
Rio de Janeiro, 07 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190625521

Vítima: KELLIANY LIMA GOMES

Data do Acidente: 18/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), KELLIANY LIMA GOMES

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 20 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190625521

Vítima: KELLIANY LIMA GOMES

Data do Acidente: 18/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), KELLIANY LIMA GOMES

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: KELLIANY LIMA GOMES

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 341

Agência: 000008757

Conta: 0000037125-0

Tipo: CONTA CORRENTE

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: **0389841/19** 3 - CPF da vítima: **064.213.874-54** 4 - Nome completo da vítima: **KELLIANY LIMA GOMES**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: **KELLIANY LIMA GOMES** 6 - CPF: **064.213.874-54**
7 - Profissão: **PROFESSORA** 8 - Endereço: **RUA EMILIA MENDONÇA GOMES 3273 CASA**
11 - Bairro: **VALENTINA** 12 - Cidade: **JOÃO PESSOA** 13 - Estado: **PB** 14 - CEP: **58063-500**
15 - E-mail: **98651-8367** 16 - Telefone: **98651-8367**

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: _____
18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☒ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **8757** CONTA: **371250**
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora LIDER a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☐ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro(vaincor)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) _____

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) _____

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo) _____

38 - 1ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **JOÃO PESSOA 06/11/2019**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) **Kellianny Lima Gomes**

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 12815.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 12815.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: A(s) 15-25 horas do dia 05 de novembro de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por Adonis Coelho Regadas, Agente de Investigação, matrícula 1331728, ao final assinado, compareceu **Kelliany Lima Gomes**, CPF nº 064.213.874-54, RG nº 2969419 SSP/PB, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), profissão Professora, filho(a) de Cleonice Ferreira Lima Gomes e Antonio Valentim Gomes, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 22/04/1986 (33 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Inspetora Emília Mendonça Gomes, Nº 1273, complemento Casa, bairro Valentina, tendo como ponto de referência Em Frente Ao 5º Batalhão, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98895-3603.

Dados do(s) Fatos:

Local: Próximo a Imobiliária Hema, João Pessoa/PB, bairro Manaira; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 18/04/18 08:40h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

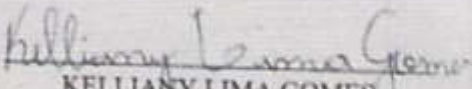
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que conduzia a motocicleta, SHINERAY/XY 50 Q ano/mod. 2014/2015, Cor: PRETA, placa QFN5818/PB - Chassi: LXYXCBL00F0350507- que está no nome de Cleonice Ferreira Lima Gomes - CPF: 885.899.604-63 mais pertence a noticiante, na Av. João Mauricio - bairro: Manaira, quando foi surpreendida por outro veículo, VW/VOYAGE, Cor: Branca, que efetuou uma manobra bruscamente pela esquerda fechando indevidamente o lado direito, vindo a colidir no lado esquerdo do veículo SHINERAY que a noticiante conduzia, e com o impacto a noticiante caiu ao solo, onde logo após, foi conduzida pelo SAMU até o Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena onde foi atendida e diagnosticada com FRATURA E LUXAÇÃO DO COTOVELO DIREITO - CID: 10 S 52.0 e S 53.1 conforme LAUDO MEDICO emitido pela Dra. Rosângela M. Escorel Almeida - Medica da Vigilância à Saúde - CRM-PB 3883.

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

João Pessoa/PB, 05 de novembro de 2019.


ADONIS COELHO REGADAS
Agente de Investigação


KELLIANY LIMA GOMES
Noticiante

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 038944119 3 - CPF da vítima: 064.213.874-54 4 - Nome completo da vítima: KELLIANY LIMA GOMES

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: KELLIANY LIMA GOMES 6 - CPF: 064.213.874-54
7 - Profissão: PROFESSORA 8 - Endereço: RUA EMILIA MENDONÇA GOMES 3273 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: VALENTINA 12 - Cidade: JOÃO PESSOA 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58063-500
15 - E-mail: 16 - Telefone: 98651-8167

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECURSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☒ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 8757 CONTA: 371250

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora LIDER a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☐ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(vaincor)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



SAMU
192

REGIONAL JOÃO PESSOA

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA - SAME



SAMU
192

REGIONAL JOÃO PESSOA

CNPJ 08.806.754/0015-40
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA
R. Diógenes Chianca, 1777
Água Fria - CEP 58053-900
João Pessoa - PB

DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 804/101, **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 2045818, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente **MELLIANY LIMA GOMES** idade 32 anos, vítima de Acidente de Trânsito (Colisão carro x moto) no dia 18/04/2018, na Av. Joao Mauricio, Bairro: Manaíra - João Pessoa - aproximadamente às 08:40 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

Para ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 30 de Abril de 2018.

