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

Rio de Janeiro, 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

Pag. 00573/00574 - carta_01 - INVALIDEZ
00020287

Carta nº 14496115

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

Rio de Janeiro, 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,

Pag. 01205/01206 - carta_15R - INVALIDEZ
00020603

Seguradora LÍDER

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 ASL:	CPF da vítima: 102 999 974-05	Nome completo da vítima: TIAGO DE OLIVEIRA GOMES JÚNIOR

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

DADOS CADASTRAIS

Nome completo: TIAGO DE OLIVEIRA GOMES JUNIOR			CPF: 102.999.974-05
Profissão: MOTOBOY	Endereço: RUA NILO MONTENEGRO		Número: 33 / Complemento:
Bairro: JARDIM CAMBOINHA	Cidade: CAJAZEIRAS	Estado: PB	CEP: 58 103-676
E-mail:			Tel.(DDD): (83) 99383 8652

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

RENDA MENSAL:

☐ RECUSO 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)

AGÊNCIA: 0039 ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: 9672 0 (Informar o dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: ☐ ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: ☐ ☐ (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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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 **(assinalar 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.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ 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: Vivos: Falecidos: | Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não | Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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, Cajazeiras 23/06/2018

Nome: _____

CPF: _____

_____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Tiago de Oliveira Gomes Junior

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

_____

Assinatura do Representante Legal (se houver)

_____

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

26 JUN. 2019

Assinatura

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.

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

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 Isaías 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 saia 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 ALCOBA 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 Isaías 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.

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

João Pessoa/PB, 22 de maio de 2019.

JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigação

TIAGO DE OLIVEIRA GOMES JUNIOR
Noticiante

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

Procedimento Policial: 00126.01.2019.1.00.420

Seguradora LÍDER

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 ASL:	CPF da vítima: 102 999 974-05	Nome completo da vítima: TIAGO DE OLIVEIRA GOMES JÚNIOR

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

DADOS CADASTRAIS

Nome completo: TIAGO DE OLIVEIRA GOMES JUNIOR			CPF: 102.999.974-05
Profissão: MOTOBOY	Endereço: RUA NILO MONTENEGRO		Número: 33 / Complemento:
Bairro: JARDIM CAMBOINHA	Cidade: CAJAZEIRAS	Estado: PB	CEP: 58 103-676
E-mail:			Tel.(DDD): (83) 99383 8652

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

RENDA MENSAL:

☐ RECUSO 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)

AGÊNCIA: 0039 ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: 9672 0 (Informar o dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: ☐ ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: ☐ ☐ (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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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 **(assinalar 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.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ 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: Vivos: Falecidos: | Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não | Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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, Cajazeiras 23/06/2018

Nome: _____

CPF: _____

_____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Tiago de Oliveira Gomes Junior

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

_____

Assinatura do Representante Legal (se houver)

_____

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

26 JUN. 2019

Assinatura

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.

Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena

GOVERNO DA PARAÍBA

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
Email	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 81	Temperatura 100%

Exames complementares

Raio X [ ] Sangue [ ] Urina [ ] TC [ ] Liquor [ ] ECG [ ] Ultrasonografia [ ]

Dados clínicos			
Diagnóstico			CID
Atendido por PRISCILA JORGE DA SILVA			Tempo 56seg

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

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 segunda via de conta
Nº 024.773.574

energisa

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. 16.015.623-8

DADOS DO CLIENTE

MARIA SOLONEIDE MARCELINO SOARES
RUA NILO MONTENEGRO 33
CABEDELO

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/668061-5

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
MAI/2019	13/05/2019	170	06/06/2019	R$ 159,60

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
00190.00009 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 26249120001472803	Nr Documento 000668061201905	Data Vencimento 06/06/2019	Valor do Documento R$ 159,60	Valor Pago
BENEFICIÁRIO:ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680 Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3				09.095.183/0001-40

Cep: 58103-676

José Telis -
Mikmak
Corpo de Bombeiros.

COMPROVANTE DE ENTREGA SIA
26 JUN. 2019
FRENTE
AG JOÃO PESSOA

GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA

DIVISÃO MÉDICA

LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS	
NOME DO PACIENTE	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,vitima 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

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

RESULTADOS DOS EXAMES:

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

USG:normal

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

Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena

GOVERNO DA PARAÍBA

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

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
Email	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 _____ X _____ mmHg		Pulso	Temperatura 37°

Exames complementares

Raio X [ ] Sangue [ ] Urina [ ] TC [ ] Liquor [ ] ECG [ ] Ultrasonografia [ ]

Dados clínicos: Vitima de colisão moto x carro, não fazia uso de capacete, com fratura exposta de antebraço direito encaminhado P/ o CDT e conto cirurgia

CID

Diagnóstico

Tempo: 56seg

Atendido por: PRISCILA JORGE DA SILVA

João Batista [illegible] COREN-PB [illegible]

Imprimir

17/02/2019 17:4

CRUZ VERMELHA BRASILEIRA

HEETSHL

TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA PACIENTES MAIORES E CAPAZES

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

Nome: Tiago de Oliveira Gomes Júnior.

