
Rio de Janeiro, 27 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190398034

Vítima: TIAGO DE OLIVEIRA GOMES JUNIOR

Data do Acidente: 17/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), TIAGO DE OLIVEIRA GOMES JUNIOR

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, 17 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190398034

Vítima: TIAGO DE OLIVEIRA GOMES JUNIOR

Data do Acidente: 17/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), TIAGO DE OLIVEIRA GOMES JUNIOR

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: TIAGO DE OLIVEIRA GOMES JUNIOR

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 104

Agência: 000000039

Conta: 000009672-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

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,



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASI: _____ CPI da vítima: 102 999 974-05 Nome completo da vítima: TIAGO DE OLIVEIRA GOMES JUNIOR

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

Nome completo: TIAGO DE OLIVEIRA GOMES JUNIOR CPF: 102.999.974-05
Profissão: MOTORCY Endereço: RUA NILSA MONTENEGRO Número: 33 Complemento: _____
Bairro: JARDIM CAMBOJA Cidade: CABEDLO Estado: PB CEP: 58103-670
E-mail: _____ Tel.(DDD): (33) 99983 8652

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

RENDA MENSAL:

☐ RE-CUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☒ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (257) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0039 CONTA: 9672 0
(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 Líder 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.

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

- ☒ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: _____ Falecidos: _____

Estou ciente de que a Seguradora Líder 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.

Local e Data: Cabedelo 23/06/2018
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____
CPF: _____
2ª Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____
Assinatura: _____

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00126.01.2019.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00126.01.2019.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 14:30 horas do dia 22 de maio de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Isaias Olegário da Silva, matrícula 611697, e lavrado por José Saulo Araujo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **Tiago de Oliveira Gomes Junior**, CPF nº 102.999.974-05, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Moto Boy, filho(a) de Maria Soloneide Marcelino Soares Gomes e Tiago de Oliveira Gomes, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 26/07/1995 (23 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Nilo Montenegro, Nº 33, bairro Jardim Camboinha, tendo como ponto de referência Igreja Católica, na cidade de Cabedelo/PB, telefone(s) para contato (83) 98783-4262.

Dados do(s) Fatos:

Local: José Teles, Corpo de Bombeiros, João Pessoa/PB, bairro Miramar; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 17/02/19 16:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE o notificante já qualificado acima relata que trafegava com a motocicleta, marca e modelo: HONDA CG 160 START, ano e modelo: 2018 DE COR PRETA, PLACA: QSB 8206/PB, Chassi nº 9C2KC2500JR018128, REGISTRADO EM NOME DO NOTIFICANTE; QUE seguia normalmente, quando um outro motoqueiro saía de uma rua lateral, não sabendo especificar marca e modelo nem quem era o outro condutor; QUE segundo o notificante devido ao impacto foi jogado ao chão; QUE devido ao fato veio a lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. JUAN JAIME ALCOBIA ARCE, CRM 3323/PB, DATADO DE 29.04.2019, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, para onde foi socorrido(a) por bombeiros; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar CID 10 S72,3 e S52,2

ADENDO(S):

Que na data 22/05/2019, à(s) 14:53 horas, na Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob a responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Isaias Olegário da Silva, matrícula 611697, compareceu o(a) noticiante para realizar o seguinte adendo: **QUE o local do fato foi na cidade de Cabedelo/PB e não em João Pessoa-PB.** Adendo registrado por: José Saulo Araujo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula: 1372611.

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



Procedimento Policial: 00126.01.2019.1.00.420

SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Delegacia Especializada de Acidentes de
Veículos da Capital



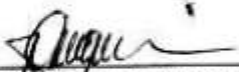
**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA

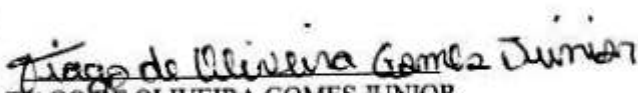


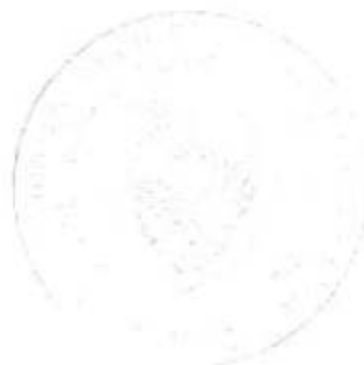
**GOVERNO
DA PARAÍBA**

Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

João Pessoa/PB, 22 de maio de 2019.


JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigação


TIAGO DE OLIVEIRA GOMES JUNIOR
Noticiante



Procedimento Policial: 00126.01.2019.1.00.420

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASI: _____ CPI da vítima: 102 999 974-05 Nome completo da vítima: TIAGO DE OLIVEIRA GOMES JUNIOR

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

Nome completo: TIAGO DE OLIVEIRA GOMES JUNIOR CPF: 102.999.974-05
Profissão: MOTORCY Endereço: RUA NILSA MONTENEGRO Número: 33 Complemento: _____
Bairro: JARDIM CAMBOJA Cidade: CABEDLO Estado: PB CEP: 58103-670
E-mail: _____ Tel.(DDD): (33) 99983 8652

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

RENDA MENSAL:

☐ RE-CUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☒ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0039 CONTA: 9672 0
(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 Líder 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.

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

- ☒ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: _____ Falecidos: _____

Estou ciente de que a Seguradora Líder 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.

Local e Data: Cabedelo 23/06/2018
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____
CPF: _____
2ª Nome: _____
CPF: _____
Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

RUA PEDRO GONDIM, S/N - - CNES: 122332 - Tel.:

Boletim de Atendimento: 1143697


Identificação do paciente

ID 1377044	Nome TIAGO DE OLIVEIRA GOMES JUNIOR	Sexo Masculino
Data de nascimento 26/07/1995	Idade 23 anos 6 meses 22 dias	Estado civil Religião Prontuário
Mãe MARIA SOLONEIDE MARCELINO SOARES GOMES	Pai TIAGO DE OLIVEIRA GOMES	
Escolaridade	Responsável (Parentesco) A MAE - MAE	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 986601513	DDD Fixo Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 4091970	Nº Cns
Local de procedência CABEDELO	Tipo MUNICIPIO	UF PB
E-mail	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R

Endereço

CEP 58310000	Município de residência CABEDELO	UF PB	Logradouro NILO MONTE NEGRO
Número 33	Complemento	Bairro CAMBOINHA	

Admissão

Data e Hora 17/02/2019 17:10:22	Número da pulseira 1000007114396	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica	
Classificação de risco	Origem do paciente RUA	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente MOTO X MOTO

Indicadores e Transporte

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

Sinais Vitais

PA 60 x 40 mmHg	Pulso 82	Temperatura 100%
--------------------	-------------	---------------------

Exames complementares

Raios X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos 						
Diagnóstico						CID
Atendido por PRISCILA JORGE DA SILVA						Tempo 56seg

Imprimir

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 10/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: TIAGO DE OLIVEIRA GOMES JUNIOR

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00039

CONTA: 000000009672-0

Nr. da Autenticação 3C2099B0DE460D44

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal

Documento não é responsável pela conta

O cliente pode consultar o pagamento da conta e consultar a sua energia elétrica N° 024.773.574

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc. Est. 16.215.823-8

DADOS DO CLIENTE

MARIA SOLONEIDE MARCELINO SOARES
RUA NILO MONTENEGRO 33
CABEDELO

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/668061-5

REFERÊNCIA

MAI/2019

APRESENTAÇÃO

13/05/2019

CONSUMO

170

VENCIMENTO

06/06/2019

TOTAL A PAGAR

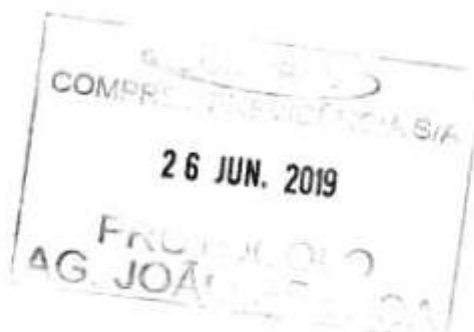
R\$ 159,60

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
00180.00009 02624.912008 01472.803178 5 79120000015960				
Pagador: MARIA SOLONEIDE MARCELINO SOARES CNPJ/CPF: 035.205.304-65				
RUA NILO MONTENEGRO 33 - CAMBOINHA - CABEDELO / PB - CEP 00000-000				
Nosso Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120001472803	000668061201905	06/06/2019	R\$ 159,60	
BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA				09.095.183/0001-40
BR 230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680				
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3				



Cep - 58103-676

Jose Telles -
Hikmal
Corbete Banheiros



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE Tiago de Oliveira Gomes Junior
DATA DE NASCIMENTO 20/07/95
NOME DA MÃE Maria Soloneide Marcelino Soares Gomes

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º 114114
BOLETIM DE ENTRADA N.º 11443697
DATA DO ATENDIMENTO 17/02/19
HORA DO ATENDIMENTO 17:10
MOTIVO DO ATENDIMENTO Acidente de moto
DIAGNÓSTICO (S) Fratura exposta de fêmur D e ulna D.
CID 10 S72.3 S52.2

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, trazido pelos bombeiros, vítima de acidente de moto, apresentando sangramento ativo em coxa direita, fratura exposta em antebraço direito, fratura exposta em fêmur direito. Avaliado pela Traumatologia e internado para tratamento cirúrgico.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX coxa D, perna D, antebraço D
USG(fast)

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
26 JUN. 2019

RESULTADOS DOS EXAMES:

RX: fratura de fêmur D, fratura da ulna D.
USG: normal

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

TRATAMENTO:

Tratamento cirúrgico de fratura exposta de fêmur D e ulna D

ALTA HOSPITALAR: 22/02/19
DATA DA EMISSÃO: 29/04/19

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



Identificação do paciente

ID 1377044	Nome TIAGO DE OLIVEIRA GOMES JUNIOR	Estado civil	Religião	Sexo Masculino
Data de nascimento 26/07/1995	Idade 23 anos 6 meses 22 dias			Prontuário
Mãe MARIA SOLENEIDE MARCELINO SOARES GOMES			Pai TIAGO DE OLIVEIRA GOMES	
Escolaridade			Responsável (Parentesco) A MAE - MAE	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 986601513		DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 4091970		Nº Cns	
Local de procedência CABEDELO			Tipo MUNICIPIO	UF PB
Email	Naturalidade JOAO PESSOA		CSO/R	

Endereço

CEP 58310000	Município de residência CABEDELO	UF PB	Logradouro NILO MONTE NEGRO
Número 33	Complemento		Sairro CAMBOINHA

Admissão

Data e Hora 17/02/2019 17:10:22	Número da pulseira 1000007114396	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica	
Classificação de risco		Origem do paciente RUA
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente MOTO X MOTO

Indicadores e Transporte

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

Sinais Vitais

PA _____ X _____ mmHg	Pulso	Temperatura 37°
--------------------------	-------	--------------------

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos Urticária de Colones moto x carro, us bacia vno de Capacet, com fatura exposta de atribuição direta encaminhado p/ o COT e Centro Curat						
Diagnóstico						Tempo 56seg
Atendido por PRISCILA JORGE DA SILVA						

Imprimir

TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA PACIENTES MAIORES E CAPAZES

Orig 27/10

HEETSHL

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

Nome: Diogo de Oliveira Gomes Junior

BE: 1143694

II - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 1º - O presente Termo de Responsabilidade dispõe sobre direitos e deveres do paciente, do profissional da saúde e do Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena - HEETSHL;

§ 1º - O Hospital de Emergência e Trauma é uma unidade de saúde destinada a operacionalizar a gestão e execução das atividades e dos serviços de saúde de urgência e emergência em trauma e a assistência de pacientes portadores de patologias agudas e graves, sejam clínicas, (para um primeiro atendimento e posterior remoção para outro serviço conveniado), ou cirúrgicas (Politraumatismo, Neurocirurgia, Traumatologia, Cirurgia Geral e demais subespecialidades relacionadas à mesma).

§ 2º - O Corpo Clínico responsável pela assistência integral ao paciente é composto por Médicos, Médicos-Residentes, todos Profissionais da Saúde e Aprimorandos, integrantes de Equipe Multiprofissional e profissionais médicos e de outras especialidades da saúde que cumprem a função de Preceptores ligados às diversas instituições de ensino do estado da Paraíba;

§ 3º O HEETSHL faz parte de uma rede de assistência da Secretaria de Estado da Saúde no sistema referência e contra-referência. É de responsabilidade da equipe médica deste Hospital a indicação do encaminhamento para Remoção ou Transferência dos pacientes aqui admitidos para outras Instituições de Saúde de João Pessoa ou de outros municípios para continuidade do tratamento.

§ 4º É também de responsabilidade do HEETSHL, dentro das suas normas de funcionamento, o encaminhamento e acompanhamento do paciente por equipe profissional especializada para a realização de exames complementares fora das dependências da sua unidade.

III - DO RECONHECIMENTO E SALVAGUARDA DOS DIREITOS E DEVERES

Artigo 2º - O paciente será tratado por meios adequados e disponíveis, devendo a relação mútua entre profissionais da saúde e paciente ser baseada na dignidade e no respeito.

Artigo 3º - O profissional da saúde tem garantida a sua autonomia ao indicar o procedimento adequado ao paciente, observadas as práticas reconhecidamente aceitas.

TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA PACIENTES MAIORES E CAPAZES

Artigo 11 - Após a alta médica, o **paciente** deverá deixar as dependências do HEETSHL, no prazo de até 24 (vinte e quatro) horas, após as quais serão adotadas as medidas legais cabíveis.

Artigo 12- Após a internação a **família do paciente ou o seu representante legal** deverá resgatar os pertences de valor ou documentos deixados nesta unidade hospitalar, no prazo máximo de 30 (trinta) dias e, no caso de vestuários e calçados, no prazo máximo de 02 (dois) dias contados a partir da data de internação. Após este prazo, a instituição adotará as medidas legais cabíveis que entender necessárias para a destinação destes objetos.

Artigo 13 - O **paciente ou o seu representante legal** os **profissionais da saúde** do HEETSHL poderão recorrer à Comissão de Ética Médica e à Comissão de Bioética, para esclarecer questões surgidas em decorrência da prestação das ações e dos serviços de atenção à saúde.

Observações:

O presente termo foi lido e achado conforme.

João Pessoa, 18.02.2019.

Paciente - RG

Maria Salomede M. Soares

Representante Legal - RG 2.228.409

AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente TIAGO DE OLIVEIRA GOMES JUNIOR	BAE 1143697	Data/Hora Entrada 17/02/2019 17:10:22	Data Baixa
Data de nascimento 26/07/1995	Idade 23a 6m 22d	Sexo Masculino	CNS
Mãe MARIA SOLONEIDE MARCELINO SOARES GOMES			Telefone de Contato (83) 986601513
Endereço NILO MONTE NEGRO, 33	Bairro CAMBOINHA	Município CABEDELO	UF PB
Acidente MOTO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional DANIEL CONSERVA ARRUDA	Nº Cons. Regional 11134/PB
Data/Hora Classificação 17/02/2019 17:10:22		Data/Hora Prescrição 17/02/2019 20:25:56	

Anamnese

#ORTOPEDIA

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO, EVOLUI COM FRATURA EXPOSTA DE FEMUR DIREITO + FRATURA EXPOSTA DE ULNA DIREITA.

REALIZADA LMC E SUTURA
PASSADO TRAÇÃO

CD:
INTERAMENTO

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), DILUIR 2,0 ML

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

Diluir

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

CAPTOPRIL 25 MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 25,0 MG VIA ORAL, ACM, SE NECESSÁRIO SE PAS > 160 OU PAD > 110 (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 50,0) (OBSERVAÇÕES: SE PAS > 160 OU PAD > 110)

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

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

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

Diluir

TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 8/8H

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

Diluir

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

GLICOSE 50% (AMPOLA) - SOLÚVEL, ADMINISTRAR 30,0 ML VIA E.V., ACM, SE NECESSÁRIO SE HGT < 60 (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 30,0) (OBSERVAÇÕES: SE HGT < 60)

HEPARINA SODICA 5.000UI/25ML (AMPOLA 1,25 ACÇÃO) + ALTO RISCO, ADMINISTRAR 0,25 ML VIA S.C., 12/12H, 0,0 (MG/TSM)

CENTRO CIRURGICO

Endereço: RUA PEDRO GONDIM, S/N., JOAO PESSOA - PB, 58075210

Tel:

CNES: 122332

Paciente		BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
TIAGO DE OLIVEIRA GOMES JUNIOR		1143697	17/02/2019 17:10:22	
Data de nascimento	Idade	Sexo	CNS	Telefone de Contato
26/07/1995	23a 6m 22d	Masculino		(83) 986601513
Mãe		Prontuário		
MARIA SOLONEIDE MARCELINO SOARES GOMES				
Endereço		Bairro	Município	UF
NILO MONTE NEGRO, 33		CAMBOINHA	CABEDELO	PB
Acidente		Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
MOTO X MOTO		ACIDENTE DE MOTOCICLETA	THYAGO DUAVY FERRER LIMA	9766/PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição		
17/02/2019 17:10:22		17/02/2019 17:50:36		

Anamnese

PACIENTE TRAZIDO PELOS BOMBEIRO EM PRANCHA RIGIDA E COLAR CERVICAL VITIMA DE COLISÃO MOTO X CARRO. (NAO FAZIA USO DE CAPACETE). NEGA PERDA DA CONSCIENCIA E TCE

AO EXAME

 A. VIAS AEREAS PERVIAS, SEM CERVICALGIA
 B. TORAX SIMETRICO, BOA EXPANSIBILIDADE SAT 98% EM AR AMBIENTE
 C. SANGRAMENTO ATIVO EM COXA DIREITA, ABD= FLACIDO, INDOLOR A PALPAÇÃO, SEM IRRITAÇÃO PERIOMIAL. PELVE ESTAVEL . PA =90X60
 D. GLASGOW 15 PUPILAR FOTOREAGENTE
 E. APRESENTANDO FRATURA EXPOSTA DE ANTEBRAÇO DIREITO PULSO RADIAL PALPÁVEL. FRATURA EXPOSTA DE FEMUR DIREITO SEM PULSO PEDIOSO E TIBIAL POSTERIOR.
 CD = ANALGESIA
 SOLICITO HB, BT, FATOR RH
 FAST
 RADIOGRAFIA DE ANTEBRAÇO DIREITO E FEMUR DIREITO
 PARECER DA VASCULAR E ORTOPEDIA

MEDICAÇÃO

CONCENTRADO DE HEMÁCIAS, ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V, AGORA, (OBSERVAÇÕES: PACIENTE CHOCADO)

EXAME LABORATORIAL

HEMATOCRITO, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: CHOQUE)

GRUPO SANGUINEO ABO E FATOR RH, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: PACIENTE CHOCADO)

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE COXA DIREITA

RADIOGRAFIA DE PERNA DIREITA

ULTRASSONOGRAFIA - FAST

RADIOGRAFIA DE ANTEBRAÇO DIREITO

CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

Dr. Thyago Duavy Ferrer
 Clínico Geral
 CRM-PB 23596

AREA AMARELA

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

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente	BAE		Data/Hora Entrada	Data Baixa
TIAGO DE OLIVEIRA GOMES JUNIOR	1143697		17/02/2019 17:10:22	
Data de nascimento	Idade	Sexo	CNS	Telefone de Contato
26/07/1995	23a 6m 22d	Masculino		(83) 986601513
Mãe				Prontuário
MARIA SCLONEIDE MARCELINO SOARES GOMES				
Endereço	Bairro	Município	UF	
NILO MONTE NEGRO, 33	CAMBOINHA	CABEDELO	PB	
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional	
MOTO X MOTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	GERALDO CAMILO NETO	8089/PB	
Data/Hora Classificação			Data/Hora Prescrição	
17/02/2019 17:10:22			17/02/2019 18:54:22	

Anamnese

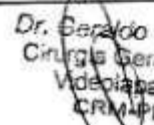
PACIENTE REALIZOU US FAST.

FÍGADAS: SEM ALTERAÇÕES.

FAST NEGATIVO.

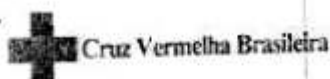
CD.
LIBERO PELA CIRURGIA GERAL PARA ABORDAGEM PELA ORTOPEDIA.**Conduta**

Em observação


Dr. Geraldo Camilo Neto
Cirurgia Geral Avançada
Videolaparoscopia
CRM-PB 8089

TIAGO DE OLIVEIRA GOMES JUNIOR

GERALDO CAMILO NETO
(CRM: 8089/PB)



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAIBA

AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
TIAGO DE OLIVEIRA GOMES JUNIOR	1143697	17/02/2019 17:10:22	
Data de nascimento	Idade	Sexo	Telefone de Contato
26/07/1995	23a 6m 22d	Masculino	(83) 986601513
Mãe			Prontuário
MARIA SOLONEIDE MARCELINO SOARES GOMES			
Endereço	Bairro	Município	UF
NILO MONTE NEGRO, 33	CAMBOINHA	CABEDELO	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
MOTO X MOTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	DANIEL CONSERVA ARRUDA	11134/PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
17/02/2019 17:10:22		17/02/2019 19:18:15	

Anamnese

PACIENTE REALIZOU US FAST.

.X TORAS: SEM ALTERAÇÕES.

FAST NEGATIVO.

CD.

LIBERO PELA CIRURGIA GERAL PARA ABORDAGEM PELA ORTOPEDIA.

SANGUE E DERIVADOS

SOLICITAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES

Conduta

Em observação

TIAGO DE OLIVEIRA GOMES JUNIOR

DANIEL CONSERVA ARRUDA
(CRM: 11134/PB)

AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente TIAGO DE OLIVEIRA GOMES JUNIOR		BAE 1143697	Data/Hora Entrada 17/02/2019 17:10:22	Data Baixa
Data de nascimento 26/07/1995	Idade 23a 6m 22d	Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato (83) 986601513
Mãe MARIA SOLONEIDE MARCELINO SOARES GOMES			Prontuário	
Endereço NILO MONTE NEGRO, 33		Bairro CAMBOINHA	Município CABEDELO	UF PB
Acidente MOTO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional INNARTHA LISLEY MANIÇÓBA XAVIER		Nº Cons. Regional 8074/
Data/Hora Classificação 17/02/2019 17:10:22		Data/Hora Prescrição 17/02/2019 18:35:14		
anamnese REALIZADO ACESSO VENOSO CENTRAL EM SUBCLAVIA D COM BOM FLUXO E REFLUXO. PROCEDIMENTO REALIZADO SEM INTERCORRENCIAS. CD; SOLICITO RX DE TORAX				
EXAME DE IMAGEM RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)				
Conduta Em observação				

Innarttha Lisley Maniçoba Xavier
Cirurgia Geral
CRM-PB 8074

TIAGO DE OLIVEIRA GOMES JUNIOR

INNARTHA LISLEY MANIÇÓBA XAVIER
(: 8074/)

AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente TIAGO DE OLIVEIRA GOMES JUNIOR	BAE 1143697	Data/Hora Entrada 17/02/2019 17:10:22	Data Baixa
Data de nascimento 26/07/1995	Idade 23a 6m 22d	Sexo Masculino	CNS
Mãe MARIA SOLONEIDE MARCELINO SOARES GOMES			Telefone de Contato (83) 986601513
Endereço NILO MONTE NEGRO, 33	Bairro CAMBOINHA	Município CABEDELO	UF PB
Acidente MOTO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional DANIEL CONSERVA ARRUDA	Nº Cons. Regional 11134/PB
Data/Hora Classificação 17/02/2019 17:10:22		Data/Hora Prescrição 17/02/2019 18:26:07	

Anamnese

INICIAR ANTIBIOTICO PROFILATICO

MEDICAÇÃO

JENTAMICINA 80MG/2ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 3,0 ML VIA E.V., AGORA, POR 1 DIA(S)

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA + INSPIRACAO + EXPIRACAO + LATERAL)

Conduta

Em observação


Daniel Conserva Arruda
Médico
CRM 11134

TIAGO DE OLIVEIRA GOMES JUNIOR

DANIEL CONSERVA ARRUDA
(CRM: 11134/PB)



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente TIAGO DE OLIVEIRA GOMES JUNIOR	BAE 1143697	Data/Hora Entrada 17/02/2019 17:10:22	Data Baixa
Data de nascimento 26/07/1995	Idade 23a 6m 22d	Sexo Masculino	CNS
Mãe MARIA SOLENEIDE MARCELINO SOARES GOMES			Telefone de Contato (83) 986601513
Endereço NILO MONTE NEGRO, 33	Bairro CAMBOINHA	Município CABEDELO	UF PB
Acidente MOTO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional DANIEL CONSERVA ARRUDA	Nº Cons. Regional 11134/PB
Data/Hora Classificação 17/02/2019 17:10:22		Data/Hora Prescrição 17/02/2019 20:25:56	

Anamnese

#ORTOPEDIA

— CIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO, EVOLUI COM FRATURA EXPOSTA DE FEMUR DIREITO + FRATURA EXPOSTA DE ULNA DIREITA.