Jefferson da Rocha Augusto
Estatístico
CRE/5ª Região: 10171

Jefferson da Rocha Augusto
Matrícula: 67.155-6
Coordenação do SAME
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA

ITAÚ – UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 18/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: KELLIANY LIMA GOMES

BANCO: 341

AGÊNCIA: 08757

CONTA: 000000037125-0

Autenticação:

4CF AF0BE4495A617B813C570EC8687366FF52804EB53A01DF905C5CC643A2DA6

Ag. de Cobrança
0036-1

Sit. Especial

N. Contrato
8003600024979

Data de Vencimento
11/09/2019

CAIXA

A vida pede mais que um banco



CTC RECIFE PE PL7

DATA DE POSTAGEM: 22/08/2019

ANTONIO VALENTIM GOMES
R EMILIA MENDONÇA GOMES, 1273
VALENTINA
58063-500 JOAO PESSOA PB



7211307021512653200697124830220819

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, CLEONICE FERREIRA LIMA GOMES,
RG nº 423.668, Data de Expedição: 10/04/2013, Órgão: SSP,
Portador do CPF nº 885.839.609-63, com domicílio na cidade de
João Pessoa, no Estado de PARAIBA,
onde resido na (Rua/Av./Est.) Rua Inspectora E. M. Gomes,
nº 1243, complemento: CASA, declaro, sob as penas da Lei,
que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente
ocorrido com a vítima HELLIANY LIMA GOMES,
cujo o condutor era HELLIANY LIMA GOMES.

Veículo: CICLOMOTO
Modelo: XY 50 Q
Ano: 2014/2015
Placa: GFN 5818
Chassi: LXYXCBL00F0360507
Data do Acidente: 18/04/18

Local e Data: João Pessoa, 12/09/2019

Cleonice Ferreira Lima Gomes
Assinatura do Declarante

CARTÓRIO
VIEIRA BATISTA

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

CARTÓRIO
VIEIRA BATISTA
2º OFÍCIO DE NOTAS
R. Rômulo Vieira Batista - Taboão
Rua Elias Pereira de Jesus, 45 - Mangabeira - João Pessoa
CEP: 58040-100 - Fone: (33) 3234-8053 / 3234-4053

RECONHECIMENTO DE FIRMA 2019-041689

Reconheço por autenticidade a firma de:

CLEONICE FERREIRA LIMA

Dou fei, em testemunho da verdade, João Pessoa, PB, 12/09/2019, 09:12:14

EMOL: R\$ 9,91 - FEPJ: R\$ 1,99 - FARPEN: R\$ 0,29 - ISS: R\$ 0,50

SELO DIGITAL: AJC23976-0183

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

JOSELO ALVES BATISTA - ESCRIVENTE AUTORIZADO







LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME <i>Kelliany Lima Gomes</i>				PRONTUÁRIO Nº	
IDADE 32	SEXO F	COR	CLÍNICA <i>Ortopedia</i>	ENF.	LEITO
DATA DE ADMISSÃO 21/11/2018		DATA DE ALTA 21/11/2018		TEMPO DE PERMANÊNCIA 01 dia	
DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura consolidada de olecrano</i>				CID <i>S52.0</i>	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>O mesmo</i>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES <i>Rx de cotovelo</i>					
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO DE F.O. () SIM (X) NÃO			COLETA DE MATERIAL () SIM () NÃO		
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA (X) MELHORADO () REMOVIDO () A PEDIDO () CURADO ()					
ÓBITO					

RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES)

Paciente portador(a) de fratura de olecrano direito consolidada, foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de retirada de material de síntese. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação analgésica e/ou antibiótica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA: Livre ou conforme já realizada pelo(a) paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...

REPOUSO: Relativo em casa por 15 dias.
Retorno às atividades sem esforço físico em 30 dias.
Retorno às atividades com esforço físico leve em 45 dias e com esforço maior em 90 dias.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no lugar. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA:

RETORNO: Ao posto de saúde em 21 dias.
Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 21 dias para revisão.

21/11/18

DATA

Mourice Arruda Pereira
ASS. MÉDICO / C.R.M.

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









THE UNIVERSITY OF CHICAGO

Botellín de Acondicionamiento: 1070505

AV. ORESTES LINHA, 99 - PEDRO GONDIM - CNEB: 123312 - Tel: 8332186700

ಪೂರ್ವಾ ತುಂಗಭದ್ರಾ ನದೀತಟ
 ಉಪಾಧ್ಯಾಯ ಶ್ರೀ ಶಿವರಾಜೇಂದ್ರ ಪ್ರಸಾದ್

THE VETERAN'S BULLETIN

GOVERNO DA PARAIBA



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAIBA

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

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

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente KELLIANY LIMA GOMES	BAE 1076505	Data/Hora Entrada 18/04/2018 10:19:00	Data Baixa						
Data de nascimento 22/04/1986	Idade 31a 11m 27d	Sexo Feminino	CNS						
Mãe CLEONICE FERREIRA LIMA GOMES			Telefone de Contato (83) 987155169						
Endereço INSPELORA EMILIA MENDONÇA GOMES, 1273	Bairro VALENTINA DE FIGUEIREDO	Município JOAO PESSOA	UF PB						
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional FRANCINELIO DE SOUSA FREITAS	Nº Cons. Regional 9603						
Data/Hora Classificação 18/04/2018 10:19:00		Data/Hora Prescrição 18/04/2018 14:00:30							
Anamnese Fratura/luxação do cotovelo direito, com indicação de internação para redução sob anestesia e imobilização. CD.: redução de fratura/luxação do cotovelo D. Encaminhamento ao Hospital de Trauma de Mangabeira conforme pactuação. Orientado por Dr Romulo.									
CID10 <table border="1"> <thead> <tr> <th>Código</th> <th>Descrição</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>S52.0</td> <td>Fratura da extremidade superior do cúbito (ulna)</td> </tr> <tr> <td>S53.1</td> <td>Luxação do cotovelo, não especificada</td> </tr> </tbody> </table>				Código	Descrição	S52.0	Fratura da extremidade superior do cúbito (ulna)	S53.1	Luxação do cotovelo, não especificada
Código	Descrição								
S52.0	Fratura da extremidade superior do cúbito (ulna)								
S53.1	Luxação do cotovelo, não especificada								
Conduta Internar Paciente									

KELLIANY LIMA GOMES

Dr. Francinêlio de Sousa Freitas
Médico
CRM PB 9603
FRANCINELIO DE SOUSA FREITAS
CNS (CRM: 9603)



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente KELLIANY LIMA GOMES		BAE 1078805	Data/Hora Entrada 18/04/2018 10:19:00	Data Baixa
Data de nascimento 22/04/1988	Idade 31a 11m 27d	Sexo Feminino	CNS	Telefone de Contato (83) 987155169
Mãe CLEONICE FERREIRA LIMA GOMES			Prontuário	
Endereço INSPETORA EMÍLIA MENDONÇA GOMES, 1273		Bairro VALENTINA DE FIGUEIREDO	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional GUSTAVO URQUIISA LEITE	Nº Cons. Regional 7429/PB	
Data/Hora Classificação 18/04/2018 10:19:00			Data/Hora Prescrição 18/04/2018 10:38:08	
anamnese Paciente vítima de colisão moto-carro em uso de capacete, sem relato de TCE, desmalo ou vômitos. Ao exame: ABCD, cervical, torax e abdome sem alterações ao exame primário. Apresenta deformidade em úmero e cotovelo direitos, e dor em quadril direito sem déficit funcional. cd: RX + Alta d cir. geral + à ortopedia.				
MEDICAÇÃO SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA I AGORA, 0,0 (MGTSM) Diluir CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), DILUIR 100,0 MG DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), DILUIR 2,0 ML				
EXAME DE IMAGEM RADIOGRAFIA DE BRACO DIREITO RADIOGRAFIA DE COTOVELO DIREITO RADIOGRAFIA DE BACIA				
ID10				
Código	Descrição			
T14.9	Traumatismo não especificado			
Conduta Em observação				

KELLIANY LIMA GOMES

 Dr. Gustavo Urquiza Leite
 Clínica Geral
 CRM-PB 7429



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

AREA LARANJA UDC

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

Tel: 32165700

CNES: 2458276

Paciente: KELLIANY LIMA GOMES		BAE 1078505	Data/Hora Entrada 18/04/2018 10:19:00	Data Baixa
Data de nascimento 22/04/1986	Idade 31a 11m 27d	Sexo Feminino	CNS	Telefone de Contato (83) 987156169
Mãe CLEONICE FERREIRA LIMA GOMES		Prontuário		
Endereço INSPETORA EMÍLIA MENDONÇA GOMES, 1273		Bairro VALENTINA DE FIGUEIREDO	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO		Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional MOURIBE ARRUDA FELINTO	Nº Cons. Regional 7522/PB
Data/Hora Classificação 18/04/2018 10:19:00		Data/Hora Prescrição 18/04/2018 12:00:30		

Anamnese

Intopédia#

- >> Paciente vítima de acidente motociclístico apresentando dor e deformidade em cotovelo direito
- >> Ao exame dor local, edema importante, pulso e perfusão distais presentes e normais
- >> Radiografia evidenciando fratura/luxação de cotovelo direito

CD: Ao BC para redução inconflua sob anestesia

Conduta

Em observação

Mouribe Arruda Felinto
 PER.MED-Idt 0702009755/MD
 CRM-PB 7522 / CRM-PE 21194

KELLIANY LIMA GOMES

MOURIBE ARRUDA FELINTO
 (CRM: 7522/PB)

ado por: MICHEL CARVALHO BORGES em 18/04/2018 10:19:54

svb/pages/prescricao.do?control=7&imprimirDadosAnteriores=N&performa=imprimir&id=265965&pesquisa=S&p...



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

RELATÓRIO DE CIRURGIA



HERTSM

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

① Paciente em DDH sob anestesia geral

Incisão:

Achados:

① Fratura / luxação do cotovelo @.

Conduta:

③ Redução da fratura e luxação do cotovelo @ sob auxílio da orquestra.

Fechamento:

① Sutura com fio
③ Tala axila-palmar

Observação:

AX

Dr. Francinêlio Freitas
CRM PB 9603
CNS 04575137800

João Pessoa, 18/04/14

Médico/CRM: _____

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

Ficha Nr: 121345 Atd: Nao Regul
Data: 18/04/2018
Hora: 23:19:09
Recepcionista: LUIZ CLAUDIO DA SILVA
Clínica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: KELLIANY LIMA GOMES

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2018.04.002728

CNS: SEM CNS Sexo: F IDENTIDADE: 2969419 Fone: 32373640

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 22/04/1986 Id: 32 ano(s)

End.: EXPETORA EMILIA M. GOMES, 1273CONT 87155169

Bairro: VALENTINA DE FIGUEIREDO Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: CLEONICE FERREIRA LIMA GOMES

Pai: ANTONIO VALENTIM GOMES

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: PROFESSOR SEM ESPECIFICACAO

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: MAE

Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

P edencia: HOSPITAL TRAUMA

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: COLISAO CARRO X KOTO

Vitima de violência por: EM TAMBAU/COND.

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: VERDE

PA: FR:

FC: TP:

Peso: Altura:

Glicemia: IMC:

Circ. Abd: O2%:

Caixa Principal

IA EM MSD

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[] Aparentemente Bem [] Grave

[] Politraumatizado [] Convulsao

[] Hemorragia [] Dispneia

[] Diarreia [] Agitado

[] Regular [] Chocado

[] Vomito

Observacao

PACIENTE ENCAMINHADA DO HEETSHL, CONFORME
PACTUACAO.

História - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Paciente vítima de acidente com motocicleta há ± 14 h
CS. 21 com fratura - lesões de potencial grave, tendo
sido submetido a redução de fratura.

Diagnostico

Conduta

Prescrição

Horario da medicacao

Dr. Francisco Luiz de Menezes
Ortopedia Pediatrica
CRM-PB 3913

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ liberacao

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

[] Residencia [] Transferido [] Desistencia [] UTI
[] Alta a pedido [] Enfermaria Obito: [] Atestado [] SVO [] IML

* *Clara Freire Lima Gomes*

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: Nenhuma

Alergias: Nenhuma

Cirurgias: Nenhuma

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

[] Trauma [] Neo [] Tabagismo

[] Alcoolismo

Exercício Físico:

Alimentação

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA = _____ mmHg

FC = _____ FR = _____ TEMP(°C) = _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: pat. respiratórias

Hipóteses Diagnósticas: fratura - lacrima de estômago glând

Conduta: internar





Complexo Hospitalar
MANGABEIRA
GOVERNADOR TARCÍSIO BUARTE

P/ Kellyane Lima Gomes

Laudos Médico

Paciente vítima de trauma em cotovelo resultando em fratura do olecrânio direito, foi submetido(a) a tratamento cirúrgico com uso de material de osteossíntese, encontra-se inapto(a) a realizar suas atividades habituais e laborais por um período de 90 (noventa) dias a contar da data abaixo.

CID: S52.0

Dr. Alexandre Galvão
Ortopedia e Traumatologia
CRM 9.128 SBO 9.603

DR. ALEXANDRE GALVÃO
CRM 9.128-PB SBO 9.603

02/05/2018

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, 5/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB



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

LAUDO MÉDICO

OBS: DADOS EXTRAÍDOS DO BE nº 1076505 e PRONTUÁRIO nº 108293

PACIENTE: KELLIANY LIMA GOMES

DATA DE NASCIMENTO: 22.04.86

Data e Hora do Atendimento: 18.04.18

Horário: 10:19h

MOTIVO(S) DO ATENDIMENTO: Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de trânsito (colisão moto x carro) apresentando quadro de deformidade no úmero e cotovelo direito e dor no quadril direito. Atendido pelo Dr. Francinelio de Sousa Freitas CRM 9603, Dr. Gustavo Urquiza Leite CRM 7429, Dr. Mouribe Arruda Felinto CRM 7522.

DIAGNÓSTICO INICIAL: FRATURA E LUXAÇÃO DO COTOVELO DIREITO

CID 10 S 52 0 e S 53 1

RESUMO DOS PRINCIPAIS EXAMES E PROCEDIMENTO(S) REALIZADO(S):

Primeiro atendimento, avaliação da traumatologia, Rx do braço direito AP e Perfil, Rx do antebraço direito AP e Perfil e tratamento no bloco cirúrgico com redução incruenta de fratura/luxação do cotovelo direito e colocação de tala axilo-palmar. Paciente encaminhado ao ORTOTRAUMA conforme pactuação.

ALTA HOSPITALAR: Em 18.04.18 às 14:42h encaminhado ao ORTOTRAUMA conforme pactuação.

Data da Emissão: 08.10.19

DR. GLENDER TERCIO TRINDADE
AUDITOR CVB/HETSHL
CRM - 3920
Dr. Glender Tércio G. G. da Trindade
Médico Auditor - HETSHL
Mat. 29.031-9/ CRM- 3920

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

CERTIDÃO

Nº. 1326/2018

Atendendo solicitação de **KELLIANY LIMA GOMES** e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial nº121345 e Prontuário de Nº2018.04.002728 pertencente a requerente que foi atendida dia 18/04/2018 às 23H19min, vítima de colisão carro x moto, apresentando trauma em membro superior direito.

Retornou dia 02/05/2018 às 08h45min com ficha nº 124808 apresentando trauma em cotovelo direito. Realizado procedimento cirúrgico dia 02/05/2018 com alta médica dia 02/05/2018.

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

João Pessoa, 28 de setembro de 2018

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

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883

Nome: <i>Kellyane Lima Gomes</i>			Registro:		
Idade: <i>32 anos</i>	Sexo: <i>Fem</i>	Cor:	Clínica: <i>Traumatol</i>	EMP:	LR:
Data: <i>02/05/2018</i>			Cirurgião: <i>Alexandre Galvão</i>		
1º Assistente: <i>Jorge Augusto</i>			2º Assistente: <i>Valdeban Carvalho (R1)</i>		
Anestesista: <i>Imbelloni</i>			Instrumentador: <i>Paloma</i>		
DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO					CID
<i>Fratura do Olecrânio Direito</i>					<i>S52.0</i>
DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO					CID
<i>O mesmo</i>					
PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)					CÓDIGO
<i>Osteossíntese do Cotovelo</i>					
Acidente durante Ato Cirúrgico: 1 () Sim 2 (X) Não					
Descreva:					
Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 (X) Não					
Encaminhamento do paciente após Ato Cirúrgico:					
1 (X) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					

Documento de Alta

Nome: KELLYANY LIMA GOMES			
Data de 22/04/1986	Sexo: Feminino	Data de internação: 18/04/2018 14:31-57	Data de Alta: 18/04/2018 14:42:19
Motivo da alta: ALTA HOSPITALAR			
Condução: redução incruenta de fratura/luxação de cotovelo direito sob auxílio de intensificador de imagens e imobilização com tala axilo palmar.			
Resumo da internação: Paciente admitida com diagnóstico de fratura/luxação de cotovelo direito após acidente de moto.			
Resultado de Exames:			
Tratamento: Redução incruenta de luxação de cotovelo direito.			
Diagnóstico: S52.0 - Fratura da extremidade superior do cubito [ulna]			
Recomendações: Família orientada ao Ortopedista de Mangabeira conforme pacificação.			


FRANCINELLY DE SOUSA FREITAS
CRM: 9603

Data: 18/04/2018



DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que o paciente Kelliany Lima gomes,
R.G. 2969419 Prontuário Médico de nº 2018.04.002728,
Residente R: Expetora Emilia gomes nº 1279, Bairro Valentine,
Cidade / Estado João Pessoa, encontra-se interno (a) neste Hospital, na Enfermaria / Leito
Amarela 3 desde o dia 18 / 04 / 2018 até a presente data.
Nada mais a declarar.

João Pessoa -PB, 25 / 04 / 2018

Francisca Ivonete Alves
Assistente Social
CRESS 2734-13ª Reg. PB

Assistente Social - Plantonista

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

Ficha: 124808 Atd: Nao Regulac
Data: 02/05/2018 08:45:57
Recepcionista: THAIS DE ALMEIDA FERNANDES
Clinica: AMBULATORIO
Atendimento: CONSULTA

FICHA DE AMBULATORIO

DADOS DO PACIENTE

Nome: KELLIANY LIMA GOMES

Num. de vezes atendido: 2

Prontuario: 2018.04.002728

Mae: CLEONICE FERREIRA LIMA GOMES

Pai: ANTONIO VALENTIM GOMES

Data Nasc.: 22/04/1986 Idade: 32 ano(s)

Sexo: F CNS: SEM CNS

IDENTIDADE: 2969419

Telefone: 32373640 Estado Civil: NAO INFO

Ocupação: PROFESSOR SEM ESPECIFICACAO

Natural: JOAO PESSOA-PB

End.: EXPETORA EMILIA M. GOMES, 1273, CONT 87155169

Bairro: VALENTINA DE FIGUEIREDO Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Procedencia: RESIDENCIA

Profissional:

Resp.: KELLIANY LIMA GOMES

Tel.: 32373640

IDENTIDADE: 2969419

PR: NSULTA: PA: EC: FR: TEMP: GLICEMIA: SO2:

HDA:

Antecedentes: *trauma em cotovelo @ por queda de n*
tocidade em 18.04.2018. [ALERGIA []]

MEDICAMENTOS EM USO:

Doit e deuse fegunse em cotovelo @

EXAME FISICO:

Hipotese Diagnostica: *Fratura conservativa do olecrano @*

CC: TA:

H2 curativo

CURATIVO: SIMPLES: []

COM PONTOS: []

TROCA DE SONDI

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Dr. Alexandre Galvão
Ortopedia e Traumatologia
CRM 9128 EBO 9623

ASSINATURA DA ENFERMAGEM

KELLIANY LIMA GOMES

ASSINATURA DO PACIENTE

ASSINATURA DO E CARIMBO DO M

PROCEDIMENTO REALIZADO: (CONTAS MEDICAS)

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em decúbito ventral sob anestesia
Realizado garroteamento de membro superior
Assepsia + Antissepsia
Aposição de campos cirúrgicos estéreis
Incisão:
Incisão em região posterior de cotovelo
Dissecção por planos até foco de fratura
Hemostasia com eletrocautério

Achados:

Visualização de fratura da extremidade superior da ulna

Conduta:

Realizada redução de fragmentos ósseos
Fixação de fragmentos com ósseos com 01 Placa 1/3 tubular modelada + 06 parafusos corticais
Limpeza de ferida operatória com SF a 0,9%

Fechamento:

Fechamento por planos de planos musculares, subcutâneo e pele

Curativo

Retirada de garrote de membro superior
Observada boa perfusão periférica
Tala axilopalmar gessada

OBS:

Dr. Alexandre Galvão
Ortopedia e Traumatologia
CRM 9128 SBO 9603

MÉDICO/CRM

Data: 02 / 05 / 18

Nome: <i>Kellyane Lima Gomes</i>				Registro:	
Idade: <i>32 anos</i>	Sexo: <i>Fem</i>	Cor:	Clínica: <i>Traumatol.</i>	EMP:	LR:
Data: <i>02/05/2018</i>			Cirurgião: <i>Alexandre Galvão</i>		
1º Assistente: <i>Jorge Augusto</i>			2º Assistente: <i>Valdeban Carvalho (R1)</i>		
Anestesista: <i>Imbelloni</i>			Instrumentador: <i>Paloma</i>		
DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO					CID
<i>Fratura do Olecrânio Direito</i>					<i>S52.0</i>
DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO					CID
<i>O mesmo</i>					
PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)					CÓDIGO
<i>Osteossíntese do Cotovelo</i>					
Acidente durante Ato Cirúrgico: 1 () Sim 2 (X) Não					
Descreva:					
Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 (X) Não					
Encaminhamento do paciente após Ato Cirúrgico:					
1 (X) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: Kellyany Lima Gomes BE/Prontuário: 1076505
Idade: 31a Sexo: () Masculino (x) Feminino Cor: _____ Data: 28/10/18
Clínica/Setor: Ortopedia EMP: _____ LR: _____
Cirurgia: Redução intraumeral de fratura/luxação do cotovelo @
Cirurgião: Dr. Rômulo 1º Assistente: Dr. Francisco (R1)
2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____
Instrumentador: _____ Anestesista: _____
Tipo de Anestesia: geral Horário: Início _____ : _____ Término _____ : _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fratura/luxação de cotovelo @</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Redução intraumeral de fratura/luxação de cotovelo @</u>	

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

Biopsia de Congelação: () Sim (x) Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

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

o/CRM: _____

Dr. Francisco Freitas
Médico
CRM 05.5603
CNS 1162457

João Pessoa, 28/10/18

Nota de Sala Cirúrgica

REC-1091

NOME DO PACIENTE		Kelliany Jones Gomes	
IDADE	31	PRONTUÁRIO	BS-036905
CIRURGIÃO		DR. Romulo	
ANESTESISTA		DR. Paulo + DR. Crisóstomo	
INSTRUMENTADOR			
DATA		18 em 18	
TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA: INÍCIO		18:20	
TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA: FIM		19:50	
INDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)			
ASA 1) ASA 2) ASA 3) ASA 4) ASA 5) 1			
GRAU DE CONTAMINAÇÃO: 1) LIMP 2) CONTAMINADA 3) EFECTADA 4) POTENCIALMENTE CONTAMINADA			
MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS (QTD.)			
ALFENTANIA		JELCO Nº18	
BUPIVACAÍNA ISOBARICA		JELCO Nº20	
BUPIVACAÍNA PESADA		JELCO Nº22	
CETANINA		JELCO Nº24	
DROPERIDOL		KIT SIST. DREN. TORÁCICA Nº	
ETOMIDATO		SOLUÇÕES	QTD.
FENOBARBITAL		ALCOOL ETILICO 70%	
FENTANILA		PVPi DEGERMANTE	
FLUNAZENIL		PVPi TINTURA	OK
ISORANO		PVPi TÓPICO	
LIDOCAÍNA C/ VASO		SABÃO ANTISÉPTICO	
LIDOCAÍNA S/ VASO		MATERIAIS	QTD.
LIDOCAÍNA S/ VASO		AGULHA 13X4,5	
LIDOCAÍNA S/ VASO		AGULHA 25X07	
LIDOCAÍNA S/ VASO		AGULHA 25X08	
MIDAZOLAM		AGULHA 40X12	
MORFINA		AGULHA PERIDURAL Nº16	
NIMBEXI		AGULHA PERIDURAL Nº17	
PANCURÔNIO		AGULHA PERIDURAL Nº18	
PREMIDINA		AGULHA RAQUI Nº150	
PREMIDINA		AGULHA RAQUI Nº260	
ROCURÔNIO		AGULHA RAQUI Nº270	
SEVOFLURANO		ALGODÃO ORTOPÉDICO	
SUXAMETÔNIO		ATAJURA DE CREPOM	
TIDIPENTAL		ATAJURA GESSADA	
MEDICAÇÕES	QTD.	BOLSA PCOLOSTOMIA	
ADRENALINA		CÂNULA P/ TRAQUEOSTOMIA Nº	
ÁGUA DESTILADA		CATETER DE OXIGÊNIO	
ATROPINA		CATETER EMBOLEC ARTERIAL Nº	
BEXTRA		CATETER EPIDURAL Nº16	
CEFAZOLINA		CATETER EPIDURAL Nº17	
CEFTASOLINA		CATETER EPIDURAL Nº18	
CLORALHIDRATO		CERA PARA OSSO	
CLORALHIDRATO		COLET. URINA FECHADO	
CLORALHIDRATO		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	
CLORALHIDRATO		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	
CLORALHIDRATO		DRENO DE PENROSE	
CLORALHIDRATO		DRENO DE SUÇÃO	
CLORALHIDRATO		ELETRÓDOS	10
CLORALHIDRATO		EQUIPO MACROGOTAS	
CLORALHIDRATO		EQUIPO TRANSF. SANGUE	
CLORALHIDRATO		EQUIPO MICROGOTAS	
CLORALHIDRATO		ESPONJA DE PVPi	
CLORALHIDRATO		ESPARADRAPO	OK
CLORALHIDRATO		GAZES	
CLORALHIDRATO		GAZES ALGODÓADAS	
CLORALHIDRATO		GEL ELETROLÍTICO	
CLORALHIDRATO		JELCO Nº14	
CLORALHIDRATO		JELCO Nº16	
MATERIAIS CONSUMÍVEIS			
QTD.		QTD.	
		FIO CAT GUT CROMADO Nº	
		FIO CAT GUT CROMADO Nº	
		FIO DE AÇO Nº	
		FIO DE AÇO Nº	
		FIO DE NYLON Nº	
		FIO DE NYLON Nº	
		FIO DE NYLON Nº	
		FIO POLILACTINA Nº	
		FIO POLILACTINA Nº	
		FIO POLILACTINA Nº	
		FIO POLIPROPILENO Nº	
		FIO POLIPROPILENO Nº	
		FIO POLILEGACAPRONE Nº	
		FIO SEDA Nº	
		FITA CARDÍACA	
		MATERIAIS ESPECIAIS	QTD.
		CATETER DE PIC	
		CIMENTO CIRÚRGICO	
		CLIP TITÂNIO LIGADURA	
		FIO DE KIRSCHNER Nº	
		FIO DE KIRSCHNER Nº	
		FIO STEINMAN Nº	
		FIO STEINMAN Nº	
		GRAMPEADOR CIRÚRGICO	
		HEMOST. ABSORVIVEL	
		KIT. DERIVA. VENTRICULAR	
		PRÓTESE VASCULAR	
		KIT. PAM	
		FIXADOR EXTERNO	
		EMPRESA	
		PARAFUSOS CORTICAIS	
		PARAFUSOS CORTICAIS	
		PARAFUSOS ESPONGIOSOS	
		PARAFUSOS ESPONGIOSOS	
		PARAFUSOS MALEOLARES	
		PARAFUSOS MALEOLARES	
		PLACA	
		PLACA	
EQUIPAMENTOS			
		QTD.	
		ASPIRADOR	
		BISTURI ELÉTRICO	
		CAPNOGRÁFO	
		CARDIO MONITOR	
		DESFIBRILADOR	
		FOCO AUXILIAR	
		FOCO CENTRAL	
		MICROSCÓPIO	
		OXÍMETRO DE PULSO	
		P.A. INVASIVA/NÃO INVASIVA	
		PERFURADOR ELÉTRICO	
		SERRA	

FICHA DE ANESTESIA



DATA: 18/04/18

PRONTUÁRIO: 1076505

PACIENTE: KELLANY LIMA GOMES SEXO: F COR: B IDADE: 31a

PRESSÃO ARTERIAL | PULSO | RESPIRAÇÃO | TEMPERATURA | PESO | GRUPO SANGÜINEO

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

EXAMES COMPLEMENTARES

AP. RESPIRATÓRIO AP. CIRCULATÓRIO

AP. DIGESTIVO ESTADO MENTAL LOTE DROGAS EM USO

PRÉ-ANESTÉSICO DOSE/HORA ESTADO FÍSICO (ASA)

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO

CIRURGIA REALIZADA Redução Invertida de fratura de tornozelo (D)

CIRURGIÃO Raulo AUXILIARES

INÍCIO DA ANESTESIA 13:20h TÉRMINO DA ANESTESIA 13:50h DURAÇÃO DA ANESTESIA 30 min

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO QUANT. DE CH. VALORES RS

ANESTESISTA George Fernandes CPF 012.937.844-51 CRM-PB 7794

ANESTESIA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
01h	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
02h	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
03h	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
04h	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
05h	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
06h	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
07h	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
08h	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
09h	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
10h	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
11h	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
12h	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
13h	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
14h	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
15h	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
16h	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
17h	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
18h	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
19h	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
20h	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Pte. hemodinamicamente estável P/RPA

☒ ANESTESIA GERAL ☐ RAQUIDIANA ☐ EPIDURAL ☐ BLOQ. FLEXO ☐ BLOQ. NERVOS ☐ OUTROS

TÉCNICA LOCALIZAÇÃO MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

1	Relaxant 1g	(01)	11
2	Alfentanil 0,5mg	(01)	12
3	Propofol 200mg	(01)	13
4	Propofol 100mg	(01)	14
5	Propofol 50mg	(01)	15
6	Propofol 10mg	(01)	16
7	Propofol 1g	(01)	17
8	Propofol 0,5mg	(01)	18
9			19
10			20

1- Tit. + Tit. 2- Tit. 3- Tit. 4- Tit. 5- Tit. 6- Tit. 7- Tit. 8- Tit. 9- Tit. 10- Tit. 11- Tit. 12- Tit. 13- Tit. 14- Tit. 15- Tit. 16- Tit. 17- Tit. 18- Tit. 19- Tit. 20- Tit.

ASSINATURA DO ANESTESISTA:

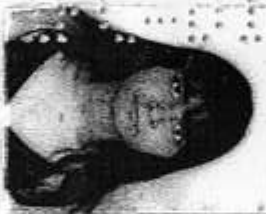
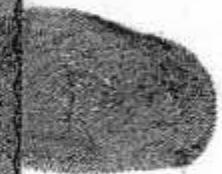
 George Fernandes
 Médico Anestesiologista
 CRM-PB 7794

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE POLÍCIA IDENTIFICAÇÃO
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

DI P.04

Kelliany Lima Gomes
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas
Número de Inscrição

064.213.874-54

Nome
KELLIANY LIMA GOMES

Nascimento
22/04/1986



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

2 9 6 9 4 1 9 DATA DE EXPEDIÇÃO 20 DEZ 2001

NOME KELLIANY LIMA GOMES

Antonio Valentim Gomes

FILIAÇÃO Cleonice Ferreira Lima Gomes

João Pessoa, PB

22.04.1986
DATA DE NASCIMENTO

Cert. Nascimento nº 11594, Ms. 18, Liv. A-12,
Cart. de Tambau-J. Pessoa, PB

CPF

João Pessoa - PB

ASSINATURA DO DIRIGENTE

LEI Nº 7.116 DE 20.09.03

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN

NÚMERO DO FISCAL

DETTRAN - PB Nº 012711494626
 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
 BRT 20160000376223-3
 DATA DE EMISSÃO 30/08/2016

CLÉONICE FERREIRA LIMA GOMES

88589960463 QFN5818/PB

NOVO PB LXKXCBLO0F0350507

PAS/CICLOMOTO/NAO APLIC

1/SWNERAY XV 50-0

2 P/49 /CI

IPVA ISENTO 00/00/0000

FAIXA / PVA

SEGURO P A G O 30/08/2016

SEM RESERVA DE DOMINIO

JOAO PESSOA-PB

1739786 30/08/2016 78444

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PB Nº 012711494626 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
 PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
 AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2016 30/08/2016

VIA 1 88589960463 QFN5818/PB

RENAVAM 01073612519 1/SWNERAY XV 50-0

ANO FAB 2014 8

PREMIO TARIFARIO

FNS (R\$) *****

SEGURO P A G O

DATA DE OUTUBRO 30/08/2016

SEGUROADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

78444-1004427-20160830



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190625521 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: KELLIANY LIMA GOMES **Data do acidente:** 18/04/2018 **Seguradora:** ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA LUXAÇÃO DE COTOVELO DIREITO. P.9

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA. P.12,17,21,29

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE COTOVELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DE COTOVELO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: P.3

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190625521 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: KELLIANY LIMA GOMES **Data do acidente:** 18/04/2018 **Seguradora:** ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA LUXAÇÃO DE COTOVELO DIREITO. P.9

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA. P.12,17,21,29

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE COTOVELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DE COTOVELO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: P.3

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0389841/19

Vítima: KELLIANY LIMA GOMES

CPF: 064.213.874-54

Seguradora: ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

Data do acidente: 18/04/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: KELLIANY LIMA GOMES

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

KELLIANY LIMA GOMES : 064.213.874-54

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 06/11/2019
Nome: KELLIANY LIMA GOMES
CPF: 064.213.874-54

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/11/2019
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

KELLIANY LIMA GOMES

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA