



Número: **0801061-44.2019.8.15.0181**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **4ª Vara Mista de Guarabira**

Última distribuição : **06/05/2019**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **SEGURO, OBRIGAÇÃO DE FAZER / NÃO FAZER**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes                                    |                    | Procurador/Terceiro vinculado                               |                                         |
|-------------------------------------------|--------------------|-------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| FELIPE CONSTANTINO DOS SANTOS (AUTOR)     |                    | ANTONIO TEOTONIO DE ASSUNCAO (ADVOGADO)                     |                                         |
| SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A (RÉU) |                    |                                                             |                                         |
| Documentos                                |                    |                                                             |                                         |
| Id.                                       | Data da Assinatura | Documento                                                   | Tipo                                    |
| 20962194                                  | 06/05/2019 15:36   | <a href="#">GUIA DE CUSTAS</a>                              | Outros Documentos                       |
| 20962352                                  | 06/05/2019 15:36   | <a href="#">GuiaCustas (1)</a>                              | Guias de Recolhimento/ Deposito/ Custas |
| 20959841                                  | 06/05/2019 15:36   | <a href="#">Petição Inicial</a>                             | Petição Inicial                         |
| 20961249                                  | 06/05/2019 15:36   | <a href="#">PROCURAÇÃO E DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA</a> | Procuração                              |
| 20961252                                  | 06/05/2019 15:36   | <a href="#">DOC PESSOAL</a>                                 | Documento de Identificação              |
| 20961262                                  | 06/05/2019 15:36   | <a href="#">COMPROVANTE DE RESIDENCIA</a>                   | Outros Documentos                       |
| 20961266                                  | 06/05/2019 15:36   | <a href="#">B.O</a>                                         | Outros Documentos                       |
| 20961268                                  | 06/05/2019 15:36   | <a href="#">FICHA DE ATENDIMENTO- SAMU</a>                  | Outros Documentos                       |
| 20961269                                  | 06/05/2019 15:36   | <a href="#">LAUDO MÉDICO_compressed</a>                     | Outros Documentos                       |
| 20961463                                  | 06/05/2019 15:36   | <a href="#">PROTOCOLO DE ENVIO- CORREIOS</a>                | Outros Documentos                       |
| 20961465                                  | 06/05/2019 15:36   | <a href="#">RESPOSTA DA SEGURADORA</a>                      | Outros Documentos                       |

SEGUE GUIA DE CUSTAS EM ANEXO



|                                                                                                                                                                                                                                                  |                              |                                                                   |                                               |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
|  <b>Poder Judiciário do Estado da Paraíba</b><br>Guia de Recolhimento de Custas e Taxas<br>Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98<br>(Via da parte) |                              |                                                                   | <b>Número do boleto:</b><br>018.8.19.00760/01 |
|                                                                                                                                                                                                                                                  |                              |                                                                   | <b>Data de emissão:</b><br>06/05/2019         |
| <b>Nº do Processo:</b>                                                                                                                                                                                                                           | <b>Comarca:</b><br>Guarabira | <b>Classe Processual:</b><br>PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7 | <b>Data de vencimento:</b><br>31/05/2019      |
| <b>Número da guia:</b> 018.2019.600760 <b>Tipo da Guia:</b> Custas Prévias                                                                                                                                                                       |                              |                                                                   | <b>UFR vigente:</b><br>R\$ 50,12              |
| <b>Detalhamento:</b><br>- Custas Processuais: R\$ 1.002,40<br>- Taxa Judiciária: R\$ 202,50<br>- Despesas processuais postais: R\$ 13,01<br>- Taxa bancária: R\$ 1,35                                                                            |                              |                                                                   | <b>Conta FEJPA:</b><br>1618-7228.039-6        |
|                                                                                                                                                                                                                                                  |                              |                                                                   | <b>Parcela:</b><br>1/1                        |
|                                                                                                                                                                                                                                                  |                              |                                                                   | <b>Valor total:</b><br>R\$ 1.219,26           |
|                                                                                                                                                                                                                                                  |                              |                                                                   | <b>Desconto total:</b><br>R\$ 0,00            |
| 866200000127 192609283184 520190531019 881900760011<br>                                                                                                         |                              |                                                                   | <b>Valor final:</b><br>R\$ 1.219,26           |

|                                                                                                                                                                                                                                                     |                              |                                                                   |                                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
|  <b>Poder Judiciário do Estado da Paraíba</b><br>Guia de Recolhimento de Custas e Taxas<br>Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98<br>(Via do processo) |                              |                                                                   | <b>Número do boleto:</b><br>018.8.19.00760/01 |
|                                                                                                                                                                                                                                                     |                              |                                                                   | <b>Data de emissão:</b><br>06/05/2019         |
| <b>Nº do Processo:</b>                                                                                                                                                                                                                              | <b>Comarca:</b><br>Guarabira | <b>Classe Processual:</b><br>PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7 | <b>Data de vencimento:</b><br>31/05/2019      |
| <b>Número da guia:</b> 018.2019.600760 <b>Tipo de Guia:</b> Custas Prévias                                                                                                                                                                          |                              |                                                                   | <b>UFR vigente:</b><br>R\$ 50,12              |
| <b>Detalhamento:</b><br>- Custas Processuais: R\$ 1.002,40<br>- Taxa Judiciária: R\$ 202,50<br>- Despesas processuais postais: R\$ 13,01<br>- Taxa bancária: R\$ 1,35                                                                               |                              |                                                                   | <b>Conta FEJPA:</b><br>1618-7228.039-6        |
|                                                                                                                                                                                                                                                     |                              |                                                                   | <b>Parcela:</b><br>1/1                        |
|                                                                                                                                                                                                                                                     |                              |                                                                   | <b>Valor total:</b><br>R\$ 1.219,26           |
|                                                                                                                                                                                                                                                     |                              |                                                                   | <b>Desconto total:</b><br>R\$ 0,00            |
| 866200000127 192609283184 520190531019 881900760011<br>                                                                                                          |                              |                                                                   | <b>Valor final:</b><br>R\$ 1.219,26           |

|                                                                                                                                                                                                                                                    |                              |                                                                   |                                               |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
|  <b>Poder Judiciário do Estado da Paraíba</b><br>Guia de Recolhimento de Custas e Taxas<br>Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98<br>(Via do banco) |                              |                                                                   | <b>Número do boleto:</b><br>018.8.19.00760/01 |
|                                                                                                                                                                                                                                                    |                              |                                                                   | <b>Data de emissão:</b><br>06/05/2019         |
| <b>Nº do Processo:</b>                                                                                                                                                                                                                             | <b>Comarca:</b><br>Guarabira | <b>Classe Processual:</b><br>PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7 | <b>Data de vencimento:</b><br>31/05/2019      |
| <b>Número da guia:</b> 018.2019.600760 <b>Tipo de Guia:</b> Custas Prévias                                                                                                                                                                         |                              |                                                                   | <b>UFR vigente:</b><br>R\$ 50,12              |
| <b>Detalhamento:</b><br>- Custas Processuais: R\$ 1.002,40<br>- Taxa Judiciária: R\$ 202,50<br>- Despesas processuais postais: R\$ 13,01<br>- Taxa bancária: R\$ 1,35                                                                              |                              |                                                                   | <b>Conta FEJPA:</b><br>1618-7228.039-6        |
|                                                                                                                                                                                                                                                    |                              |                                                                   | <b>Parcela:</b><br>1/1                        |
|                                                                                                                                                                                                                                                    |                              |                                                                   | <b>Valor total:</b><br>R\$ 1.219,26           |
|                                                                                                                                                                                                                                                    |                              |                                                                   | <b>Desconto total:</b><br>R\$ 0,00            |
| 866200000127 192609283184 520190531019 881900760011<br>                                                                                                         |                              |                                                                   | <b>Valor final:</b><br>R\$ 1.219,26           |





Poder Judiciário do Estado da Paraíba  
Tribunal de Justiça  
Sistema de Custas Online

**Guia de Custas Prévias**

**Nº Guia:** 018.2019.600760

**Data Vencimento:** 31/05/2019

**Data Emissão:** 06/05/2019

**Comarca:** Guarabira

**Classe:** PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7

**Promovente:** FELIPE CONSTANTINO DOS SANTOS

**Promovido:** SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

**Valor da Causa:** R\$ 13.500,00

**Despesas Processuais:** R\$ 13,01

**Custas:** R\$ 1.002,40

**Taxa:** R\$ 202,50

**Total da Guia:** R\$ 1.217,91

Certifico que os dados referentes a comarca, classe, partes, valor da causa e diligências constantes na guia de custas online conferem com os dados constantes na petição inicial, conforme as leis 5.672/92 e 6.688/98.

---

Servidor

**APRESENTAÇÃO OBRIGATÓRIA QUANDO DO PROTOCOLAMENTO DA AÇÃO.**



SEGUE PETIÇÃO E DOCUMENTOS EM ANEXO



## PROCURAÇÃO AD- JUDICIA

OUTORGANTE: **FELIPE CONSTANTINO DOS SANTOS**, brasileiro, solteiro, estoquista, inscrito no RG nº 3.950.446 SSP-PB, CPF nº 110.735.364-59, residente e domiciliado a Rua Manoel Alves de Sousa, nº 199, Centro, Pilõesinhos-PB, CEP: 58210-000.

OUTORGADO: ao Bel. **ANTONIO TEOTONIO DE ASSUNÇÃO** OABPB 10492, com escritório profissional à Rua Osório de Aquino, nº 60, centro, em Guarabira-PB, CEP.: 58.200-000.

PODERES: Conferindo-lhes amplos e ilimitados poderes para o foro em geral, com a Cláusula "AD-JUDICIA", a fim de que possa defender os interesses e direitos da outorgante, perante qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, Repartição Pública, Autarquia ou Entidade Paraestatal, propondo ação competente em que o outorgante seja autor ou Requerente e defendendo quando for réu, interessado ou requerido, podendo conciliar, desistir, transigir, fazer acordo, recorrer, receber e dar quitação, confessar, requerer, firmar compromisso, prestar declarações, receber citação, bem como, substabelecer presente, com ou sem reservas de poderes, se assim lhe convier, e praticando todos os atos necessários para o bom e fiel desempenho deste mandato, dando tudo por firme e valioso.

Guarabira, 31 de janeiro de 2019.

FELIPE CONSTANTINO DOS SANTOS

**FELIPE CONSTANTINO DOS SANTOS**



## DECLARAÇÃO

Declaro para fins de direito que eu **FELIPE CONSTANTINO DOS SANTOS**, brasileiro, solteiro, RG nº 3.950.446 SSP-PB, CPF nº 110.735.364-59, residente e domiciliado a Rua Manoel Alves de Sousa, nº 199, Centro, Pilõezinhos-PB, CEP: 58210-000, sou pobre de acordo com a Lei 1060/50 c/c a Lei 7.115 de 29 de março de 1983, sob pena de ter que passar necessidade juntamente com a minha família, em face de minha situação financeira.

Reitero que é verdade e digno de o que aqui consta sujeitando-me a todas as penas da Lei.

Guarabira, 31 de janeiro de 2019

FELIPE CONSTANTINO DOS SANTOS  
**FELIPE CONSTANTINO DOS SANTOS**



29.d

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA  
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

ASSINATURA DO TITULAR

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

CARTEIRA DE IDENTIDADE

29.d

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

110.735.364-59

Nome

FELIPE CONSTANTINO DOS SANTOS

Nascimento

03/09/1997

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.950.446

DATA DE EMISSÃO 03/03/2011

NOME

FELIPE CONSTANTINO DOS SANTOS

FILIAÇÃO

RAIMUNDO PEREIRA DOS SANTOS  
NILZA CONSTANTINO DOS SANTOS

NATURALIDADE

JOÃO PESSOA-PB

DOC ORIGEM

NASC. N. 5015 FLS. 183 LIV. 205

CARTÓRIO FLOREZINHO

CPF 110.735.364-59

DATA DE NASCIMENTO 03/09/1997

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

CÓDIGO DE CONTROLE

89C4.446E.0423.DE3E

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela

Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 08:14:13 do dia 22/03/2016 (hora e data de Brasília)

dígito verificador: 00





RAIMUNDO P. REIRA DOS SANTOS  
RUA MANOEL VES DE SOUSA, 188 - CENTRO  
PILOEZHINHOS - PB CEP: 58210000 (AG: 22)  
Emissão: 25/01/2019 Referência: Jan/2019  
Classe/Subcl: RESIDENCIAL / BANDA RENDA MONOFÁSICO B/230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa - PB - CEP: 58071-680  
Roteiro: 15 - 37 - 485 - 8280 Nº medidor: 0000744550

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
CNPJ: 09.095.183/0001-40 Insc. Est. 16.015.823-0  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 019.200.421  
Cód. para Dto. Automático: 0004335113

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

Conta referente a Jan / 2019 Apresentação 25/01/2019 Data prevista da próxima leitura 25/02/2019 CPF/ CNPJ/ RANI 476.516.684-91

UC (Unidade Consumidora): 5/433511-3

Canal de contato  
- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.439, de 26 de abril de 2002.  
Quer reduzir a conta de luz? Adote hábitos conscientes: não deixe a porta da geladeira aberta sem necessidade, lave e passe o máximo de roupas possível de uma só vez e não se esqueça de apagar as luzes ao sair dos ambientes.

| Anterior      | Atual         | Constante | Consumo | Dias |
|---------------|---------------|-----------|---------|------|
| Data 27/12/18 | Data 25/01/19 |           |         |      |
| Leitura 7698  | Leitura 7733  | 1         | 34      | 28   |

| CCl   | Descrição                 | Quantidade | Tarifa (R\$) | Valor Base Calc. (R\$) | Alíq. (R\$) | ICMS (R\$) | Base Calc. (R\$) | Coluna (R\$) | Coluna (R\$) |
|-------|---------------------------|------------|--------------|------------------------|-------------|------------|------------------|--------------|--------------|
| 0601  | Consumo até 30kWh-BR      | 30,000     | 0,206120     | 6,15                   | 0,00        | 0,00       | 6,15             | 0,07         | 0,30         |
| 0601  | Consumo - 31 a 100kWh-BR  | 4,000      | 0,351650     | 1,40                   | 0,00        | 0,00       | 1,40             | 0,01         | 0,07         |
| 0610  | Subsídio                  |            |              | 13,14                  | 0,00        | 0,00       | 13,14            | 0,14         | 0,88         |
| 0699  | DEBITO COMPENSADO 12/2018 |            |              | 7,82                   | 0,00        | 0,00       | 0,00             | 0,00         | 0,00         |
| 0908  | Devolução Subsídio        |            |              | 12,35                  | 0,00        | 0,00       | 0,00             | 0,00         | 0,00         |
| TOTAL |                           |            |              |                        |             |            |                  |              |              |
|       |                           |            |              | 15,96                  | 0,00        | 0,00       | 20,89            | 0,22         | 1,00         |

CCl: Código de Classificação do Item  
Média últimos meses (kWh) 31  
VENCIMENTO 01/02/2019  
TOTAL A PAGAR R\$ 15,96  
Histórico de Consumo (kWh)  
30 | 31 | 29 | 28 | 25 | 26 | 29 | 25 | 34 | 38 | 32  
Jan/18 | Fev/18 | Mar/18 | Abr/18 | Mai/18 | Jun/18 | Jul/18 | Ago/18 | Set/18 | Out/18 | Nov/18 | Dez/18

1e1c.8694.b3eb.9a88.c9ba.0f7d.2d62.9cba.

| Indicadores de Qualidade |         |                      | Composição do Consumo            |             |        |
|--------------------------|---------|----------------------|----------------------------------|-------------|--------|
| Limites da ANEEL         | Apurado | Limite de Tensão (V) | Discriminação                    | Valor (R\$) | %      |
| DIC MENSAL 7,28          | 0,00    | NOMINAL 220          | Serviços de Dist. da Energisa/PB | 2,52        | 15,80  |
| DIC TRIMESTRAL 14,53     |         |                      | Compra de Energia                | 3,59        | 22,49  |
| DIC ANUAL 29,06          |         |                      | Serviço de Transmissão           | 0,39        | 2,44   |
| FIC MENSAL 3,42          | 0,00    | CONTRATADA 202       | Encargos Setoriais               | 0,59        | 3,70   |
| FIC TRIMESTRAL 6,85      |         | LIMITE INFERIOR 202  | Impostos Diretos e Encargos      | 1,25        | 7,83   |
| FIC ANUAL 13,70          |         | LIMITE SUPERIOR 231  | Outros Serviços                  | 7,62        | 47,74  |
| DMC 4,14                 | 0,00    |                      | Total                            | 15,96       | 100,00 |
| DICRI 12,22              |         |                      |                                  |             |        |

ATENÇÃO

Valor do EUSD (Ref. 11/2018) R\$ 3,96  
Faturas em atraso





**BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL**

**Livro nº 001/2019**  
**Ocorrência nº. 0088/2019**

Ao PRIMEIRO dia de FEVEREIRO de DOIS MIL E DEZENOVE, nesta cidade de GUARABIRA/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **JOSINALDO FELIX RIBEIRO** Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrevã(o) do seu cargo, aí, por volta 13h:58 min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

FELIPE COSTANTINO DOS SANTOS, brasileira, natural de JOÃO PESSOA-PB, nascido em 03-09-1910-1997, ESTADO CIVIL: SOLTEIRO, PROFISSÃO: AGRICULTOR, filho(a) de RAIMUNDO PEREIRA DOS SANTOS E NILZA COSTANTINO DOS SANTOS, RG Nº: 3.950.446SSP-PB, CPF Nº: 110.735.364-59, residente e domiciliado à RUA: MANOEL ALVES DE SOUSA, Nº: 199, BAIRRO: CENTRO, CIDADE: PILÔEZINHO-PB, FONE: 83-9-9371-1041.

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme a seguir enumerado:

- 1) **Natureza do fato:** ACIDENTE DE MOTO;  
2) **Data do fato:** 08-09-2018;  
4) **Local do fato:** GUARABIRA-PB;  
5) **Hora do fato:** 15:08:08.

**7) Breve resumo do fato:**

Afirma O(a) NOTICIANTE QUE, NO LOCAL, DATA E HORA SUPRACITADOS, FOI VÍTIMA DE ACIDENTE COM MOTOCICLETA; QUE VINHA TRAFEGANDO NA VIA PRINCIPAL QUANDO UM AUTOMÓVEL FIAT UNO SAIU DE VEZ DE UMA RUA TRANSVERSAL, VINDO A COILIDIR NO VEÍCULO; QUE APÓS O ACIDENTE SÓ RETOMOU OS SENTIDOS NA AMBULÂNCIA DO SAMU; QUE FOI SOCORRIDO PELO SAMU PARA O HOSPITAL REGIONAL DE GUARABIRA E LOGO APÓS FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL DE TRAUMA EM JOÃO PESSOA-PB, ONDE PASSOU POR CIRURGIA, CONFORME DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA. MOTIVO PELO QUAL PROCUROU ESTA DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL.

**OBSERVAÇÕES DA UNIDADE POLICIAL:**

**Não há.**

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrevã(o) que digitei.

2. FELIPE CONSTANTINO DOS SANTOS  
FELIPE CONSTANTINO DOS SANTOS  
Comunicante

## Comunicante

Escrivã(o)/Agente MTR.: 181.839-2





FICHA DE REGULAÇÃO ENFERMAGEM E TÉCNICOS / ATENDIMENTO  
USB 49

11:00  
16:00

IDENTIFICAÇÃO/OCORRÊNCIA

|                                                       |                          |                                         |                         |                                                                                 |
|-------------------------------------------------------|--------------------------|-----------------------------------------|-------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| DATA<br>08-9-18                                       | OCORRÊNCIA Nº<br>2188475 | PACIENTE/USUÁRIO<br>Júlio E. dos Santos | IDADE<br>21             | SEXO<br><input checked="" type="checkbox"/> MASC. <input type="checkbox"/> FEM. |
| LOCAL DE OCORRÊNCIA<br>PBOT que tocou que a Polígonia |                          |                                         | BAIRRO                  | MÉDICO REGULADOR<br>Gilmara                                                     |
| Apoio no Local                                        | PM                       | Resgate/Bombeiros                       | Resgate/PRF             | SPTRANS                                                                         |
| QTA                                                   | Socorrido por terceiros  | Recusou atendimento                     | Socorrido pelo Bombeiro | TROTE                                                                           |
| Local não encontrado                                  |                          |                                         | Outro                   |                                                                                 |

- TEMPO RESPOSTA – HORÁRIOS: ANEXAR FIGA DA CENTRAL DE REGULAÇÃO

- ANTECEDENTES

- TIPO DE AGRAVO (NATUREZA DA OCORRÊNCIA)

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> TRAUMA <input type="checkbox"/> CLÍNICO <input type="checkbox"/> GINECO-OBSTÉTRICO<br><input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA PROCEDENTE DO: _____<br><input type="checkbox"/> OUTRO<br>CINEMÁTICA: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | MEDICAMENTOS:<br><br>PATOLOGIA (S):<br><br>ÚLTIMA ALIMENTAÇÃO:<br><br>VACINAS:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>EXAME FÍSICO</b><br><input checked="" type="checkbox"/> PALIDO <input type="checkbox"/> CIANÓTICO <input type="checkbox"/> ICTÉRICO <input type="checkbox"/> SUDOREICO <input type="checkbox"/> PELE FRIA<br><input type="checkbox"/> PELE ÚMIDA <input checked="" type="checkbox"/> SOCÓRICO <input type="checkbox"/> ANISOCÓRICO <input type="checkbox"/> MIÓTICO<br><input checked="" type="checkbox"/> DOR LOCAL<br><input type="checkbox"/> DISPNEIA <input type="checkbox"/> TAQUIPNEIA <input type="checkbox"/> HEMATÊMESE <input type="checkbox"/> HEMOPTISE | <input type="checkbox"/> TCM <input type="checkbox"/> TRM <input type="checkbox"/> FRATURA <input type="checkbox"/> CONTUSÃO <input type="checkbox"/> ENTORSE<br><input checked="" type="checkbox"/> LUXAÇÃO <input type="checkbox"/> FACE <input type="checkbox"/> PCR <input type="checkbox"/> FAB <input type="checkbox"/> AFOGAMENTO<br><input type="checkbox"/> ATROPELAMENTO <input type="checkbox"/> QUEIMADURA <input type="checkbox"/> ELETROCUSSÃO<br><input type="checkbox"/> DESABAMENTO / SOTERRAMENTO <input type="checkbox"/> QUEDA DA PRÓPRIA ALTURA<br><input type="checkbox"/> QUEDA MOTO <input type="checkbox"/> QUEDA ALTURA _____ metros |
| TIPO DE FERIMENTO E LOCAL<br>_____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |

DESTINO

Local 1: HETSUL Responsável: \_\_\_\_\_ Função: médico  
Local 2: \_\_\_\_\_ Responsável: \_\_\_\_\_ Função: \_\_\_\_\_

DADOS VITAIS

VVAA: ☒ livre ☐ Obstruída / RESPIRAÇÃO: ☐ <30irpm ☐ >30irpm / PERFUSÃO CAPILAR: ☐ Retardada ☒ Normal / PAS: ☐ 90mmHg  
☐ < 90mmHg / PA: \_\_\_\_\_ PC: 89 FR: 18 TEMPERATURA: \_\_\_\_\_ GLICEMIA: 135 E. COMA: JS

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO

100% relacionado a queda humilhada por trauma (coluna muito fraco)

EVOLUÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE (NOME E NÃO ASSINATURA)

ENFERMEIRO: Gilmara COREN: 30177 TÁC. DE ENFERMAGEM: \_\_\_\_\_ COREN: \_\_\_\_\_  
CONDUCTOR: Wellington

RECUSA

NOME: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_  
ASSINATURA: \_\_\_\_\_ TESTEMUNHA: \_\_\_\_\_





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA  
DIVISÃO MÉDICA



## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE Felipe Constantino dos Santos  
DATA DE NASCIMENTO 03/09/97  
NOME DA MÃE Nilza Constantino dos Santos

### DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º 110914  
BOLETIM DE ENTRADA N.º 1107014  
DATA DO ATENDIMENTO 08/09/18  
HORA DO ATENDIMENTO 15:08  
MOTIVO DO ATENDIMENTO Acidente de moto  
DIAGNÓSTICO (S) Fratura de acetábulo + luxação de quadril D  
CID 10 S32.4 S73.0

### AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de acidente de moto, trazido pelo SAMU, apresentando dor em membro inferior direito com limitação de movimentos e edema periorbital bilateral, nega perda da consciência ou vômitos, glasgow 15, pupilas iso/foto. Avaliado pela Cirurgia Geral, Traumatologia e internado para tratamento cirúrgico.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX tórax, bacia, articulação coxo-femoral D.  
USG(fast)

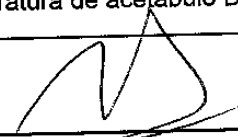
### RESULTADOS DOS EXAMES:

RX: fratura luxação de quadril D

### TRATAMENTO:

Redução incruenta de luxação do quadril direito. Tratamento cirúrgico de fratura de acetábulo D.

ALTA HOSPITALAR: 22/09/18  
DATA DA EMISSÃO: 29/11/18

  
Dr. Juan Jaime Alcoba Arce  
CRM: 3323/PB

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





Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

RUA PEDRO GONDIM, S/N - - CNES: 122343 - Tel.:

Boletim de Atendimento: 1107014



|                                                           |                                                  |                                       |                                     |                      |        |                      |
|-----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|----------------------|--------|----------------------|
| <b>Identificação do paciente</b>                          |                                                  |                                       |                                     |                      |        |                      |
| ID<br>1324264                                             | Nome<br>FELIPE CONSTANTINO DOS SANTOS            |                                       |                                     | Sexo<br>Masculino    |        |                      |
| Data de nascimento<br>03/09/1997                          | Idade<br>21 anos 24 dias                         | Estado civil                          | Religião                            | Prontuário<br>110947 |        |                      |
| Mãe<br>NILZA CONSTANTINO DOS SANTOS                       | Pai<br>RAIMUNDO PEREIRA DOS SANTOS               |                                       |                                     |                      |        |                      |
| Escolaridade                                              | Responsável (Parentesco)<br>- PRIMO(A)           |                                       |                                     |                      |        |                      |
| DDD Móvel<br>83                                           | Fone Móvel<br>993098622                          | DDD Fixo<br>83                        | Fone Fixo<br>991515139              |                      |        |                      |
| Tipo documento<br>RG (IDENTIDADE)                         | Número documento<br>3950446                      | Nº Cns<br>700003699610807             |                                     |                      |        |                      |
| Local de procedência<br>PILOEZINHOS                       | Tipo<br>MUNICÍPIO                                |                                       | UF<br>PB                            |                      |        |                      |
| Email                                                     | Naturalidade<br>JOAO PESSOA                      | CBO/R                                 |                                     |                      |        |                      |
| <b>Endereço</b>                                           |                                                  |                                       |                                     |                      |        |                      |
| CEP<br>58210000                                           | Município de residência<br>PILOEZINHOS           | UF<br>PB                              | Logradouro<br>MANOEL ALVES DE SOUSA |                      |        |                      |
| Número<br>190                                             | Complemento                                      | Bairro<br>CENTRO                      |                                     |                      |        |                      |
| <b>Admissão</b>                                           |                                                  |                                       |                                     |                      |        |                      |
| Data e Hora<br>08/09/2018 15:08:08                        | Número da pulseira<br>1000006936289              | Convênio<br>SUS                       |                                     |                      |        |                      |
| Especialidade<br>CIRURGIA GERAL                           | Clínica                                          |                                       |                                     |                      |        |                      |
| Classificação de risco                                    | Origem do paciente<br>RUA                        |                                       |                                     |                      |        |                      |
| Caráter de atendimento                                    | Motivo do atendimento<br>ACIDENTE DE MOTOCICLETA | Detalhe do acidente<br>VEICULO X MOTO |                                     |                      |        |                      |
| <b>Indicadores e Transporte</b>                           |                                                  |                                       |                                     |                      |        |                      |
| Caso policial<br>Não                                      | Plano de saúde<br>Não                            | Veio de ambulância<br>Não             | Trauma<br>Não                       |                      |        |                      |
| Meio de transporte<br>SAMU                                | Quem transportou                                 |                                       |                                     |                      |        |                      |
| <b>Sinais Vitais</b>                                      |                                                  |                                       |                                     |                      |        |                      |
| PA<br>_____ X _____ mmHg                                  | Pulso                                            | Temperatura                           |                                     |                      |        |                      |
| <b>Exames complementares</b>                              |                                                  |                                       |                                     |                      |        |                      |
| Raio X []                                                 | Sangue []                                        | Urina []                              | TC []                               | Liquor []            | ECG [] | Ultrasonografia []   |
| Dados clínicos                                            |                                                  |                                       |                                     |                      |        |                      |
| Diagnóstico                                               |                                                  |                                       |                                     |                      |        | CD                   |
| Atendido por<br>FLAVIA MARIA RODRIGUES SILVEIRA DE MORAIS |                                                  |                                       |                                     |                      |        | Tempo<br>01min 51seg |

Imprimir





Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

Documento de Alta

|                                                                                                                          |                           |                                                   |                                             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|---------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| <b>Nome:</b><br>FELIPE CONSTANTINO DOS SANTOS                                                                            |                           |                                                   | <b>Número Prontuário:</b><br>110947         |
| <b>Data de</b><br>03/09/1997                                                                                             | <b>Sexo:</b><br>Masculino | <b>Data de Internação:</b><br>08/09/2018 22:49:16 | <b>Data de Alta:</b><br>22/09/2018 15:13:06 |
| <b>Motivo da alta:</b><br>ALTA HOSPITALAR                                                                                |                           |                                                   |                                             |
| <b>Conduta:</b><br>TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO ACETABULO DIREITO REALIZADO POR DR JANSEN COM PLACA 3X2.           |                           |                                                   |                                             |
| <b>Resumo da Internação:</b><br>EVOLUINDO CLINICAMENTE BEM, SEM INTERCORRENCIAS.                                         |                           |                                                   |                                             |
| <b>Resultado de Exames:</b>                                                                                              |                           |                                                   |                                             |
| <b>Tratamento:</b><br>TRATAMENTO CIRURGICO DE ACETABULO DIREITO.                                                         |                           |                                                   |                                             |
| <b>Diagnóstico:</b><br>S32.4 - Fratura do acetábulo                                                                      |                           |                                                   |                                             |
| <b>Recomendações:</b><br>REPOUSO. ANALGESIA. RETORNO AMBULATORIAL NO HTOP COM DR JANSEN. NÃO PISAR ATE O DIA DO RETORNO. |                           |                                                   |                                             |

Data: 22/09/2018

Dr Francineide  
CNS 70340-0-00  
CRM 9603  
FRANCINEIDE DE SOUSA FREITAS  
CRM: 9603





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1107014



|                                                                                               |                                                  |                                                                  |                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| <b>Identificação do paciente</b>                                                              |                                                  |                                                                  |                                     |
| ID<br>1324264                                                                                 | Nome<br>FELIPE CONSTANTINO DOS SANTOS            |                                                                  | Sexo<br>Masculino                   |
| Data de nascimento<br>03/09/1997                                                              | Idade<br>21 anos 5 dias                          | Estado civil                                                     | Religião                            |
| Mãe<br>NILZA CONSTANTINO DOS SANTOS                                                           |                                                  | Pai<br>RAIMUNDO PEREIRA DOS SANTOS                               |                                     |
| Escolaridade                                                                                  |                                                  | Responsável (Parentesco)<br>ELISANDRO VIEIRA DA SILVA - PRIMO(A) |                                     |
| DDD Móvel<br>83                                                                               | Fone Móvel<br>993098622                          | DDD Fixo                                                         | Fone Fixo                           |
| Tipo documento<br>RG (IDENTIDADE)                                                             | Número documento<br>3950446                      | Nº Cns                                                           |                                     |
| Local de procedência<br>PILOEZINHOS                                                           |                                                  | Tipo<br>MUNICIPIO                                                | UF<br>PB                            |
| Email                                                                                         | Naturalidade<br>JOAO PESSOA                      | CBO/R                                                            |                                     |
| <b>Endereço</b>                                                                               |                                                  |                                                                  |                                     |
| CEP<br>58210000                                                                               | Município de residência<br>PILOEZINHOS           | UF<br>PB                                                         | Logradouro<br>MANOEL ALVES DE SOUSA |
| Número<br>190                                                                                 | Complemento                                      | Bairro<br>CENTRO                                                 |                                     |
| <b>Admissão</b>                                                                               |                                                  |                                                                  |                                     |
| Data e Hora<br>03/09/2018 15:08:08                                                            | Número da pulseira<br>1000006936289              | Convênio<br>SUS                                                  |                                     |
| Especialidade<br>CIRURGIA GERAL                                                               | Clínica                                          |                                                                  |                                     |
| Classificação de risco                                                                        | Origem do paciente<br>RUA                        |                                                                  |                                     |
| Caráter de atendimento                                                                        | Motivo do atendimento<br>ACIDENTE DE MOTOCICLETA | Detalhe do acidente<br>VEICULO X MOTO                            |                                     |
| <b>Indicadores e Transporte</b>                                                               |                                                  |                                                                  |                                     |
| Caso policial<br>Não                                                                          | Plano de saúde<br>Não                            | Veio de ambulância<br>Não                                        | Trauma<br>Não                       |
| Meio de transporte<br>SAMU                                                                    |                                                  | Quem transportou                                                 |                                     |
| <b>Sinais Vitais</b>                                                                          |                                                  |                                                                  |                                     |
| PA<br>X mmHg                                                                                  | Pulso                                            | Temperatura                                                      |                                     |
| <b>Exames complementares</b>                                                                  |                                                  |                                                                  |                                     |
| Raio X [ ]                                                                                    | Sangue [ ]                                       | Urina [ ]                                                        | TC [ ]                              |
| Liquor [ ]                                                                                    | ECG [ ]                                          | Ultrasonografia [ ]                                              |                                     |
| Dados clínicos<br>Paciente segue n/ acidente de moto, segue n/ reabilitação e exames segue Rn |                                                  |                                                                  |                                     |
| Diagnóstico<br>Quedada                                                                        |                                                  |                                                                  | CID                                 |
| Atendido por<br>FLAVIA MARIA RODRIGUES SILVEIRA DE MORAIS                                     |                                                  |                                                                  | Tempo<br>01min 51seg                |

Imprimir



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL

NOME 3.950.446 DATA DE EXPEDIÇÃO 30/03/2011

FILIAÇÃO FELIPE CONSTANTINO DOS SANTOS

RAIMUNDO PEREIRA DOS SANTOS  
NILZA CONSTANTINO DOS SANTOS

NATURALIDADE

JOÃO PESSOA - PB DATA DE NASCIMENTO 03/09/1997

DOC ORDEM NASC.N. 5015 FLS. 183 LIV. 288

CPF CARTÓRIO PILOEZINHO 110.735.364-59

Assinatura de ST. Dir. Sec. de Ident. C. ASSINATURA DO DIRETOR

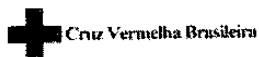
LEI Nº 7.116 DE 28/09/83

150.644





2º Vício

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1107014

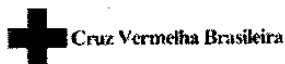


| Identificação do paciente                                                                               |                                                  |                                                                  |                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| ID<br>1324264                                                                                           | Nome<br>FELIPE CONSTANTINO DOS SANTOS            |                                                                  | Sexo<br>Masculino                   |
| Data de nascimento<br>03/09/1997                                                                        | Idade<br>21 anos 5 dias                          | Estado civil                                                     | Religião                            |
| Mãe<br>NILZA CONSTANTINO DOS SANTOS                                                                     |                                                  | Pai<br>RAIMUNDO PEREIRA DOS SANTOS                               |                                     |
| Escolaridade                                                                                            |                                                  | Responsável (Parentesco)<br>ELISANDRO VIEIRA DA SILVA - PRIMO(A) |                                     |
| DDD Móvel<br>83                                                                                         | Fone Móvel<br>993098622                          | DDD Fixo                                                         | Fone Fixo                           |
| Tipo documento<br>RG (IDENTIDADE)                                                                       | Número documento<br>3950446                      | Nº Cns                                                           |                                     |
| Local de procedência<br>PILOEZINHOS                                                                     | Tipo<br>MUNICIPIO                                | UF<br>PB                                                         |                                     |
| Email                                                                                                   | Naturalidade<br>JOAO PESSOA                      | CBO/R                                                            |                                     |
| Endereço                                                                                                |                                                  |                                                                  |                                     |
| CEP<br>58210000                                                                                         | Município de residência<br>PILOEZINHOS           | UF<br>PB                                                         | Logradouro<br>MANOEL ALVES DE SOUSA |
| Número<br>190                                                                                           | Complemento                                      | Bairro<br>CENTRO                                                 |                                     |
| Admissão                                                                                                |                                                  |                                                                  |                                     |
| Data e Hora<br>06/09/2018 15:08:08                                                                      | Número da pulseira<br>1000006936289              | Convênio<br>SUS                                                  |                                     |
| Especialidade<br>CIRURGIA GERAL                                                                         | Clínica                                          |                                                                  |                                     |
| Classificação de risco                                                                                  | Origem do paciente<br>RUA                        |                                                                  |                                     |
| Caráter de atendimento                                                                                  | Motivo do atendimento<br>ACIDENTE DE MOTOCICLETA | Detalhe do acidente<br>VEICULO X MOTO                            |                                     |
| Indicadores e Transporte                                                                                |                                                  |                                                                  |                                     |
| Caso policial<br>Não                                                                                    | Plano de saúde<br>Não                            | Veio de ambulância<br>Não                                        | Trauma<br>Não                       |
| Meio de transporte<br>SAMU                                                                              | Quem transportou                                 |                                                                  |                                     |
| Sinais Vitais                                                                                           |                                                  |                                                                  |                                     |
| PA<br>_____ X _____ mmHg                                                                                | Pulso                                            | Temperatura                                                      |                                     |
| Exames complementares                                                                                   |                                                  |                                                                  |                                     |
| Raio X [ ]                                                                                              | Sangue [ ]                                       | Urina [ ]                                                        | TC [ ]                              |
|                                                                                                         |                                                  |                                                                  | Liquor [ ]                          |
|                                                                                                         |                                                  |                                                                  | ECG [ ]                             |
|                                                                                                         |                                                  |                                                                  | Ultrasonografia [ ]                 |
| Dados clínicos<br>Não segue com HT, coluna normal<br>segue a normalidade e não segue<br>das avaliações. |                                                  |                                                                  |                                     |
| Diagnóstico                                                                                             |                                                  |                                                                  | CID                                 |
| Atendido por<br>FLAVIA MARIA RODRIGUES SILVEIRA DE MORAIS                                               |                                                  |                                                                  | Tempo<br>01min 51seg                |

Imprimir

Não debate-se o diagnóstico na avaliação médica!





Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



### AREA AMARELA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, , JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 454554

|                         |                               |       |        |                         |                      |                     |                                       |
|-------------------------|-------------------------------|-------|--------|-------------------------|----------------------|---------------------|---------------------------------------|
| Paciente                | FELIPE CONSTANTINO DOS SANTOS |       | BAE    | 1107014                 | Data/Hora Entrada    | 08/09/2018 15:08:08 | Data Baixa                            |
| Data de nascimento      | 03/09/1997                    | Idade | 21a 6d | Sexo                    | Masculino            | CNS                 | Telefone de Contato<br>(83) 993098622 |
| Mãe                     | NILZA CONSTANTINO DOS SANTOS  |       |        |                         |                      |                     | Prontuário                            |
| Endereço                | MANOEL ALVES DE SOUSA, 190    |       | Bairro | CENTRO                  | Município            | PILÓZINHOS          | UF<br>PB                              |
| Acidente                | VEICULO X MOTO                |       | Motivo | ACIDENTE DE MOTOCICLETA |                      | Profissional        | Nº Cons. Regional<br>10075/PB         |
| Data/Hora Classificação | 08/09/2018 15:08:08           |       |        |                         | Data/Hora Prescrição | 08/09/2018 22:04:38 |                                       |

### Anamnese

Feito redução inconruenta da luxação do quadril direito sem intercorrência feito por Dr. Thales Seabra  
 ificado estabilidade do quadril direito pó-redução  
 solicito TC da bacia para avaliação  
 internação hospitalar orientado por Dr. Edson Tinoco

### DIETA

DIETA LIVRE, VIA ORAL

### MEDICAÇÃO

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

Diluir

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

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 8/8H

Diluir

ONDANSETRONA 8MG/4ML (AMPOLA 4ML), ADMINISTRAR 8,0 ML VIA E.V., 8/8H, SE NECESSÁRIO SE NAUSEAS (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 24,0)

PTOPRIL 25 MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 25,0 MG VIA ORAL, AGORA, (OBSERVAÇÕES: SE PAS > 160 OU PAD > 110 ;  
 ISAR PLANTONISTA DE PAS > 200)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 2000,0 ML VIA E.V, 24H, 0.0 (MGTSM)

OMEPRAZOL 20MG CÁPSULA, ADMINISTRAR 40,0 MG VIA ORAL, 1X AO DIA, (OBSERVAÇÕES: EM JEJUM, PELA MANHÃ) \*

GLICOSE 50% SOLUÇÃO INJETAVEL (AMPOLA 10ML), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., AGORA, 0.0 (MGTSM) (OBSERVAÇÕES: S  
 HGT <60)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V, 8/8H, 0.0 (MGTSM)

Diluir

TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 8/8H, SE NECESSÁRIO SE DOR INTENSA  
 (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 6,0)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V, 12/12H, 0.0 (MGTSM)

Diluir

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

HEPARINA SODICA 5.000UI/0,25ML (AMPOLA 0,25 A 0,30ML) - ALTO RISCO, ADMINISTRAR 0,25 ML VIA S.C., 12/12H, 0.0 (MGTSM)

### CUIDADOS



**FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIO E MOTORA**

**INSULINA REGULAR CONFORME HGT**

**SSVV + CCGG**

**EXAME LABORATORIAL**

**HEMOGRAMA COMPLETO**

**COAGULOGRAMA COMPLETO**

**UREIA**

**CREATININA**

**EXAME DE IMAGEM**

**TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE BACIA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: COM RECONSTRUÇÃO EM 3D)**

**Conduta**

**Internar Paciente**

\_\_\_\_\_  
FELIPE CONSTANTINO DOS SANTOS

\_\_\_\_\_  
BRUNO DE LUNA ROMA  
(CRM: 10075/PB)



08/09/2018

172.16.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&amp;imprimirDadosAnteriores=N&amp;perform=imprimir&amp;id=383149&amp;pesquisa=S&amp;p...



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBA

## AREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel:

CNES: 6121221

|                                                       |                                          |                                                       |                                                 |                                              |
|-------------------------------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| Paciente<br><b>FELIPE CONSTANTINO DOS SANTOS</b>      |                                          | BAE<br><b>1107014</b>                                 | Data/Hora Entrada<br><b>08/09/2018 15:08:08</b> | Data Baixa                                   |
| Data de nascimento<br><b>03/09/1997</b>               | Idade<br><b>21a 5d</b>                   | Sexo<br><b>Masculino</b>                              | CNS                                             | Telefone de Contato<br><b>(83) 993098622</b> |
| Mãe<br><b>NILZA CONSTANTINO DOS SANTOS</b>            |                                          |                                                       |                                                 | Prontuário                                   |
| Endereço<br><b>MANOEL ALVES DE SOUSA, 190</b>         |                                          | Bairro<br><b>CENTRO</b>                               | Município<br><b>PILÓEZINHOS</b>                 | UF<br><b>PB</b>                              |
| Acidente<br><b>VEICULO X MOTO</b>                     | Motivo<br><b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b> | Profissional<br><b>CICERO LUDGERO ALCINDO DE MELO</b> |                                                 | Nº Cons. Regional<br><b>6311/</b>            |
| Data/Hora Classificação<br><b>08/09/2018 15:08:08</b> |                                          | Data/Hora Prescrição<br><b>08/09/2018 15:20:14</b>    |                                                 |                                              |

## Anamnese

PACIENTE VITIMA DE COLISAO CARRO X MOTO, TRAZIDO PELO SAMU, EM USO DE CAPACETE, RESENTANDO DOR EM MID. NEGA PERDA DA CONSCIENCIA, VOMITOS E NAUSEAS.

A: VIAS AEREAS PERVEAS

- EM AR AMBIENTE

HEMODINAMICAMENTE ESTAVEL

D: GCS: 15, PUPILAS FOTORREAGENTES. COM EDEMA PERIORBITAL BILATERAL

E: DOR EM MID, SEM MOBILIZAÇÃO, COM LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS. SEM QUEIXAS NOS OUTROS APARELHOS.

CD: SOLICITO RX DE BACIA

SOLICITO RX DE COXO-FEMURAL DIREITA

AVALIAÇÃO DA ORTOPEDIA

ALTA DA CIRURGIA GERAL

## CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA

## EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE BACIA

RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO COXO-FEMORAL DIREITA

## CID10

| Código | Descrição                    |
|--------|------------------------------|
| T14.9  | Traumatismo não especificado |

## Conduta

Em observação

FELIPE CONSTANTINO DOS SANTOS

CICERO LUDGERO ALCINDO DE MELO  
(CRM: 6311/)

Moniza Spazzapan Martins  
MÉDICA  
CRM-PB 11496



Assinado eletronicamente por: ANTONIO TEOTONIO DE ASSUNCAO - 06/05/2019 15:26:13

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19050615261091000000020385928

Número do documento: 19050615261091000000020385928

Num. 20961269 - Pág. 9

08/09/2018

172.16.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&amp;imprimirDadosAnteriores=N&amp;perform=imprimir&amp;id=383176&amp;pesquisa=S&amp;pe...



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBA

## AREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel:

CNES: 6121221

|                                                       |                                          |                                                       |                                              |
|-------------------------------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| Paciente<br><b>FELIPE CONSTANTINO DOS SANTOS</b>      | BAE<br><b>1107014</b>                    | Data/Hora Entrada<br><b>08/09/2018 15:08:08</b>       | Data Baixa<br>•                              |
| Data de nascimento<br><b>03/09/1997</b>               | Idade<br><b>21a 5d</b>                   | Sexo<br><b>Masculino</b>                              | CNS                                          |
| Mãe<br><b>NILZA CONSTANTINO DOS SANTOS</b>            |                                          |                                                       | Telefone de Contato<br><b>(83) 993098622</b> |
| Endereço<br><b>MANOEL ALVES DE SOUSA, 190</b>         | Bairro<br><b>CENTRO</b>                  | Município<br><b>PILOEZINHOS</b>                       | Prontuário                                   |
| Acidente<br><b>VEICULO X MOTO</b>                     | Motivo<br><b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b> | Profissional<br><b>CICERO LUDGERO ALCINDO DE MELO</b> | UF<br><b>PB</b>                              |
| Data/Hora Classificação<br><b>08/09/2018 15:08:08</b> |                                          | Data/Hora Prescrição<br><b>08/09/2018 16:10:39</b>    | Nº Cons. Regional<br><b>6311/</b>            |

## Anamnese

SOLICITO FAST + RX DE TÓRAX

AVALIAÇÃO PELA CIRURGIA GERAL APÓS EXAMES

## EXAME DE IMAGEM

\_TRASSONOGRAFIA - FAST

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)

## Conduta

Em observação

FELIPE CONSTANTINO DOS SANTOS

CICERO LUDGERO ALCINDO DE MELO  
(CRM: 6311/)

08/09/2018

172.16.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&amp;imprimirDadosAnteriores=N&amp;perform=imprimir&amp;id=383302&amp;pesquisa=S&amp;pe



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBA

## CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

|                                                       |                                          |                                                    |                                              |
|-------------------------------------------------------|------------------------------------------|----------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| Paciente<br><b>FELIPE CONSTANTINO DOS SANTOS</b>      | BAE<br><b>1107014</b>                    | Data/Hora Entrada<br><b>08/09/2018 15:08:08</b>    | Data Baixa                                   |
| Data de nascimento<br><b>03/09/1997</b>               | Idade<br><b>21a 5d</b>                   | Sexo<br><b>Masculino</b>                           | CNS                                          |
| Mãe<br><b>NILZA CONSTANTINO DOS SANTOS</b>            |                                          |                                                    | Telefone de Contato<br><b>(83) 993098622</b> |
| Endereço<br><b>MANOEL ALVES DE SOUSA, 190</b>         | Bairro<br><b>CENTRO</b>                  | Município<br><b>PILÔEZINHOS</b>                    | UF<br><b>PB</b>                              |
| Acidente<br><b>VEICULO X MOTO</b>                     | Motivo<br><b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b> | Profissional<br><b>RAIFF LEITE SOARES</b>          | Nº Cons. Regional<br><b>9350/PB</b>          |
| Data/Hora Classificação<br><b>08/09/2018 15:08:08</b> |                                          | Data/Hora Prescrição<br><b>08/09/2018 19:57:22</b> |                                              |

## Anamnese

SOLICITO FAST + RX DE TÓRAX  
AVALIAÇÃO PELA CIRURGIA GERAL APÓS EXAMES

## # ortopedia

Vítima de acidentante de moto, com dor em quadril dir.

Rx com fratura-luxação do quadril dir.

conduta : solicito sala para para redução incruenta

## CID10

| Código | Descrição                         |
|--------|-----------------------------------|
| S73.0  | Luxação da articulação do quadril |

## Conduta

Em observação

Dr Raiff Leite Soares  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PB 9350  
Test: 15943RAIFF LEITE SOARES  
(CRM: 9350/PB)

FELIPE CONSTANTINO DOS SANTOS



Assinado eletronicamente por: ANTONIO TEOTONIO DE ASSUNCAO - 06/05/2019 15:26:13

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19050615261091000000020385928

Número do documento: 19050615261091000000020385928

Num. 20961269 - Pág. 11

08/09/2018

172.16.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&amp;imprimirDadosAnteriores=N&amp;perform=imprimir&amp;id=383149&amp;pesquisa=S&amp;pe...



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBA

## AREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel:

CNES: 6121221

|                                                       |                                          |                                                       |                                              |
|-------------------------------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| Paciente<br><b>FELIPE CONSTANTINO DOS SANTOS</b>      | BAE<br><b>1107014</b>                    | Data/Hora Entrada<br><b>08/09/2018 15:08:08</b>       | Data Baixa                                   |
| Data de nascimento<br><b>03/09/1997</b>               | Idade<br><b>21a 5d</b>                   | Sexo<br><b>Masculino</b>                              | CNS                                          |
| Mãe<br><b>NILZA CONSTANTINO DOS SANTOS</b>            |                                          |                                                       | Telefone de Contato<br><b>(83) 993098622</b> |
| Endereço<br><b>MANOEL ALVES DE SOUSA, 190</b>         | Bairro<br><b>CENTRO</b>                  | Município<br><b>PILÓEZINHOS</b>                       | Prontuário                                   |
| Acidente<br><b>VEICULO X MOTO</b>                     | Motivo<br><b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b> | Profissional<br><b>CICERO LUDGERO ALCINDO DE MELO</b> | UF<br><b>PB</b>                              |
| Data/Hora Classificação<br><b>08/09/2018 15:08:08</b> |                                          | Data/Hora Prescrição<br><b>08/09/2018 15:20:14</b>    | Nº Cons. Regional<br><b>6311/</b>            |

**Anamnese**

PACIENTE VITIMA DE COLISAO CARRO X MOTO, TRAZIDO PELO SAMU, EM USO DE CAPACETE, RESENTANDO DOR EM MID. NEGA PERDA DA CONSCIENCIA, VOMITOS E NAUSEAS.

A: VIAS AEREAS PERVEAS

EM AR AMBIENTE

HEMODINAMICAMENTE ESTAVEL

D: GCS: 15, PUPILAS FOTORREAGENTES. COM EDEMA PERIORBITAL BILATERAL

E: DOR EM MID, SEM MOBILIZAÇÃO, COM LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS. SEM QUEIXAS NOS OUTROS APARELHOS.

CD: SOLICITO RX DE BACIA

SOLICITO RX DE COXO-FEMURAL DIREITA

AVALIACAO DA ORTOPEDIA

ALTA DA CIRURGIA GERAL

**CUIDADOS**

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA

**EXAME DE IMAGEM**

RADIOGRAFIA DE BACIA

RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO COXO-FEMORAL DIREITA

**CID10**

| Código | Descrição                    |
|--------|------------------------------|
| T14.9  | Traumatismo não especificado |

**Conduta**

Em observação

FELIPE CONSTANTINO DOS SANTOS

CICERO LUDGERO ALCINDO DE MELO  
(CRM: 6311/)

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

P.O.: Felipe Constantino dos Santos Prontuário: 1107014  
 ite: TC ortodontia N° 20 Data: 19/09/18  
 fimento: TC ortodontia N° 20 Reposição: \_\_\_\_\_  
☒ Não SUS ( )  
 o: Dre Jensen + Pedro

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Caixa Pronta: \_\_\_\_

**DISPENSACÃO CME**

| ORNECEDOR | DESCRIÇÃO DO PRODUTO                                                                        | QUANTIDADE                   | CÓDIGO SUS | MARCA |
|-----------|---------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|------------|-------|
| FMC       | CX 35 =<br>Placa em T 3x2<br>Parafuso cortical N° 26<br>Paraf. Esparfoso N° 45<br>" " N° 35 | (01)<br>(02)<br>(01)<br>(01) |            |       |
|           |                                                                                             |                              |            |       |
|           |                                                                                             |                              |            |       |
|           |                                                                                             |                              |            |       |
|           |                                                                                             |                              |            |       |
|           |                                                                                             |                              |            |       |
|           |                                                                                             |                              |            |       |
|           |                                                                                             |                              |            |       |
|           |                                                                                             |                              |            |       |
|           |                                                                                             |                              |            |       |

**DISPENSACÃO - FARMÁCIA**

| ORNECEDOR | DESCRIÇÃO DO PRODUTO | QUANTIDADE | CÓDIGO SUS | MARCA |
|-----------|----------------------|------------|------------|-------|
| Brown     | Agulha de Plico A 50 | (01)       |            |       |
|           |                      |            |            |       |
|           |                      |            |            |       |
|           |                      |            |            |       |
|           |                      |            |            |       |
|           |                      |            |            |       |
|           |                      |            |            |       |
|           |                      |            |            |       |
|           |                      |            |            |       |

ASSINATURA DO MÉDICO - CRM: 26638  
 ASSINATURA DA FARMÁCIA: 26638  
 ASSINATURA DO CIRCULANTE RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_



|                                                                                                                                                                                                                                                               |                                               |                                                                                                         |                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
|  <b>SUS</b>                                                                                                                                                                  | Sistema Único de Saúde<br>Ministério da Saúde | <b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)</b> | Folha<br><b>1/2</b> |
| <b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b>                                                                                                                                                                                                              |                                               |                                                                                                         |                     |
| 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE                                                                                                                                                                                                                       |                                               | 2 - CNES                                                                                                |                     |
| 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE                                                                                                                                                                                                                        |                                               | 4 - CNES                                                                                                |                     |
| <b>Identificação do Paciente</b>                                                                                                                                                                                                                              |                                               |                                                                                                         |                     |
| 5 - NOME DO PACIENTE                                                                                                                                                                                                                                          |                                               | 6 - Nº DO PRONTUÁRIO                                                                                    |                     |
| 7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)                                                                                                                                                                                                                            |                                               | 8 - DATA DE NASCIMENTO                                                                                  |                     |
| 10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL                                                                                                                                                                                                                               |                                               | 9 - SEXO                                                                                                |                     |
| 12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)                                                                                                                                                                                                                               |                                               | 11 - TELEFONE DE CONTATO                                                                                |                     |
| 13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA                                                                                                                                                                                                                                  |                                               | 14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO                                                                                |                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                               |                                               | 15 - UF                                                                                                 |                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                               |                                               | 16 - CEP                                                                                                |                     |
| 17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)                                                                                                                                                                                                     |                                               |                                                                                                         |                     |
| <b>MUDANÇA DE PROCEDIMENTO</b>                                                                                                                                                                                                                                |                                               |                                                                                                         |                     |
| 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                                                                           |                     |
| <b>SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)</b>                                                                                                                                                                                                           |                                               |                                                                                                         |                     |
| 26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL                                                                                                                                                                                                                      |                                               | 27 - Cód. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL                                                                     |                     |
| 28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE<br><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                                                                                                                                                                                                                             |                                               | 37 - Q.T.D.E.                                                                                           |                     |
| Farmaco / TMC<br>Agulha de Plexo A50 (ca).<br>Cx 3,5 = Placa em T 3x2<br>Parafuso cortical Nº 26 (02)<br>" " " Nº 45 (01)<br>" " " Nº 35 (01)                                                                                                                 |                                               |                                                                                                         |                     |
| 39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE                                                                                                                                                                                                                         |                                               | 40 - DATA DA SOLICITAÇÃO                                                                                |                     |
| 41 - DOCUMENTO                                                                                                                                                                                                                                                |                                               | 42 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE                                                 |                     |
| 43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)                                                                                                                                                                                                        |                                               | 44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR                                                                   |                     |
| 45 - Cód. EMISSOR                                                                                                                                                                                                                                             |                                               | 46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO                                                                                |                     |
| 47 - DOCUMENTO                                                                                                                                                                                                                                                |                                               | 48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE                                                 |                     |
| 49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)                                                                                                                                                                                                        |                                               |                                                                                                         |                     |



## RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEETSHL

NOME: **ANTONIO CARNEIRO** BE/PRONTUÁRIO **1101690**  
IDADE: **40** SEXO: ☒ MASC ☐ FEM COR: DATA: **19/9/2018**  
CLÍNICA /SETOR: **ORTOPEDIA** EMP: LR:  
CIRURGIA: **TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE ACETABULO DIREITO**  
CIRURGIÃO: **DR UMBERTO JANSEN** 1º ASS: **DR SANTINO**  
2º ASS: **MRZ PEDRO HENRIQUE** 3º ASS:  
INSTRUMENTADOR: ANESTESISTA: **DRA. GIZEUDA**  
TIPO DE ANESTESIA: **RAQUIANESTESIA** HORÁRIO INÍCIO: TÉRMINO:

| DIAGNOSTICO PÓS-OPERATORIO          | CID |
|-------------------------------------|-----|
| <b>FRATURA DE ACETÁBULO DIREITO</b> |     |
|                                     |     |
|                                     |     |
|                                     |     |
|                                     |     |
|                                     |     |

| PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS                                    | CÓDIGO |
|-------------------------------------------------------------|--------|
| <b>TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE ACETABULO DIREITO</b> |        |
|                                                             |        |
|                                                             |        |
|                                                             |        |
|                                                             |        |
|                                                             |        |

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO: ☐ SIM ☒ NÃO

DESCRIÇÃO:

BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO: ☐ SIM ☒ NÃO

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

☒ ENFERMARIA ☐ TERAPIA INTENSIVA  
☐ REABILITAÇÃO ☐ OUTRO DEPENDENTE DO ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM: DATA: **19/9/2018**

Dr. Pedro Henrique  
Médico  
CRM-PR 10575





## RELATÓRIO DE CIRURGIA

| DESCRIÇÃO DA CIRURGIA                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------------|
| Posição e Preparo:                                                            |
| PACIENTE EM DECUBITO DORSAL LATERAL ESQUERDO SOB ANESTESIA                    |
| ASSEPSIA E ANTISSEPSIA                                                        |
| APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS                                                 |
| Incisão:                                                                      |
| VIA DE ACESSO POSTERIOR DO QUADRIL DIREITO                                    |
| AVULSAO, DIVULSAO E DISSECCAO POR PLANOS ANATOMICOS                           |
| HEMOSTASIA                                                                    |
| Achados:                                                                      |
| FRATURA DE ACETÁBULO DIREITO                                                  |
| Condução:                                                                     |
| REDUÇÃO CRUENTA DA FRATURA                                                    |
| FIXAÇÃO E ESTABILIZAÇÃO COM PLACA EM T 3X2 DA CAIXA 3,5 + PARAFUSOS CORTICAIS |
| REVISÃO DE HEMOSTASIA                                                         |
| LAVAGEM EXAUSTIVA COM SF 0,9%                                                 |
| FECHAMENTO POR PLANOS ANATOMICOS                                              |
| CURATIVOS                                                                     |
| RX DE CONTROLE                                                                |
| Fechamento:                                                                   |
| Observação:                                                                   |

Médico/CRM:

Antonio Teotônio de Assunção  
Médico  
CRM-PB 10575

João Pessoa,

19/9/2018





HEETSHI

## FICHA DE ANESTESIA

DATA: 19/09/18

PRONTUÁRIO: 1109014

PACIENTE: Felipe Constantino dos Santos SEXO: M COR: IDADE: 21 anos

PRESSÃO ARTERIAL: PULSO 70 RESPIRAÇÃO: Espontânea TEMPERATURA: 36,5 PESO 70 GRUPO SANGÜÍNEO

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

EXAMES COMPLEMENTARES VNP

AP. RESPIRATÓRIO Espontâneo AP. CIRCULATÓRIO

AP. DIGESTIVO Digen ESTADO MENTAL L.O.-T6 DROGAS EM USO

PRÉ-ANESTÉSICO DOSE/HORA ESTADO FÍSICO (ASA) ASA I

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO Fratura do Acetábulo (D)

CIRURGIA REALIZADA TRATAMENTO CIRÚRGICO Fratura DE ACETÁBULO

CIRURGIÃO Dr. Jommar AUXILIARES Dr. Santos DIREITO

INÍCIO DA ANESTESIA 13:30 TÉRMINO DA ANESTESIA 17:00 DURAÇÃO DA ANESTESIA 3h 30min

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO QUANT. DE CH. VALORES RS

ANESTESISTA Dr. Giselda / RBF Luisa CRM-PB

INTESSIMORA 13:30 14:30

N 2 0

Paciente acordado e

estável.

PA: 100/80

FC: 70

SpO2 100%

PULSO 70

RESPIRAÇÃO 20

TEMPERATURA 36,5

PRESSÃO ARTERIAL 100/80

PULSO 70

RESPIRAÇÃO 20

TEMPERATURA 36,5

PRESSÃO ARTERIAL 100/80

PULSO 70

RESPIRAÇÃO 20

TEMPERATURA 36,5

PRESSÃO ARTERIAL 100/80

PULSO 70

RESPIRAÇÃO 20

TEMPERATURA 36,5

PRESSÃO ARTERIAL 100/80

PULSO 70

RESPIRAÇÃO 20

TEMPERATURA 36,5

PRESSÃO ARTERIAL 100/80

PULSO 70

RESPIRAÇÃO 20

TEMPERATURA 36,5

PRESSÃO ARTERIAL 100/80

PULSO 70

RESPIRAÇÃO 20

TEMPERATURA 36,5

PRESSÃO ARTERIAL 100/80

PULSO 70

RESPIRAÇÃO 20

TEMPERATURA 36,5

PRESSÃO ARTERIAL 100/80

PULSO 70

RESPIRAÇÃO 20

TEMPERATURA 36,5

PRESSÃO ARTERIAL 100/80

PULSO 70

RESPIRAÇÃO 20

TEMPERATURA 36,5

PRESSÃO ARTERIAL 100/80

PULSO 70

RESPIRAÇÃO 20

TEMPERATURA 36,5

PRESSÃO ARTERIAL 100/80

PULSO 70

RESPIRAÇÃO 20

TEMPERATURA 36,5

PRESSÃO ARTERIAL 100/80

PULSO 70

RESPIRAÇÃO 20

TEMPERATURA 36,5

PRESSÃO ARTERIAL 100/80

PULSO 70

RESPIRAÇÃO 20

TEMPERATURA 36,5

PRESSÃO ARTERIAL 100/80

PULSO 70

RESPIRAÇÃO 20

TEMPERATURA 36,5

PRESSÃO ARTERIAL 100/80

PULSO 70

RESPIRAÇÃO 20

TEMPERATURA 36,5

PRESSÃO ARTERIAL 100/80

PULSO 70

RESPIRAÇÃO 20

TEMPERATURA 36,5

PRESSÃO ARTERIAL 100/80

PULSO 70

RESPIRAÇÃO 20

TEMPERATURA 36,5

PRESSÃO ARTERIAL 100/80

PULSO 70

RESPIRAÇÃO 20

TEMPERATURA 36,5

PRESSÃO ARTERIAL 100/80

PULSO 70

RESPIRAÇÃO 20

TEMPERATURA 36,5

PRESSÃO ARTERIAL 100/80

PULSO 70

RESPIRAÇÃO 20

TEMPERATURA 36,5

PRESSÃO ARTERIAL 100/80

PULSO 70

RESPIRAÇÃO 20

TEMPERATURA 36,5

PRESSÃO ARTERIAL 100/80

PULSO 70

RESPIRAÇÃO 20

TEMPERATURA 36,5

PRESSÃO ARTERIAL 100/80

PULSO 70

RESPIRAÇÃO 20

TEMPERATURA 36,5

PRESSÃO ARTERIAL 100/80

PULSO 70

RESPIRAÇÃO 20

TEMPERATURA 36,5

PRESSÃO ARTERIAL 100/80

PULSO 70

RESPIRAÇÃO 20

TEMPERATURA 36,5

PRESSÃO ARTERIAL 100/80

PULSO 70

RESPIRAÇÃO 20

TEMPERATURA 36,5

PRESSÃO ARTERIAL 100/80

PULSO 70

RESPIRAÇÃO 20

TEMPERATURA 36,5

PRESSÃO ARTERIAL 100/80

PULSO 70

RESPIRAÇÃO 20

TEMPERATURA 36,5

PRESSÃO ARTERIAL 100/80

PULSO 70

RESPIRAÇÃO 20

TEMPERATURA 36,5

PRESSÃO ARTERIAL 100/80

PULSO 70

RESPIRAÇÃO 20

TEMPERATURA 36,5

PRESSÃO ARTERIAL 100/80

PULSO 70

RESPIRAÇÃO 20

TEMPERATURA 36,5

PRESSÃO ARTERIAL 100/80

PULSO 70

RESPIRAÇÃO 20

TEMPERATURA 36,5

PRESSÃO ARTERIAL 100/80

PULSO 70

RESPIRAÇÃO 20

TEMPERATURA 36,5

PRESSÃO ARTERIAL 100/80

PULSO 70

RESPIRAÇÃO 20

TEMPERATURA 36,5

PRESSÃO ARTERIAL 100/80

PULSO 70

RESPIRAÇÃO 20

TEMPERATURA 36,5

PRESSÃO ARTERIAL 100/80

PULSO 70

RESPIRAÇÃO 20

TEMPERATURA 36,5

PRESSÃO ARTERIAL 100/80

PULSO 70

RESPIRAÇÃO 20

TEMPERATURA 36,5

PRESSÃO ARTERIAL 100/80

PULSO 70

RESPIRAÇÃO 20

TEMPERATURA 36,5

PRESSÃO ARTERIAL 100/80

PULSO 70

RESPIRAÇÃO 20

TEMPERATURA 36,5

PRESSÃO ARTERIAL 100/80

PULSO 70

RESPIRAÇÃO 20

TEMPERATURA 36,5

PRESSÃO ARTERIAL 100/80

PULSO 70

RESPIRAÇÃO 20

TEMPERATURA 36,5

PRESSÃO ARTERIAL 100/80

PULSO 70

RESPIRAÇÃO 20

TEMPERATURA 36,5

PRESSÃO ARTERIAL 100/80

PULSO 70

RESPIRAÇÃO 20

TEMPERATURA 36,5

PRESSÃO ARTERIAL 100/80

PULSO 70

RESPIRAÇÃO 20

TEMPERATURA 36,5

PRESSÃO ARTERIAL 100/80

PULSO 70

RESPIRAÇÃO 20

TEMPERATURA 36,5

PRESSÃO ARTERIAL 100/80

PULSO 70

RESPIRAÇÃO 20

TEMPERATURA 36,5

PRESSÃO ARTERIAL 100/80

PULSO 70

RESPIRAÇÃO 20

TEMPERATURA 36,5

PRESSÃO ARTERIAL 100/80

PULSO 70

RESPIRAÇÃO 20

TEMPERATURA 36,5

PRESSÃO ARTERIAL 100/80

PULSO 70

RESPIRAÇÃO 20

TEMPERATURA 36,5

PRESSÃO ARTERIAL 100/80

PULSO 70

RESPIRAÇÃO 20

TEMPERATURA 36,5

PRESSÃO ARTERIAL 100/80

PULSO 70

RESPIRAÇÃO 20

TEMPERATURA 36,5

PRESSÃO ARTERIAL 100/80

PULSO 70

RESPIRAÇÃO 20

TEMPERATURA 36,5

PRESSÃO ARTERIAL 100/80

PULSO 70

RESPIRAÇÃO 20

TEMPERATURA 36,5

PRESSÃO ARTERIAL 100/80

PULSO 70

RESPIRAÇÃO 20

TEMPERATURA 36,5

PRESSÃO ARTERIAL 100/80

PULSO 70

RESPIRAÇÃO 20

TEMPERATURA 36,5

PRESSÃO ARTERIAL 100/80

PULSO 70

RESPIRAÇÃO 20

TEMPERATURA 36,5

PRESSÃO ARTERIAL 100/80

PULSO 70

RESPIRAÇÃO 20

TEMPERATURA 36,5

PRESSÃO ARTERIAL 100/80

PULSO 70

RESPIRAÇÃO 20

TEMPERATURA 36,5

PRESSÃO ARTERIAL 100/80

PULSO 70

RESPIRAÇÃO 20

TEMPERATURA 36,5

PRESSÃO ARTERIAL 100/80

PULSO 70

RESPIRAÇÃO 20

TEMPERATURA 36,5

PRESSÃO ARTERIAL 100/80

PULSO 70

RESPIRAÇÃO 20

TEMPERATURA 36,5

PRESSÃO ARTERIAL 100/80

PULSO 70

RESPIRAÇÃO 20

TEMPERATURA 36,5

PRESSÃO ARTERIAL 100/80

PULSO 70

RESPIRAÇÃO 20

TEMPERATURA 36,5

PRESSÃO ARTERIAL 100/80

PULSO 70

RESPIRAÇÃO 20

TEMPERATURA 36,5

PRESSÃO ARTERIAL 100/80

PULSO 70

RESPIRAÇÃO 20

TEMPERATURA 36,5

PRESSÃO ARTERIAL 100/80

PULSO 70

RESPIRAÇÃO 20

TEMPERATURA 36,5

PRESSÃO ARTERIAL 100/80

PULSO 70

RESPIRAÇÃO 20

TEMPERATURA 36,5

PRESSÃO ARTERIAL 100/80

PULSO 70

RESPIRAÇÃO 20

TEMPERATURA 36,5

PRESSÃO ARTERIAL 100/80

PULSO 70

RESPIRAÇÃO 20

TEMPERATURA 36,5

PRESSÃO ARTERIAL 100/80

PULSO 70

RESPIRAÇÃO 20

TEMPERATURA 36,5

PRESSÃO ARTERIAL 100/80

PULSO 70

RESPIRAÇÃO 20

TEMPERATURA 36,5

PRESSÃO ARTERIAL 100/80

PULSO 70

RESPIRAÇÃO 20

TEMPERATURA 36,5

PRESSÃO ARTERIAL 100/80

PULSO 70

RESPIRAÇÃO 20

TEMPERATURA 36,5

PRESSÃO ARTER



Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim  
João Pessoa - PB - CEP: 58031-090  
CNES: 2593262  
Telefone: (83) 3216-5736 / (83) 3216-5775

Página 3/3

Sr(a): **FELIPE CONSTANTINO DOS SANTOS**  
Idade: **21 ANOS**  
RA: **0010002103 BE: 1107014** Dt Coleta: **18/09/2018 - 07:30:17**  
Dr(a): **FRANCINELIO DE SOUSA FREITAS/9603**  
Setor: **POSTO 1B - ENF 12**  
Emissão: **18/09/2018 - 11:27:12**

## HEMOGRAMA COMPLETO

### ERITROGRAMA

Eritrócitos

VALORES ENCONTRADOS

VALOR DE REFERÊNCIA

4,5

Homens:  
1 a 12 anos: 3.8 - 5.4  
13 ou maior: 4.4 - 6.1

mm3

Hemoglobina

13,6

Mulheres:  
1 a 12 anos: 3.8 - 5.4  
13 ou maior: 4.2 - 5.4  
12,0 - 15,0

g/dL

Hematócrito

40,3

36 - 45

%

V.C.M.

89,5

Crianças: 77 - 95  
Adultos: 80 - 98  
25.0 - 35.0

u3

H.C.M.

30,1

31.0 - 36.0

g/dL

C.H.C.M.

34,0

11.5 - 14.5

RDW

10,3

### LEUCOGRAMA

Leucócitos

6710

3800 - 10000

/mm3

Bastonetes

0,00

0

0-5

0-500

Segmentados

69,07

4635

46-67

1.820-6.700

Eosinófilos

3,36

225

36

500

Basófilos

0,00

0

0

220

linfócitos

19,85

1332

900

3500

Monócitos

7,72

518

2-10

72-1000

Série Branca:

Leucócitos morfológicamente conservados.

PLAQUETAS

293,000

140.000

450.000

/mm3

Resultados Anteriores: 09/09/18 (224,000)

Método: AUTOMACAO URIT

Material: SANGUE TOTAL COM EDTA

Liberado por: FLAVIO GONÇALVES DA SILVA - CRBM: 4942

18/09/2018 11:28:20





Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim  
João Pessoa - PB - CEP: 58031-090  
CNES: 2593262  
Telefone: (83) 3216-5736 / (83) 3216-5775

Página 1 de 1

Sr(a): **FELIPE CONSTANTINO DOS SANTOS**  
Idade: **21 ANOS**  
RA: **0010002103 BE: 1107014** Dt Coleta: **18/09/2018 - 07:30:17**  
Dr(a): **FRANCINELIO DE SOUSA FREITAS/9603**  
Setor: **POSTO 1B - ENF 12**  
Emissão: **18/09/2018 - 11:27:12**

#### GLICEMIA

| Resultado | Valor(es) de referência |       |
|-----------|-------------------------|-------|
| 106       | 60,0 a 99,0             | mg/dL |

Método: AUTOMAÇÃO - PKL  
Material: SORO

Liberado por: FLAVIO GONÇALVES DA SILVA - CRBM: 4942

18/09/2018 11:28:20

#### IONOGRAMA

|                                     | Valor(es) de referência |                                                                               |
|-------------------------------------|-------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| SDIO                                | 140,0                   | 133 a 150 mmol/L                                                              |
| Método: ELETRÔDO ION SELETIVO (ISE) |                         |                                                                               |
| POTÁSSIO                            | 4,1                     | 3,5 a 5,1 mmol/L                                                              |
| Método: ELETRÔDO ION SELETIVO (ISE) |                         |                                                                               |
| CÁLCIO                              | 8,9                     | 8,5 a 11,0 mg/dL                                                              |
| Método: AUTOMAÇÃO (PKL)             |                         |                                                                               |
| CLORETO                             | 105,6                   | 95 a 105 mEq/L                                                                |
| Método: ELETRÔDO ION SELETIVO (ISE) |                         |                                                                               |
| FÓSFORO                             | 4,3                     | Menores de 1 ano: Até 13,0 mg/dL<br>Crianças: 3,0 a 7,0<br>Adultos: 2,5 a 4,8 |
| Método: AUTOMAÇÃO (PKL)             |                         |                                                                               |
| MAGNÉSIO                            | 1,3                     | 1,9 a 2,5 mg/dL                                                               |
| Método: AUTOMAÇÃO (PKL)             |                         |                                                                               |
| Método: AUTOMAÇÃO (PKL)             |                         |                                                                               |
| Material: SORO                      |                         |                                                                               |

Liberado por: FLAVIO GONÇALVES DA SILVA - CRBM: 4942

18/09/2018 11:28:20

#### UREIA

| Resultado | Valor(es) de referência                  |       |
|-----------|------------------------------------------|-------|
| 1,12      | Homens: 0,7 a 1,2<br>Mulheres: 0,5 a 1,0 | mg/dL |

Resultados Anteriores: 09/09/18 (0,83)

Método: AUTOMAÇÃO (PKL)  
Material: SORO

Liberado por: FLAVIO GONÇALVES DA SILVA - CRBM: 4942

18/09/2018 11:28:20

#### UREIA

| Resultado | Valor(es) de referência |       |
|-----------|-------------------------|-------|
| 45        | 10 a 45                 | mg/dL |

Resultados Anteriores: 09/09/18 (44)

Método: AUTOMAÇÃO (PKL)  
Material: SORO

Liberado por: FLAVIO GONÇALVES DA SILVA - CRBM: 4942

18/09/2018 11:28:20





Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim  
João Pessoa - PB - CEP: 58031-090  
CNES: 2593262  
Telefone: (83) 3216-5736 / (83) 3216-5775

Página 2/3

Sr(a): **FELIPE CONSTANTINO DOS SANTOS**  
Idade: **21 ANOS**  
RA: **0010002103 BE: 1107014** Dt Coleta: **18/09/2018 - 07:30:17**  
Dr(a): **FRANCINELIO DE SOUSA FREITAS/9603**  
Setor: **POSTO 1B - ENF 12**  
Emissão: **18/09/2018 - 11:27:12**

#### COAGULOGRAMA COMPLETO

Valor(es) de referência

##### TEMPO DE PROTROMBINA

|                         |       |          |      |
|-------------------------|-------|----------|------|
| Paciente                | 13,8  | 11 a 16  | Seg. |
| TP - Controle Normal    | 13,5  |          | Seg. |
| Atividade Protrombinica | 94,10 | 70 a 120 | %    |
| INR                     | 1,02  |          |      |

Resultados Anteriores: 09/09/18 (1,10)

##### TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL

|                        |      |              |      |
|------------------------|------|--------------|------|
| Paciente               | 21,0 | 21 a 32      | Seg. |
| TTPA - Controle Normal | 32,0 |              | Seg. |
| Diferença              | -11  | Inferior a 8 |      |

Método: QUICK  
Material: PLASMA COM CITRATO

Librado por: FLAVIO GONÇALVES DA SILVA - CRBM: 4942

18/09/2018 11:28:20





# RELATÓRIO DE CIRURGIA



Nome: Felipe Gonçalves dos Santos BE/Prontuário: \_\_\_\_\_  
 Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: ( ☒ Masculino ( ) Feminino Cor: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Clínica/Setor: Ortopedia EMP: \_\_\_\_\_ LR: \_\_\_\_\_  
 Cirurgia: Redução interna de fratura do quadril D  
 Cirurgião: M. Edson Tavares 1º Assistente: M. Thales Sampaio  
 2º Assistente: \_\_\_\_\_ 3º Assistente: \_\_\_\_\_  
 Instrumentador: \_\_\_\_\_ Anestesista: \_\_\_\_\_  
 Tipo de Anestesia: \_\_\_\_\_ Horário: Início \_\_\_\_:\_\_\_\_ Término \_\_\_\_:\_\_\_\_

| Diagnóstico Pós-Operatório        | CID |
|-----------------------------------|-----|
| <u>fratura do quadril direito</u> |     |
|                                   |     |
|                                   |     |
|                                   |     |
|                                   |     |
|                                   |     |

| Procedimentos Cirúrgicos                             | Código |
|------------------------------------------------------|--------|
| <u>Redução interna de fratura do quadril direito</u> |        |
|                                                      |        |
|                                                      |        |
|                                                      |        |
|                                                      |        |
|                                                      |        |

Acidente durante Ato Cirúrgico: ( ) Sim ( ) Não. Descrição: \_\_\_\_\_

Biopsia de Congelação: ( ) Sim ( ) Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

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

*Di. Edson Tavares*  
 08/09/2019

João Pessoa, 08/09/2019



## RELATÓRIO DE CIRURGIA



| DESCRIÇÃO DA CIRURGIA                                                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Posição e Preparo:<br><i>Paciente em DDH sob anestesia</i>                                                                 |
| Incisão:                                                                                                                   |
| Achados:                                                                                                                   |
| Conduta:<br><i>Feito redução imediata da luxação do quadril direito<br/>Verificação da estabilidade do quadril direito</i> |
| Fechamento:                                                                                                                |
| Observação:<br><i>Paciente em boas condições. Solicito TC para avaliação e definição de conduta</i>                        |

Dr. Antonio Teotônio de Assunção

João Pessoa, 08/09/2018





NOME DO PACIENTE: **Filipe Constantino dos Santos**  
 IDADE: **21** SEXO: **M** PRONTUÁRIO: **110764** ENFERMARIA: **LEITO:**  
 CIRURGIÃO: **Redução de Rins**  
 CIRURGIÃO: **Dr. Fábio Seabra + Dr. Roberto Almeida**  
 ANESTESIA: **Dr. Marcos Vinícius**  
 ANESTESISTA: **Sedação**  
 INSTRUMENTADOR:  
 DATA: **02/09/2018** TEMPO CIRÚRGICO: ANESTESIA: INÍCIO: **20:40** FIM: **20:50** CIRURGIÃO: INÍCIO: **20:40** FIM: **20:50**  
 ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGIST):  
 ASA I ( ) ASA II ( ) ASA III ( ) ASA IV ( ) ASA V ( )  
 GRAU DE CONTAMINAÇÃO: ( ) LIMPA ( ) CONTAMINADA ( ) INFECTADA ( ) POTENCIALMENTE CONTAMINADA  
 MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS QTD. MATERIAIS CONT. QTD. FIOS QTD.

|                         |  |  |  |                              |  |  |                           |
|-------------------------|--|--|--|------------------------------|--|--|---------------------------|
| ALFENTANIL              |  |  |  |                              |  |  |                           |
| BUPIVACAÍNA ISOBARICA   |  |  |  | JELCO Nº18                   |  |  | FIO CAT GUT CROMADO Nº    |
| BUPIVACAÍNA PESADA      |  |  |  | JELCO Nº20                   |  |  | FIO CAT GUT CROMADO Nº    |
| CETAMINA                |  |  |  | JELCO Nº22                   |  |  | FIO DE AÇO Nº             |
| DROPERIDOL              |  |  |  | JELCO Nº24                   |  |  | FIO DE AÇO Nº             |
| ETOMIDATO               |  |  |  | KIT SIST. DREN. TORÁXICA Nº  |  |  | FIO DE NYLON Nº           |
| FENOBARBITAL            |  |  |  | LÂMINA BISTURI Nº11          |  |  | FIO DE NYLON Nº           |
| FENTANIL                |  |  |  | LÂMINA BISTURI Nº15          |  |  | FIO DE NYLON Nº           |
| FLUMAZENIL              |  |  |  | LÂMINA BISTURI Nº23          |  |  | FIO POLIGLACTINA Nº       |
| ISOFLURANO              |  |  |  | LÂMINA BISTURI Nº24          |  |  | FIO POLIGLACTINA Nº       |
| L. BUPIVACAÍNA C/ VASO  |  |  |  | LÂMINA DE DERMÁTOMO          |  |  | FIO POLIGLACTINA Nº       |
| LE. BUPIVACAÍNA S/ VASO |  |  |  | LÂMINA DE ENXERTO            |  |  | FIO POLIPROPILENO Nº      |
| LIDOCAÍNA C/ VASO       |  |  |  | LUVA DE PROCEDIMENTO PAR.    |  |  | FIO POLIPROPILENO Nº      |
| LIDOCAÍNA S/ VASO       |  |  |  | LUVA ESTÉRIL Nº7,0           |  |  | FIO POLIPROPILENO Nº      |
| M. OLAN                 |  |  |  | LUVA ESTÉRIL Nº7,5           |  |  | FIO POLIGLECAPRONE Nº     |
| ML. NA                  |  |  |  | LUVA ESTÉRIL Nº8,0           |  |  | FIO SEDA Nº               |
| NIMBÍUM                 |  |  |  | LUVA ESTÉRIL Nº8,5           |  |  | FITA CARDÍACA             |
| PANCURÔNIO              |  |  |  | MÁSCARA CIRÚRGICA            |  |  | MATERIAL ESPECIAL QTD.    |
| PETIDINA                |  |  |  | MULTIVIAS                    |  |  | CATETER DE PIC            |
| PROPOFOL                |  |  |  | PERFURADOR DE SORO           |  |  | CIMENTO CIRÚRGICO         |
| RAMIFENTANIL            |  |  |  | SCALP Nº19                   |  |  | CLIP TITÂNIO LIGADURA     |
| ROCURÔNIO               |  |  |  | SCALP Nº21                   |  |  | FIO DE KIRSCHNER Nº       |
| SEVOFLURANO             |  |  |  | SERINGA 3ML                  |  |  | FIO DE KIRSCHNER Nº       |
| SUXAMETÔNIO             |  |  |  | SERINGA 5ML                  |  |  | FIO STEINMAN Nº           |
| TIOPENTAL               |  |  |  | SERINGA 10ML                 |  |  | FIO STEINMAN Nº           |
| MEDICAÇÕES QTD.         |  |  |  | SERINGA 20ML                 |  |  | GRAMPEADOR CIRÚRGICO      |
| ADRENALINA              |  |  |  | BOLSA P. COLOSTOMIA          |  |  | HEMOST. ABSORVÍVEL        |
| ÁGUA DESTILADA          |  |  |  | CÂNULA P. TRAQUEOSTOMIA Nº   |  |  | KIT. DERIVA VENTRICULAR   |
| ATROPINA                |  |  |  | CATETER DE OXIGÊNIO          |  |  | PRÓTESE VASCULAR          |
| BEXTRA                  |  |  |  | CATETER EMBOLEC. ARTERIAL Nº |  |  | KIT. PAM                  |
| CEFAZOLINA              |  |  |  | CATETER EPIDURAL Nº16        |  |  | FIXADOR EXTERNO           |
| DF. METASONA            |  |  |  | CATETER EPIDURAL Nº17        |  |  | EMPRESA                   |
| ONA SÓDICA              |  |  |  | CATETER EPIDURAL Nº18        |  |  |                           |
| EDRINA                  |  |  |  | CERA PARA OSSO               |  |  | PARAFUSOS CORTICAIS       |
| FUROSEMIDA              |  |  |  | COLET. URINA FECHADO         |  |  | PARAFUSOS CORTICAIS       |
| GLICOSE 50%             |  |  |  | COMPRESSAS CIRÚRGICAS        |  |  | PARAFUSOS ESPONIOSO       |
| GL. NATO DE CÁLCIO      |  |  |  | COMPRESSAS CIRÚRGICAS        |  |  | PARAFUSOS ESPONIOSO       |
| HIDROCORTISONA          |  |  |  | DRENO DE PENIOSE             |  |  | PARAFUSOS MALEOLAR        |
| LIDOCAÍNA GELÉIA        |  |  |  | DRENO DE SUÇÃO               |  |  | PARAFUSOS MALEOLAR        |
| ONDASENTRONA            |  |  |  | ELETRODOS                    |  |  | PLACA                     |
| PLASIL                  |  |  |  | EQUIPO MACROGOTAS            |  |  | PLACA                     |
| PROSTIGMINE             |  |  |  | EQUIPO TRANSF. SANGUE        |  |  |                           |
| PROTAMINA               |  |  |  | EQUIPO MICROGOTAS            |  |  | EQUIPAMENTOS              |
| TENOXICAN               |  |  |  | ESPONJA DE PVPI              |  |  | ( ) ASPIRADOR             |
|                         |  |  |  | ESPARADRAPO                  |  |  | ( ) BISTURI ELÉTRICO      |
|                         |  |  |  | GAZES                        |  |  | ( ) CAPNOGRAFO            |
|                         |  |  |  | GAZES ALGODOADAS             |  |  | ( ) CARDIOMONITOR         |
|                         |  |  |  | GEL ELETROLÍTICO             |  |  | ( ) DESFIBRILADOR         |
|                         |  |  |  | JELCO Nº14                   |  |  | ( ) FOCO AUXILIAR         |
|                         |  |  |  | JELCO Nº16                   |  |  | ( ) FOCO CENTRAL          |
|                         |  |  |  |                              |  |  | ( ) MICROSCOPIO           |
|                         |  |  |  |                              |  |  | ( ) OXÍMETRO DE PULSO     |
|                         |  |  |  |                              |  |  | ( ) INVASIVA/NÃO INVASIVA |
|                         |  |  |  |                              |  |  | ( ) PERFURADOR ELÉTRICO   |
|                         |  |  |  |                              |  |  | ( ) SERRA                 |
|                         |  |  |  |                              |  |  | CIRCULANTE                |

Assinado eletronicamente por: ANTONIO TEOTONIO DE ASSUNCAO - 06/05/2019 15:26:13



HEBTSKI

## FICHA DE ANESTESIA

DATA 08/09/16

PRONTUÁRIO:

PACIENTE: Felipe Conceição

SEXO: M

COR: B

IDADE:

|                                                      |       |                            |                                                         |                         |                     |
|------------------------------------------------------|-------|----------------------------|---------------------------------------------------------|-------------------------|---------------------|
| PRESSÃO ARTERIAL                                     | PULSO | RESPIRAÇÃO                 | TEMPERATURA                                             | PESO                    | GRUPO SANGÜÍNEO     |
| 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                                       |       |                            |                                                         |                         | ESTADO FÍSICO (USA) |
| DOSE/HORA                                            |       |                            |                                                         |                         |                     |
| DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO                           |       |                            |                                                         |                         |                     |
| CIRURGIA REALIZADA: Bênis luxado no humeral direito  |       |                            |                                                         |                         |                     |
| CIRURGIÃO: AUXILIARES                                |       |                            |                                                         |                         |                     |
| INÍCIO DA ANESTESIA 20:30                            |       | TÉRMINO DA ANESTESIA 22:30 |                                                         | DURAÇÃO DA ANESTESIA 2' |                     |
| CÓDIGO DO PROCEDIMENTO                               |       | QUANT. DE CH.              |                                                         | VALORES R\$             |                     |
| ANESTESISTA                                          |       | CPF                        |                                                         | CRM-PB                  |                     |

AGENTES/MORA

☐ S  
☒ N

LÍQUIDOS VENOSOS

☐ PULSO  
☒ ANESTESIA  
☒ CONGOS  
☒ CIRURGIA  
☒ PARTIAL  
☒ SISTOLICA  
☒ DIASTOLICA  
☒ ANOTACÕES

☐ REG. ARTERIAL  
☐ REG. ECO  
☐ REG. PULSO

☐ ANESTESIA GERAL

☐ RAQUIDIANA

☐ EPIDURAL

☐ BLOQ. PLEXO

☐ BLOQ. NERVOS

☐ OUTROS

LÍQUIDOS

Volume em ml

## MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

|                                     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|-------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| SOLUÇÃO                             | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |
| MACI                                |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| SANGUE                              |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| RINGER                              |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| TOTAL                               |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| DESTINO DO PACIENTE                 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| <input type="checkbox"/> APT*       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| <input type="checkbox"/> ENFERMARIA |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| <input type="checkbox"/> UTI        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| <input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| <input type="checkbox"/> OUTROS     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

ASSINATURA DO ANESTESISTA

F.(NG).ASCIR.026-1





## ECT - Empresa Brasileira de Correios e Telegrafos

Ag.: 30300533 - AC PILOEZINHOS

PILOEZINHOS - PB

CNPJ: 34028316281870 - Ins. Est: 160745500

## COMPROVANTE DO CLIENTE

Cliente.....: SEGURADORA LIDER CONSOR SEGU  
 CNPJ/CPF.....: 09248608000104  
 Doc. Post.....: 317116605  
 Contrato....: 9912280636 Cod. Adm.: 11205709  
 Cartão....: 62267655

Movimento...: 12/03/2019 Hora.....: 09:07:37  
 Caixa.....: 90735287 Matrícula...: 84773847  
 Lançamento..: 003 Atendimento: 00001  
 Modalidade..: A Faturar ID Tiquete..: 1611163701

| DESCRIÇÃO                   | QTD.  | PREÇO(R\$) |
|-----------------------------|-------|------------|
| SEGURO DPVAT ATE 30         | 1     | 23,26+     |
| Valor do Porte(R\$)...      | 23,26 |            |
| Peso real (G).....          | 200   |            |
| POSTAL RESPOSTA DPV         | 1     | 29,00+     |
| Valor do Porte(R\$)...      | 29,00 |            |
| Cep Destino: 20031-205 (RJ) |       |            |
| Peso real (G).....          | 200   |            |
| OBJETO.....: SI691017530BR  |       |            |

TOTAL DO ATENDIMENTO(R\$) 52,26

Valor Declarado não solicitado(R\$)  
 No caso de objeto com valor,  
 utilize o serviço adicional de valor declarado.

## A FATURAR

Reconheço a prestação do(s) serviço(s) acima  
 prestado(s), o(s) qual(is) pagarei mediante  
 apresentação de fatura. Os valores constantes  
 deste comprovante poderão sofrer variações de  
 acordo com as cláusulas contratuais

Nome: RG:

Ass. Responsável.....

SERV. POSTAIS: DIREITOS E DEVERES-LEI 6538/78 Ganhe tempo! Baixe o APP de Pré-Atendimento  
 dos Correios Tenha sempre em mãos o número do ID Tiquete deste comprovante, para eventual  
 contato com os Correios. SARA 7.8.01

VIA\_CLIENTE





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

Rio de Janeiro, 03 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190226275

Vítima: FELIPE CONSTANTINO DOS SANTOS

Data do Acidente: 08/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

Senhor(a), FELIPE CONSTANTINO DOS SANTOS

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Boletim de ocorrência incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pág. 01979/01980 - carta\_03 - INVALIDEZ



Carta nº 14141197

