILIARES					
INÍCIO DA ANESTESIA	15:45		TÉRMINO DA ANESTESIA	17:45		DURAÇÃO DA ANESTESIA		
DIGO DO PROCEDIMENTO			QUANT. DE CH.			VALORES R\$		
ANESTESISTA	Abdon		CPF			CRM-PB	Dr. Abdon Moreira Lustosa Anestesiologista CRM 4184	
ABERTURA								
O2 N2O								
LÍQUIDOS VENOSOS								
<img alt="Handwritten urine output graph showing milliliters over time. The graph shows a high initial output followed by a sharp drop and then a steady decline. The								



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: Felipe Costa Vieira de Souza BE/Prontuário: 998648
Idade: 11 Sexo: Masculino Feminino Cor: _____ Data: 20/09/16
Clínica/Setor: Vermelha EMP: _____ LR: _____
Cirurgia: 6ml
Cirurgião: Dr Rodrigo Camargo 1º Assistente: Dr Daniel Amorim
2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____
Instrumentador: _____ Anestesista: _____
Tipo de Anestesia: local Horário: Início 23:55 Término 00:05

Diagnóstico Pós-Operatório	19/09/08	07/09/08	CID
<u>Transtorno de ansia severa</u> <u>perpetuada</u>			

Procedimentos Cirúrgicos	Código
AVC em V510, dia + mil diai avert.	

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

Bio-sia de Congelação: ()Sim ()Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

Enfermaria Terapia Intensa Residência Óbito durante Ato Cirúrgico

Daniel Aporim Ricarte de Oliveira
Médico / CRM-PB 9370
CNPJ: 20.850.527/0001-11

João Pessoa, 20/01/16

Medico/CRN

E(NG) ASCIR 009-1



CRUZ VERMELHA BRASILEIRA

RELATÓRIO DE CIRURGIA

DESCRICAO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Posição e Preparo:
Dorente em ODH + antineop: + campo
lágrimas

Exercice

- ① Bloquer le bout de nos mitaines droites
- ② Pincer de deux i pincer des fils sur

Incisão:

Incisão: I critica consumo a tirania de Sclerio

• Bon flux et
• Trop de cataly

~~George~~ Clinton.

Achados:

Conducta:

Fechamento:

Observação:

Médico/CRM:

Daniel Antônio Ricarte de Oliveira
Médico / CRM-PB 9370
CNS: 708505378139274

João Pessoa,

F(NGLASCIR.009-1)

RELATÓRIO DE CIRURGIA

SL
HEE TSHL

Nome: Felipe Costa Jr da Silveira BE/Prontuário: _____
 Idade: _____ Sexo: Masculino Feminino Cor: _____ Data: 20/09/16
 Clínica/Setor: Urgência EMP: _____ LR: _____
 Cirurgia: Trat. Cirúrgico de fratura exposta de cotovelo (D)
 Cirurgião: DR. Frederico B. 1º Assistente: DR. Damião
 2º Assistente: DR. Jéssyka Emilia (MMA) Assistente: _____
 Instrumentador: _____ Anestesista: _____
 Tipo de Anestesia: _____ Horário: Início _____ : _____ Término _____ : _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fratura exposta de cotovelo (D)</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Plasty metânilo urinário</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: Sim Não. Descrição: _____

Biópsia de Congelação: Sim Não

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:

Enfermaria Terapia Intensa Residência Óbito durante Ato Cirúrgico

Jéssyka Emilia F. Ribeiro
Médica
CRM-10045/PB

João Pessoa, 20/09/16

Médico/CRM: _____

F(NG).ASCIR.009-1



RELATÓRIO DE CIRURGIA

HECTHE

DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Prt em JDH nos anteriores
colossal + anteroposterior
cubito de tempo

Incisão:

Ampliação do ferimento
descrição metade dos bordos
lateral de homens

Achados:

Prat exposta de glócora

Conduta:

Drainagem blástica com SF 0,91

Fechamento:

Br pél com Nylon 2.0
bordado estéril

Observação:

Br de polimorfo
abertura da prf. com mais de 10 horas de mediação

Jessyka Emilia F. Rabélo
Médica
CRM 10045/PE

João Pessoa, 20/09/16

Médico/CRM:

F(NG).ASCIR.009-1



Nota de Sala Cirúrgica

HEETSHU

NOME DO PACIENTE	Felipe Costa Vieira da Silva						
RADE	124	NR	948648	PRONTUÁRIO	ENFERMAGEM	LITRE	
CRM/CONSELHO	CRM-10 - Cirurgia de pat. Exporta de estenosis b						
CRM/CONSELHO	CRM-10 - Cirurgia de pat. Exporta de estenosis b						
ANESTESIA	Anestesia de plexo						
ANESTESISTA	Dr. Frederico						
ESTERILIZADORES							
DATA	10/07/11		TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA: INÍCIO: 16:00	CIRURGIA: INÍCIO: 16:00	FIM: 18:00		
ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)							
ASA 1 () ASA 2 () ASA 3 () ASA 4 () ASA 5 ()							
GRUPO DE CONTAMINAÇÃO: () LIMPA () CONTAMINADA () INFECTADA () POTENCIALMENTE CONTAMINADA							
MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD.		MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.	
ALFENTANILA		50% 500ml	JELCO N°18		FIO CAT GUT CROMADO N°		
BUPIVACAÍNA ISOBÉTÁRICA		SRL 500ml	JELCO N°20		FIO CAT GUT CROMADO N°		
BUPIVACAÍNA PERCUTADA			JELCO N°22		FIO DE AÇO N°		
CETARTINA	03		JELCO N°24		FIO DE AÇO N°		
DOPRIFRÍDOL			KIT SIST. DREN. TORÁXICA N°		FIO DE NYLON N° 20		
ETODOMATO		SOLUÇÕES	QTD. LÂMINA BISTURI N°11		FIO DE NYLON N°		
FENOBARBITAL		ALCOOL ETÍLICO 70%	OK LÂMINA BISTURI N°15		FIO DE NYLON N°		
FENTANILA	03	PVPI DEGERMANTE	OK LÂMINA BISTURI N°23	02	FIO POLIGLACTINA N°		
LUMIZENIL		PVPI TINTURA	OK LÂMINA BISTURI N°24		FIO POLIGLACTINA N°		
ISOFLURANO		PVPI TÓPICO	LÂMINA DE DERMÁTOMO		FIO POLIGLACTINA N°		
LEVOPRIVACAÍNA C/ VASO		SABÃO ANTISÉPTICO	LÂMINA DE ENXERTO		FIO POLIPRÓPILENO N°		
LEVOPRIVACAÍNA S/ VASO	01	MATERIAIS	QTD. LUVA DE PROCEDIMENTO PAR	10	FIO POLIPRÓPILENO N°		
LEVOOCINA C/ VASO	01	AGULHA 13X4,5	LUVA ESTÉRIL N°7,0	01	FIO POLIPRÓPILENO N°		
LEVOOCINA S/ VASO		AGULHA 25X97	01 LUVA ESTÉRIL N°7,5	02	FIO POLIGLECAPRONE N°		
MIDAZOLAN	01	AGULHA 25X08	02 LUVA ESTÉRIL N°8,0	02	FIO SEDA N°		
MORFINA		AGULHA 40X12	03 LUVA ESTÉRIL N°8,5		FITA CARDIÁCA		
NEBBUM		AGULHA PERIDURAL N°16	MÁSCARA CIRÚRGICA	04	MATERIAL ESPECIAL	QTD.	
PANCURÔNIO		AGULHA PERIDURAL N°17	MULTIVIAS		CATETER DE PIC		
PETIDINA		AGULHA PERIDURAL N°18	PURFURADOR DE SORO		CIMENTO CIRÚRGICO		
PROPOFOL		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°		
SEVOFRUANO		ALGODÃO ORTOPÉDICO	SERINGA 5ML	02	FIO STEINMAN N°		
SUZANETÔNIO		ATADURA DE CREPOM	02 SERINGA 10ML	02	FIO STEINMAN N°		
TIOPENTAL		ATADURA GESSADA	SERINGA 20ML		GRAMPEADOR CIRÚRGICO		
MEDICAÇÕES	QTD.	BOLSA P/ COLOSTOMIA	SONDA ASP. TRAQUEAL N°8		HEMOST. ABSORVÍVEL		
ADRENALINA		CÂNULA P/ TRAQUEOSTOMIA N°	SONDA ASP. TRAQUEAL N°10		KIT DERIVA. VENTRICULAR		
ÁGUA DESTILADA		CATETER DE OXIGÉNIO	03 SONDA ASP. TRAQUEAL N°12		PRÓTESE VASCULAR		
ATROFOPNA		CATETER EMBOLIC ARTERIAL N°	SONDA ASP. TRAQUEAL N°14		KIT. PAM		
VENTRI		CATETER EPIDURAL N°16	SONDA ASP. TRAQUEAL N°16		FIXADOR EXTERNO		
CEFAZOLINA	01	CATETER EPIDURAL N°17	SONDA FOLEY 2VIAS N°12		EMPRESA		
DEMANOTOSONA		CATETER EPIDURAL N°18	SONDA FOLEY 2VIAS N°14				
DIPRORUA SÓDICA		CERA PARA OSSO	SONDA NASOG. CURTA		PARAFUSOS CORTICais		
EFEDRINA		COLET. URINA FECHADO	SONDA NASOG. LONGA		PARAFUSOS CORTICais		
FUROSUMIDA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	15 SONDA URETRAL N°		PARAFUSOS ESPONJOSO		
GLICOS 5%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	TORNERINHA		PARAFUSOS ESPONJOSO		
GLUCONATO DE CALCIO		DRENO DE PENROSE	TUBO ENDOTRAQUEAL N°		PARAFUSOS MALEOLAR		
HIDROCORRISONA		DRENO DE SUÇÃO	TUBO ENDOTRAQUEAL N°		PARAFUSOS MALEOLAR		
LEVOOCINA GELÉIA		ELETRODOS	05 TUBO ENDOTRAQUEAL N°		PLACA		
ONCOSÉTIRONA		EQUIPO MACROGOTAS	TUBO SILICONE (LATEX)		PLACA		
PLATEL		EQUIPO TRANSF. SANGUE					
PROSTIGMINE		EQUIPO MICRÓGOTAS			EQUIPAMENTOS		
PROTAMINA		ESPONJA DE PVPI	01 FIOS	QTD.	() ASPIRADOR		
TENDIXAN		ESPARADRAPO	OK FIO ALGODÃO S/A N°		() BISTURI ELÉTRICO		
		GAZES	08 FIO ALGODÃO S/A N°		() CAPNÓGRAFO		
		GAZES ALGODOADAS	FIO ALGODÃO C/A N°		() CÁRDIOMONITOR		
		GEL ELETROLÍTICO	FIO ALGODÃO C/A N°		() DESFIBRILADOR		
		JELCO N°14			() FOCO AUXILIAR		
		JELCO N°16			() FOCO CENTRAL		
					() MICROSCOPIO		
					() OXÍMETRO DE PULSO		
					() PTA INVASIVA/ NÃO INVASIVA		
					() PERFORADOR ELÉTRICO		
					() SERRA Cláudia Muriçca		
					CIRCULANTE 3848569		



FICHA DE ANESTESIA



 HEETSHIL

CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

DATA: 10/9/16

PRONTUÁRIO:

Paciente com dor de Tórax na epíndade do 8º
anterior com bloquio de fluxo intercostal único a
nível da ondulação para evitar lesão pulmonar.

Dr. Italo Araújo de Arruda
Médico Anestesiologista

ASSIGNMENT NO. ONE THE STATE

Digitized by srujanika@gmail.com

F.(NG).ASCIR.026-1

Digitized by srujanika@gmail.com

Nota de Sala Cirúrgica

ONDE DO PACIENTE	Felipe Basto Vieira da Silva			
IDADE	24	SE	958648 PRONTUÁRIO	
CIRURGIA	Dr. T. Banung. et Faustino diafisaria de humor E	ENFERMARIA	16	
CIRURGIA	Dr. Karina	LEITO	09	
ANESTESIA	Desoxido de Place + sedação			
ANESTESISTA	Dr. Alvaro			
ESTRUMENTADOR	Angélica			
DATA	28/01/06	TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA: INICIO: 05:10 FIM: 10:10	CIRURGIA: INICIO: : FIM: :	
ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA - AS (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)				
AS 1 (ASA 2) (ASA 3) (ASA 4) (ASA 5)	CIRURGIA: CONTAMINADA () LIMPA () INFECTADA () POTENCIALMENTE CONTAMINADA			
EDUCAÇÃO ANESTÉSICAS (QTD)				
		MATERIAIS CONT.	QTD.	
ALFENTANILA		JELCO Nº18		
BUPIVACAINA ISÓTÁRICA		JELCO Nº20		
BUPIVACAINA BISADA		JELCO Nº22		
CETAMINA		JELCO Nº24		
DROPERIDOL		KIT SIST. DREN. TORÁXICA Nº		
ETAMB. DATO	SOLUÇÕES	QTD.	LÂMINA BISTURI Nº11	
FEDOBARBITAL	ALCOOL ETÍLICO 70%		LÂMINA BISTURI Nº15	
FENTANILA	PVP1 DEGERMANTE		LÂMINA BISTURI Nº23	
FLUXAZENIL	PVP1 TINTURA		LÂMINA BISTURI Nº24	
ISOFLURANO	PVP1 TÓPICO		LÂMINA DE DERMATOMO	
LENDEBUPIVACAINA C/VASO	SABÃO ANTISEPTICO		LÂMINA DE ENXERTO	
LENDEBUPIVACAINA S/VASO	MATERIAIS	QTD.	LUVA DE PROCEDIMENTO PAR.	
UD. CAÍNA C/VASO	AGULHA 13X4,5		LUVA ESTÉRIL Nº7,0	
UD. CAÍNA S/VASO	AGULHA 25X07		LUVA ESTÉRIL Nº7,5	
UD. ZOLAN	AGULHA 25X08		LUVA ESTÉRIL Nº8,0	
MOFFINA	AGULHA 40X12		LUVA ESTÉRIL Nº8,5	
UM. IUM	AGULHA PERIDURAL Nº16		MÁSCARA CIRÚRGICA	
AN. URÔNIO	AGULHA PERIDURAL Nº17		MULTIVIAS	
ESTU. INA	AGULHA PERIDURAL Nº18		PERFURADOR DE SORO	
PRODOPOL	AGULHA RAQUI Nº25G		SCALP Nº19	
RAM. FENTANILA	AGULHA RAQUI Nº26G		SCALP Nº21	
ROCU. URÔNIO	AGULHA RAQUI Nº27G		SERINGA 3ML	
SEVOFLURANO	ALGODÃO ORTOPÉDICO		SERINGA 5ML	
SUXA. URÔNIO	ATADURA DE CREPOM		SERINGA 10ML	
TOPICAL	ATADURA GESSADA		SERINGA 20ML	
IMEDICAÇÕES	QTD. BOLSA P/ COLOSTOMIA		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº8	
ADRENALINA	CÂNULA P/ TRAQUEOSTOMIA Nº		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº10	
ÁGUA ESTERILIZADA	CATETER DE OXIGÊNIO		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº12	
ATROFINA	CATETER EMBOLÍC ARTERIAL Nº		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº14	
BENTRA	CATETER EPIDURAL Nº16		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº16	
CETAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº17		SONDA FOLEY 2VIAS Nº12	
DEXAMETASONA	CATETER EPIDURAL Nº18		SONDA FOLEY 2VIAS Nº14	
DIETROTA SÓDICA	CERA PARA OSSO		SONDA NASOG. CURTA	
EFEDRINA	COLET. URINA FECHADO		SONDA NASOG. LONGA	
FUSO URÔNICO	COMPRESSAS CIRÚRGICAS		SONDÁURETRAL Nº	
GLICOZ. 50%	COMPRESSAS CIRÚRGICAS		TORNEIRINHA	
GLICOCATÓ DE CÁRCIO	DRENO DE PENROSE		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	
HIDROCORTISONA	DRENO DE SUÇÃO		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	
LÍDICA DA GELÉIA	ELETRODOS	05	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	
ONDASEPTRONA	EQUIPO MACROGOTAS		TUBO SILICONE (LATEX)	
PLASIL	EQUIPO TRANSF. SANGUE			
PROSTOCINE	EQUIPO MICROGOTAS			
PROTAMINA	ESPONJA DE PVFT		EQUIPAMENTOS	
TEN. XIGAN	ESPARADRAPO	OK	FIOS	QTD.
	GAZES		FIO ALGODÃO S/A Nº	
	GAZES ALGODOADAS		FIO ALGODÃO S/A Nº	
	GEL ELETROLÍTICO		FIO ALGODÃO C/A Nº	
	JELCO Nº14		FIO ALGODÃO C/A Nº	
	JELCO Nº16			
			() ASPIRADOR	
			() BISTURI ELÉTRICO	
			() CAPNÓGRAFO	
			() CARDIOMONITOR	
			() DESFIBRILADOR	
			() FOCO AUXILIAR	
			() FOCO CENTRAL	
			() TORFISCOP	
			() UNIMETRO DE PULSO	
			() C.A. INTRAOPERATÓRIA INVASIVA	
			() PERFORADOR ELÉTRICO	
			() SERRA	
			CIRCULANTE	

RELATÓRIO DE CIRURGIA

REC/SHL

Nome: Felipe Cost Vieira da Silva BE/Prontuário: 948648
 Idade: _____ Sexo: Masculino Feminino Cor: _____ Data: 19/09/16
 Clínica/Setor: Vermelha EMP: _____ LR: _____
 Cirurgia: Gord
 Cirurgião: Dr. Rodrigo Campe 1º Assistente: Dr. Daniel Amorim
 2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____
 Instrumentador: _____ Anestesista: _____
 Tipo de Anestesia: local Horário: Início 23:45 Término 23:55

Diagnóstico Pos-Operatório		CID
<u>Tumor intenal</u>		
<u>Hemoperitoneos</u>		

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Toracotomia + drenagem pleural</u>	
<u>fechado em ala d'água a</u>	
<u>direita</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: Sim Não. Descrição: _____

Biópsia de Congelação: Sim Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

Enfermaria Terapia Intensa Residência Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM: _____

Daniel Amorim Ricarte de Oliveira
 Médico CRM-PB 9370
 CNS: 708605378139274

João Pessoa,

19/09/16



RELATÓRIO DE CIRURGIA

HECTSHL

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- ① Identificação do 5º ETO, lado esq. anterior
- ② Interrupção + campo estéril
- ③ Bloqueio local do ponto marcado
- ④ Márca da pele

Incisão:

- ⑤ Drenagem do espaço subcutâneo com Kelly
- ⑥ Abertura da cavidade pleural
- ⑦ Drenagem de drenos 18 com saída de ar e 30ml de sangue após conexão ao nível da

Achados:

- ⑧ Evacuação de drenos
- ⑨ Cistotomia

Conduta:

Fechamento:

Observação:

Médico/CRM:

Daniel Amorim Ricarte de Oliveira
Médico / CRM-PB 9370
CNS: 708505378139274

João Pessoa,

19/09/16

F(NG) ASCIR.003-1



VISTO EM: 18/01/17


Comandante do BAPH
Katty Sabrina do Nascimento Silva

TEN CEL 521.280-4

**BATALHÃO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
3ª SEÇÃO – OPERAÇÕES**

João Pessoa-PB, 18 de Janeiro de 2017.

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA N.º 015/2017

Certifico que revendo as fichas de ocorrências atendidas no dia 19/09/2016, conforme requerimento nº 015/17, solicitado pela pessoa interessada, consta que foi socorrido(a) por volta das 23h00min o/a Sr.(a) **FILIPE COSTA VIEIRA DA SILVA** CPF N.º 105.830.514-03, vítima de acidente de trânsito (queda de moto), ocorrido na BR-230, em frente a Policia Rodoviária Federal, João Pessoa/PB. Que a guarnição da viatura do prefixo AR/26, tendo como chefe o **SARGENTO BM** Marcos Aurélio Pereira da Silva, Matrícula 520.009-1, constatou no local da ocorrência que a vítima encontrava-se inconsciente, apresentando TCE, fratura aberta em ambos os braços, costelas quebradas, edema na cabeça e escoriações nos membros. Que após os procedimentos de imobilização, a referida guarnição a transportou na viatura acima citada para o Hospital de Emergências e Traumas Senador Humberto Lucena.

Para constar, eu **Elizâbel Gurão Leônio Pinheiro**, SD/BM, Mat. 523.935-01 (**Comissária**) auxiliar da 3ª Seção/BAPH, digitei a presente certidão, que vai assinada por mim e pelo(a) chefe da 3ª Seção/BAPH.


Eliude Bruno Freitas Santiago
Ten. QOBM

Chefe da 3ª Seção

**GOVERNO
DA PARAÍBA**

Corpo de Bombeiros Militar da Paraíba - Batalhão de Atendimento Pré-hospitalar.
Rua Doutor Orestes Lisboa, S/nº, Conj. Pedro Gondim, 58.031-060, João Pessoa-PB
Fone: (83) 3243-9044 / (83) 3216-5751 / (83) 3218-7979 (FAX) - E-mail: crphbbs@bombeiros.pb.gov.br



EVOLUÇÃO DO PACIENTE

CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

BE/PRONTUÁRIO

NOME DO PACIENTE

For 1955 extra 1000m

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
		A ontopuero
20/09/11		# paciente nomeado para as autonumadas 16-03, vindo do Ribeirão Clássico / UNPAC.
		# vítima de acidente automobilístico avas ar moto
		# MBD: bons sangrados, inconsciente
		# no exame: DOR em MS (B) & (D) Frente exposta de óbito paroxístico fuscótrigo / norm / pressão escalações de MMS. reflexos subclínicos (D).
		# no RX: Fx de ótimo tórax (B) fx exposta do tórax (D). fx de articulos costais (D).
		# CD: VPM. acompanhamento com a Cia. Fazenda.
21/09/11		# óbito # paciente um POC. vitimado, com anamnese um enxoo / prazo (B) & um IAT (B).
		# CD: VPM & acompanhamento com Cia. Fazenda.



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

EVOLUÇÃO DO PACIENTE





EVOLUÇÃO DO PACIENTE

~~CRUZ VERMELHA
BRAZILEIRA~~

BE/PRONTUÁRIO

NOSSO PACIENTE FUR/PR CGPA VISTM

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO	
		EVOLUÇÃO	EVOLUÇÃO
03/10/16		# ORTOPEDIA	
		# Primeiro atendimento devido a lesão no braço (1) + dor na musculatura (2), um tanto os graus de dor.	
		# CO: VPM Alinhamento com Lin. Tópico.	
04/10/16		# FONCIONAL	
		# Primeiro com dor no ombro + dor nos antebraços / braço (1) + dor na coronélosa (2). avaliar os braços, os fôrmas- # CO: VPM mota de placa corporal (3). Sorvete vermelho para dor. dor em coronélosa. dor em braço.	
12/10/16		# ORTOPEDIA	
		# paciente da FONC, braço, envia-se os DNI um número de DNI da RMX. paciente com o RUEPS número de DNI. sua posição os fôrmas. mota de fala placa de corporal (4) é dor - dor (5)	
		# CO: VPM alinhamento com a Lin. Tópica.	



**CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA**

EVOLUÇÃO DO PACIENTE



DATA	HORA	Descrição da Evolução
07/10/16	11	<p>11 Gimenes Tonello</p> <p>11 paciente cirurgião Berni, sem auxílio, extubado, desmobilizado livremente.</p> <p>TC com pulmão expandido, menor com desvio de 50 ml.</p> <p>CD: retiro menor de Tórax</p> <p>ALTA 02 Gimenes Tonello</p> <p><i>[Signature]</i></p> <p>Dr. Rodolfo Lucio Alves Tito Cirurgião Torácico/Broncoscopia CRM-PR 7191</p>



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
GERÊNCIA EXECUTIVA DE MEDICINA E ODONTOLOGIA LEGAL
GERÊNCIA OPERACIONAL DA CENTRAL DE PERÍCIAS MÉDICA E ODONTOLOGÍCA LEGAL

LAUDO LESÃO CORPORAL

Laudo nº 03.01.06.012017.02043

FELIPE COSTA VIEIRA DA SILVA

Órgão requisitante: Delegacia de Acidentes de trânsito da Capital
Dr(a): Francisco Deusdedit Leitão Filho

Re meter para:
Ilmo(a) Senhor(a).
Dr(a) Francisco Deusdedit Leitão Filho
Delegacia de Acidentes de Veículos da capital

LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE FELIPE DA COSTA VIEIRA DA SILVA
DATA DE NASCIMENTO 08/07/92
NOME DA MÃE MARGARIDA AS SILVA COSTA VIEIRA

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 948.648
Nº PRONTUÁRIO 97.639
DATA DO ATENDIMENTO 19/09/16
HORA DO ATENDIMENTO 23:34
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S) TCE LEVE + HEMOTORAX D + FRATURA DA DIAFISE DO ÚMERO E +
FRATURA EXPOSTA DO COTOVELO (OLÉCRANO) D +
OSTEOMIELITE AGUDA DO COTOVELO D
CID 10 S 00.9 + S 27.1 + S 42.3 + S 52.0 + M 86.1

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta, trazido pelos Bombeiros, apresentando TCE e trauma de face + trauma em hemitórax D, com enfisema pulmonar, além de fraturas expostas em cotovelo D + antebraço D e fratura fechada do braço E e trauma em membros inferiores. Glasgow 12. Avaliado pela equipe médica da urgencia/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC do crânio
TC da face e subsequentes
TC do tórax e subsequentes
RX da coluna cervical - AP e P
RX do tórax - AP
RX do braço D e E - AP e P
RX do cotovelo D - AP e P
RX do antebraço D - AP e P
RX da bacia - AP
USG do abdome total - FAST

TRATAMENTO:

Hemotórax D e TC e ao RX. Fratura fechada da diáfise do úmero E + fratura exposta do cotovelo (olécrano) D aos RX. Sem alterações às outras TC's, USG e aos outros RX. Realizado intemamento e tratamento cirúrgico pelo Rodrigo Campos e Dr. Daniel Amorim do trauma torácico; pelo Dr. Frederico Boulitreau e Dr. Toríbio Gomes da fratura do cotovelo; pelo Dr. Kartney Sarmento e Dr. Odilon Filho da fratura do úmero e pelo Dr. Francisco Guedes e Dr. Ricardo Barros da osteomielite do cotovelo. Tratamento conservador do tce pela equipe da Neurocirurgia.

ALTA HOSPITALAR: 16/11/16
DATA DA EMISSÃO: 12/01/17

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA
MÉDICO PRAE-ESTRADA
CRM: 2516

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

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		2 - CNES			
H. E. E. T. S. H. L.				4 - CNES			
Identificação do Paciente		3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		5 - N.º DO PRONTUÁRIO			
Felipe Costa Vieira da Silveira				1948648			
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO		9 - SEXO			
		08/07/92		Masc. <input checked="" type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/> 3			
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL		11 - TELEFONE DE CONTATO		12 - ENDERECO (RUA, N.º, BAIRRO)		13 - MUNICÍPIO DE REFERÊNCIA	
		DDD				João Pessoa	
		14 - CÓD. IGE, MUNICÍPIO		15 - UF		16 - CEP	
17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)							
MUDANÇA DE PROCEDIMENTO							
18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR		19 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR		20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA		21 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA	
				23 - CID 10 PRINCIPAL		24 - CID 10 SECUNDÁRIO	
22 - DIAGNÓSTICO INICIAL						25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)							
26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		27 - CÓD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE		DIÁRIA DE UTI TIPO I <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO II <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO III <input type="checkbox"/>	
				DIÁRIA DE ACOMPANHANTE <input type="checkbox"/>			
29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		30 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		31 - QTDE			
				33 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		34 - QTDE	
32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		36 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		37 - QTDE			
35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL							
38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO							
<p>1 - 20 de Kirschner N.º 25</p> <p>1 - Parafuso cônico N.º 22 a 2</p> <p>1 - Parafuso cônico N.º 24 a 2</p> <p>1 - Parafuso cônico N.º 28 a 1</p> <p>1 - Parafuso cônico N.º 34 a 1</p> <p>1 - Parafuso cônico N.º 38 a 1</p> <p>1 - Parafuso expandido N.º 50 a 1</p>							
PROFISSIONAL SOLICITANTE							
39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		40 - DATA DA SOLICITAÇÃO		41 - DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		42 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
1 - CNS / 1 - CPF						43 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)	
44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		45 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR		46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO			
47 - DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		48 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		49 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)			



REGISTRO DE UTILIZAÇÃO DE MATERIAIS
ÓRTESES PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME

Número:00

Paciente: Felipe Lobo Alves da Silva

Procedimiento: grat. biom. de Fractura diafisaria de tibia

SUS: (X) Não SUS ()

SUS: (X) Nov 2012 ()

Prontuário: 948648

Date: / /

Reposição: _____

Data: _____ / _____ / _____

Caixa Pronta: _____

DISPENSAÇÃO CME				
FORNECEDOR	DESCRÍÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE	CÓDIGO SUS	MARCA
Komboco TM	Cx 3,5 Usado para Instrumental. ex 4,70 peça DCP estreito 8 Euros Preço com desconto.	1		
	Nº 30	1		
	Nº 32	1		
	Nº 34	1		
	Nº 48	1		

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			2 - CNES			
F.C.E.T.S.H						
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE			4 - CNES			
F.C.E.T.S.H						
Identificação do Paciente						
5 - NOME DO PACIENTE			6 - N.º DO PRONTUÁRIO			
Felipe Costa Oliveira da Silva			0198648			
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)			8 - DATA DE NASCIMENTO			9 - SEXO
			/ /			Masc. <input checked="" type="checkbox"/> 1 Fem. <input type="checkbox"/> 3
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL			11 - TELEFONE DE CONTATO N.º DO TELEFONE			
12 - ENDERECO (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 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR		
20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA				21 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA		
22 - DIAGNÓSTICO INICIAL		23 - CID 10 PRINCIPAL		24 - CID 10 SECUNDÁRIO		25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)						
26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL				27 - CÓD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		
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 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL				
32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		33 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL				
35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		36 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL				
38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO						
ex 4,5 T.M 2 aça DCP estreita 8 Furos 1 und. 2 aça fuso cortical N.º 30. 1 und. 2 aça fuso cortical N.º 32. 3 und. 2 aça fuso cortical N.º 34. 1 und. 2 aça fuso cortical N.º 48. 1 und. cx 3,5 lâmpada M usado para instrumental.						
PROFISSIONAL SOLICITANTE						
39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		40 - DATA DA SOLICITAÇÃO				
		01/02/2011				
41 - DOCUMENTO		42 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE			43 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)	
(C) CNS (C) CPF						
AUTORIZAÇÃO						
44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		45 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR			46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
					/ /	
47 - DOCUMENTO		48 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE			49 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)	
(C) CNS (C) CPF						

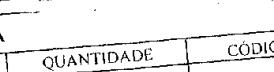
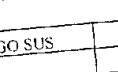
SUS		Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)		Folha 1/2
Identificação do Estabelecimento de Saúde 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE 2 - CNES 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE 4 - CNES						
Identificação do Paciente 5 - NOME DO PACIENTE 6 - N.º DO PRONTUÁRIO 7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 8 - DATA DE NASCIMENTO 9 - SEXO 10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL 11 - TELEFONE DE CONTATO 12 - ENDERECO (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 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR 20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA 21 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA 22 - MAGNÓSTICO INICIAL 23 - CID 10 PRINCIPAL 24 - CID 10 SECUNDÁRIO 25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS						
SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS) 26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL 27 - CÓD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL 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 checked="" type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO II <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO III 29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 30 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 31 - QTDE 32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 33 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 34 - QTDE 35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 36 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 37 - QTDE						
38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO 02 agulhas de plexus N° 50						
STIMUPLEX A Agulha para anestesia de plexo Estéril - Ativado - Aparafusado. Produto de uso único - Frasco reutilizável						
Fabricado por: Hakkö O.O. LTD., Japão. Distribuído por: B. Braun Melsungen AG, Alemanha						
PROFISSIONAL SOLICITANTE 39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE 40 - DATA DA SOLICITAÇÃO 41 - DOCUMENTO () NIS () CPF 42 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE 43 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO) Médico Anestesiologista CRM-PB 7699 - CPF 057.323.034-05						
AUTORIZAÇÃO 44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 45 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR 46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 47 - DOCUMENTO () NIS () CPF 48 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE 49 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)						



REGISTRO DE UTILIZAÇÃO DE MATERIAIS
ÓRTESES PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME

BEETSIE

Número: 00
Paciente: Felipe Portas Vieira da Silva
Procedimento: Trat. cirúrgico de frat. exposta do esterno
Reposição:
SUS: (X) Não SUS: ()
Médico: Dr. Frederico

DISPENSAÇÃO - FARMÁCIA				
FORNECEDOR	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE	CÓDIGO SUS	MARCA
B. Paraná	agulha de plástico N:50	02		
 Dr. Paulo Aranha de Almeida Médico Anestesiologista CRM-PR 7659 - CRM-057.323.034-05 CEP 80.060-000 - Curitiba - PR COLEGIADO - CRM				
 Dr. Henrique Júnior Médico Anestesiologista CRM-PR 1000 - CRM-057.323.034-05 CEP 80.060-000 - Curitiba - PR COLEGIADO - CRM				
 Dr. Sérgio Médico Anestesiologista CRM-PR 1000 - CRM-057.323.034-05 CEP 80.060-000 - Curitiba - PR COLEGIADO - CRM				
 Dr. Cláudia Médico Anestesiologista CRM-PR 1000 - CRM-057.323.034-05 CEP 80.060-000 - Curitiba - PR COLEGIADO - CRM				



EVOLUÇÃO DO PACIENTE



BE/PRONTUÁRIO

Nome do paciente

Nome do paciente: Flávio Gomes Costa

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
30/10/16	11:00	ff. Mr. Ruella
109/16		Paciente evoluíu cf dor facial intensa, cefaléia - levemente Nerv. trigêmeo 1a fase: Pela expressão: Pox = primitiva arreia rítm - expressão pessoal - desrespeito, desleixo, st. estresse.
		2a. Fase: Expressão
30/10/16		Plant. realizada. (afim regresso clínico) realizada de nova TC de pri- meira ordem. Pode ser que não haja mais tempo para realizar a 2a. (2a. é desejada) agradeço seu
		Atenciosamente, Dr. Ruy CRM: 25.2537
		Clínica Sãoamplo Sobrado - Makino - Facial CRM: 25.2537

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

ISEL

LD0005648721 BE 948648
 FELIPE COSTA VIEIRA DA SILVA
 DT. NASC.: 08/07/1992
 MRE: MARGARIDA DA SILVA COSTA VIEIRA
 END.: GENULFO CABRAL DE LUCENA
 N. 106 - MANGABIRI
 JORD PESSOA
 FONE: (83) 388351842
 CELULAR: (83) 988351842
 IDADE: 24
 DT. ENTRADA: 19/09/2016 23:34:34

BE/PRONTUÁRIO

Nome do paciente

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
		x B.M.G - 20/09/16
		<p>1. Mestruação de meia hora metredade</p> <p>2. Vaginite amarelo - x 97% de 1 mês</p> <p>3. Cetilicam 100% a escova fêmea</p> <p>4. Vaginite de 2 a 3 dias seguidos forçada</p> <p>5. Vaginite amarela Q. Punde de 100% de 1 mês</p> <p>6. O Sustane em face</p> <p>7. Realização dupla</p> <p>8. Vaginite amarela seguidos</p>
		 <p>CRM-PB 9370 Especialista em Medicina da Família e da Saúde</p>
		<p>9. Vaginite com devassa pélvis a</p> <p>10. Devassa pélvis dada a USB</p> <p>11. Vaginite amarela avulsiva</p> <p>12. Vaginite amarela</p> <p>13. Vaginite amarela do obesos</p> <p>14. Vaginite amarela TQ de Gros.</p>
		<p>Daniel Ambrim Ricarte de Oliveira</p> <p>Médico / CRM-PB 9370</p> <p>CRM: 708505378139274</p>  <p>alterações ginecologicas in</p> <p>15. Vaginite amarela de cunhos totais</p>
		 <p>Daniel Ambrim Ricarte de Oliveira</p> <p>Médico / CRM-PB 9370</p> <p>CRM: 708505378139274</p>

-EVOLUÇÃO DO PACIENTE-

CRIZ HEMELIA
ERASTERA

DATA	HORA	DESCRÍÇÃO DA EVOLUÇÃO
22/09/16		<p><u>Cirurgia</u> <u>Transvaginal</u> Ressecção da Serra 16 mm 30. com Serrilho de 25 mm e aspirador Lumino.</p>
		<p>CP: M. para Serra 16 mm</p>
		<p>Dr. JOSÉ ELMIDES LIMA CIRURGIA TORÁCICA CRMEB 52521 PE 11046-11077</p>
25/09/16		<p><u>Cirurgia</u> <u>Transvaginal</u> Ressecção da Serra 16 mm 30 190 mm CD: Jaf. Jr. - TOCAB.</p>
		<p>Dr. Jaf. Jr. - TOCAB.</p>
25/09/16		<p><u>Autografte</u> Dr. L. J. P. - Urologia B. Dr. J. L. P. - Urologia B. Lameira</p>
		<p>Dr. L. J. P. - Urologia B. Ser. alternativa clínica. CD: J. L. P. - Urologia B. Eng. L. P. - Urologia B. que preenche exames de gravidão da paciente. Dr. J. L. P. - Urologia B. Lameira.</p>
		<p>Dr. Kairney S. Cirurgia</p>

F0NGJ-ENF.018-1

SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil

2ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Delegacia Especializada de Acidentes de
Veículos de Campina Grande



Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00024.01.2017.2.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00024.01.2017.2.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 08:25 horas do dia 25 de janeiro de 2017, na cidade de Campina Grande, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos de Campina Grande, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Francisco Deusdedit Leitão Filho, comarcas, Escrivão de Polícia do seu cargo, ao final assinado, compareceu **Filipe Costa Vieira da Silva**, CPF nº 105.030.514-03, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Instalador de Antenas, filho(a) de Margarida da Silva Costa Vieira e Severino Vieira da Silva, natural de Jeão Pessoa/PB, nascido(a) em 08/07/1992 (24 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Projetada, Nº SN, complemento Quadra 03, Lote 07, tendo como ponto de referência Próximo Ao 7º Batalhão da Polícia Militar, na cidade de Santa Rita/PB, telefone(s) para contato (83) 98800-9952.

Dados do(s) Fatos:

Local: Próximo a Prf, Bayeux/PB, bairro Manguinhos; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 19/09/16 23:00h. Tipificação: **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, no dia 19/09/16, por volta das 23:00h, quando conduzia a motocicleta de marca HONDA/CG 150 TITAN EX, cor amarela, ano 2014, de placa QFB-8336/PB, chassi nº 9C2KC1660ER401511, de sua propriedade, pela rodovia BR-230, no sentido Bayeux/Santa Rita/PB, ao chegar nas proximidades do Posto da Polícia Rodoviária Federal, ao desviar de uma carreta, o notificante perdeu o controle de direção caindo ao solo, e que em decorrência desse fato veio a sofrer traumatismo crânio encefálico leve, hemotórax direito, fratura da diáfise do úmero esquerdo, fratura exposta do cotovelo (olécrano) direito e osteomielite aguda do cotovelo direito, sendo socorrido pelo resgate do corpo de bombeiros e conduzido ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, onde se submeteu a procedimentos médicos.

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

Campina Grande/PB, 25 de janeiro de 2017.

Filipe Costa da Silva
CARLOS ANTÔNIO DUARTE FÉLIX

Escrivão de Polícia

Carlos Antônio Duarte Félix
Delegacia de Polícia Civil
Mat. 13515-2-3

FILIPE COSTA VIEIRA DA SILVA

Noticiante

Santiago Pereira
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAÇÃO

Av. Liberdade, 3435 - Bayeux
Paraíba - CEP: 58305-000
Fone: (83) 3232-1786



Autêntico a presente cópia, reprodução fiel do original que me apresentado. Em testemunho da verdade.

-PB 31/03/2017 14:03:28

Nely Santiago Pereira Feitosa - Tabelião Substituta
(2017-004502) ENAL:R\$ 2,31 FARPEN:R\$ 0,27 FEPJ:R\$ 0,44 ISS:R\$ 0,12

SELO DIGITAL: AEX34613-XSFA

Confira a autenticidade em <https://selodigital.tabelionato2.tjpb.jus.br>

Procedimento Policial: 00024.01.2017.2.00.420

1/1

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

PB Nº 012711528989 - BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoraalider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO: DATA EMISSÃO:
2016 22/09/2016

VIA:	CPF / CNPJ:	PLACA:
1	10503051403	QFB8336/PB
RENAVAM:	MARCA / MODELO:	
31014445305	HONDA/CG 150 TITAN EX	
ANO FAB.:	DATA FAB.:	NR CHASSI:
2014	9	9C2KC1660ER401511

PRÉMIO TARIFÁRIO

ENQ (R\$) ****	DENATRAN (R\$) ****	CUSTO DO SEGURO (R\$) ****
1003781414545	201609229	22/09/2016
TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$) PAGO		
PAGAMENTO: COTA ÚNICA		DATA DEQUITAÇÃO: 22/09/2016
PARCELADO		

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.008/0001-04

1003781414545-201609229-22/09/2016

SINISTRO 3170242723 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA FILIPE COSTA VIEIRA DA SILVA

COBERTURA Invalidez

SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO Sabemi Seguradora S/A-Filial João Pessoa-PB

BENEFICIÁRIO FILIPE COSTA VIEIRA DA SILVA

CPF/CNPJ: 10503051403

Posição em 07-07-2017 11:40:45

Pedido de indenização cancelado.



**Poder Judiciário da Paraíba
4ª Vara Regional de Mangabeira**

PROCEDIMENTO COMUM (7) 0800860-52.2018.8.15.2003

DESPACHO

Vistos, etc.

Entendo que para ajuizar a ação de cobrança de DPVAT faz-se necessário o prévio requerimento não atendido na esfera administrativa.

No caso dos autos, a parte autora nada fala a respeito na exordial, mas junta um protocolo (Id Num. 12375564 - Pág.1), comprovando que o pedido de indenização foi cancelado.

Assim sendo, intime-se o autor para, em quinze dias, emendar a inicial, informando e comprovando qual foi motivo do cancelamento, inclusive, acostando toda a documentação comprobatória correlata, sob pena de extinção.

JOÃO PESSOA, 15 de fevereiro de 2018.

Juiz(a) de Direito



**Poder Judiciário da Paraíba
4ª Vara Regional de Mangabeira**

PROCEDIMENTO COMUM (7) 0800860-52.2018.8.15.2003

DESPACHO

Vistos, etc.

Entendo que para ajuizar a ação de cobrança de DPVAT faz-se necessário o prévio requerimento não atendido na esfera administrativa.

No caso dos autos, a parte autora nada fala a respeito na exordial, mas junta um protocolo (Id Num. 12375564 - Pág.1), comprovando que o pedido de indenização foi cancelado.

Assim sendo, intime-se o autor para, em quinze dias, emendar a inicial, informando e comprovando qual foi motivo do cancelamento, inclusive, acostando toda a documentação comprobatória correlata, sob pena de extinção.

JOÃO PESSOA, 15 de fevereiro de 2018.

Juiz(a) de Direito

(MO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 4^a VARA REGIONAL DE MANGABEIRA DA COMARCA DE JOÃO PESSOA-PB

Processo nº. 0800860-52.2018.8.15.2003

FELIPE COSTA VIEIRA DA SILVA, devidamente qualificado nos autos da ação epígrafe em que contende com **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A**, vem à presença de V. Exa., por seu advogado para expor e requerer o que segue:

Em despacho no ID 12521652, V. Exa. intima a parte autora para emendar a inicial, no sentido informar e comprovar qual foi o motivo do cancelamento do pedido de indenização do seguro DPVAT na via administrativa.

A parte autora informa que o pedido de indenização do seguro DPVAT foi cancelado na via administrativa em virtude da parte autora não ter conseguido sanar as exigências de documentos que não são indispensáveis para o recebimento do seguro DPVAT, conforme consta na carta de indeferimento em anexo.

Destaca-se que a Lei 6.194/74, exige como provas indispensáveis para a propositura da ação e o consequente recebimento do seguro DPVAT, apenas o boleto de moradia, os documentos médicos, documentos pessoais e comprovante de residência, não havendo motivos para as exigências de documentos estranhos aos que prever a legislação.

Diante do exposto, dando por emendada a inicial e prestados os devidos esclarecimentos, requer a V. Exa. o prosseguimento normal do feito, bem como a produção de prova pericial as expensas da seguradora ré, uma vez que tal empresa é reconhecidamente uma entidade financeira que detém sob seu comando bilhões e bilhões de reais, e o custeio da perícia não afetará em nada tal situação, ao contrário do autor, que litiga sob os auspícios da gratuidade processual, exatamente por não poder arcar com as despesas do processo. Salienta, por oportuno, que não indicará assistente técnico.

Termos em que,

Pede Deferimento.

João Pessoa - PB, 23 de novembro de 2018.

MARCOS ANTÔNIO INÁCIO DA SILVA
OAB/PB Nº. 4007

Rio de Janeiro, 10 de Maio de 2017

Carta nº: 10950919

A/C: FILIPE COSTA VIEIRA DA SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170242723 ASL-0161001/17

Vitima: FILIPE COSTA VIEIRA DA SILVA

Data Acidente: 19/09/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: MARGARIDA DA SILVA COSTA VIEIRA

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **26/04/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **19/09/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo

Pag. 00511/00512 - carta_03

00070256


Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **Sabemi Seguradora S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

SINISTRO 3170242723 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA FILIPE COSTA VIEIRA DA SILVA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO Sabemi

Seguradora S/A-Filial João Pessoa-PB

BENEFICIÁRIO FILIPE COSTA VIEIRA DA SILVA

CPF/CNPJ: 10503051403

Posição em 23-11-2018 10:28:52

Desculpe, no momento, não conseguimos localizar informações com os dados que você forneceu. [Clique aqui](#) e nos envie um e-mail para que possamos checar melhor o seu caso. Entraremos em contato com você para informar a situação do seu pedido de indenização.

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
11/05/2017	Exigência Documental	
11/05/2017	Aviso de Sinistro	



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DA PARAÍBA

4ª VARA REGIONAL DE MANGABEIRA DA COMARCA DE JOÃO PESSOA

0800860-52.2018.8.15.2003

[SEGURO]

PROCEDIMENTO COMUM (7)

AUTOR: FILIPE COSTA VIEIRA DA SILVA

RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A

DESPACHO

Analisando os autos com a devida acuidade, urge destacar a inexistência de comprovante de residência em nome da parte autora, vez que o de id. 12375416, pág. 1, encontra-se em nome de terceiro. E, ainda, que os documentos de id. 12375425, pág. 2, e 12375521, pág.1, indicam que a parte autora reside, em verdade, no bairro de Bayeux, o qual não se insere na competência territorial do Foro Regional de Mangabeira desta Comarca, fixada pela Resolução nº 55 do TJPB.

De outro norte, o acidente ocorreu em Bayeux.

Desta feita, **intime-se** a parte autora para, no prazo máximo e improrrogável de lei, de 15 (quinze) dias, realizar nova emenda à exordial, juntando comprovante de residência em seu nome ou declinar a correlata relação do parentesco existente entre a parte autora e o terceiro indicado no documento de ID 12375416, pág. 1, a fim de aquilatar a competência deste Juízo, **sob pena de indeferimento**.

João Pessoa, 05 de dezembro de 2018.

Juiz(a) de Direito

**EXCELENTÍSSIMO JUÍZO DA 4^a VARA REGIONAL DA COMARCA DE
MANGABEIRA - PB**

Processo nº. 0800860-52.2018.8.15.2003

FILIPE COSTA VIEIRA DA SILVA, devidamente qualificado nos autos da ação em epígrafe em que contende com a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A.**, vem à presença de V. Exa., por seu advogado, em obediência ao despacho retro, expor e requerer o que segue:

No despacho retro, V. Exa. intima a parte autora para emendar a inicial, no sentido de carrear aos autos o comprovante de residência em seu nome ou declarar a correlata relação do parentesco existente entre a parte demandante e o terceiro indicado no comprovante de residência juntado à exordial.

Em atendimento a determinação judicial, o demandante informa que reside com o seu tio, o Sr. Reginaldo Moreira da Silva, e que juntou o documento do seu parente, pois não possuí comprovação de domicílio em seu nome. Ademais, a parte autora requer a juntada do comprovante de residência atualizado e a cópia dos documentos pessoais do terceiro indicado no comprovante.

Diante do exposto, dando por emendada a inicial e prestados os devidos esclarecimentos, requer a V. Exa. o prosseguimento do feito em seus ulteriores termos.

Termos em que, pede Juntada e Deferimento.

Mangabeira - PB, 04 de dezembro de 2019.

MARCOS ANTÔNIO INÁCIO DA SILVA

OAB/PB Nº. 4007







COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

828980

REFERÊNCIA

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

JAN/2019

REGINALDO MOREIRA DA SILVA
RUA JOAO JOSE DA COSTA, 59 - ERNESTO GEISEL JOAO
PESSOA PB 58075- 030

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Público	
001.023.125.0079.000	000	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
A05E300230	08/02/2006	EXTERNO	LIGADO	LIGADO		

ANTERIOR | ATUAL | CONSUMO (M3) | NUM DE DIAS | PROXIMA LEITURA
1347 1357 10 32 19/02/2019

HIST. CONS./ANOR. LEIT. | QUALID. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS.

	DEZ/2018	PARAMETROS	EXIG.	ANALIS.	CONFORMES
AGUA	NOV/2018	TURBIDEZ	0	0	0
ESGOTO	OUT/2018	CLORO	0	0	0
	SET/2018	COL. TERMOT	0	0	0
	AGO/2018	COR	0	0	0
	JUL/2018	COL. TOTAIS	0	0	0
MEDIA(M)	6	DADOS REFERENTES A: NOV/2018			

DATA DA IMPRESSÃO: 21/01/2019 HORA DA IMPRESSÃO: 12:49:38

DESCRICAÇÃO	CONSUMO	TOTAL(R\$)
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S) CONSUMO DE ÁGUA	10 M3	37,91
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S) CONSUMO DE ESGOTO	10 M3	30,33

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 6,31 PIS E CONFINS.LEI 12.741/12

VENCIMENTO:	02/02/2019	Total a Pagar:	R\$ 68,24
-------------	------------	----------------	-----------

CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA
CAGEPA CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:

*** ACOMPANHE COMO ESTÁ SENDO APLICADO SEU DINHEIRO *** *** WWW.TRANSPARENCIA.PB.GOV.BR ***

 CAGEPA
COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA

MATRÍCULA	REFERÊNCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
828980	JAN/2019	02/02/2019	R\$ 68,24

82670000000 1 68240010001 7 00082893001 1 01201960003 5





PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DA PARAÍBA
COMARCA DA CAPITAL
4^a VARA REGIONAL DE MANGABEIRA

[SEGURO]

0800860-52.2018.8.15.2003

Advogado do(a) AUTOR: MARCOS ANTÔNIO INÁCIO DA SILVA - PB0004007

Advogado do(a) RÉU:

Recebo a emenda.

Defiro a gratuidade processual ao autor.

Designo audiência UNA para o dia 29 de abril de 2019, às 15:30h, a realizar-se na sala de audiências da 4^a Vara Regional de Mangabeira.

Cite e intime a parte promovida. A ausência de contestação implicará revelia e presunção de veracidade da matéria fática apresentada na petição inicial. A presente citação é acompanhada de senha para acesso ao processo digital, que contém a íntegra da petição inicial e dos documentos. Tratando-se de processo eletrônico, em prestígio às regras fundamentais dos artigos 4º e 6º do CPC fica vedado o exercício da faculdade prevista no artigo 340 do CPC.

Fiquem as partes cientes de que o comparecimento na audiência é obrigatório (pessoalmente ou por intermédio de representante, por meio de procuração específica, com outorga de poderes para negociar e transigir). A ausência injustificada é considerada ato atentatório à dignidade da justiça, sendo sancionada com multa de até dois por cento da vantagem econômica pretendida ou do valor da causa. As partes devem estar acompanhadas de seus advogados.

A audiência só não será realizada se ambas as partes manifestarem, expressamente, desinteresse na composição consensual, devendo a parte ré fazê-lo, por petição, apresentada com 10 (dez) dias de antecedência, contados da data da audiência.

Considerando que a parte autora ajuizou a presente ação sem se submeter previamente à perícia médica através do IML, inexistindo nos autos documento que ateste a existência da invalidez permanente e/ou extensão da lesão, bem como que a rotina judiciária vem nos mostrando que a transação em ações que buscam o pagamento ou complementação de seguro Dpvat somente se realiza após a realização de perícia médica, com fulcro no art. 139, inciso VI, do CPC, determino que a audiência de conciliação ora agendada seja precedida de perícia judicial, nos termos do convênio do Tribunal de Justiça com a Seguradora Líder.

Para tanto, **nomeio a médica Rosana Bezerra Duarte de Paiva perita nos presentes autos**, a para proceder à perícia judicial nos presentes autos, a realizar-se no dia e horário acima descrito, seguida de audiência de conciliação, instrução e julgamento, oportunidade em que se buscará a composição entre as partes litigantes.

Intime-se a Seguradora Líder para efetuar o pagamento dos honorários periciais, no valor de R\$ 200,00 (duzentos reais), comprovando-o até a data da audiência e perícia ora designadas, sob pena de penhora junto ao Bacenjud.

Como forma de viabilizar a transação, após realização da perícia médica, faz-se mister o comparecimento da Seguradora Líder na audiência ora designada, através de preposto munido de poderes para firmar acordos. Dessa forma, além das citação e intimação através de carta, determino que seja a Seguradora Líder, através dos endereços eletrônicos pauloleite@seguradoralider.com.br e philipe.rocha@seguradoralider.com.br e telefone (21) 38614600, científica acerca dessa audiência.

A parte autora será intimada através de seu advogado, podendo este requerer que a intimação se dê através de endereço eletrônico, devendo para tanto, informá-lo em até cinco dias (art. 319, inciso II, do CPC).

Intimem as partes para, querendo, indicar assistentes técnicos, no prazo de 10 (dez) dias.

As partes devem comparecer neste fórum, na sala de audiências deste juízo, no dia e hora designado, acompanhados de seus advogados, devendo trazer exames anteriormente realizados, relacionados com a incapacidade/debilidade dos autos. **A parte autora deve comparecer impreterivelmente portando documento pessoal com foto, o boletim de ocorrência e o primeiro atendimento médico inicial.**

Os quesitos a serem respondidos são os constantes do laudo pericial adotado pelo Núcleo de Conciliação e Mediação do TJPB.

P.I. Cumpra-se com urgência.

João Pessoa, 8 de março de 2019

Juiz(a) de Direito



**PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA
ESTADO DA PARAÍBA
COMARCA DA CAPITAL**

4ª VARA REGIONAL DE MANGABEIRA

Av. Hilton Souto Maior, s/n, Mangabeira, João Pessoa/PB
CEP: 58.013-520, Telefone: (83)3238-6333

MANDADO DE INTIMAÇÃO DE AUDIÊNCIA (PARTE AUTORA)

Nº DO PROCESSO: 0800860-52.2018.8.15.2003

PROCEDIMENTO COMUM (7)

AUTOR: FILIPE COSTA VIEIRA DA SILVA

RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A

O MM. Juiz de Direito da 4ª Vara Regional de Mangabeira, manda ao oficial de justiça que, em cumprimento a este, intime a parte autora:

Nome: FILIPE COSTA VIEIRA DA SILVA

Endereço: R JOÃO JOSÉ DA COSTA, 59, ERNESTO GEISEL, JOÃO PESSOA - PB - CEP:

5 8 0 7 5 - 0 3 0

para comparecer na audiência designada:

Tipo: Una Sala: Sala de Audiências da 4ª Vara Regional Mangabeira Data: 29/04/2019 Hora: 15:30 .

Fiquem as partes cientes de que o comparecimento na audiência é obrigatório (pessoalmente ou por intermédio de representante, por meio de procuração específica, com outorga de poderes para negociar e transigir). A ausência injustificada é considerada ato atentatório à dignidade da justiça, sendo sancionada com multa de até dois por cento da vantagem econômica pretendida ou do valor da causa. As partes devem estar acompanhadas de seus advogados. A audiência só não será realizada se ambas as partes manifestarem, expressamente, desinteresse na composição consensual, devendo a parte ré fazê-lo, por petição, apresentada com 10 (dez) dias de antecedência, contados da data da audiência. Considerando que a parte autora ajuizou a presente ação sem se submeter previamente à perícia médica através do IML, inexistindo nos autos documento que ateste a existência da invalidez permanente e/ou extensão da lesão, bem como que a rotina judiciária vem nos mostrando que a transação em ações que buscam o pagamento ou complementação de seguro DPVAT somente se realiza após a realização de perícia médica, com fulcro no art. 139, inciso VI, do CPC, determino que a audiência de conciliação ora agendada seja precedida de perícia judicial, nos termos do convênio do Tribunal de Justiça com a Seguradora Líder. Para tanto, nomeio a médica Rosana Bezerra Duarte de Paiva, perita nos presente autos, estando ele já ciente da nomeação e data e horário da perícia. Poderão as partes, querendo, indicar assistentes técnicos, no prazo de quinze dias.

Os quesitos a serem respondidos são os constantes do laudo pericial adotado pelo Núcleo de Conciliação e Mediação do TJPB.
A parte autora deve comparecer impreterivelmente portando documento pessoal com foto, o boletim de ocorrência e o primeiro atendimento médico inicial.

João Pessoa/PB, 13 de março de 2019.

De ordem, ANARISOLETA FAUSTINO DINIZ TOSCANO DE FRANCA
Técnico Judiciário