BE: 1143697

II – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 1° - 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;

§ 1° - 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).

§ 2° - 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;**

§ 3° O HEETSHL faz parte de uma rede de assistência da Secretaria de Estado daSaúde no sistema referência e contra-referência. É de responsabilidade da equipe médicadeste Hospital a indicação do encaminhamento para Remoção ou Transferência dos pacientes aqui admitidos para outrasInstituições de Saúdede João Pessoa ou de outros municípios para continuidade do tratamento.

§ 4° 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 2° - O **paciente** será tratado por meios adequados e disponíveis, devendo a relaçãomútua **entre profissionais da saúde e paciente** ser baseada na dignidade e no respeito.

Artigo 3° –O profissional da saúde tem garantida a sua autonomia ao indicar oprocedimento adequado ao **paciente**, observadas as práticas reconhecidamente aceitas.

CRUZ VERMELHA BRASILEIRA

TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA PACIENTES MAIORES E CAPAZES

HEETSHL

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 legale** os **profissionais da saúde** do HEETSHL poderão recorrer àComissão de Ética Médica e à Comissão de Bioética, para esclarecer questões surgidas emdecorrência 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 Salomeide M. Soares

Representante Legal – RG 2.228.409

Cruz Vermelha Brasileira

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	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 **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 SÓDICA 5.000UI/0,25ML (AMPOLA 0,25 ML/30ML) - ALTO RISCO, ADMINISTRAR 0,25 ML VIA S.C., 12/12H, 0,0 (MGTSM)

Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena

GOVERNO DA PARAÍBA

CENTRO CIRURGICO
Endereço: RUA PEDRO GONDIM, S/N. , JOAO PESSOA - PB, 58075210
Tel:
CNES: 122332

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 **THYAGO DUAVY FERRRER LIMA**	Nº Cons. Regional **9766/PB**
Data/Hora Classificação **17/02/2019 17:10:22**			Data/Hora Prescrição **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 DIREIT, ABD= FLACIDO, INDOLOR A PALPAÇÃO, SEM IRRITAÇÃO PERIROMIAL. 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 ANTEBRACO DIREITO

CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

Dr. Thyago Duavy Ferrer
Cirurgião Geral
CRM/PE 31656

Boletim registrado por: PRISCILA JORGE DA SILVA em 17/02/2019 17:11:18

TIAGO DE OLIVEIRA GOMES JUNIOR

THYAGO DUAVY FERRRER LIMA

Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena

GOVERNO DA PARAÍBA

AREA AMARELA
Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, , JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700
CNES: 454554

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 SCLONEIDE MARCELINO SOARES GOMES**				Prontuário
Endereço **NILO MONTE NEGRO, 33**		Bairro **CAMBOINHA**	Município **CABEDELO**	UF **PB**
Acidente **MOTO X MOTO**	Motivo **ACIDENTE DE MOTOCICLETA**		Profissional **GERALDO CAMILO NETO**	Nº Cons. Regional **8089/PB**
Data/Hora Classificação **17/02/2019 17:10:22**			Data/Hora Prescrição **17/02/2019 18:54:22**	

Anamnese

PACIENTE REALIZOU US FAST.

FOCORAS: SEM ALTERAÇÕES.

FAST NEGATIVO.

CD.
LIBERO PELA CIRURGIA GERAL PARA ABORDAGEM PELA ORTOPEDIA.

Conduta

Em observação

Dr. Geraldo Camilo N
Cirurgia Geral Avanç
Videolaparoscopia
CRM-PB 8089

TIAGO DE OLIVEIRA GOMES JUNIOR

GERALDO CAMILO NETO
(CRM: 8089/PB)

Boletim registrado por: PRISCILA JORGE DA SILVA em 17/02/2019 17:11:18

Cruz Vermelha Brasileira

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	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 **DANIEL CONSERVA ARRUDA**	Nº Cons. Regional **11134/PB**
Data/Hora Classificação **17/02/2019 17:10:22**			Data/Hora Prescrição **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)

Boletim registrado por: PRISCILA JORGE DA SILVA em 17/02/2019 17:11:18

Cruz Vermelha Brasileira

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	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 MANIÇOBA 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

Dra. Innartha Lisley
Cirurgia Geral
CRM-PB 8074

TIAGO DE OLIVEIRA GOMES JUNIOR

INNARTHA LISLEY MANIÇOBA XAVIER
(: 8074/)

Boletim registrado por: PRISCILA JORGE DA SILVA em 17/02/2019 17:11:18

Cruz Vermelha Brasileira

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	Telefone de Contato **(83) 986601613**
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 **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

GENTAMICINA 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)

Boletim registrado por: PRISCILA JORGE DA SILVA em 17/02/2019 17:11:18

Cruz Vermelha Brasileira

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

SUS — Sistema Único de Saúde — Ministério da Saúde

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

Folha 1/2

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: H.T.O.P

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: TIAGO DE OLIVEIRA GOMES JUNIOR

6 - Nº PRONTUÁRIO: 1143697

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO: / /

9 - SEXO: Masc [ ] Fem [ ]

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO: DDD / Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

19 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

21 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

22 - DIAGNÓSTICO INICIAL

23 - CID 10 PRINCIPAL

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

27 - CÓD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

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

[ ] DIÁRIA DE ACOMPANHANTE [ ] DIÁRIA DE UTI TIPO I [ ] DIÁRIA DE UTI TIPO II [ ] DIÁRIA DE UTI TIPO III

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

30 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

31 - QTDE

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - QTDE

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL: AMC

36 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - QTDE

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Cx. 4,5 — 01
PLACA LARGA DCP 10F — 01
PARAFUSO CORTICAL Nº32 — 02, Nº36 — 04, Nº38 — 01
Nº40 — 01

Cx. 3,5 — 01
PLACA DCP ESTREITA 7F — 01
PARAFUSO CORTICAL Nº16 — 02, Nº18 — 04

B. BRAUN — AGULHA BIOSS. PRETO 35 mm — 01

PROFISSIONAL SOLICITANTE

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

40 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 25/02/19

41 - DOCUMENTO [ ] CNS [ ] CPF

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

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

Dr. Felipe Pizzutto — Médico Ortopedista — CRM 11126

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: / /

47 - DOCUMENTO [ ] CNS [ ] CPF

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

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

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: Tiago de oliveira gomes junior BE Prontuário: _____

Idade _____ Sexo: (x)Masculino ( )Feminino Cor: _____ Data: 25/02/2015

Clínica Setor: _____ EMP: _____ LR: _____

Cirurgia: osteossintese de Fx desperasia do rádio

Cirurgião: Dr gustavo 1º Assistente: Dr nilton

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

Instrumentador: _____ Anestesista: _____

Tipo de Anestesia: _____ Horário: Início ___:___ Término ___:___

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
0 Fx desperasão do rádio direito	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
0 tto cirurgico	

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

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

João Pessoa, 25/02/15

Médico/CRM: _____

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: Tiago de Oliveira Gomes Ferreira BE/Prontuário: _____

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

Clínica/Setor: _____ EMP: _____ LR: _____

Cirurgia: Osteossintese de fx do fêmur Direito

Cirurgião: Dr Gustavo 1º Assistente: Lfs. Pontes.

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

Instrumentador: _____ Anestesista: _____

Tipo de Anestesia: _____ Horário: Início ____:____ Término ____:____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
• fx diafisaria de fêmur direito	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
• TTO cirurgico	

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

Dr. Fellipe Bezerra
Médico Residente
Cirurgia Traumatologia
CRM - 11126

João Pessoa, ____/____/____

Médico/CRM: _____

Nota de Sala Cirúrgica

NOME DO PACIENTE: VITOR DE OLIVEIRA GOMES JUNIOR
IDADE: 2 ANOS 11 MESES 6 DIAS — PRONTUÁRIO: 17 — LEITO:
CIRURGIA: Std: FRATURA DIAFISARIA DE FEMUR (D) + FRATURA DIAFISARIA DE ULNA (D)
CIRURGIÃO: Dr. GUSTAVO + Dr. FERNANDA
ANESTESIA: BLOQ - PLEXO + RAQUE
ANESTESISTA: Drª: VANESSA
INSTRUMENTADOR:
DATA: 25/02/19 — TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA INÍCIO: FIM — CIRURGIA INÍCIO: 13:35h FIM 14:05h

ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTESIOLOGISTE)
ASA I ( ) ASA II ( ) ASA III ( ) ASA IV ( ) ASA V ( )
GRAU DE CONTAMINAÇÃO ( ) LIMPA ( ) CONTAMINADA ( ) INFECTADA ( ) POTENCIALMENTE CONTAMINADA

MEDICAÇÕES ANESTESICAS	QTD.
ALFENTANILA	
BUPIVACAINA ISOBARICA	1
BUPIVACAINA PESADA	
CETAMINA	
DROPERIDOL	
ETOMIDATO	
FENOBARBITAL	
FENTANILA	1
FLUMAZENIL	
ISOFLURANO	
LEVOBUPIVACAINA C/ VASO	1
LEVOBUPIVACAINA S/ VASO	
LIDOCAINA C/ VASO	1
LIDOCAINA S/ VASO	
MIDAZOLAN	1
MORFINA	
NIMBIUM	
PANCURÔNIO	
PETIDINA	
PROPOFOL	
RAMIFENTANILA	
ROCURÔNIO	
SEVOFLURANO	
SUXAMETÔNIO	
TIOPENTAL	

MEDICAÇÕES	QTD.
ADRENALINA	
AGUA DESTILADA	
ATROPINA	
BEXTRA	
CEFAZOLINA	
DEXAMETASONA	
DIPIRONA SÓDICA	
DORIVA	
FUROSEMIDA	
GLICOSE 50%	
GLUCONATO DE CALCIO	
HIDROCORTISONA	
LIDOCAINA GELÉIA	
ONDASENTRONA	
PLASIL	
PROSTIGMINE	
PROTAMINA	
TENOXICAN	

SOLUÇÕES	QTD.
ALCOOL ETILICO 70%	
PVPI DEGERMANTE	
PVPI TINTURA	
PVPI TOPICO	
SABÃO ANTISEPTICO	

MATERIAIS	QTD.
AGULHA 13X4,5	
AGULHA 25X07	
AGULHA 25X08	
AGULHA 40X12	
AGULHA PERIDURAL Nº16	
AGULHA PERIDURAL Nº17	
AGULHA PERIDURAL Nº18	
AGULHA RAQUI Nº25G	
AGULHA RAQUI Nº26G	
AGULHA RAQUI Nº27G	
ALGODÃO ORTOPEDICO	
ATADURA DE CREPOM	
ATADURA GESSADA	
BOLSA P/ COLOSTOMIA	
CÂNULA P/ TRAQUEOSTOMIA Nº	
CATETER DE OXIGÊNIO	
CATETER EMBOLEC ARTERIAL Nº	
CATETER EPIDURAL Nº16	
CATETER EPIDURAL Nº17	
CATETER EPIDURAL Nº18	
CERA PARA OSSO	
COLET. URINA FECHADO	
COMPRESSAS CIRURGICAS	
COMPRESSAS CIRURGICAS	
DRENO DE PENROSE	
DRENO DE SUCÇÃO	
ELETRODOS	
EQUIPO MACROGOTAS	
EQUIPO TRANSF. SANGUE	
EQUIPO MICROGOTAS	
ESPONJA DE PVPI	
ESPARADRAPO	
GAZES	
GAZES ALGODOADAS	
GEL ELETROLITICO	
JELCO Nº14	
JELCO Nº16	

MATERIAIS CONT.	QTD.
JELCO Nº18	
JELCO Nº20	
JELCO Nº22	
JELCO Nº24	
KIT SIST. DREN. TORACICA Nº	
LÂMINA BISTURI Nº11	
LÂMINA BISTURI Nº15	
LÂMINA BISTURI Nº23	
LÂMINA BISTURI Nº24	
LÂMINA DE DERMATOMO	
LÂMINA DE ENXERTO	
LUVA DE PROCEDIMENTO PAR	
LUVA ESTERIL Nº7,0	
LUVA ESTERIL Nº7,5	
LUVA ESTERIL Nº8,0	
LUVA ESTERIL Nº8,5	
MASCARA CIRURGICA	
MULTIVIAS	
PERFURADOR DE SORO	
SCALP Nº19	
SCALP Nº21	
SERINGA 3ML	
SERINGA 5ML	
SERINGA 10ML	
SERINGA 20ML	
SONDA ASP. TRAQUEAL Nº8	
SONDA ASP. TRAQUEAL Nº10	
SONDA ASP. TRAQUEAL Nº12	
SONDA ASP. TRAQUEAL Nº14	
SONDA ASP. TRAQUEAL Nº16	
SONDA FOLEY 2VIAS Nº12	
SONDA FOLEY 2VIAS Nº14	
SONDA NASOG. CURTA	
SONDA NASOG. LONGA	
SONDA URETRAL Nº	
TORNEIRINHA	
TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	
TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	
TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	
TUBO SILICONE (LATEX)	

FIOS	QTD.
FIO ALGODÃO S/A Nº	
FIO ALGODÃO S/A Nº	
FIO ALGODÃO C/A Nº	
FIO ALGODÃO C/A Nº	

FIOS	QTD.
FIO CAT GUT CROMADO Nº	
FIO CAT GUT CROMADO Nº	
FIO DE AÇO Nº	
FIO DE AÇO Nº	
FIO DE NYLON Nº 3-0	☒
FIO DE NYLON Nº	
FIO DE NYLON Nº 2-0	☒
FIO POLIGLACTINA Nº	
FIO POLIGLACTINA Nº 3-0	— 0
FIO POLIGLACTINA Nº	
FIO POLIPROPILENO Nº	
FIO POLIPROPILENO Nº	
FIO POLIPROPILENO Nº	
FIO POLIGLECAPRONE Nº	
FIO SEDA Nº	
FITA CARDIACA	

MATERIAL ESPECIAL	QTD.
CATETER DE PIC	
CIMENTO CIRURGICO	
CLIP TITÂNIO LIGADURA	
FIO DE KIRSCHNNER Nº	
FIO DE KIRSCHNNER Nº	
FIO STEINMAN Nº	
FIO STEINMAN Nº	
GRAMPEADOR CIRURGICO	
HEMOST. ABSORVIVEL	
KIT DERIVA. VENTRICULAR	
PROTESE VASCULAR	
KIT PAM	
FIXADOR EXTERNO	

EMPRESA	
YMC Cx. 4,5	01
PARAFUSOS CORTICAIS	Nº38, Nº40 — 01
PARAFUSOS CORTICAIS	Nº36 — 04
PARAFUSOS ESPONJOSO	CORTICAL Nº32 — 02
PARAFUSOS MALEOLAR	
PARAFUSOS MALEOLAR	
PLACA	
PLACA DCP 10F CURVA	— 01

EQUIPAMENTOS	
( ) ASPIRADOR	
(X) BISTURI ELETRICO	
( ) CAPNOGRAFO	
(X) CARDIOMONITOR	
( ) DESFIBRILADOR	
( ) FOCO AUXILIAR	
(X) FOCO CENTRAL	
( ) MICROSCOPIO	
(X) OXIMETRO DE PULSO	
(X) PA INVASIVA/NÃO INVASIVA	
(X) PERFURADOR ELETRICO	
( ) SERRA	

CIRCULANTE: Mercia Chaves de Oliveira
Técnico Enfermagem

FICHA DE ANESTESIA

DATA: 25/02/19 PRONTUÁRIO: 1143697

PACIENTE: Tiago de Oliveira Gonçalves SEXO: M COR: — IDADE: 23

PRESSÃO ARTERIAL 120x74 PULSO 76 RESPIRAÇÃO TEMPERATURA PESO GRUPO SANGUÍNEO

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

EXAMES COMPLEMENTARES Anemia / Alergias

AP. RESPIRATÓRIO Eupneico AP. CIRCULATÓRIO Estável

AP. DIGESTIVO Sem ESTADO MENTAL LOTE DROGAS EM USO

PRÉ-ANESTÉSICO ESTADO FÍSICO (ASA)

DOSE /HORA

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO Fraturas Diafisárias de Rádio e ulna direitas

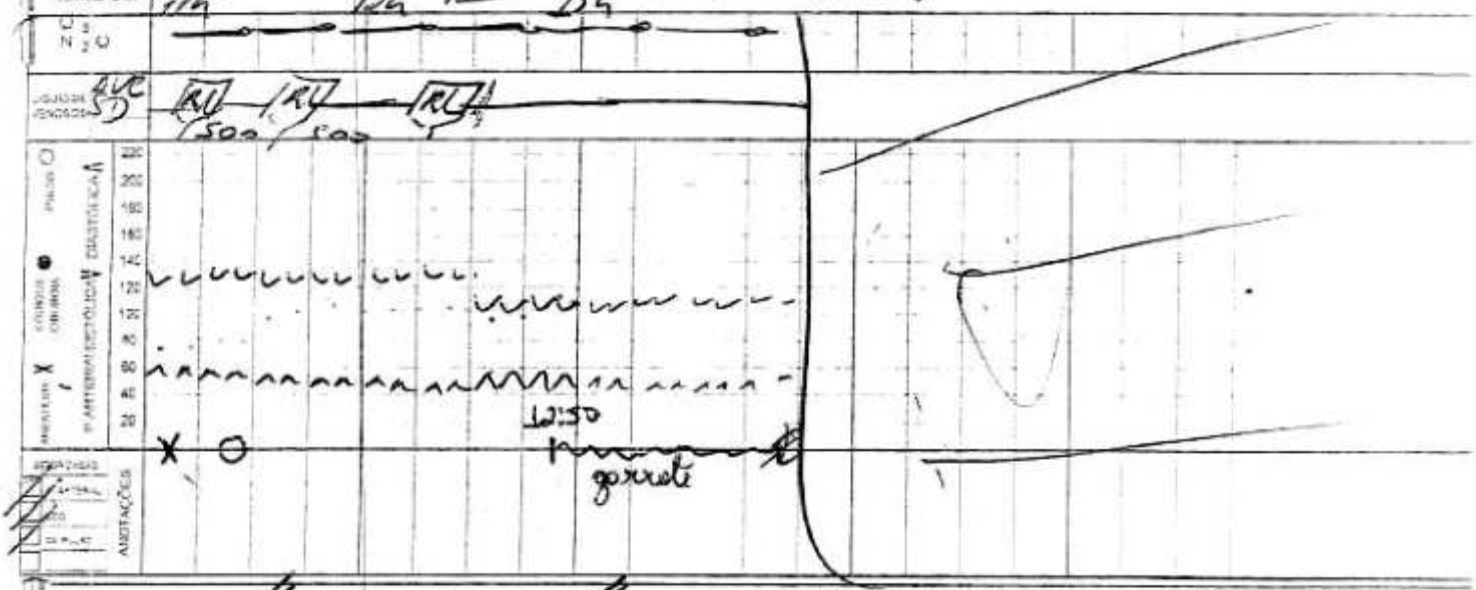
CIRURGIA REALIZADA Tratamento cirúrgico de fraturas de Rádio e ulna direitas

CIRURGIÃO AUXILIARES

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

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO QUANT. DE CH. VALORES R$

ANESTESISTA D. Ferres CPF D. Gottlieb (TSA) CRM-PB



ANESTESIA GERAL (X) RAQUIDIANA ( ) EPIDURAL (X) BLOQ PLEXO ( ) BLOQ NERVOS ( ) OUTROS

1. APA + manutenção

MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

1	Cefazolina 2g	11	Dipirona 2g
2	Bupivacaina 20mg	12	Naproxeno 1mg
3	Fentanil 100mg	13	Betametasona 4mg
4	Midazolam 5mg	14	
5	Propofol 0,5mg	15	
6	Bupivacaina 17mg	16	
7	Morfina 10mg	17	
8	Ranitidina 50mg	18	
9	Lactato de ringer	19	
10	Glicose 5%	20	

1500

ALTA: ENFERMARIA UTI RESIDÊNCIA OUTROS

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

1. Paciente avaliado, anemia e anteriormente com Hgt 70?, punção única, Unica, L3-L4, Ag nº26, CLR2, via jejum de 6+2, 01 intercurso
3. Bloqueio de p. Inguinal via infraclavicular e axilar com EMLA 2 agulha AZ5, via jejum de 8+2+ 01 intercurso
4. Procedimento e fraturas de ulna.

ASSINATURA DO ANESTESISTA

Ferres Gottlieb
MÉDICO
CRM 7179

7179

CHECK LIST CIRURGIA SEGURA - SALVA VIDAS

Período Pré-Operatório

1. 1 Dados de Identificação
Nome: Tiago de Oliveira G. Junior
Idade: 23 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: 0k
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-1-2horas antes da cirurgia mais higiene oral criteriosa. confortar o paciente explicando o procedimento e funcionamento do centro cirúrgico
(✓) Realizar tricotomia
Enfermeiro/Coren(a):
Obs. Sinalizar aos enfermeiros plantonistas e aos médicos responsáveis quaisquer pendências.

Período Transoperatório

Procedimento: Hat. de femur D + uretra D

1.2. Antes da indução anestésica (identificação)

(✓)identidade
(✓)Sítio demarcado
(✓)Procedimento cirúrgica
(✓)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 fluídos
( ) Reserva Hemocomponentes
( ) Houve recusa da resposta médica

➢ **Checagem equipamentos**

(✓) Monitorização ( ) Bisturi 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:
Decúbito em D.D H. sob anestesia
Assepsia + Antissepsia
Aparação de campos estéreis

Incisão:
Inciso medial do coxa (D).

Achados:
Fx diafisária do fêmur (D)

Conduta:
Redução anatômica aberta
Aparação de placa estéril com 10 furos
Aparação de 04 parafusos corticais proximais e distais
corticais por scapia
Limpeza com SF0,9%, exaustiva

Fechamento:
Fechamento por planos e peles.
Curativo estéril
Imobilização

Observação:
Ato cirúrgico sem intercorrências.

João Pessoa, 25/02/19

Médico/CRM: Dr. Felipe Bezerra Residente Ortopedia e Traumatologia CRM: 11126

RELATÓRIO DE CIRURGIA

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em D D H sob anestesia
Assepsia + Anti sepsia
Aparição ao campo cirurgico

Incisão:

- Incisão propria do local ⓓ

Achados:

Fx diafisaria cominuta do terço distal

Conduta:

Redução cruenta aberta
Aparição de placa 07 furos
Aparição de parafusos 03 corticais proximais e distais
Controle por scopia
Hemostasia criteriosa com SF 0,9%

Fechamento:

Fechamento de planos e pele.
curativo estéril.
Imobilização
Rx de controle

Observação:

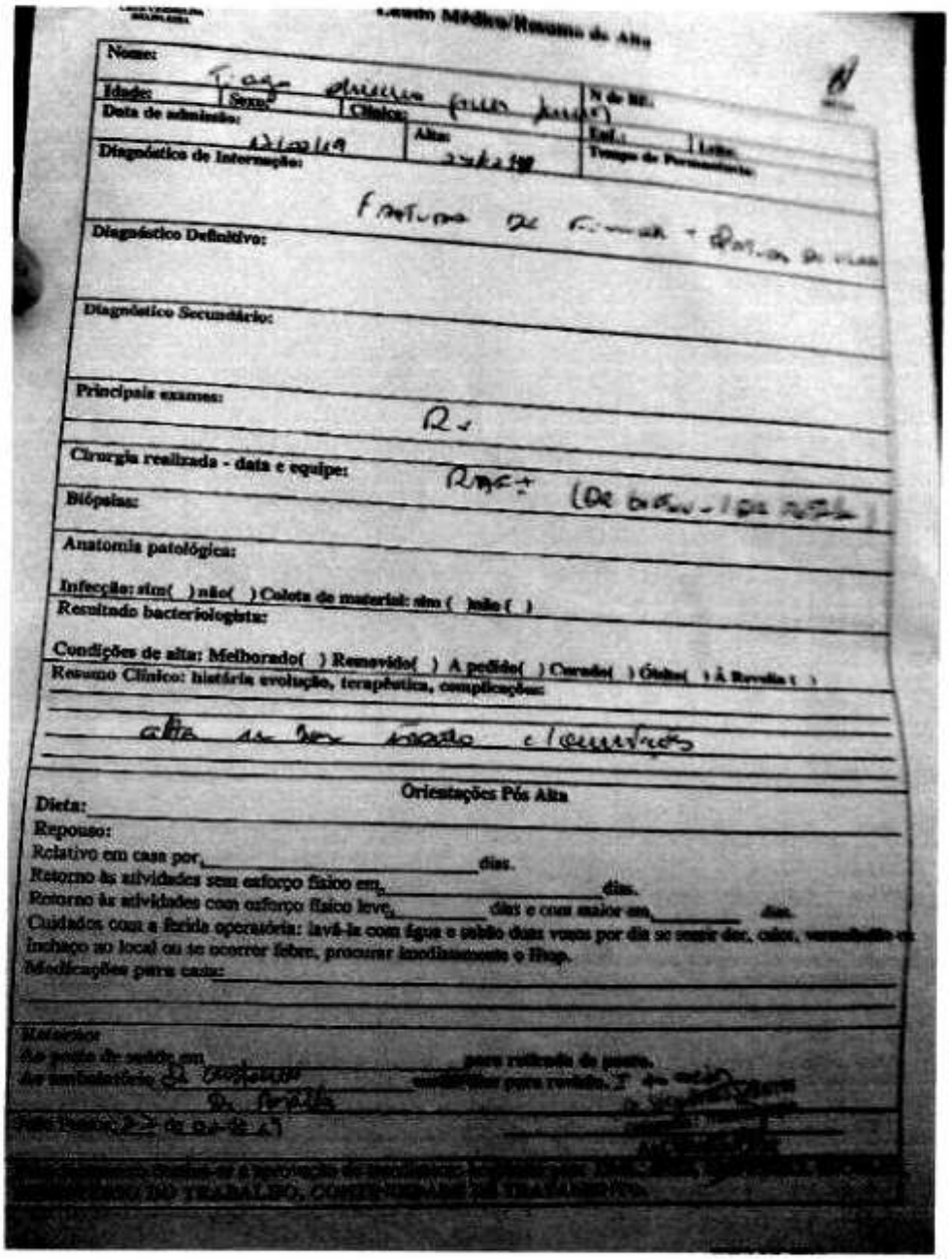
Ato cirurgico sem intercorrencias.

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

João Pessoa, 25 / 02 / 2015

Mé

JAIR J



Laudo Médico/Resumo de Alta

Nome:

Idade:	Sexo:	Clínica:	N de RE:
Data de admissão:		Alta:	Enf.: / Leito:
Diagnóstico de Internação:			Tempo de Permanência:

Diagnóstico Definitivo:

Diagnóstico Secundário:

Principais exames:

Cirurgia realizada - data e equipe:

Biópsias:

Anatomia patológica:

Infecção: sim( ) não( ) Coleta de material: sim ( ) não ( )
Resultado bacteriologista:

Condições de alta: Melhorado( ) Removido( ) A pedido( ) Curado( ) Óbito( ) À Revelia ( )
Resumo Clínico: história evolução, terapêutica, complicações:

Orientações Pós Alta

Dieta:
Repouso:
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 sinais de: calor, vermelhidão ou inchaço ao local ou se ocorrer febre, procurar imediatamente o Hugo.
Medicações para casa:

Retornos
Ao posto de saúde em _____ para retirada de ponto.
Ao ambulatório _____ ambulatório para revisão.

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

DOC ORIGEM
NASC.N.15225 FLS.034 LIV.A-19
CARTORIO CABEDELO-PB.

CPF
102.999.974-05

João Pessoa - PB

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

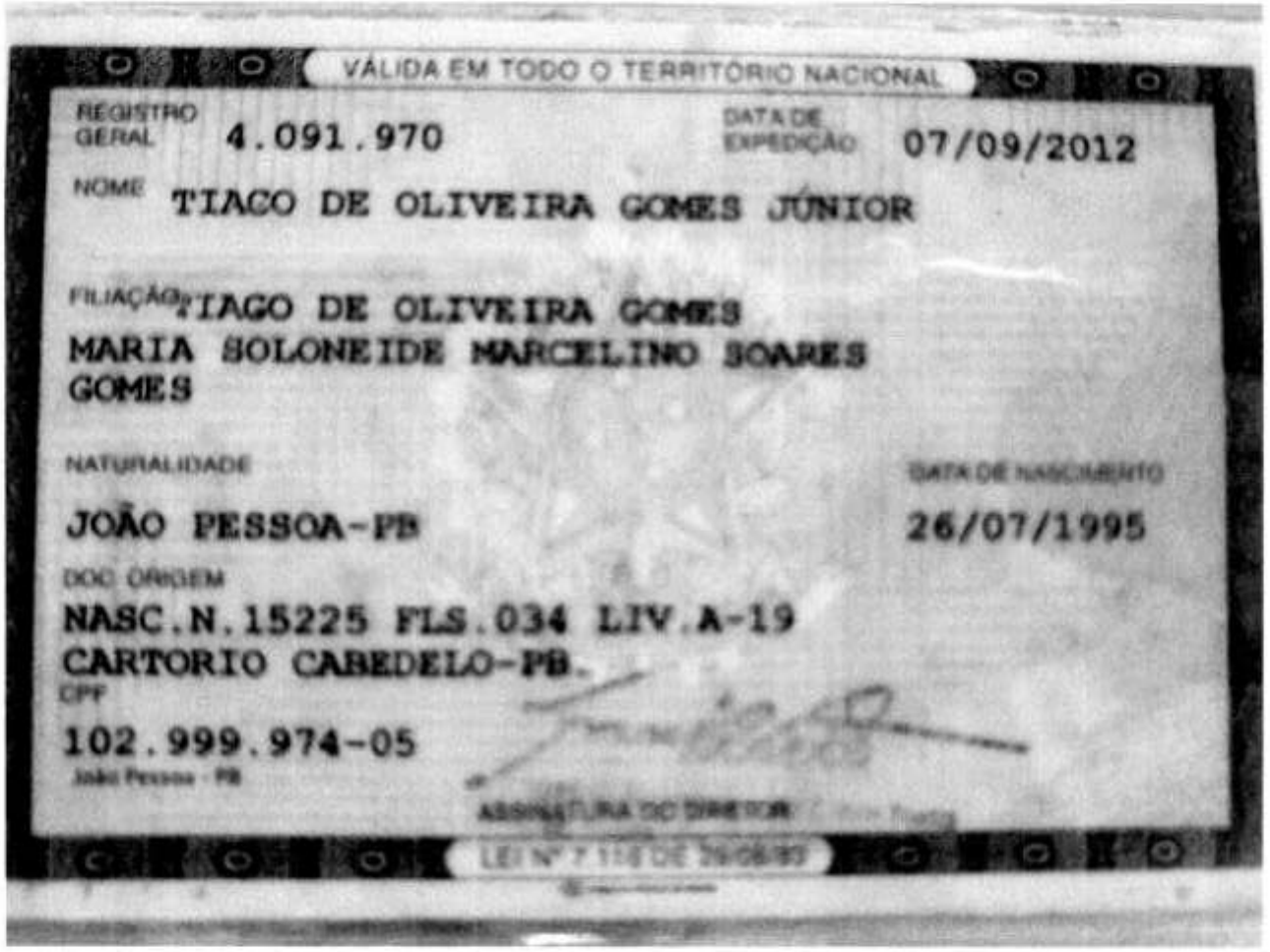
p-041

Tiago de Oliveira G. Junior

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

COMPREV
PREVIDÊNCIA S/A
26 JUN. 2019
PROTOCOLO



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.091.970

DATA DE EXPEDIÇÃO 07/09/2012

NOME TIACO DE OLIVEIRA GOMES JÚNIOR

FILIAÇÃO TIAGO DE OLIVEIRA GOMES
MARIA SOLONEIDE MARCELINO SOARES GOMES

NATURALIDADE
JOÃO PESSOA-PB

DATA DE NASCIMENTO
26/07/1995

DOC ORIGEM
NASC.N.15225 FLS.034 LIV.A-19
CARTORIO CABEDELO-PB.

CPF
102.999.974-05

João Pessoa - PB

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29-08-83

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

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES

DETRAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO
Nº 01408196410 8

DENATRAN
CONTRAN
LACRE 00454802 00

VIA: 1 | COD RENAVAM: 01156386800 | CRLV: 00/00000000 | 2018

NOME: TIAGO DE OLIVEIRA GOMES JUNIOR

CPF/CNPJ: 10299997405 | PLACA: QSB8206/PB

PLACA ANT/UF: NOVO PB | CHASSI: 9C2KC2500JR018128

ESPECIE TIPO: PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC | 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: 1ª 2ª 3ª
FAIXA I.P.V.A: ******* | PARCELAMENTO/COTAS: 0

PRÊMIO TARIFÁRIO (R$): ******** | IOF (R$): SEGURO | PRÊMIO TOTAL (R$): P A G O | DATA DE PAGAMENTO: 22/06/2018

OBSERVAÇÕES: A.F ADM DE CONC NACION HONDA LTDA
DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATÓRIO
NÃO VALIDO PARA TRANSFERÊNCIA
0

CABEDELO-PB | LOCAL | DATA: 25/06/2018

41076 | 5506

CONPREV PREVIDÊNCIA S/A
26 JUN. 2019

Seguradora Líder • DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS — INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS (ID)

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA TIAGO DE OLIVEIRA GOMES JÚNIOR

DATA DO ACIDENTE 17.02.2012 CPF DA VÍTIMA 102.999.174-05

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR (X) VÍTIMA ( ) REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É TIAGO DE OLIVEIRA GOMES JÚNIOR

ENDEREÇO DO PORTADOR RUA NILO MONTEIRO

Nº 33 COMPLEMENTO — BAIRRO TRAM CAMBOINHA

CIDADE CABEDELO UF PB CEP 58.103-676

E-MAIL _____ TELEFONE (83) 99983 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

VALORES DE INDENIZAÇÃO:
- 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 FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA _____

IDENTIDADE 4 091 970 / PB

ASSINATURA Tiago de Oliveira

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____

NOME _____

ASSINATURA _____

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

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 ANALISE 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

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

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 ANALISE 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

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0215213/19

Vítima: TIAGO DE OLIVEIRA GOMES JUNIOR **Data do acidente:** 17/02/2019

CPF: 102.999.974-05 **CPF de:** Próprio **Titular do CPF:** TIAGO DE OLIVEIRA GOMES JUNIOR

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

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