REAL ZADA LMC E SUTURA
PASSADO TRAÇÃO

CD:
INTERAMENTO

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), DILUIR 2,0 ML

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

Diluir

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

CAPTOPRIL 25 MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 25,0 MG VIA ORAL, ACM, SE NECESSÁRIO SE PAS > 160 OU PAD > 110 (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 50,0) (OBSERVAÇÕES: SE PAS > 160 OU PAD > 110)

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

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

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

Diluir

TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 8/8H

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

Diluir

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

GLICOSE 50% (AMPOLA) - SOLÚVEL, ADMINISTRAR 30,0 ML VIA E.V, ACM, SE NECESSÁRIO SE HGT<60 (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 30,0) (OBSERVAÇÕES: SE HGT<60)

HEPARINA SÓLIDA 5.000UI/250ML (AMPOLA 0,25 A 250ML) - ALTO RISCO, ADMINISTRAR 0,25 ML VIA S.C., 12/12H, 0,0 (MG TSM)

SUS

Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

Folha 1/2

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - NÚMERO DO LAUDO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE DO RESPONSÁVEL

100

11 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - COD. IBSG MUNICIPAL

15 - UF

16 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

19 - COD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

21 - COD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

22 - DIAGNÓSTICO INICIAL

23 - CID 10 PRINCIPAL

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

27 - COD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE



DIÁRIA DE ACOMPANHANTE



DIÁRIA DE UTI TIPO I



DIÁRIA DE UTI TIPO II



DIÁRIA DE UTI TIPO III

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

30 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

31 - QTD

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - QTD

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - QTD

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Cx. 4,5
Placa Longa DCP 10F
PARAFUSO (Nº 32 - 02
CORTICAL (Nº 36 - 04
Nº 38 - 01

Nº 40 - 01

Cx. 3,5
Placa DCP ESTREITA 7F
PARAFUSO (Nº 16 - 02
CORTICAL (Nº 18 - 04

B. BRAUN - Agulha B. Braun - 35 mm

PROFISSIONAL SOLICITANTE

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

40 - DOCUMENTO

41 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

42 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

43 - DATA DA SOLICITAÇÃO

44 - CNES

45 - CPF

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. EMISSÃO

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

49 - DOCUMENTO

50 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

52 - CNES

53 - CPF

RELATÓRIO DE CIRURGIA



HISTÓRIA

Nome: Teogo de Oliveira Gomes Junior BE. Prontuário: _____
 Idade: _____ Sexo: ☒ Masculino ☐ Feminino Cor: _____ Data: 25/02/2015
 Clínica/Setor: _____ EMP: _____ I.R. _____
 Cirurgia: ostentação de Fx. de perfuração do bema
 Cirurgião: Dr. Gustavo 1º Assistente: Dr. Milton
 2º Assistente: Dr. Felipe 3º Assistente: _____
 Instrumentador: _____ Anestesista: _____
 Tipo de Anestesia: _____ Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>O Fx. de perfuração do bema direito</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>O TIO enxerto</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: ☐ Sim ☒ Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelação: ☐ Sim ☒ Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico: _____

☒ Enfermaria ☐ Terapia Intensa ☐ Residência ☐ Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM: _____

Dr. Felipe Bezerra
 Médico Residente
 Cirurgia e Traumatologia
 CRM - 11126

João Pessoa, 25/02/15

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: Trago de Oliveira Gomen Junior BE/Prontuário: _____

Idade: _____ Sexo: (☒) Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 25 02 2019

Clinica/Setor: _____ EMP: _____ LR: _____

Cirurgia: amputação de Fx do fêmur direito

Cirurgião: Dr. Gustavo 1º Assistente: Dr. Portela

2º Assistente: Dr. Milton 3º Assistente: Dr. Felipe

Instrumentador: _____ Anestesista: _____

Tipo de Anestesia: _____ Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>0 Fx. de fêmur de fêmur direito</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>0 TRO cirúrgico</u>	

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

Biopsia de Congelação: () Sim (☒) Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

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

Médico/CRM: _____

Dr. Felipe Bezerra
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM - 11126

João Pessoa, ____ / ____ / ____



PACIENTE VILAS DE OLIVEIRA GOMES JUNIOR
IDADE 23 ANOS 110697-
SEXO M
DATA 25/04/19
HORA 15:35h FIM 14:05h
INDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGIST)
ASA I (ASA II) ASA III (ASA IV) ASA V (I)
GRAU DE CONTAMINAÇÃO (1) LIMPA (2) CONTAMINADA (3) INFECTADA (4) POTENCIALMENTE CONTAMINADA
MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS QTD.
ALFENTANILA RL L1
BUPIVACAÍNA ISOBARICA 1
BUPIVACAÍNA PESADA SF 0,9% L1
CEETAMINA
DROPERIDOL
ETOMICATO SOLUCOES QTD
FENOBARBITAL ALCOOL ETILICO 70% OK
FENTANILA PVPI DEGERMANTE OK
FLUMAZENIL PVPI TINTURA OK
ISOFLURANO PVPI TOPICO L
LEVORUPIVACAÍNA C/ VASO SABAO ANTISEPTICO
TVOBUPIVACAÍNA S/ VASO MATERIAIS QTD
LIDOCAÍNA C/ VASO AGULHA 13X45 OK
LIDOCAÍNA S/ VASO AGULHA 25X07 OK
MIDAZOLAM AGULHA 25X08 OK
NORFINA AGULHA 40X12 OK
NORBUTUM AGULHA PERIDURAL Nº16
PANCURONIO AGULHA PERIDURAL Nº17
PETIDINA AGULHA PERIDURAL Nº18
PROPOTOL AGULHA RAQUI Nº25G
RAMFENTANILA AGULHA RAQUI Nº26G 1
ROCURONIO AGULHA RAQUI Nº27G
SEVOFLURANO ALOODAO ORTOPEDICO OK
SUAMETOINO ATADURA DE CREPON OK
TIOPENTAL ATADURA GESSADA
MEDICACOES QTD
ADRENALINA BOLSA P/ COLOSTOMIA
AGUA DESTILADA CANULA P/ TRAQUEOSTOMIA Nº
ATROPINA CATETER DE OXIGENIO 1
BEXTRA CATETER EMBOLEC ARTERIAL Nº
CEFZOLONA CATETER EPIDURAL Nº16
DEXAMETASONA CATETER EPIDURAL Nº17
EFIRONA SODICA CATETER EPIDURAL Nº18
EPIDURA CERA PARA OSSO
FILOSEMIDA COLET URINA FECHADO
GLICOSE 50% COMPRESSAS CIRURGICAS OK
GLUCONATO DE CALCIO COMPRESSAS CIRURGICAS
HIDROCORTISONA DRENO DE PENROSE
LIDOCAÍNA GELEIA DRENO DE SUCCAO
ONDASENTRONA ELETRODOS 5
PLASIL EQUIPO TRANSF SANGUE 2
PROSTIGMINE EQUIPO MICROGOTAS
PROTAMINA ESPONIA DE PVPI
TENOXIAS ESFARDRAPO
CLOTIMINA GAZES OK
Inalador GAZES ALGODOADAS OK
YMC GEL ELETTROLITICO OK
Cx 3,5 JELCO Nº14
JELCO Nº16 gabriela more
MATERIAIS CONT. QTD. FIOS QTD.
JELCO Nº18 FIO CAT GLT CROMADO Nº
JELCO Nº20 FIO CAT GLT CROMADO Nº
JELCO Nº22 FIO DE AÇO Nº
JELCO Nº24 FIO DE AÇO Nº
KIT SIST DREN TORAXICA Nº FIO DE NYLON Nº 3-0
LAMINA BISTURI Nº11 FIO DE NYLON Nº
LAMINA BISTURI Nº15 FIO DE NYLON Nº 2-0
LAMINA BISTURI Nº23 FIO POLIGLACTINA Nº
LAMINA BISTURI Nº24 FIO POLIGLACTINA Nº 3-0-0
LAMINA DE DERMATOMO FIO POLIPROPILENO Nº
LAMINA DE ENXERTO FIO POLIPROPILENO Nº
LUVA DE PROCEDIMENTO PAR FIO POLIPROPILENO Nº
LUVA ESTERIL Nº7,0 FIO POLILECAPRONE Nº
LUVA ESTERIL Nº7,5 FIO SEDA Nº
LUVA ESTERIL Nº8,0 FITA CARDIACA
LUVA ESTERIL Nº8,5 MATERIAL ESPECIAL QTD
MASCARA CIRURGICA
MULTIVIAS CATETER DE PIC
PERFORADOR DE SORO CIMENTO CIRURGICO
SCALP Nº19 CLIP TITANIO LIGADURA
SCALP Nº21 FIO DE KIRSCHNER Nº
SERINGA 3ML FIO DE KIRSCHNER Nº
SERINGA 5ML FIO STEINMAN Nº
SERINGA 10ML FIO STEINMAN Nº
SERINGA 20ML GRAMPEADOR CIRURGICO
SONDA ASP TRAQUEAL Nº8 HEMOST ABSORVIVEL
SONDA ASP TRAQUEAL Nº10 KIT DERIVA VENTRICULAR
SONDA ASP TRAQUEAL Nº12 PROTESE VASCULAR
SONDA ASP TRAQUEAL Nº14 KIT PAM
SONDA ASP TRAQUEAL Nº16 FIXADOR EXTERNO
SONDA FOLEY 2VIAS Nº12 EMPRESA
SONDA FOLEY 2VIAS Nº14 TMC Cx 45
SONDA NASOG CURTA PARAFUSOS CORTICAIS Nº38, Nº40-01
SONDA NASOG LONGA PARAFUSOS CORTICAIS Nº36
SONDA URETRAL Nº PARAFUSOS ESPONIOSO Nº32-02
TORNEIRINHA PARAFUSOS ESPONIOSO
TUBO ENDOTRAQUEAL Nº PARAFUSOS MALEOLAR
TUBO ENDOTRAQUEAL Nº PARAFUSOS MALEOLAR
TUBO ENDOTRAQUEAL Nº PLACA
TUBO SILICONE (LATEX) PLACA DCP 10F carga - 01
EQUIPAMENTOS
() ASPIRADOR
() BISTURI ELETRICO
() CAPNOGRAFO
() CARDIOMONITOR
() DESFIBRILADOR
() FOCO AUXILIAR
() FOCO CENTRAL
() MICROSCOPIO
() NIXMETRO DE PL/LSO
() INVASIVANA
() PERFURADOR ELETRICO
() SERRA
CIRCULANTE Marcia Oliveira
Técnico Enfermagem
nº 175



DATA: 35 100 10

PRONTUÁRIO: 1143697

120x74	76								
ESTADO GERAL	(BOM)	(REGULAR)	(MAL)	(PÉSSIMO)	RISCO CIRÚRGICO	(BOM)	(REGULAR)	(MAL)	(PÉSSIMO)

EXAMES COMPLEMENTARES	Musculatura (Anemia) / 18 Aflições
AP. RESPIRATÓRIO	AP. CIRCULATÓRIO

AP. DIGESTIVO	ESTADO MENTAL	LOTE	DROGAS EM USO
---------------	---------------	------	---------------

PRE-ANESTÉSICO	00	ESTADO FÍSICO 01-25-4
DIAGNÓSTICO PRE-OPERATÓRIO	Fractura Diáfisea de Fêmur e ulna direita	

CIRURGIA REALIZADA: Autotransplante cerivical de potenas de Farnen e ultra derivatos

CIRURGIÃO	ACILIARE		
INÍCIO DA ANESTESIA 11:00	TÉRMINO DA ANESTESIA 14:00	DURAÇÃO DA ANESTESIA 03:00	

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	QUANT. DE CH.	VALORES R\$
ANESTESISTA	CPF	CRM-PB

SENTE SARDIA 11/11/1961 124 Dr. J. M. Mottan (MEL)

20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150	151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180	181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	199	200	201	202	203	204	205	206	207	208	209	210	211	212	213	214	215	216	217	218	219	220	221	222	223	224	225	226	227	228	229	230	231	232	233	234	235	236	237	238	239	240	241	242	243	244	245	246	247	248	249	250	251	252	253	254	255	256	257	258	259	260	261	262	263	264	265	266	267	268	269	270	271	272	273	274	275	276	277	278	279	280	281	282	283	284	285	286	287	288	289	290	291	292	293	294	295	296	297	298	299	300	301	302	303	304	305	306	307	308	309	310	311	312	313	314	315	316	317	318	319	320	321	322	323	324	325	326	327	328	329	330	331	332	333	334	335	336	337	338	339	340	341	342	343	344	345	346	347	348	349	350	351	352	353	354	355	356	357	358	359	360	361	362	363	364	365	366	367	368	369	370	371	372	373	374	375	376	377	378	379	380	381	382	383	384	385	386	387	388	389	390	391	392	393	394	395	396	397	398	399	400	401	402	403	404	405	406	407	408	409	410	411	412	413	414	415	416	417	418	419	420	421	422	423	424	425	426	427	428	429	430	431	432	433	434	435	436	437	438	439	440	441	442	443	444	445	446	447	448	449	450	451	452	453	454	455	456	457	458	459	460	461	462	463	464	465	466	467	468	469	470	471	472	473	474	475	476	477	478	479	480	481	482
----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

[illegible]

1000

[illegible]

ANZETZ-KO

ANESTHESIA: ☒ GENERAL ☒ RACIQUIDIAN ☐ SPINAL ☒ BLOC PLEXO ☐ BLOC NERVOS ☐ OUTROS

1. ARA + munitozocina	MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO
-----------------------	---

1	<i>Cypripedium</i> 2g	11	<i>Piperaceae</i> 2g
2	<i>Disquitorana</i> 10mg	12	<i>Hypericaceae</i> 1mg

3	Floungant,	Room 14	13	Belonging	working
4	Floungant,	Room 14	14		

5	<i>Agave</i>	0.5 m	15
6	<i>Phytolacca</i>	1.5 m	16

7	Prof. Dr. Roney, O	17
8	Prof. Dr. Roney, O	18

OUTSIDE	19	1
10	20	2

*D. Pöschel, rufescens, oviformis e ambrosia con lig. 701, principis rub-
rae unius, G3-G4, ff. n° 26, CLR*, in plac. d. 6+3, N. m. t. c. m. u. m.*

3. *Paspalum* di pr. *fragula*, ca. *hypoleucum* & *arab.* com.
FNB⁺ asplm AIS, in plan pti 8'9" + m. N. mlti abnormis

4. Para las monedas a justos de flvra.

Tierras Reunidas
MEDICO
7170

7179



CHECK LIST CIRURGIA SEGURA - SALVA VIDAS

Período Pré-Operatório

1.1 Dados de Identificação

Nome: Tiago de Oliveira G. Junior
Idade: 25 Sexo: M BE/Prontuário: 1143647
Data da visita Pré-Operatória: 22/02/19 Hora: 16:00 Enfermaria: 17 leito: 06

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

Dor: () presente () ausente Local: _____

Sítio Cirúrgico - Passado Cirúrgico: _____

Antecedentes familiares: OK

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

OBS:

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

Utilização () sim () não

Orientações:

() Retirar prótese e adornos

() Jejum informado

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

() Realizar tricotomia

Enfermeiro/Coren(a): OK

Obs. Sinalizar aos enfermeiros plantonistas e aos médicos responsáveis quaisquer pendências.

Período Transoperatório

Procedimento: pat. de femur D + ulna D

1.2. Antes da indução anestésica (identificação)

() Identidade

() Sítio demarcado

() Procedimento cirúrgico

() Verificação de segurança anestésica

concluída/avaliação pré-anestésica

() Consentimento informado

() Jejum

> O PACIENTE POSSUI:

Via aérea difícil/ risco de aspiração?

() Não () Sim e equipamento/ Aspiração disponível () Houve recusa de resposta médica

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

() Não

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

() Reserva Hemocomponentes

() Houve recusa da resposta médica

> Checagem equipamentos

() Monitorização

() Distúrbio elétrico (placa + cabo)

() Suporte de oxigênio

() Aspirador

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

() OPME

() não se aplica

() Realização de desinfecção na sala N° _____

() Conferir esterilização das embalagens () Houve recusa da resposta médica

> ACESSO VENOSO

() Periférico

() ACV

RELATÓRIO DE CIRURGIA



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em O.D. 4. nos membros
superiores + antebraços
Aplicação de campos estere

Incisão:

Incisão medial do coto ①

Achados:

F + desordem do fêmur ②

Conduta:

Redução anômala de
Aplicação de placa externa com 10 parafusos
Aplicação de 04 parafusos corticais proximais e distais
controle por raio X
Tempo com SF097. encerrada

Fechamento:

Fechamento por pontos e pele.
Curativo estéril
+ medicação

Observação:

Ato cirúrgico sem intercorrências.

Médico/CRM:

Dr. Fellipe Bezerra
Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM - 11126

João Pessoa, 25/02/19

F(NG).ASCIR.009-1

RELATÓRIO DE CIRURGIA

[Handwritten signature]

Folha nº

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em D.D.H. não orientada
Aséptica + Anti-empier
Aposição ao campo estéril

Incisão:

- Incisão própria do tumor ①

Achados:

Fx. dissecção comendo do osso da direita

Conduta:

Redução anatómica aberta
Aplicação de placa 01. furos
Aplicação de parafusos 03 cortados previamente e destes
controle por raio x
Tempo anestésico com SF97.

Fechamento:

Fechamento de plano e pele.
curativo estéril.
Tmobilização
Rx de controle

Observação:

Ato cirúrgico sem intercorrências.

Dr. Fellipe Bezerra
Médico Residente
Ortopedia Traumatologia
CRM - 11126

João Pessoa, 25/03/2015

Mé

JAIR J

F(NG).ASCIR.009-1

Fórmula Médica/Ronômio de Alta

Nome: _____ N do RM: _____
Idade: _____ Sexo: _____ Clínica: _____ End.: _____
Data de admissão: _____ Alt.: _____ Tempo de Permanência: _____
Diagnóstico de Internação: _____
Fratura de fêmur - fratura da tíbia
Diagnóstico Definitivo: _____
Diagnóstico Secundário: _____
Principais exames: _____
Rx
Cirurgia realizada - data e equipe: _____
RMS - (Dr. Carlos - Dr. Rosa)
Biópsias: _____
Anatomia patológica: _____
Infecção: sim() não() Coloca de material: sim() não()
Resultado bacteriológico: _____
Condições de alta: Melhorado() Remetido() A pedido() Curado() Óbito() À Recusa()
Resumo Clínico: história evolução, terapêutica, complicações:
alta em bom estado clínico
Orientações Pós Alta
Dieta: _____
Reposo: _____
Relativo em casa por _____ dias.
Retorno às atividades sem esforço físico em _____ dias.
Retorno às atividades com esforço físico leve _____ dias e com maior em _____ dias.
Cuidados com a ferida operatória: lavá-la com água e sabão duas vezes por dia se sentir dor, calor, vermelhidão ou inchaço no local ou se ocorrer febre, procurar imediatamente o Hsp.
Modificações para casa: _____
Medicações:
De posse de receita em _____ para realização de presc.
De ambulatório: *Dr. Antônio* _____
Dr. Roberto _____
Fim. Fm. 2-2 de 2-2-71

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL 4.091.970 DATA DE
EXPEDIÇÃO 07/09/2012

NOME TIAGO DE OLIVEIRA GOMES JÚNIOR

FILIAÇÃO TIAGO DE OLIVEIRA GOMES
MARIA SOLONEIDE MARCELINO SOARES
GOMES

NATURALIDADE
JOÃO PESSOA-PB DATA DE NASCIMENTO
26/07/1995

DCC ORDEM
NASC.N.15225 FLS.034 LIV.A-19
CARTÓRIO CABELO-PB.

CPF
102.999.974-05

ASSINATURA DO DETENTOR

LEI Nº 7.116 DE 26/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL P-041

INSTITUTO DE POLÍCIA CRIMINAL

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO





Assinatura do Titular

Carteira de Identidade



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL P-041

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

CARTEIRA DE IDENTIDADE





Diogo de Oliveira G. Junior

ASSINATURA DO TITULAR

COMPANHIA PREVIDÊNCIA S/A

26 JUN. 2019

PROTOCOLO

AC. JOÃO PESSOA

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.091.970 DATA DE EXPEDIÇÃO 07/09/2012

NOME TIAGO DE OLIVEIRA GOMES JÚNIOR

FILIAÇÃO TIAGO DE OLIVEIRA GOMES
MARIA SOLONEIDE MARCELINO SOARES GOMES

NATURALIDADE

JOÃO PESSOA - PB

DOC ORIGEM

NASC. N. 15225 FLS. 034 LIV. A-19
CARTÓRIO CABEDELO - PB.

CPF 102.999.974-05

JOÃO PESSOA - PB

DATA DE NASCIMENTO 26/07/1995

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.115 DE 26-08-93

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
26 JUN. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 014081864108
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD RENAVAM 2018000026534814
1 0115638680-0 00/00000000 2018

TIAGO DE OLIVEIRA GOMES JUNIOR

10299997405 08B8206/PB

NOVO PB 9C9KC2500JR01R128

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLE/NAO APPLIC COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA/MODELO HONDA/CG 160 START ANO FAB 2018 ANO MOD 2018

CAP/POT/CIL 2 P/162 /CI CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE PRETA

IPVA	COTA UNICA	IPVA PAGO EM 00/00/0000	VENC COTA UNICA	VENC/COTAS
	FAIXA IPVA	***** 0	PARCELAMENTO/COTAS	

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) ***** SEGURO OF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO 22/06/2018

A.F. ADM DE CONC NACION HONDA LTDA
DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATORIO
NÃO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

CABEDELO-PB LOCAL DATA 25/06/2018

41076 5506

COMP. PREVIDENCIA S/A

26 JUN. 2019

INSTRUMENTO
ACQUISITIVO



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Diogo de Oliveira Gomes Júnior
 DATA DO ACIDENTE 13.02.2012 CPF DA VÍTIMA 102.999.374-05
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM
 A VÍTIMA É PAI DE OLIVEIRA GOMES JÚNIOR
 ENDEREÇO DO PORTADOR RUA NÍLO MONTGOMERY
 Nº 33 COMPLEMENTO _____ BAIRRO PARANÁ CARBONÍFERO
 CIDADE CABEDENO UF PB CEP 58.103-676
 E-MAIL _____ TELEFONE (83) 99883.8652

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- () BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- () NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- * MORTE - R\$ 13.500,00
- * INVALIDEZ PERMANENTE - ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- * DESPESAS MÉDICAS (DAMS) - REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO), ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA

COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FOLHETINHO

PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSAR WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA _____
 IDENTIDADE 4.091.970/78
 ASSINATURA Diogo de Oliveira

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____
 NOME _____
 ASSINATURA _____

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190398034 **Cidade:** Cabedelo **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: TIAGO DE OLIVEIRA GOMES JUNIOR **Data do acidente:** 17/02/2019 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE FÊMUR DIREITO.
FRATURA DE ULNA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSO) ALTA MÉDICA. P.01/05/15/16/18/19

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO E DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO E DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:
Observações:

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 funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190398034 **Cidade:** Cabedelo **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: TIAGO DE OLIVEIRA GOMES JUNIOR **Data do acidente:** 17/02/2019 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE FÊMUR DIREITO.
FRATURA DE ULNA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSO) ALTA MÉDICA. P.01/05/15/16/18/19

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO E DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO E DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:
Observações:

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 funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0215213/19

Vítima: TIAGO DE OLIVEIRA GOMES JUNIOR

CPF: 102.999.974-05

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 17/02/2019

Titular do CPF: TIAGO DE OLIVEIRA GOMES JUNIOR

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

TIAGO DE OLIVEIRA GOMES JUNIOR : 102.999.974-05

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 26/06/2019
Nome: TIAGO DE OLIVEIRA GOMES JUNIOR
CPF: 102.999.974-05

TIAGO DE OLIVEIRA GOMES JUNIOR

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/06/2019
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO