



Número: **0803548-57.2018.8.15.0751**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **2ª Vara Mista de Bayeux**

Última distribuição : **16/11/2018**

Valor da causa: **R\$ 8437.5**

Assuntos: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	
Tipo	Nome
ADVOGADO	ALEXANDRA CESAR DUARTE
AUTOR	JOSE ADAO DA SILVA MORAIS
RÉU	SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A
ADVOGADO	JOSE EDUARDO DA SILVA

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
17806996	16/11/2018 10:24	<a href="#">docs</a>	Outros Documentos
17807005	16/11/2018 10:24	<a href="#">lm</a>	Outros Documentos

**SINISTRO 3180483960 - Resultado de consulta por beneficiário**

**VÍTIMA** JOSE ADAO DA SILVA MORAIS

**COBERTURA** Invalidez

**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE**

**INDENIZAÇÃO** Comprev Previdência S/A-Filial João Pessoa - PB

**BENEFICIÁRIO** JOSE ADAO DA SILVA MORAIS

**CPF/CNPJ:** 12068633400

**Posição em 30-10-2018 19:36:49**

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.

*Jose Adao da Silva Moraes*

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
30/10/2018	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50

637,50  
conta

## ***Duarte e Silva Advogados Associados***

*Rua Agente F. Jose Costa Duarte, 157/sala 05 - Mangabeira, João Pessoa/PB*  
(83) 98832-9676. (83) 99105-5363. (83) 98660-2858.

### **PROCURAÇÃO "AD - JUDICIA ET EXTRA"**

OUTORGANTE:

CONTRATANTES:

NOME *Jose João da Silva Pereira* TELEFONE *83386314028*

ESTADO CIVIL *casado* PROFISSÃO *Eletricista*

CPF *12068633400* RG *4395575* ENDEREÇO *Rua José de*

*Almeida, 186, Fm. Amélia, Bayeux*

Pelo presente instrumento de procuração, nomeia e constitui seus procuradores, Pelo presente instrumento de procuração, nomeia e constitui seus procuradores, **JOSÉ EDUARDO DA SILVA OAB/PB 12.578**, e **ALEXANDRA CESAR DAURTE OAB/PB 14.438** com escritório profissional sito à Rua Agente F. Jose Costa Duarte, 157/sala 06, Mangabeira, João Pessoa, Paraíba.

Ficam conferidos a ele(s), amplos poderes para praticar todos os atos de processos judiciais e extrajudiciais de representação e defesa em qualquer Juízo, instância ou tribunal, perante quaisquer pessoas de direito público, seus órgãos, ministérios, desdobramentos e repartições de qualquer natureza, inclusive autarquias e entidades paraestatais, quaisquer pessoa jurídica de direito privado, sociedade de economia mista ou pessoa física em geral, outorgando poderes para: receber citação inicial, confessar, reconhecer a procedência do pedido, desistir, transigir, assinar documentos, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, inclusive levantar/receber alvarás judiciais, conjunta ou separadamente, junto aos cartórios do poder judiciário deste Estado, podendo ainda, substabelecer esta a Outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, dando tudo por bom, firme e valioso sempre no interesse do outorgante.

### **GRATUIDADE JUDICIÁRIA**

**Declara ainda o outorgante que é necessitado na forma da Lei, cuja situação econômica não lhe permite pagar custas e honorários sucumbenciais, sem prejuízo do seu sustento ou da sua família, e, portanto, solicita os benefícios da JUSTIÇA GRATUITA.**

*João Pereira*, *08* de *Novembro* de *2018*

**(OUTORGANTE)** *Jose João da Silva Pereira*

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADANIA  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
CARTEIRINHA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

**JOSE ADÃO DA SILVA MORAIS**

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR UF  
4395975 SEDS PB

CPF 120.686.334-00 DATA NASCIMENTO 06/05/1996

FUNÇÃO  
ELIVAL MORAIS DA SILVA  
SEVERINA LEONCIO DA SILVA

PERMISSÃO ACC CATEGORIA  
PERMISSÃO AB

Nº REGISTRO 06030408771 VALOR 24/04/2010 24/04/2017

OBSERVAÇÕES

SEAR;

*Ass. do Sr. João Pessoa*  
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL JOÃO PESSOA, PB DATA EMISSÃO 24/04/2017

*Ass. do Sr. João Pessoa*  
ASSINATURA DO EMISSOR

15430759808  
PB033251770

**PARAÍBA**

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
1474424390

PROIBIDO PLASTIFICAR  
1474424390





PC-00

MARIA TERCIA DA SILVA ARAUJO  
R JOSE DE ALENCAR 186  
MERCADINHO LINO  
CASA 01 - IMACULADA  
58309-290 BAYEUX - PB

Postagem: 09/09/2018

Vencimento: 23/09/2018

Emissão: 09/09/2018

090918

Fechamento próxima fatura: 18/10/2018

Titular **MARIA TERCIA DA SILVA ARAUJO**  
Cartão **6062.XXXX.XXXX.5179**

Pra que esperar a fatura impressa chegar em casa? Mude já para a Fatura Digital. Ligue: 3003-3030. É rapidinho!

vencimento

**23/09/2018**

A) pagamento total

**1.261,80**

B) pagamento mínimo

**189,27**

C) parcelas fixas

**126,16**  
**+23x 126,16**

Veja outras opções na 2. folha

B) Pagamento mínimo: optando por pagar quantia entre o valor constante nesta opção e o total da fatura, você estará financiando a diferença pelo crédito rotativo. Se você efetuar um pagamento inferior ao pagamento mínimo, você estará em atraso, incorrendo em juros, multa e mora.

**Limites de crédito R\$**

Limite total de crédito	6.350,00
Limite utilizado no mês	1.261,80
Retirada de recursos Pals(saque)	310,00

**Pagamentos efetuados**

DATA	VALOR EM R\$
22/08 PAGAMENTO FICHA COMPENS	- 900,00
22/08 PAGAMENTO FICHA COMPENS	- 515,36
<b>Total dos pagamentos:</b>	<b>- 1.415,36</b>

**Lançamentos: compras e saques****MARIA TERCIA S ARAUJO (final 5179)**

DATA	ESTABELECIMENTO	VALOR EM R\$
25/01	MERCADOPAGO 08/08	112,84
19/03	ARMAZEM PARAIBA 06/10	52,90
03/04	ARMAZEM PARAIBA 06/10	87,48
18/04	SHOW MUSICAL 05/05	119,40
26/04	ARMAZEM PARAIBA 05/05	52,56

**Compra presencial**  
com o uso do cartão e senha.



**Banco Itaú S.A. 341-7**  
Número do Documento 00135485014/0074933  
Nome do Pagador/CPF/CNPJ MARIA TERCIA DA SILVA ARAUJO - 110.661.214-00  
Nome do Beneficiário/CPF/CNPJ HIPERCARD BANCO MULTIPLO S.A - 03.012.230/0001-69  
Endereço do Beneficiário AV RUI BARBOSA, 251,1 A GRAÇAS - RECIFE - PE

34191.75355 48501.402043 00173.090002 9 000

recibo do pagador  
Número 175/35485014-0  
Valor do documento R\$ 1.261,80  
Vencimento 23/09/2018

Autenticação Mecânica

<b>Banco Itaú S.A.</b>		<b>341-7</b>		<b>34191.75355 48501.402043 00173.090002 9 000</b>	
Local de Pagamento Pague sua fatura nos caixas da Rede Walmart Brasil, ou em qualquer banco, mesmo após o vencimento. Prefira pagar sempre até o dia do vencimento para não gerar encargos e/ou rescisão contratual. Em caso de atraso, os encargos serão cobrados na próxima fatura.				Data de Vencimento <b>23/09/2018</b>	
Nome do Beneficiário/CPF/CNPJ HIPERCARD BANCO MULTIPLO S.A - 03.012.230/0001-69 AV RUI BARBOSA, 251,1 A GRAÇAS - RECIFE - PE				Agência / Código Beneficiário <b>2040/01730-9</b>	
Data do Documento <b>23/09/2018</b>	Número do Documento <b>00135485014/0074933</b>	Espécie DOC. <b>FT</b>	Anexo <b>N</b>	Data do Processamento <b>09/09/2018</b>	Rosso Número <b>175/35485014-0</b>
Uso do Banco	Carteira <b>175</b>	Espécie <b>RS</b>	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento <b>R\$ 1.261,80</b>
Instruções de responsabilidade do beneficiário. Indique o valor que deseja pagar no campo "Valor Pago". Dê preferência ao pagamento total. Não sendo possível, você terá as seguintes opções: (i) pagar quantia a partir do valor constante em Pagamento Mínimo, financiando o restante pelo crédito rotativo; (ii) optar por uma das opções de Parcelas Fixas, pagando o valor exato da parcela até a data do vencimento.				(=) Descrição / Abatimentos (+) Juros / Multa (=) Valor Pago	
Nome do Pagador /CPF/CNPJ/Endereço/Cidade/UF/CEP MARIA TERCIA DA SILVA ARAUJO - 110.661.214-00 R JOSE DE ALENCAR 186 - MERCADINHO LINO - CASA 01 - IMACULADA - 58309-290 BAYEUX - PB Sacador Avalista:					



Autenticação Mecânica - Ficha de Compensação

POLÍCIA CIVIL DA PARAÍBA  
DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL  
PRIMEIRA SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL  
QUARTA DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL  
5ª DELEGACIA DISTRITAL – BAYEUX – PB



**NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO**

**Data e Hora do Registro do B.O:** 13/03/2018 às 15h47min.

**Local do fato:** BAYEUX/PB.

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL nº 913/2018**

**NOTICIANTE**

**JOSÉ ADÃO DA SILVA MORAIS**, brasileiro, natural de Cajueiro-AL, filho de Elival Moraes da Silva e Severina Leoncio da Silva, com 21 anos, nascido em 06.05.1996, união estável, eletricitista, com ensino médio, RG 4.395.975-SSP/PB e CPF 120.686.334-00, residente a rua José de Alencar 186/A, Imaculada, Bayeux-PB, (próximo ao Mercadinho Jesus de Nazaré), fone 98729-8116. Znr

**AFIRMA A NOTIFICANTE:** QUE, por volta das 06h40min., do dia 07.03.2018, conduzia a sua **MOTOCICLETA** marca **HONDA/NXR BROS ESDD**, cor **vermelha**, ano e modelo **2018/2018**, placas **OFH-9652/PB**, chassi nº **9C2KD0810JR017135**, em seu nome, trafegando pela BR 230, próximo ao posto da PRF, Bayeux-PB, ocasião em que foi surpreendido com a colisão na sua moto causando danos, provocada pelo veículo de **marca FORD/ ECOSPORT FSL 1.6**, cor **prata**, placas **PEY-8235/PB**, ano e modelo **2013/2014**, chassi **9BFZB55P4E8844755** conduzido por **Hebnesser Rodrigues Ferreira**, tendo o notificante caído com a sua moto, sendo acidentado; QUE, o notificante foi socorrido numa ambulância do CORPO DE BOMBEIROS e deu entrada inicialmente no HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA DA CAPITAL e, em seguida, foi transferido para o COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOVERNADOR TARCÍSIO BURITY DA CAPITAL, tendo sido submetido a tratamento cirúrgico.

. Por este motivo veio notificar o fato.

**Assinatura da Notificante:**

*José Adão da Silva Moraes*

**Policial que registrou o BO:** Josenildo de Lima Cardoso, escrivão, mat. 135.662-3.

**ATENÇÃO:** Art. 299 do CPB: "Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante: Pena - reclusão, de 01 (um) a 05 (cinco) anos, e

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A  
15 OUT. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



86

## CERTIDÃO

Nº. 0679/2018

Atendendo solicitação de **JOSE ADAO DA SILVA MORAIS** de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação da Ficha de atendimento ambulatorial N°105734, e Prontuário de N° 2018.03.000921 pertencente ao requerente que foi atendido dia 07/03/2018 às 10H10min, vítima de colisão moto x carro, apresentando trauma em tornozelo e pé esquerdos.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de maléolo lateral esquerdo. Realizado procedimento cirúrgico dia 07/03/2018 com alta médica dia 09/03/2018.

E para constar eu, Rosângela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 08 de maio de 2018

*Rosângela M. Escorel Almeida*  
Médica da Vigilância à Saúde  
CRM-PB 3883

Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/PB 3883



URA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA  
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY  
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N  
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83)3214-1980  
FAX: ( ) - CNPJ:

Ficha Nr: 108795 Atd: Nao Regulada  
Data: 07/03/2018  
Hora: 10:10:06  
Recepcionista: ANA CLAUDIA XAVIER S/  
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: JOSE ADAO DA SILVA MORAIS

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2018.03.000921

CNS: 700506156610855 Sexo: M CNH: 4395975 Fone: 986314028

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 06/05/1996 Id: 21 ano(s)

End.: RUA JOSE DE ALENCAR, 186

Bairro: IMACULADA Cidade: BAYEUX UF: PB

Mae: SEVERINA LEONCIO DA SILVA

Pai: ELIVAL MORAIS DA SILVA

Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: ELETRICISTA SEM ESPECIFICACAO

Estado Civil: CASADO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: ESPOSA- NAARA

Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: HOSPITAL DE TRAUMA

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: COLISAO MOTO COM CARRO NA BR 230

Vitima de violência por: PX A POLICIA FEDERAL AS 6:40HRS, CONDUTOR

[ ] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA:

FR:

[ ] Aparentemente Bem

[ ] Grave

FC:

TP:

[ ] Politraumatizado

[ ] Convulsao

Peso:

Altura:

[ ] Hemorragia

[ ] Dispneia

Glicemia:

IMC:

[ ] Diarreia

[ ] Agitado

Circ. Abd:

O2%:

[ ] Regular

[ ] Chocado

[ ] Vomito

Queixa Principal

Observacao

EM MIE

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Receto em uniao de queda de moto com trauma em MB  
+ R

Diagnostico

Conduta - Rodo MT e R + Pé Cto

Prescricao

Horario da medicacao





## FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: <u>João Adão do Filho</u>		Data da Admissão: <u>07/03/18</u>	
Prontuário: _____	Idade: _____	Enfermaria: _____	Leito: _____
Nome da Mãe: _____		Bairro: _____	
Endereço: _____		Profissão: _____	
Cidade: _____	Estado: _____	Fone: _____	Religião: _____
Sexo: F ( ) M ( )	Cor: _____	Estado Civil: _____	Data de Nascimento: ____/____/____
Escolaridade: _____			
QPD: <u>Do + deficiências + fúido em tomazelo</u>			
HDA: <u>Bom com história de fúido em TMT e com deficiências em análise lateral.</u>			
Medicações em uso: _____			
<b>Interrogatório Sintomatológico:</b>			
<b>Geral:</b> <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Astenia <input type="checkbox"/> Anorexia <input type="checkbox"/> Perda de Peso _____ Kg em _____ <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Sudorese <input type="checkbox"/> Calafrios <input type="checkbox"/> Alopecia <input type="checkbox"/> Adenomegalias <input type="checkbox"/> Icterícia <input type="checkbox"/> Tonturas <input type="checkbox"/> Outros: _____			
<b>Pele:</b> _____			
<b>Cabeça e Pescoço:</b> <input type="checkbox"/> Cefaléia <input type="checkbox"/> Espirros <input type="checkbox"/> Rinorréia <input type="checkbox"/> Obstrução Nasal <input type="checkbox"/> Epistaxe <input type="checkbox"/> Dor de Garganta <input type="checkbox"/> Bócio <input type="checkbox"/> Rouquidão <input type="checkbox"/> Disfagia <input type="checkbox"/> Audição: _____ Visão: _____			
<b>AR e ACV:</b> <input type="checkbox"/> Dor _____ <input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Expectoração <input type="checkbox"/> Hemoptise <input type="checkbox"/> Dispneia <input type="checkbox"/> Palpitações <input type="checkbox"/> Desmaio <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Edema _____ Outros: _____			
<b>ABD:</b> <input type="checkbox"/> Dor _____ <input type="checkbox"/> Pirose <input type="checkbox"/> Solução <input type="checkbox"/> Regurgitação <input type="checkbox"/> Hematêmese <input type="checkbox"/> Náuseas <input type="checkbox"/> Vômitos <input type="checkbox"/> Dispepsia <input type="checkbox"/> Diarréia <input type="checkbox"/> Melena <input type="checkbox"/> Enterorragia <input type="checkbox"/> Constipação <input type="checkbox"/> Aumento de volume			
<b>AGU:</b> <input type="checkbox"/> Disúria <input type="checkbox"/> Incontinência <input type="checkbox"/> Retenção <input type="checkbox"/> Poliúria <input type="checkbox"/> Oligúria <input type="checkbox"/> Noctúria <input type="checkbox"/> Hematúria <input type="checkbox"/> Mal Cheiro <input type="checkbox"/> Corrimento <input type="checkbox"/> Outras: _____			
<b>SME:</b> <input type="checkbox"/> Dor _____ <input type="checkbox"/> Rigidez pós-reposou <input type="checkbox"/> Deformidades <input type="checkbox"/> Artralgia <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Rubor <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Crepitação <input type="checkbox"/> Fraqueza <input type="checkbox"/> Atrofia <input type="checkbox"/> Espasmos			
<b>SN e PSQ:</b> <input type="checkbox"/> Insônia <input type="checkbox"/> Sonolência <input type="checkbox"/> Convulsões <input type="checkbox"/> Motricidade e Sensibilidade <input type="checkbox"/> Amnésia <input type="checkbox"/> Libido <input type="checkbox"/> Humor			

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB

**Antecedentes Pessoais e Hábitos:**

Doenças Anteriores: \_\_\_\_\_

Alergias: \_\_\_\_\_

Cirurgias: \_\_\_\_\_ [ ] HTF

[ ] HAS [ ] DM [ ] TB [ ] HEP [ ] Dislipidemia [ ] Banho de Rio [ ] Casa de Taipa

[ ] Trauma [ ] Neo [ ] Tabagismo

[ ] Alcoolismo

Exercício Físico: \_\_\_\_\_ Alimentação \_\_\_\_\_

**Antecedentes Familiares:**

HAS \_\_\_\_\_ DM \_\_\_\_\_ TB \_\_\_\_\_ NEO \_\_\_\_\_

Dislipidemias \_\_\_\_\_ ♥ \_\_\_\_\_

**Exame Físico:**

Peso: \_\_\_\_\_ Kg Altura: \_\_\_\_\_ m IMC = \_\_\_\_\_ PA= \_\_\_\_\_ mmHg

FC= \_\_\_\_\_ FR= \_\_\_\_\_ TEMP(°C)= \_\_\_\_\_

Geral: \_\_\_\_\_

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): \_\_\_\_\_

Gânglios: \_\_\_\_\_

Pele: \_\_\_\_\_

ACV: \_\_\_\_\_

AR: \_\_\_\_\_

ABD: \_\_\_\_\_

AGU: \_\_\_\_\_

SME: \_\_\_\_\_

SN: \_\_\_\_\_

Resultados de Exames Complementares: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Hipóteses Diagnósticas: *fa expant do Músculo lateral*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

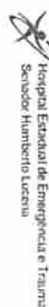
Conduta: *- Ao bloco cirúrgico*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A  
15 JUL 2013  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.



## Receituário

Paciente: JOSE ADAO DA SILVA MORAIS  
Data: 07/03/2018 09:07:26 Sexo: Masculino CPF: Não Informado BAE: 1067426 Idade: 21

### ENCAMINHAMENTO:

AO HOSPITAL ORTOTRAUMA DE MANGABEIRA ENCAMINHO O PACIENTE SUPRACITADO, VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, CONFORME PACOTUAÇÃO SES-PB E SMS - JP PARA AVALIAÇÃO E CONDUITA DEVIDO A FRATURA EXPOSTA DE MALEOLO LATERAL ESQUERDO. PRESCRITO CEFALOTINA 2G, E SAT 5000 U. STAFF DR JOÃO HENRIQUE

Dr. VICTOR LINHARES LUGUINHO  
10894/PB

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena  
Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep: 58031-090

## Receituário

Paciente: JOSE ADAO DA SILVA MORAIS  
Data: 07/03/2018 09:07:26 Sexo: Masculino CPF: Não Informado BAE: 1067426 Idade: 21

### ENCAMINHAMENTO:

AO HOSPITAL ORTOTRAUMA DE MANGABEIRA ENCAMINHO O PACIENTE SUPRACITADO, VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, CONFORME PACOTUAÇÃO SES-PB E SMS - JP PARA AVALIAÇÃO E CONDUITA DEVIDO A FRATURA EXPOSTA DE MALEOLO LATERAL ESQUERDO. PRESCRITO CEFALOTINA 2G, E SAT 5000 U. STAFF DR JOÃO HENRIQUE



Dr. VICTOR LINHARES LUGUINHO  
10894/PB

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena  
Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep: 58031-090



## RELATÓRIO DE CIRURGIA

<b>Nome:</b> <i>João Marcos do Silva</i>				<b>Registro:</b>	
<b>Idade:</b>	<b>Sexo:</b>	<b>Cor:</b>	<b>Clínica:</b> <i>ORNO</i>	<b>EMP:</b>	<b>LR:</b>
<b>Data:</b> <i>07/03/18</i>	<b>Cirurgião:</b> <i>Dr. Antônio Carlos de Almeida</i>			<b>1º Assistente:</b> <i>Dr. Leonardo R.</i>	
<b>2º Assistente:</b> <i>Dr. Pedro Henrique R.</i>		<b>3º Assistente:</b>		<b>Instrumentador:</b>	
<b>Anestesista:</b> <i>Dr. Eugênio</i>		<b>Tipo Anestesia:</b> <i>loqui</i>		<b>Horário:</b>	<b>I:</b> <b>T:</b>
<b>DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO</b>				<b>CID</b>	
<i>Fract. exposta do maxilar lateral esq.</i>					
<b>DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO</b>				<b>CID</b>	
<i>0 uniuo</i>					
<b>PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)</b>				<b>CÓDIGO</b>	
<i>RAFI com fio X.</i>					
<b>Acidente durante Ato Cirúrgico</b> 1 ( ) Sim 2 ( ) Não				<b>Descreva:</b>	
<b>Biópsia de Congelação:</b> 1 ( ) Sim 2 ( ) Não					
<b>Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:</b> 1 ( ) Enfermaria 2 ( ) Terapia Intensiva 3 ( ) Residência 4 ( ) Óbito durante o Ato Cirúrgico					

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.

## DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

### Posição e Preparo:

- Paciente em DHA sob bloqueio central
- Antepsia + oxigenação + aspiração de campo estéril

### Incisão:

- Lateral em nível do lateral

### Achados:

- Fratura completa do fêmur distal

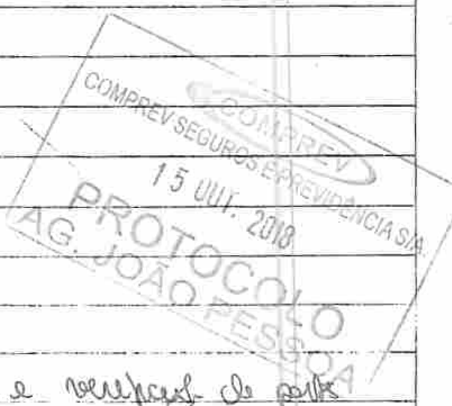
### Conduta:

- Realizado LMC com SF0,9% expansiva
- Realizado desbridamento de tecidos desvitalizados
- Realizado encurtamento de músculos com auxílio de backbone, do parâmetro do fêmur unilobado fêmur
- Anestesia de 02 fio 12
- Limpeza do F.O.
- Reten no plano
- crepito
- Tala fixa

### Fechamento:

### OBS:

Remanejado internado para fisioterapia e recuperação de pontos



Data: 07/03/18

Dr. Leonardo Miranda  
Médico  
CRM-PB 8877

MÉDICO/CRM

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 56056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB