



Número: **0820058-13.2020.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **01/04/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.137,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JACKSON MARQUES BATISTA TRAJANO (AUTOR)		FABIO MARACAJA DE ALMEIDA CARNEIRO (ADVOGADO) RUY NEVES AMARAL DA ROCHA (ADVOGADO) RENAN DE CARVALHO PAIVA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
30310 568	01/05/2020 11:02	2716195_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos





Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **712.646.824-50**

Nome: **JACKSON MARQUES BATISTA TRAJANO**

Data de Nascimento: **20/07/2001**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **14/12/2015**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **11:29:15** do dia **08/11/2019** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **64DD.9637.5967.9E4E**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)



L
A
C
R
E

DETRAN - PB

No 011575028381

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD. RENAVAM PRT 20140000187241-6
1 0049127408-4 00/000000000 20140
0
3
8
0
7
6
0
7
1

NOME

DAMIAO LUCAS MARQUES

CPF / CNPJ

25127314487

PLACA

OFF3855/PB

PLACA ANT / UF

NOVO

PB

CHASSI

9C2KC1670DR408150

ESPÉCIE TIPO

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC

COMBUSTIVEL

ALCO/GASOL

MARCA MODELO

HONDA/CB 150 FAN

CAP / POT / CIL

2 P/149 /CI

CATEGORIA

PARTIC

COR PREDOMINANTE

PRETA

COTA 13A

VENC. COTA UNICA

VENC / COTAS

IPVA PAGO EM

09/05/2014

1ª

FAIXA IPVA

PARCELAMENTO / COTAS

2ª

0

3ª

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

SEGURO

P A G O

09/05/2014

OBSERVAÇÕES

A.F ADM DE CONC NACION HONDA LTDA

0

JOAO PESSOA-PB

DATA

09/05/2014

32280

*[Handwritten signature]*

876688



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0065531/20

Vítima: JACKSON MARQUES BATISTA TRAJANO

CPF: 712.646.824-50

Seguradora: SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

Data do acidente: 06/09/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JACKSON MARQUES
BATISTA TRAJANO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JACKSON MARQUES BATISTA TRAJANO : 712.646.824-50

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 18/02/2020
Nome: JACKSON MARQUES BATISTA TRAJANO
CPF: 712.646.824-50

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/02/2020
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

JACKSON MARQUES BATISTA TRAJANO

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA



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: 26/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JACKSON MARQUES BATISTA TRAJANO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00036

CONTA: 000000096853-4

Nr. da Autenticação 440E7CF05FFF2E96





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:	Nome completo da vítima:
	712.646.824-50	Jackson Marques Batista Torgaro
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo: Jackson Marques Batista Torgaro		
Profissão: Recusado	Endereço: Rua: R. 1001, 1001	CPF: 712.646.824-50
Bairro: Bela Esperança	Cidade: João Pessoa	Número: 6
E-mail:	Estado: PB	Complemento: 8000
		CPF: 58000-000
		Tel (DDD): (33) 48708-8728

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

RENDA MENSAL:	☒ RECURSO 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)	☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237)	Nome do BANCO: _____
☐ Itaú (341)	
☐ Banco do Brasil (001)	
☒ Caixa Econômica Federal (104)	
AGÊNCIA: 0036	AGÊNCIA: _____
CONTA: 096853	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 (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.

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 com 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 pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não	Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ 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: João Pessoa, PB 18/10/19

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

Assinatura do Procurador (se houver): _____

(*) 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.

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



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00004.01.2019.1.05.101

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00004.01.2019.1.05.101, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 17:00 horas do dia 02 de janeiro de 2019, na cidade de Lucena, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia de Comarca de Lucena, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Rubenita da Nóbrega Regis, matrícula 1356062, e lavrado por Alexandre José Nunes de Souto Lima, Agente de Investigação, matrícula 1573560, ao final assinado, compareceu **Ednaldo Batista Tranjano**, conhecido(a) por Ednaldo, CPF nº 041.739.834-41, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Autônomo, filho(a) de Odete Batista da Silva e João Trajano da Silva, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 22/05/1980 (39 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Izabel Scallabrine, Nº 04, complemento CASA NA COMUNIDADE DA "BOA ESPERANÇA", bairro Cristo Redentor, tendo como ponto de referência Próximo Ao I.m.l., na cidade de João Pessoa/PB, telefonic(s) para contato (83) 98708-8728.

Dados do(s) Fatos:

Local: Avenida Dom Pedro II, nº S/N, Via Pública, Próximo Ao Supermercado Bom Preço, João Pessoa/PB, bairro Centro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 06/09/18 18:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) CPB ART. 129 CAPUT C/C ART. 18 INC. I: LESÃO CORPORAL DOLOSA, Art. 129 Caput do CPB (Lesão corporal dolosa), CPB ART. 129 § 1º: LESÃO CORPORAL DE NATUREZA GRAVE.

Objeto(s) Envolvido(s):

(1) Moto, UF: PB, características gerais: Não Foi Apresentado Documentos da Motocicleta

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

ESTAVA DE CARONA COM SEU FILHO JACKSON MARQUES BATISTA TRANJANO, QUANDO AMBOS FORAM TRANCADOS POR UM VEÍCULO E COM CONDUTOR NÃO IDENTIFICADOS, QUE EVADIU-SE DO LOCAL SEM PRESTAR QUALQUER ASSISTÊNCIA AO DECLARANTE NEM AO SEU FILHO E QUE AMBOS VIERAM A SE ACIDENTAR, SENDO SOCORRIDOS PATA O HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA DA CIDADE DE JOÃO PESSOA/PB, NDE DERAM ENTRADA PARA AVALIAÇÕES MÉDICAS E PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS, CONFORME LAUDO MÉDICO APRESENTADO NESTA DELEGACIA E ASSINADO PELO MÉDICO JOSÉ DE ALMEIDA BRAGA, C.R.M.: 2329/PB.

ADENDO(S):

Que na data 22/01/2020, à(s) 09:28 horas, na Delegacia de Comarca de Lucena, sob a responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Luiz de Cerqueira Cotrim Neto, matrícula 1564871, compareceu o(a) noticiante para realizar o seguinte adendo: dados da motocicleta: MARCA: HONDA; MODELO: CG 150 FAN ESI; ANO/MODELO: 2012/2012; COR PREDOMINANTE: PRETA; CATEGORIA: PARTICULAR; COMBUSTÍVEL: FLEX; PLACA: OFF-3855; PLACA ANTERIOR: NOVA; PLACA ATUAL: JOÃO PESSOA/PB; ALIENAÇÃO FIDUCIÁRIA: A. F ADMINISTRADORA DE CONSÓRCIO NACIONAL HONDA L.T.D.A.; Nº. CHASSI: 9C2KC1670DR408150; Nº. RENAVAN: 0049127408-4; Nº. C.R.L.V.: 011575028381; Nº. P.R.T.: 20140000187241-6; Nº. LACRE: 0038076071; EM NOME DE DAMIÃO LUCAS MARQUES. Adendo registrado por: Alexandre José Nunes de Souto Lima, Agente de Investigação, matrícula: 1573560.

Que na data 06/02/2020, à(s) 15:10 horas, na Delegacia de Comarca de Lucena, sob a responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Reinaldo Nobrega de Almeida Junior, matrícula 1685058, compareceu o(a) noticiante para realizar o seguinte adendo: A DATA E A HORA CORRETA DOS FATOS SÃO: DATA: 26

Procedimento Policial: 00004.01.2019.1.05.101

Governo do Estado da Paraíba
Sec. de Segurança Pública
Alexandre J. N. de Souto Lima
Issário - Mat. 157.356-0

[Assinatura]

1/2



DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
5ª Delegacia Seccional de Polícia Civil
Delegacia de Comarca de Lucena



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



Secretaria
de Segurança

DE SETEMBRO DE 2019 (26/09/2019); HORA: 18:00 HORAS.. Adendo registrado por
Nunes de Souto Lima, Agente de Investigação, matrícula: 1573560.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações l
Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a pre
referida é verdade. Dou fê.

Lucena/PB, 06 de f

ALEXANDRE JOSÉ NUNES DE SOUTO LIMA
Agente de Investigação

Governo do Estado da Paraíba
Sec. de Segurança Pública
Alexandre J. N. de Souto Lima
Comissário - Mat. 157.356-0

EDNALDO BATISTA TRAÇA
Noticiante



Procedimento Policial: 00004.01.2





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:	Nome completo da vítima:
	712.646.824-50	Jackson Marques Batista Torgaro
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
Jackson Marques Batista Torgaro	712.646.824-50	
Profissão:	Número:	Complemento:
Recuso	6	Recusa
Endereço:	Cidade:	Estado:
Rua: R. 1001, 1001	João Pessoa	PB
Bairro:	CEP:	
Bea Esperança	58000-000	
E-mail:	Tel (DDD):	
	(33) 48708-8728	

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)	☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237)	Nome do BANCO: _____
☐ Itaú (341)	
☐ Banco do Brasil (001)	
☒ Caixa Econômica Federal (104)	
AGÊNCIA: 0036	CONTA: 096853
(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 (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.

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 com 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	☐ 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: João Pessoa, PB 18/10/19

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

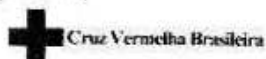
Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

Assinatura do Procurador (se houver): _____

(*) 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.

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





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, s/n - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332166700

Boletim de Atendimento: 1111255



Identificação do paciente			
ID 1330047	Nome JACKSON MARQUES BATISTA TRAJANO	Sexo Masculino	
Data de nascimento 20/01/2001	Idade 17 anos 8 meses 6 dias	Estado civil	Religião
Mãe MARIA APARECIDA BATISTA	Pai EDINALDO TRAJANO		Prontuário
Escolaridade	Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)		
DDD Móvel 83	Fone Móvel 90000000	DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento	Número documento	Nº Cns	
Local de procedência CENTRO / JOAO PESSOA	Tipo BARRO		UF PB
E-mail	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R	
Endereço			
CEP 58071000	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro PRESIDENTE RANIERE MAZILLI
Número SN	Complemento ISABEL ESCALADINO	Bairro CRISTO REDENTOR	
Admissão			
Data e Hora 26/09/2018 20:17:15	Número da pulseira 1000006939556	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 VEICULO X MOTO	
Indicadores e Transporte			
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte SAMU	Quem transportou		
Sinais Vitais			
PA X mmHg	Pulso	Temperatura	
Exames complementares			
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []
			Liquor []
			ECG []
			Ultrasonografia []
Dados clínicos 06/09/18 Paciente trazido pelo Samu vítima de acidente de moto. no momento consciente e orientado e encaminhado ao CDI.			
Diagnóstico			CD
Atendido por ILMA VIEIRA DA SILVA			Tempo 39seg

Imprimir

26/09/2018 20:16

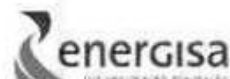


BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal

Documento não é segunda via de conta

Boleto para simples pagamento da nota fiscalizada da energia elétrica - Nº 037.263.643



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Rr 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58271-680
CNPJ 08.063.143 / 0001-40 - Ins. Est. 16.815.823-6

DADOS DO CLIENTE

DAMIAO LUCAS MARQUES
RUA IZABEL SCALLABRINE 06
JOÃO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1012733-0

REFERÊNCIA

JAN/2020

APRESENTAÇÃO

14/01/2020

CONSUMO

188

VENCIMENTO

21/01/2020

TOTAL A PAGAR

R\$ 174,82

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
00190.00009 03150.244006 08142.320178 7 81410000017482				
Pagador: DAMIAO LUCAS MARQUES CNPJ/CPF: 251.273.144-87				
RUA IZABEL SCALLABRINE 06 - CRISTO REDENTOR - JOAO PESSOA / PB - CEP 00000-000				
Nosso Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31502440008142320	001012733202001	21/01/2020	R\$ 174,82	
BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA				09.095.183/0001-40
BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680				
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3				





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	JACKSON MARQUES BATISTA TRAJANO
DATA DE NASCIMENTO	20/07/01
NOME DA MÃE	MARIA APARECIDA DA SILVA MARQUES

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º	111.312
BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.111.255
DATA DO ATENDIMENTO	06/09/18
HORA DO ATENDIMENTO	20:17
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA DE DCIÁFISE DE FÊMUR DIREITO
CID 10	S72.3

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Prontuário. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, referindo dor, edema deformidade e limitação de movimentos do membro inferior direito. Consciente e orientado. Glasgow 15. Presença de fratura de diáfise de fêmur direito. Internamento para cirurgia. Operado e evoluiu bem.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX de punho direito
RX de coxa direita
RX coxo-femural direita
TC de crânio

RESULTADOS DOS EXAMES:

Fratura diafisária de fêmur direito.

TRATAMENTO:

Tratamento cirúrgico de fratura de diáfise de fêmur direito

ALTA HOSPITALAR:	07/10/18
DATA DA EMISSÃO:	21/11/18

Dr. José de Almeida Braga
CRM: 2329/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 PARAIBA

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

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

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente JACKSON MARQUES BATISTA TRAJANO	BAE 1111255	Data/Hora Entrada 26/09/2018 20:17:15	Data Baixa
Data de nascimento 20/07/2001	Idade 17a 2m 7d	Sexo Masculino	CNS
Mãe MARIA APARECIDA DA SILVA MARQUES	Telefone de Contato (83) 988215360 / (83) 988099482		Prontuário
Endereço ISABEL ESCALABRINE, 04 - ISABEL ESCALADINO	Bairro CRISTO REDENTOR	Município JOAO PESSOA	UF PB
Dente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional PEDRO HENRIQUE GUTIERREZ VARGAS FREITAS	Nº Cons. Regional 10575/PB
Data/Hora Classificação 26/09/2018 20:17:15	Data/Hora Prescrição 26/09/2018 22:12:15		

Anamnese

#ORTOPEDIA: PCT VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISMO, PCT. DISCRETAMENTE DESORIENTADO, QUEIXANDO-SE NO MOMENTO DE DOR EM COXA DIREITA.

EXAME FISICO:

DOR À PALPAÇÃO EM COXA DIREITA. IMPOTENCIA FUNCIONAL DE MID, DOR A MOBILIZAÇÃO PASSIVA DE PUNHO DIREITO.

RX: FRATURA DIAFISARIA DE FEMUR DIREITO, RX DE PUNHO DIREITO DE MÁ QUALIDADE E PRESENÇA DE TALA. CD:

SOLICITO NOVO RX DE PUNHO DIREITO.

AGUARDO NOVA AVALIAÇÃO DA NEUROCIRURGIA.

STAFF: DR. TIBERIO

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA EV, AGORA

Diluir

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), DILUIR 100,0 MG

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% - (AMPOLA 10ML), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA EV, AGORA

Diluir

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), DILUIR 2,0 ML

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFA DE PUNHO DIREITO (AP + LATERAL + OBLIQUA)

CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

Boletim registrado por: JOSEVALDO DA SILVA em 26/09/2018 20:17:54

S.O.6.8080/cvb/pages/prescricao.do?control=7&imprimirDadosAnteriores=N&perform=imprimir&id=398743&pesquisa=S&perform=i...

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/05/2020 11:02:50

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20050111024993800000029124954

Número do documento: 20050111024993800000029124954

Num. 30310568 - Pág. 13



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

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

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente JACKSON MARQUES BATISTA TRAJANO		BAE 1111255	Data/Hora Entrada 26/09/2018 20:17:15	Data Baixa
Data de nascimento 20/07/2001	Idade 17a 2m 7d	Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato (83) 988215360 / (83) 988099482
Mãe MARIA APARECIDA DA SILVA MARQUES				Prontuário
Endereço ISABEL ESCALABRINE, 04 - ISABEL ESCALADINO		Bairro CRISTO REDENTOR	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional PEDRO HENRIQUE GUTIERREZ VARGAS FREITAS	Nº Cons. Regional 10575/PB	
Data/Hora Classificação 26/09/2018 20:17:15		Data/Hora Prescrição 26/09/2018 23:41:06		

anamnese

ORTOPEDIA: PCT VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISMO, PCT. DISCRETAMENTE DESORIENTADO, QUEIXANDO-SE NO MOMENTO DE DOR EM COXA DIREITA.

EXAME FISICO:

OR À PALPAÇÃO EM COXA DIREITA. IMPOTENCIA FUNCIONAL DE MID, DOR A MOBILIZAÇÃO PASSIVA DE PUNHO DIREITO.

RX: FRATURA DIAFISARIA DE FEMUR DIREITO, RX DE PUNHO DIREITO sem sinais de FRATURAS OU LUXAÇÕES

PACIENTE LIBERADO PELA CIRURGIA GERAL E NEUROCIRURGIA

CD: INTERNAÇÃO HOSPITALAR PARA TRATAMENTO CIRURGICO AO BLOCO PARA TRAÇÃO TRANSTIBIAL

STAFF: DR. HEISENBERG

DIETA

DIETA LIVRE, VIA ORAL

MEDICAÇÃO

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

Jir

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

GUA 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

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

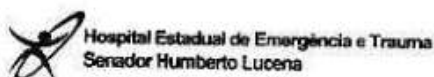
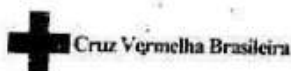
TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 8/8H

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)



AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente JACKSON MARQUES BATISTA TRAJANO	BAE 1111255	Data/Hora Entrada 26/09/2018 20:17:15	Data Baixa
Data de nascimento 20/01/2001	Idade 17a 8m 8d	Sexo Masculino	CNS
Mãe MARIA APARECIDA BATISTA			Telefone de Contato (83) 90000000
Endereço PRESIDENTE RANIERE MAZILLI, SN - ISABEL ESCALADINO		Bairro CRISTO REDENTOR	Município JOAO PESSOA
Acidente VEICULO X MOTO		Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	UF PB
a/Hora Classificação 26/09/2018 20:17:15		Profissional MARTINA BRAGANTE FERNANDES PIMENTA	Nº Cons. Regional 10041/PB
		Data/Hora Prescrição 26/09/2018 20:27:29	

Anamnese

Paciente vítima de acidente motociclistico, refere dor em perna direita, cabeça e punho direito. Diz não lembrar do que aconteceu. Nega comorbidades e ingestão alcoólica.

Ex geral: algo desorientado, eupneico, afebril, aclanotico

ACV e AR sem alterações

Abd plano, flácido, indolor, sem sinais de irritação peritoneal

Neur glasgow 14, cefaleia, com limitação de movimento em mid, devido à imobilização.

Extr. sem sinais de fraturas expostas, dor em coxa direita e punho direito. Múltiplas escoriações.

Cd

-Alta da cir geral

-Solicito exames

-Solicito parecer da NCR e ortopedi

CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA

SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE COXA DIREITA

RADIOGRAFIA DE BACIA

RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO COXO-FEMORAL DIREITA

RADIOGRAFIA DE PUNHO DIREITO (AP + LATERAL + OBLIQUA)

TOMOGRAMA COMPUTADORIZADA DO CRANIO

CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

Dra. Martina Bragante F. Pimenta
CRM/PB 10041

Boletim registrado por: ILMA VIEIRA DA SILVA em 26/09/2018 20:17:54

16.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?control=7&imprimirDadosAnteriores=N&perform=imprimir&id=398671&pesquisa=S&perform=imprimirPr

1/2

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/05/2020 11:02:50

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20050111024993800000029124954

Número do documento: 20050111024993800000029124954

Num. 30310568 - Pág. 15



TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA PACIENTES MAIORES E CAPAZES

HEETSHL

Artigo 10 - O paciente tem garantida e respeitada a confidencialidade sobre seus dados pessoais e clínicos, podendo ser revelados apenas com sua autorização, salvo em casos de imposição legal.

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 e 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, 27.09.2018.

Paciente - RG

Mônica Aparecida da Silva Marques

Representante Legal - RG

Av. Orestes Lisboa, s/n - Conj. Pedro Gondim - CEP: 58031-090 - João Pessoa - PB



SORO ANTITETANICO 5.000UI (AMPOLA 5ML), ADMINISTRAR 5,0 ML VIA INTRAMUSCULAR, AGORA, 0.0 (MGTSM)

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

Diluir

CEFALOTINA 1G (FRASCO-AMPOLA), DILUIR 1,0 MG

CUIDADOS

CURATIVO, (OBSERVAÇÕES: DIARIO)

FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIO E MOTORA

SSVV + CCGG

EXAME LABORATORIAL

HEMOGRAMA COMPLETO

COAGULOGRAMA COMPLETO

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE JOELHO DIREITO (AP + LATERAL)

Conduta

Internar Paciente

Dr. Jackson Marques Batista Trajano

10575

JACKSON MARQUES BATISTA TRAJANO

PEDRO HENRIQUE GUTIERREZ VARGAS FREITAS
(CRM: 10575/PB)

25/09/2018

172.16.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&imprimirDadosAnteriores=N&perform=imprimir&id=398743&pesquisa=S&perform=i...

JACKSON MARQUES BATISTA TRAJANO

PEDRO HENRIQUE GUTIERREZ VARGAS FREITAS
(CRM: 10575/PB)

[Handwritten signature]



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBAAV. ORESTES LISBOA, S/n - PEDRO GONDIM
CNES: 445365 - Tel.: 8332165700Impresso por: LAIANA
KAREN DANTAS BARRETO
Em: 05/10/2018 15:07:14

Paciente JACKSON MARQUES BATISTA TRAJANO	Boletim de Atendimento 1111255	Data/Hora Entrada 26/09/2018 20:17:15	Data/Hora Saída
Data de nascimento 20/07/2001	Idade 17	Sexo Masculino	CNS 898000939354464
Tempo de Internação	Convênio SUS	Plantão DIURNO	
Data de Entrada 26/09/2018 20:17:15	Data Internação 27/09/2018 06:02:12	Permanência na Unidade: 7d 7h 45min	Permanência no Leito: 8d 18h 50min

EVOLUÇÃO MEDICA (LAIANA KAREN DANTAS BARRETO - 05/10/2018 15:07:00)**EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

POI DE TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISÁRIA PROXIMAL DE FÊMUR DIREITO, SEM INTERCORRÊNCIAS.

CD: VPM, HEMOGRAMA E RAIOS DE CONTROLE

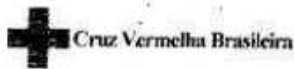
STAFF: DR RODRIGO AMARAM

Seção: HTOP - ENF 11 Leito: 0001

Profissional responsável pela informação: LAIANA KAREN DANTAS BARRETO

Número Conselho: 8491

Dra. Laiana Barreto
Médica
CRM 8491



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

INTERNO, S/N -
CNES: 454548 - Tel.:

Impresso por: CLARICE
MARIA ALVES SANTOS
Em: 06/10/2018 14:57:27

Paciente JACKSON MARQUES BATISTA TRAJANO		Boletim de Atendimento 1111255	Data/Hora Entrada 26/09/2018 20:17:15	Data/Hora Saída
Data de nascimento 20/07/2001	Idade 17	Sexo Masculino	CNS 898000939354464	Prontuário 111312
Tempo de Internação		Convênio SUS	Plantão DIURNO	
Data de Entrada 26/09/2018 20:17:15	Data Internação 27/09/2018 06:02:12	Permanência na Unidade: 8d 7h 35min	Permanência no Leito: 9d 18h 40min	

FISIOTERAPÊUTICA (CLARICE MARIA ALVES SANTOS - 06/10/2018 14:56:52)

ESTADO GERAL

EVOLUÇÃO: REGULAR

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

EVOLUÇÃO: CONSCIENTE, SONOLENTO, ORIENTADO, CONTACTUANTE, COLABORATIVO

AValiação RESPIRATÓRIA

PADRÃO RESPIRATÓRIO: MISTO

DRIVE: PRESENTE

EVOLUÇÃO:

EXPANSIBILIDADE: NORMAL

CONDIÇÃO RESPIRATÓRIA: EUPNEIA

REFLEXO DA TOSSE: PRESENTE

TOSSE: AUSENTE

SUPORTE VENTILATÓRIO

RESPIRANDO EM: AR AMBIENTE

AValiação MOTORA

DIMINUÍDA: MID

FORÇA MUSCULAR: DIMINUÍDA

INSPEÇÃO: EDEMA

EVOLUÇÃO: CONTROLE CERVICAL, CONTROLE DE TRONCO SEGM.(S): MID

DOR: MID

MARCHA: RESTRITO AO LEITO.

CONDUTA

EVOLUÇÃO: TERAPIA DE EXPANSÃO PULMONAR ATIVA, POSICIONAMENTO TERAPÊUTICO, ORIENTAÇÕES GERAIS

OBSERVAÇÕES:

Paciente no 1ºDPO com dor intensa no MID.

Seção: HTOP - ENF 11 Leito: 0001

Profissional responsável pela Informação: CLARICE MARIA ALVES SANTOS

Número Conselho: 109341



	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			4 - CNES	
Identificação do Paciente				
5 - NOME DO PACIENTE			6 - Nº DO PRONTUÁRIO	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)			8 - DATA DE NASCIMENTO	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL			9 - SEXO	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)			11 - TELEFONE DE CONTATO	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA			15 - UF	
14 - COD. IBGE MUNICÍPIO			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: ☐ 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 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			32 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
33 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			34 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			36 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO ex DHS/Des TMC Parafuso Destizante N° 90 + Parafuso de Complementação Placa DHS de 135° 12 Furos - 01. Parafusos corticais N° 36 - 03. N° 32 - 01. N° 44 - 01 B Braun - Agulha de Plano A50 - 01.				
39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE			40 - DATA DA SOLICITAÇÃO	
41 - DOCUMENTO			42 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)			44 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
45 - COD. ÓRGÃO EMISSOR			46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
47 - DOCUMENTO			48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)			50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	





RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEETSHL

NOME: **JACKSON MARQUES BATISTA TRAJANO** BE/PRONTUÁRIO: **1111255**
IDADE: **17** SEXO: ☒ MASC ☐ FEM COR: DATA: **05/10/2018**
CLÍNICA /SETOR: **ORTOPEDIA** EMP: LR:
CIRURGIA: **TTO CIRURGICO DE FRATURA DIAFISARIA DE FEMUR DIREITO**
CIRURGIÃO: **DR RENNA** 1º ASS: **DR SAVIO**
2º ASS: **DR CARLOS** 3º ASS: **MR DANIEL**
INSTRUMENTADOR: ANESTESISTA: **DRA ROSSANA**
TIPO DE ANESTESIA: **RAQUIANESTESIA** HORÁRIO INÍCIO: TÉRMINO:

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO	CID
FRATURA DIAFISARIA PROXIMAL DE FEMUR DIREITO	

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	CÓDIGO
TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DIAFISARIA DE FEMUR DIREITO	

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO: ☐ SIM ☒ NÃO

DESCRIÇÃO:

BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO: ☐ SIM ☒ NÃO

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

☒ ENFERMARIA☐ TERAPIA INTENSIVA☐ RESIDÊNCIA☐ ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM:

DATA: **05/10/2018**



RELATÓRIO DE CIRURGIA



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA
Posição e Preparo:
PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA
ASSEPSIA E ANTISSEPSIA
APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS
Incisão:
INCISÃO EM FACE LATERAL DE COXA
VIA DE ACESSO SUBVASTO LATERAL
AVULSÃO, DIVULSAO E DISSECÇÃO POR PLANOS
CUIDADOS DE HEMOSTASIA
Achados:
FRATURA DIAFISARIA PROXIMAL DE FEMUR DIREITO
Condução:
REDUÇÃO DA FRATURA SOB AUXÍLIO DE ESCOPIA
FIXAÇÃO COM PLACA DHS / 2 FUROS, PARAFUSO DESLIZANTE No 90 E 5 PARAFUSOS CORTICAIS
LAVAGEM EXAUSTIVA COM SF 0,9% + REVISÃO DE HEMOSTASIA
SUTURA POR PLANOS ANATOMICOS
CURTIVOS ESTEREIS
RX CONTROLE
Fechamento:
Observação:

Médico/CRM:

João Pessoa,

05/10/2018



Carlos F. da Costa Júnior
Téc. Enfermagem
COREN PB 080.23

FINCLASIFICO



