



Número: **0800033-05.2019.8.15.0581**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de Rio Tinto**

Última distribuição : **22/01/2019**

Valor da causa: **R\$ 9.450,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ABSON BATISTA DE ARAUJO (AUTOR)		WELLITON DOS SANTOS CAMPOS (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
18751225	22/01/2019 13:40	Petição Inicial	Petição Inicial
18751288	22/01/2019 13:40	01 AÇÃO DE COBRANÇA	Outros Documentos
18751309	22/01/2019 13:40	02 documentos pessoais, procuração e declaração de hipossuficiência	Documento de Identificação
18751374	22/01/2019 13:40	03 boletim de ocorrência policial e docs. DPVAT	Documento de Comprovação
18751390	22/01/2019 13:40	04 laudo médico parte 01	Documento de Comprovação
18751425	22/01/2019 13:40	05 laudo médico parte 02	Documento de Comprovação
18751499	22/01/2019 13:40	06 laudo médico parte 03	Documento de Comprovação
18751464	22/01/2019 13:40	07 comprovante de pagamento do seguro DPVAT	Documento de Comprovação
18751822	22/01/2019 13:40	Petição	Petição
18751865	22/01/2019 13:40	01 AÇÃO DE COBRANÇA	Outros Documentos
18751880	22/01/2019 13:40	02 documentos pessoais, procuração e declaração de hipossuficiência	Documento de Comprovação
18751888	22/01/2019 13:40	03 boletim de ocorrência policial e docs. DPVAT	Documento de Comprovação
18751934	22/01/2019 13:40	04 laudo médico parte 01	Documento de Comprovação
18751975	22/01/2019 13:40	05 laudo médico parte 02	Documento de Comprovação
18752015	22/01/2019 13:40	06 laudo médico parte 03	Documento de Comprovação
18752022	22/01/2019 13:40	07 comprovante de pagamento do seguro DPVAT	Documento de Comprovação
19952130	21/03/2019 11:29	Despacho	Despacho
20011114	23/03/2019 12:20	Documento de Comprovação	Documento de Comprovação
20011132	23/03/2019 12:20	JUNTADA DE GUIA	Documento de Comprovação

20011 138	23/03/2019 12:20	GuiaCustas	Documento de Comprovação
25221 676	16/10/2019 11:44	Despacho	Despacho
30246 092	29/04/2020 12:50	Certidão	Certidão

segue doc. em anexo.





WELLITON CAMPOS
Advocacia e Assessoria jurídica

**EXCELENTÍSSIMO (A) SENHOR (A) DOUTOR (A) JUIZ (A) DE DIREITO DA
VARA ÚNICA DA COMARCA DE RIO TINTO – PB.**

ABSON BATISTA DE ARAÚJO, brasileiro, solteiro, segurança, inscrito no CPF/MF sob número 108.857.204-90 e Registro Geral sob o N.º 3.822.996-SSP/PB, residente e domiciliado à Rua São Paulo, nº 03, Centro, Rio Tinto - PB, CEP 58297-000, por seu procurador signatário (**DOC. ANEXO**), recebendo intimações e correspondências na Rua São Pedro, nº 2203, Centro, Rio Tinto - PB, CEP 58297-000, fone: (83) 98607-5464, e-mail: wellitoncamposadv@hotmail.com, vem respeitosamente perante Vossa Excelência, propor a presente:

AÇÃO DE COBRANÇA em face de:

SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A., pessoa jurídica de Direito Privado, CNPJ: 09.248.608/0001-04, com sede na Rua Senador Dantas, N.º 74, 5º, 6º, 9º, 14º e 15º andares, Centro, Rio de Janeiro/RJ, CEP 20.031-205, pelos motivos de fato e de direito que passa a expor:

I. DA ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA:

A parte autora é hipossuficiente, não dispõe de condições financeiras para arcar com as custas processuais e honorários advocatícios sem que com isso incorra em prejuízo ao seu sustento e ao de sua família.

Dessa forma, faz-se necessário conceder e desde já se requer, a concessão do benefício da **GRATUIDADE DA JUSTIÇA**, com base no que vaticina a Lei nº 1.060/50, art. 98 e seguintes do NCPC, uma vez que o indeferimento de tal benefício impedirá a parte demandante de ter acesso à justiça. Para comprovação da situação narrada, junta-se aos autos para apreciação de Vossa Excelência, declaração feita pelo autor, afirmando-se, desde já, a veracidade do que fora subscrito.

Endereço: Rua São Pedro, nº 2203 – Centro, Rio Tinto – PB (83) 98607-5464 E-mail:
wellitoncamposadv@hotmail.com





WELLITON CAMPOS
Advocacia e Assessoria jurídica

II. DOS FATOS:

A parte autora no dia 07/08/2016, conforme consta no registro de ocorrência policial (**DOC. ANEXO**) sofreu acidente de trânsito do tipo colisão, estando na situação de condutor de uma das motocicletas quando na altura da curva do urso (entre a cidade de Marcação/PB e Baía da Traição/PB) caiu dentro de um buraco que havia na pista perdendo o controle da motocicleta e indo colidir de frente com outra motocicleta. Do evento restou o demandante com acentuadas lesões corporais.

Posteriormente ao fato, o requerente foi resgatado pelo SAMU e conduzido para o hospital de emergência e trauma da capital, onde ficou internado por quatro meses, passando por várias intervenções cirúrgicas, conforme laudo médico (**DOC. ANEXO**), sendo diagnosticado inicialmente com **POLITRAUMATISMO + FRATURA DIAFISÁRIA DO FEMUR DIREITO + FRATURA DA TIBIA DIREITA + OSTEOMIELITE CID 10 S 72 9, S 82 9 e M 86 9**. Inclusive afastando-se de suas atividades laborativas.

Ademais, necessitou o segurado, em virtude das fraturas sofridas, passar pelos seguintes procedimentos cirúrgicos, conforme se demonstra documentalmente, com (**DOC. ANEXO**):

1º - Avaliação da traumatologia, Rx da coxa direita AP e Perfil, Rx do joelho direito AP e Perfil, Rx da perna direita AP e Perfil, e tratamento cirúrgico em 16.08.2016 com limpeza cirúrgica e debridamento;

2º - Em 24.08.16, realizado retirada do fixador externo da coxa direita e colocação tração transtibial da perna direita;

3º - Em 06.09.2016, realizado redução e fixação da fratura diafisária do fêmur direito;

4º - Em 19.09.2016, realizado tratamento cirúrgico com auto-enxerto de pele parcial na perna direita;

5º - Em 10.10.2016, feito retirada do fixador externo da perna direita;

Endereço: Rua São Pedro, nº 2203 – Centro, Rio Tinto – PB (83) 98607-5464 E-mail:
wellitoncamposadv@hotmail.com





WELLITON CAMPOS
Advocacia e Assessoria jurídica

6º - Em 23.10.2016, realizado tratamento cirúrgico de retardo de consolidação dos ossos da perna direita.

7º - Foram colocados ainda na perna do requerente: 01. TMC CX DE ILIZAROV, 02. PINOS DE SHANS, 16. PORCAS, 02. TORRES DE 4, 04. ARRUELAS LISAS, 04. PARAFUSOS E 04. BARRAS ROSQUEADAS DE 10CM.

Pois bem Excelência, em decorrência das lesões sofridas e dos fatores acima expostos, **restou o requerente com acentuada limitação física, além de sentir dores intensas e constantes, tem limitação nos movimentos e na força do membro afetado**, ou seja, as atividades mais simples do dia a dia, como movimentar a perna, caminhar, praticar algum exercício físico, trabalhar, tornaram-se verdadeiramente, tarefas tormentosas de serem desempenhadas.

A parte autora, sofreu grave fratura no membro inferior direito, passando por delicados procedimentos cirúrgicos, ficando afastado das atividades habituais por prazo indeterminado.

Após buscar a reparação do dano ocasionado pelo sinistro, restou o demandante com considerável limitação física, que ainda hoje lhe impede, de forma acentuada a retomar as suas atividades normais, encontra-se debilitado, sente dores, não movimenta a perna com facilidade, sente dores, não movimenta a perna com facilidade, sente dificuldades ao erguer, flexionar e realizar qualquer outro movimento com membro afetado.

Consideráveis foram os prejuízos e as limitações ocasionadas em razão da fratura sofrida, **prejuízos esses que acompanham o requerente até os dias atuais e que possivelmente lhe acompanharão por toda a vida.** Portanto, por questão de Justiça e respeito à previsão legal, o segurado buscou amparo através de pedido de indenização **DPVAT** junto à **SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT**, tendo feito seu requerimento através da **SABEMI SEGURADORA S/A – FILIAL JOÃO PESSOA - PB**, atuando essa em nome daquela, intermediando os pedidos feitos em todo o país.

Desta forma, ocorrido o acidente de trânsito, sofrendo a parte autora lesões, no caso em tela, **COMPROVADAMENTE COM CARÁTER DE INVALIDEZ**

Endereço: Rua São Pedro, nº 2203 – Centro, Rio Tinto – PB (83) 98607-5464 E-mail:
wellitoncamosadv@hotmail.com





WELLITON CAMPOS
Advocacia e Assessoria jurídica

PERMANENTE, faz jus o mesmo ao recebimento de indenização do seguro **DPVAT/INVALIDEZ**.

Preenchendo os requisitos para o recebimento da indenização, conforme já mencionado, o autor encaminhou seu pedido à **SABEMI SEGURADORA S/A – FILIAL JOÃO PESSOA – PB**, subordinada à **SEGURADORA LÍDER**, sendo aquela controlada por esta, juntamente com os documentos pertinentes, legalmente previstos e que são costumeiramente solicitados pela ré, requerendo administrativamente a quantia a que faz jus em decorrência do Seguro Obrigatório (**DPVAT/INVALIDEZ**), o requerente teve seu pedido autuado com o número do sinistro **3180392466**.

Certo do recebimento da indenização em conformidade com a gravidade de sua invalidez, a parte autora aguardou resposta da ré. **Tamanha fora a surpresa deste quando informado do pagamento da indenização, NÃO POR SUA CONFIRMAÇÃO, o que seria inevitável, mas pelo montante pago pela demandada.**

De acordo com documento anexado, a ré efetuou o pagamento de **valor irrisório, não condizente com a gravidade da lesão sofrida pelo autor e com a invalidez permanente que este adquiriu**. Ou seja, após análise do pedido feito administrativamente, o requerente recebeu o valor de **R\$ 4.725,00** (quatro mil, setecentos e vinte e cinco reais).

Tal entendimento e enquadramento apresentado como caracterizador do pagamento, **não é condizente com a previsão legal e com a seriedade da lesão sofrida pelo autor**. O demandante permanece e permanecerá com sérias limitações desencadeadas pelas lesões ocorridas no acidente de trânsito, recebeu atendimento que constatou estas, teve acompanhamento médico, passou por procedimento cirúrgico, e mesmo assim, **restou com acentuadas limitações físicas, comprometendo de forma irreversível a realização de atividades cotidianas simples, bem como o desempenho de determinadas funções que poderia almejar**.

Conforme se demonstra Excelência, o segurado, por ora autor, juntou ao seu pedido administrativo para recebimento da indenização do seguro **DPVAT**, certidão de ocorrência policial relatando o acidente de trânsito, ficha de atendimento ambulatorial,

Endereço: Rua São Pedro, nº 2203 – Centro, Rio Tinto – PB (83) 98607-5464 E-mail:
wellitoncamposadv@hotmail.com





WELLITON CAMPOS
Advocacia e Assessoria jurídica

documentação médica atestando as lesões, e mesmo assim, teve como resposta da ré, um pagamento ínfimo, não compatível com a sua situação física e nem corretamente enquadrada na tabela de danos segmentares utilizada para este fim.

Dessa forma, resta claro que fora buscado através de procedimento administrativo, solucionar a questão e receber a indenização correta, porém, tudo foi em vão, pois injustificavelmente, a demandada efetuou o pagamento de um valor muito aquém do que deveria, não havendo outra forma do demandante alcançar o seu direito a não ser com a intervenção judicial, através da correta quantificação do valor devido e consequente condenação da ré ao pagamento deste.

III. DOS FUNDAMENTOS JURÍDICOS:

Tem-se que a parte autora ajuizou a presente ação fundada no direito assegurado pela Lei nº LEI Nº 6.194, de 19 de dezembro de 1974, prevendo esta a indenização por danos pessoais causados por veículos automotores de via terrestre.

O seguro DPVAT, comumente conhecido como seguro obrigatório, cumpre importante função social, dando um amparo mínimo às pessoas vítimas de acidente de trânsito. Foram os riscos existentes no trânsito que obrigaram o legislador a estabelecer uma espécie de seguro.

A Lei 6.194/1974 instituiu no sistema jurídico brasileiro o Seguro Obrigatório de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre – DPVAT. Posteriormente, a Lei 8.441/1992 veio ampliar a indenização, com o intuito de torná-la mais compatível com o fim ao qual se destina.

Importante citar trecho encontrado no próprio site da demandada in verbis:

O Seguro de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre, mais conhecido como Seguro DPVAT, existe desde 1974. É um seguro de caráter social que indeniza vítimas de acidentes de trânsito, sem apuração de culpa, seja motorista,

Endereço: Rua São Pedro, nº 2203 – Centro, Rio Tinto – PB (83) 98607-5464 E-mail:
wellitoncamposadv@hotmail.com





WELLITON CAMPOS
Advocacia e Assessoria jurídica

passageiro ou pedestre. O DPVAT oferece coberturas para três naturezas de danos: morte, invalidez permanente e reembolso de despesas médicas e hospitalares (DAMS).

A atual responsável pela administração do Seguro DPVAT é a Seguradora Líder-DPVAT, que tem o objetivo de assegurar à população, em todo o território nacional, o acesso aos benefícios do Seguro DPVAT.

O pagamento da indenização é feito em conta corrente ou poupança da vítima ou de seus beneficiários, em até 30 dias após a apresentação da documentação necessária. O valor da indenização é de R\$ 13.500 no caso de morte e de até R\$ 13.500 nos casos de invalidez permanente, variando conforme o grau da invalidez, e de até R\$ 2.700 em reembolso de despesas médicas e hospitalares comprovadas. O prazo para solicitar a indenização por Morte é de até 3 anos contados da data do óbito. Para despesas médicas (DAMS): a contagem do prazo prescricional se inicia a partir da data do acidente. No caso de indenização por Invalidez Permanente este prazo é de 3 anos a contar da ciência da Invalidez Permanente pela vítima.

Os recursos do Seguro DPVAT são financiados pelos proprietários de veículos, por meio de pagamento anual. Do total arrecadado, 45% são repassados ao Ministério da Saúde (SUS), para custeio do atendimento médico-hospitalar às vítimas de acidentes de trânsito em todo país. 5% são repassados ao Ministério das Cidades (DENATRAN), para aplicação exclusiva em programas destinados à prevenção de acidentes de trânsito. Os demais 50% são voltados para o pagamento das indenizações e reservas.

*Sendo assim Excelência, fazem jus ao recebimento de indenização coberto **pelo seguro DPVAT**, todas as vítimas de acidente de trânsito que se enquadrem nas hipóteses previstas no art. 3º da Lei 6.194/74.*

Cite-se o art. 3º do referido diploma legal in verbis:

Art. 3º Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art. 2º desta Lei compreendem as indenizações por morte, por invalidez permanente, total ou parcial, e

Endereço: Rua São Pedro, nº 2203 – Centro, Rio Tinto – PB (83) 98607-5464 E-mail:
wellitoncamposadv@hotmail.com





WELLITON CAMPOS
Advocacia e Assessoria jurídica

por despesas de assistência médica e suplementares, nos valores e conforme as regras que se seguem, por pessoa vitimada:

I - R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de morte;

II - Até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de invalidez permanente; e

III - até R\$ 2.700,00 (dois mil e setecentos reais) - como reembolso à vítima - no caso de despesas de assistência médica e suplementares devidamente comprovadas.

Em consonância com a Lei e enquadrando-se no caso em tela, importante se faz, mencionar Jurisprudência do Egrégio Tribunal de Justiça do Estado Rio Grande Sul, deixando evidente e indiscutível o direito ao qual pleiteia o demandante:

APELAÇÃO CÍVEL. SEGUROS. DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. INVALIDEZ PERMANENTE. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO DEVIDA. GRADUAÇÃO DA INVALIDEZ. 1. Demonstrada a ocorrência do acidente e da invalidez permanente da parte autora, nos termos do art. 5º, caput, da Lei nº 6.194/74, é devida a indenização securitária. 2. Graduação da invalidez. Mostra-se necessária a graduação da invalidez para fins de cobrança do seguro obrigatório DPVAT. Questão pacificada em razão do julgamento do REsp 1.246.432, submetido ao regime dos Recursos Repetitivos (art. 543-C do Código de Processo Civil) e Súmula 474 do STJ. 3. Complementação de indenização devida, considerando o grau de invalidez apurado na perícia judicial e o pagamento administrativo realizado. 4. Correção monetária incidente a partir do pagamento administrativo. Sentença reformada, no ponto. 5. Distribuição da sucumbência mantida, considerado o decaimento das partes. APELAÇÃO PARCIALMENTE PROVIDA. (Apelação Cível Nº 70069102705, Quinta Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Isabel Dias Almeida, Julgado em 29/06/2016). (grifou-se).

APELAÇÃO. SEGUROS. AÇÃO DE COBRANÇA. SEGURO OBRIGATÓRIO (DPVAT). INDENIZAÇÃO PAGA NA VIA ADMINISTRATIVA. COMPLEMENTAÇÃO DEVIDA. Presente prova de que a extensão das lesões é

Endereço: Rua São Pedro, nº 2203 – Centro, Rio Tinto – PB (83) 98607-5464 E-mail:
wellitoncamposadv@hotmail.com





WELLITON CAMPOS
Advocacia e Assessoria jurídica

superior ao constatado na perícia administrativa, imperiosa se faz a complementação da indenização securitária decorrente do seguro obrigatório DPVAT. Precedentes. APELO DESPROVIDO. UNÂNIME. (Apelação Cível Nº 70067253906, Sexta Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Rinez da Trindade, Julgado em 07/04/2016). (grifou-se).

APELAÇÃO CÍVEL. SEGUROS. DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. INVALIDEZ PERMANENTE. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO DEVIDA. GRADUAÇÃO DA INVALIDEZ. 1. Demonstrada a ocorrência do acidente e da invalidez permanente da parte autora, nos termos do art. 5º, caput, da Lei nº 6.194/74, é devida a indenização securitária. 2. Graduação da invalidez. Mostra-se necessária a graduação da invalidez para fins de cobrança do seguro obrigatório DPVAT. Questão pacificada em razão do julgamento do REsp 1.246.432, submetido ao regime dos Recursos Repetitivos (art. 543-C do Código de Processo Civil) e Súmula 474 do STJ. 3. Complementação de indenização devida, considerando o grau de invalidez apurado na perícia e o pagamento administrativo realizado. 4. Descabida correção do valor da indenização do seguro DPVAT. RECURSO PARCIALMENTE PROVIDO, EM DECISÃO MONOCRÁTICA. (Apelação Cível Nº 70066950957, Quinta Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Isabel Dias Almeida, Julgado em 10/02/2016) (grifou-se).

Dessa forma, comprovado o acidente de trânsito, restando o demandante com lesões que lhe causaram invalidez parcial permanente, é incontestável o direito do mesmo ao recebimento de indenização correspondente ao grau de sua invalidez, conforme entendimento do Respeitável Superior Tribunal de Justiça in verbis:

Súmula 474

“A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.”

Para tanto, conforme tabela abaixo, faz-se necessário o correto enquadramento da invalidez acometida pela parte autora, procedimento este a ser alcançado através de perícia médica a ser designada por Vossa Excelência.

Endereço: Rua São Pedro, nº 2203 – Centro, Rio Tinto – PB (83) 98607-5464 E-mail:
wellitoncamposadv@hotmail.com





WELLITON CAMPOS
Advocacia e Assessoria jurídica

(Incluído pela Lei nº 11.945, de 2009).

(Produção de efeitos).

(Art. 3º da Lei nº 6.194, de 19 de dezembro de 1974)

Danos Corporais Totais

Percentual

Repercussão na Íntegra do Patrimônio Físico

da Perda

Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores

Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés

Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior

Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral

Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental

100

alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre

deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfincteriano; (d)

comprometimento de função vital ou autonômica

Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais,

pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis

de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de

qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital

Danos Corporais Segmentares (Parciais)

Percentuais

Repercussões em Partes de Membros Superiores e Inferiores

Endereço: Rua São Pedro, nº 2203 – Centro, Rio Tinto – PB (83) 98607-5464 E-mail:
wellitoncamosadv@hotmail.com





WELLITON CAMPOS
Advocacia e Assessoria jurídica

das Perdas

Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos

70

Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores

Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés

50

Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo

Polegar

25

Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo

Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da

Mão

10

Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé

Danos Corporais Segmentares (Parciais)

Percentuais

Outras Repercussões em Órgãos e Estruturas Corporais

das Perdas

Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou

50

da visão de um olho

Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral

25

Perda integral (retirada cirúrgica) do baço

Endereço: Rua São Pedro, nº 2203 – Centro, Rio Tinto – PB (83) 98607-5464 E-mail:
wellitoncamposadv@hotmail.com





WELLITON CAMPOS
Advocacia e Assessoria jurídica

10

Ante o exposto, em consonância com o previsto na lei 6.194/74, merece acolhimento o pleito autoral, a fim de que seja condenada a parte ré ao pagamento de complementação de indenização do seguro DPVAT à parte autora, **montante este a ser quantificado através de perícia médica e posterior enquadramento de invalidez na tabela de danos segmentares**, ainda, com valor corrigido pelo IGP-M a contar da data do sinistro.

IV. DOS PEDIDOS:

ANTE O EXPOSTO, evidenciados o interesse e a legitimidade da parte autora para o ajuizamento da presente Ação, bem assim a possibilidade jurídica do pedido e preenchidos todos os requisitos da Petição Inicial, previstos no artigo 319 do Código de Processo Civil, **REQUER:**

4.1. Nos termos da Lei 1.060/50 e Art. 98 e seguintes do Código de Processo Civil, considerando que a parte autora não dispõe dos recursos para custear o processo, sem prejuízo do seu sustento ou de sua família, **os benefícios da assistência judiciária gratuita;**

4.2. Seja recebida a presente, autuada e conforme Art. 246 inc. I do Código de Processo Civil, determine-se a citação da demandada no endereço já citado no preâmbulo desta Ação, através de carta AR/MP na pessoa de seu representante legal, para vir responder, querendo, no prazo legal a presente ação, sob pena de revelia, quando, então ao final, deverão ser julgados procedentes os pedidos;

4.2.1. Conforme previsão no Art. 319 VII do Código de Processo Civil, a parte autora desde já, em virtude da necessidade de realização de perícia médica, manifesta que não possui interesse na realização de audiência de conciliação;

4.3. Se digne Vossa Excelência em nomear perito, conforme art. 465 do Código de Processo Civil, a fim de que seja ratificada a constatação da invalidez permanente

Endereço: Rua São Pedro, nº 2203 – Centro, Rio Tinto – PB (83) 98607-5464 E-mail:
wellitoncamposadv@hotmail.com





WELLITON CAMPOS
Advocacia e Assessoria jurídica

remanescente na parte demandante e posteriormente quantificado o real valor devido ao autor;

4.4. Devidamente processado o feito, com o respeito ao devido processo legal, seja a presente ação julgada **PROCEDENTE** para:

4.4.1. Seja declarada devida à parte autora o pagamento da **complementação de indenização** correspondente ao seguro **DPVAT – Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre;**

4.4.2. Condenar a demandada ao pagamento de complementação de indenização referente ao seguro DPVAT, com atualização monetária desde o evento danoso. Sendo que a diferença do valor pago administrativamente para o valor que efetivamente deveria ter sido pago, deve ser quantificado, levando-se em consideração a perícia médica a ser realizada, com posterior enquadramento na tabela de danos segmentares constante no art. 3º da Lei 6.194/74;

4.4.3. Condenar a ré ao pagamento de custas judiciais e honorários advocatícios a serem arbitrados por Vossa Excelência;

5. Requer ainda, a produção de todos os meios de prova admitidos em lei, **especialmente prova pericial**, documental e outras que se fizerem necessárias no decorrer da instrução processual.

5.1. Requer, por fim, o cadastramento do advogado Welliton dos Santos Campos (OAB/PB 22.818), para receber intimações, sob pena de nulidade.

Dá se a causa o valor de R\$ 9.450,00 (nove mil e quatrocentos e cinquenta reais).

Termos em que

Endereço: Rua São Pedro, nº 2203 – Centro, Rio Tinto – PB (83) 98607-5464 E-mail:
wellitoncamposadv@hotmail.com





WELLITON CAMPOS
Advocacia e Assessoria jurídica

Pede deferimento.

Rio Tinto/PB, 21 de Janeiro de 2018.

Welliton dos Santos Campos

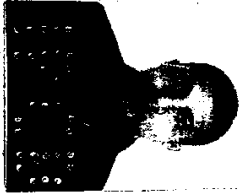
Advogado OAB/PB 22.818

Endereço: Rua São Pedro, nº 2203 – Centro, Rio Tinto – PB (83) 98607-5464 E-mail:
wellitoncamposadv@hotmail.com



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

V-02
P-005

Abson Batista de Araújo
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

REGISTRO 3.622.995 -2 VIA DATA DE EMISSÃO 06/03/2011
NOME ABSON BATISTA DE ARAÚJO
MOMILSON FREIRE DE ARAUJO
MONICA SANTOS BATISTA
RAÇA/RACIALEZA
DATA DE NASCIMENTO 21/11/1992
NASCIMENTO NASC.N. 3687 FLS. 266 LIV. A-7
CARTÓRIO BAIA DA TRAIÇÃO-PB
108.857.204-90
LEI Nº 7.116 DE 29-08-89

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
CPF
CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Número de Inscrição
108.857.204-90

Nome
ABSON BATISTA DE ARAUJO

Nascimento
21/11/1992





WELLITON CAMPOS

Advocacia

PROCURAÇÃO AD JUDICIA

OUTORGANTE: Albom Batista de Araújo, brasileiro, solteiro, segurança, RG nº 3822.996-SSP/PB e do CPF nº 108.857.204-90, residente e domiciliado à Rua São Paulo, nº 03, Centro, Rio Tinto - PB, CEP: 58.297-000.

OUTORGADO: pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e advogado **WELLITON DOS SANTOS CAMPOS**, brasileiro, casado, Advogado inscrito na OAB/PB sob o nº 22.818, com endereço profissional localizado na Rua São Pedro, nº 2203, Centro, na cidade de Rio Tinto/PB, CEP 58297-000, onde recebe intimações, notificações e demais avisos judiciais.

DOS PODERES: A quem confere amplos e ilimitados poderes para o foro em geral, com a cláusula "AD JUDICIA", a fim de que agindo em conjunto ou separadamente, possa defender os interesses do (a) outorgante em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, repartição pública, autarquia ou entidade paraestatal, podendo propor ação competente em que o(a) outorgante seja autor(a) reclamante e defendendo-o(a) quando for réu nas contrárias, interessado(a) ou requerido(a), seguindo umas e outras, até final decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os nos que se fizerem necessários e/ou oportunos. Conferindo-lhe, ainda, poderes especiais para confessar, desistir, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, prestar declarações, receber citação; devendo o outorgado defender os interesses e direitos do outorgante, podendo ainda substabelecer esta a outrem, com ou sem reservas de poderes; praticando todos os atos necessários para o bom e fiel desempenho deste mandato, dando tudo por bom, firme e valioso.

Rio Tinto - PB, 16 de Janeiro de 2019.

Albom Batista de Araújo
OUTORGANTE

Endereço: Rua São Pedro, nº 2203 - Centro, Rio Tinto - PB
Tel.: (83) 9 8607-5464 oi (zap), (83) 9 8166-4443 vivo
Email: wellitoncamposadv@hotmail.com





WELLITON CAMPOS
Advocacia e Assessoria jurídica

DECLARAÇÃO

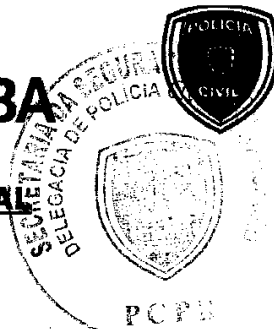
Eu, **ABSON BATISTA DE ARAÚJO**, brasileiro, solteiro, segurança, inscrito no CPF/MF sob número 108.857.204-90 e Registro Geral sob o N.º 3.822.996-SSP/PB, residente e domiciliado à Rua São Paulo, nº 03, Centro, Rio Tinto - PB, CEP 58297-000, **DECLARO** a quem interessar e para todos os fins de direito, sob pena de ser responsabilizado criminalmente por falsa declaração, que sou pobre no sentido jurídico do termo, pois não possuo condições de pagar as custas e despesas do processo, assim como os honorários advocatícios, sem prejuízo de meu sustento próprio e de minha família, necessitando, portanto, da gratuidade da Justiça, nos termos do artigo 98 do Código de Processo Civil.

Rio Tinto-PB, 17 de Janeiro de 2018.

Abson Batista de Araújo

DECLARANTE





BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Livro nº 002/2018

Ocorrência nº. 232/2018

Aos 17 dias de JULHO de DOIS MIL E DEZOITO, nesta cidade de RIO TINTO/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **NORIVAL GOMES PORTELA FILHO**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrivão(o) AD-HOC, aí, por volta 11h:55min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

ABSON BATISTA DE ARAÚJO, conhecido por ABSON, Identidade nº 3.822.996-SSP/PB, CPF nº 108.857.204-90, nacionalidade brasileira, estado civil: solteiro, profissão: segurança, filho(a) de Ademilson Freire De Araujo, natural de Rio Tinto/PB, nascido(a) em 21/11/1992 (26 anos de idade), do sexo masculino, residente e domiciliado(a) no(a) Rua São Paulo Nº 03, tendo como ponto de referência: cinco ruas, na cidade de RIO TINTO/PB, fone(s) para contato: 98804-7549.

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

- 1) NATUREZA DO FATO: acidente automobilístico;
- 2) DATA DO FATO: 07 de 08 de 2016;
- 3) HORÁRIO: 14h:0min;
- 4) LOCAL: rodovia estadual PB 041- na altura da curva do urso, entre rio tinto e marcação.

5) BREVE RESUMO DO FATO:

Que trafegava na rodovia PB-041, com sua motocicleta com sentido rio tinto à baía da traição/PB moto honda NXR 150 broz ES, cor amarela ano/modelo 2007/2008, placa MON-9197/PB, chassi nº 9C2KD03308R010518, quando na altura da curva do urso caiu dentro de um buraco que havia na pista perdendo o controle da mesma e indo a colidir de de frente com outra motocicleta honda FAN de placa OEV-7287/PB que era conduzida por Ronaldo Cavalcante da Silva, vindo ao solo; Que foi socorrido pelo SAMU e conduzido para o hospital de emergência e trauma da capital, onde ficou internado por quatro meses, onde passou por varias intervenções cirurgicas conforme laudo médico.

6) OBSERVAÇÕES:

Que apresentou laudo médico e documentos do veículo.

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

Abson Batista de Araujo

ABSON BATISTA DE ARAUJO
Comunicante

Escrivão(o) Agente
Matrícula nº 137.230-1

APC Marcus Vinício dos Santos Filho
Comissário de Polícia
Mat 137.230-1



PIMENTEL
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL
Notas - Protestos de Títulos - Registro de Imóveis
Registro de Títulos e Documentos e Processos Judiciais

ADSON HUGO PIMENTEL
- TITULAR -
Rua da Margareta, 28 - Centro - Rio Tinto - Paraíba
55.207-000 Fone: (51) 3291-2942 ou pimentel@pimentel.com

Reconheço, como autêntico e verdadeiro, a(s) assinatura(s) de:.....
ABSON BATISTA DE ARAUJO.....
Em testada verdadeira, Rio Tinto-PB 07/07/2016 14:57:41
Lucas Fernandes Oliveira - Escrevente
(2018-00040) JENILIAS 19, 28 FARPENTIN 0, 26 FEPORA 1, 50
SELO DIGITAL: AMH01016-UNF2
Confira a autenticidade em: <http://selodigital.tint.pb.gov.br>

Lucas Fernandes Oliveira
Escrevente Autorizado



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário com 16 ou 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASI

CPF da Vítima

0.800.000.0000

Nome completo da vítima

ABSON BATISTA DE ARAÚJO

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo ABSON BATISTA DE ARAÚJO		CPF titular da conta 108.857.204-90	Profissão SEGURANCA
Endereço RUA SÃO PAULO		Número 03	Complemento 5 RUAS
Bairro CENTRO	Cidade RIO TINTO	Estado PB	CEP 58297-000
Email wellitoncamposadv@hotmail.com		Telefone (DDD) (83) 98604-5464	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR	☐ SEM RENDA	☐ ATÉ R\$ 1.000,00	☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341) ☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos) BANCO Nome _____ NRO _____ AGÊNCIA NRO. _____ D/V _____ NRO. _____ D/V _____ (Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

João Pessoa de Agosto de 2018
Local e Data

x. Abson Batista de Araújo
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

¹ Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu WELLITON DOS SANTOS CAMPOS inscrito (a) no CPF/CNPJ 066.863.524-03 /
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário ABSON BATISTA DE ARAÚJO inscrito
(a) no CPF sob o Nº 108.854.204-90 / do sinistro de DPVAT cobertura _____ da Vítima
ABSON BATISTA DE ARAÚJO inscrito (a) no CPF sob o Nº 108.854.204-90 / conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	Número	Complemento
RUA GOVERNADOR ANTÔNIO MARIZ	03.28	CONJ. BEIRA RIO
Bairro	Estado	CEP
CENTRO	PB	58297-000
Cidade	Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)
RIO TINTO		(83) 98607-5464
Email		
wellitonscamposadua@hotmail.com		

Feito em 03 de Ago de 2018
Local e Data

Welliton dos Santos Campos
Assinatura do Declarante

DLDR.L001 V001 2017



PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)

OUTORGANTE:

Nome: ABSON BATISTA DE ARAÚJO

Nacionalidade: BRASILEIRO

Estado Civil: SOLTEIRO

Identidade: 5.822.996-2ª VIA

CPF: 108.854.204-30

Profissão: VICILANTE

Endereço: RUA SDO COELHO 1-05

CEP: 58.294-000

Telefone: (83) 93068-3245

OUTORGADO:

Nome: WELLITON DOS SANTOS CAMPOS

Nacionalidade: BRASILEIRO

Estado Civil: CASADO

Identidade: 2981023-5ª VIA

CPF: 000.663.524-03

Profissão: ABRIGADO

Endereço: RUA GOVERNADOR ANTONIO MARIE 605 JOR

CEP: 58.294-000

Telefone: (83) 98502-5454

Pelo presente instrumento, partico de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre pericia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização do SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT para a nome ABSON BATISTA DE ARAÚJO

Rio Preto PB, 27 DE JULHO DE 2018
Local e data

Welliton dos Santos Campos

Assinatura do OUTORGANTE

(Reconhecer firma por autenticidade/verdadeiro)



PIMENTEL
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL
Notas - Protocolos de Títulos - Registro de Imóveis
Registro de Títulos e Documentos e Pessoa Jurídica

ADSON HUGO PIMENTEL

TITULAR
Rua de Mangabera, 25 - Centro - Rio Preto - Paraíba
56.297-000 Fone: (83) 3291-2342 em pimentel@gmail.com

Assinatura Autógrafa
Assinatura Autógrafa



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

ABSON BATISTA DE ARAÚJO

CPF da Vítima

108.857.204-90

Data do Acidente

07/08/2016

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

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

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

João Paulo 02 de Agosto de 2018
Local e Data

Abson Batista de Araújo
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, ABSON BATISTA DE ARAÚJO,
RG nº 3.822.996, data de expedição 06/03/14,
Órgão SSP-PB, portador do CPF nº 308.857.204-90, com
domicílio na cidade de RIO TINTO, no Estado de
PARAIBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA SÃO PAULO, nº 03,
complemento 5 RUAS, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima ABSON BATISTA DE ARAÚJO, cujo o condutor era
ABSON BATISTA DE ARAÚJO.

Veículo: MOTOCICLETA
Modelo: HONDA/NXR 150 BROS ES
Ano: 2007/2008
Placa: MON 9394-PB
Chassi: 9C2KD03308RD30538
Data do Acidente: 07/08/2016
Local e Data: RIO TINTO - PB, EM 27/07/2018

x Abson Batista de Araujo.
Assinatura do Declarante

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



PIMENTEL
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL
Notas - Protests de Títulos - Registro de Imóveis
Registro de Títulos e Documentos e Pessoas Jurídicas

ADSON HUGO PIMENTEL
- TITULAR
Rua da Margareta, 29 - Centro - Rio Tinto - Paraíba
55.207-000 Fone: (51) 3291-2342 adsonpimentel@gnail.com

Reconhecido, como autêntica e verdadeira, a(s) Firmante(s) de:
ABSON BATISTA DE ARAÚJO*****

Em test. da verdade, Rio Tinto-PB 27/07/2018 14:55:32
Lucas Fernandes Oliveira - Escrevente
(2018-002430)EML:R\$ 19,48 FARPEN:R\$ 0,28 FEPT:R\$ 1,90
SELG DIGITAL: AHH01717-SU04
Confira a autenticidade em: <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Lucas Fernandes Oliveira
Escrevente Autorizado





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

LAUDO MÉDICO

OBS: DADOS EXTRAÍDOS DO BE nº 938694 e PRONTUÁRIO nº 96814

PACIENTE: ABSON BATISTA DE ARAÚJO

DATA DE NASCIMENTO: 21.11.91

Data e Hora do Atendimento: 07.08.16

Horário: 16:46h

MOTIVO(S) DO ATENDIMENTO: Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta trazido pelo SAMU apresentando quadro de dor na coxa direita, extremidade distal do membro superior direito enfaixada, fratura exposta na perna direita e tornozelo. Atendido pelo Dr. Heisenberg Almeida CRM 6229, Dr. Hellosman B. Dias Junior CRM 10251, Dr. Ricardo Barros Cardoso CRM 3974, Dr. Roberto Santos CRM 1590, Dra. Jéssyka Emília F. Rabelo CRM 10045.

DIAGNÓSTICO INICIAL: POLITRAUMATISMO + FRATURA DIAFISÁRIA DO FEMUR DIREITO + FRATURA DA TIBIA DIREITA + OSTEOMIELITE
CID 10 S 72 9, S 82 9 e M 86 9

RESUMO DOS PRINCIPAIS EXAMES E PROCEDIMENTO(S) REALIZADO(S):
Primeiro atendimento, avaliação da traumatologia, Rx da coxa direita AP e Perfil, Rx do joelho direito AP e Perfil, Rx da perna direita AP e Perfil, e tratamento cirúrgico em 16.08.16 com limpeza cirúrgica e debridamento. Em 24.08.16 realizado retirada do fixador externo da coxa direita e colocação tração transtibial da perna direita. Em 06.09.16 realizado redução e fixação da fratura diafisária do fêmur direito. Em 19.09.16 realizado tratamento cirúrgico com auto-enxerto de pele parcial na perna direita, em 10.10.16 feito retirada do fixador externo da perna direita, em 23.10.16 realizado tratamento cirúrgico de retardo de consolidação dos ossos da perna direita.

ALTA HOSPITALAR: 17.12.16

Data da Emissão: 20.04.17

DR. GLENDER TERCIO TRINDADE
AUDITOR CVB/HEALTH
CRM - 3920

Dr. Glender Tércio G. G. da Trindade
Médico Auditor - HETSHL
Mat. 29.031-9/ CRM- 3920

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





Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

ACOLHIMENTO, sn - - CNES: 123312 - Tel.:

Boletim de Atendimento: 938694



Identificação do paciente				Sexo
ID	Nome	Estado civil	Religião	Masculino
1067490	ABSON BATISTA DE ARAUJO	SOLTEIRO(A)	NAO INFORMADA	Prontuário
Data de nascimento	Idade	Pai	Responsável (Parentesco)	
21/11/1991	24 anos 8 meses 17 dias	ADEMILSON FREIRE DE ARAUJO	MONICA SANTOS BATISTA - MAE	
Mãe	Escolaridade	DDD Fixo	Fone Fixo	
MONICA SANTOS BATISTA	FUNDAMENTAL COMPLETO			
DDD Móvel	Fone Móvel	Nº Cns	UF	
83	988846294	708405200111664	PB	
Tipo documento	Numero documento	Tipo	UF	
NAO INFORMADO		MUNICIPIO	PB	
Local de procedência	Naturalidade	CBOR		
MARACAO	RIO TINTO			
Email				
Endereço				
CEP	Município de residência	UF	Logradouro	
58297000	RIO TINTO	PB	SAO PAULO	
Numero	Complemento	Bairro		
03		CENTRO		
Admissão				
Data e Hora	Numero da pulseira	Convênio		
07/08/2016 16:46:40	1000005634018	SUS		
Especialidade	Clinica			
CLINICA GERAL	CLINICA TRAUMA E GERAL			
Classificação de risco	Origem do paciente			
	RUA			
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento	Detalhe do acidente		
URGENCIA	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	MOTO X MOTO		
Indicadores e Transporte				
Caso policial	Plano de saúde	Veio de ambulância	Trauma	
Não	Não	Sim	Não	
Meio de transporte	Quem transportou			
SAMU	NAO INFORMADO			
Sinais Vitais				
PA	Pulso	Temperatura		
120 x 80 mmHg	87			
Exames complementares				
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []
Dados clínicos				
Atendimento por				
MAYARA LACERDA ARAUJO RIBEIRO				
Tempo				
03min 02seg				

Handwritten notes:

- PA 120 x 80 mmHg
- Pulso 87
- Temperatura 36,2
- Exames complementares: Raio X [], Sangue [], Urina [], TC [], Liquor []
- Dados clínicos: 07/08/2016, 16:46:40, 1000005634018
- Atendimento por: MAYARA LACERDA ARAUJO RIBEIRO
- Tempo: 03min 02seg
- Diagnóstico: NS, PC, PA, FA, CID
- Assinado eletronicamente por: WELLITON DOS SANTOS CAMPOS - 22/01/2019 13:25:40
- http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19012213204088400000018246946
- Num. 18751390 - Pág. 2



19012213204088400000018246946





CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA



1000005634870 BE.: 938694
ARZON BATISTA DE ARAUJO
DT. NASC.: 21/11/1991
MAE: MONICA SANTOS BATISTA

SHL

END.: SAO PAULO
N. 83 - CENTRO
RIO TINTO
FONE: ()
CELULAR: (83) 988846284
IDADE: 24
DT. ENTRADA:

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

B.E./PRONT

NOME DO PACIENTE:

PROCEDÊNCIA: ☐ Domicílio ☒ Ambulância de resgate ☐ Ambulância SAMU

TIPO DE ACIDENTE: ☒ Moto ☐ Automóvel ☐ Ônibus ☐ Bicicleta ☐ Atropelamento
☐ Envenenamento ☐ Incêndio ☐ Explosão ☐ Arma de Fogo ☐ Arma branca ☐ Outros:

TIPO DE LESÃO: ☒ Fratura fechada ☐ Ferimento aberto ☐ Esmagamento ☐ Laceração ☐ Queimadura
☐ Mordedura ☐ Objeto encravado ☐ Ferimento contínuo ☐ Amputação membro ☐ Outros:

LOCAL DA LESÃO: ☐ Membros sup. ☒ Membros inf. ☐ Tronco ☐ Cabeça e pescoço ☐ Outros:

DADOS CLÍNICOS (sintomas)

DATA DE INÍCIO DOS SINTOMAS: / /

AME FÍSICO

PA: / mmHg

P: bpm

SpO2: %

Tax: /min

Sistema Neurológico:

Nível de Consciência:

☒ Consciente

☐ Inconsciente

☒ Orientado

☐ Desorientado

Avaliação das pupilas:

Simetria: ☒ Isocóricas

☐ Anisocóricas

Tamanho: ☐ Midríase

☐ Miose

Sistema Respiratório:

☐ Ventilação invasiva

☒ Ventilação espontânea

☐ Vias aéreas pervias

☐ Traqueostomia

☐ Respiração rápida

☐ Obstrução parcial das vias aéreas

☐ Respiração ruidosa

☐ Suporte ventilatório não invasivo

☐ Obstrução total das vias aéreas

Sistema Circulatório:

☐ Pulso ausente

☐ Pele fria e úmida

☒ Perfusão tissular satisfatória

☐ Taquicardia

☐ Bradicardia

☐ Perfusão tissular comprometida

☐ Palidez

☐ Outros:

Sistema Digestório:

☐ HDA

☐ Uso de SNG

☐ Vômitos

☐ Dor à palpação superficial

☐ HDB

☐ Corpo estranho

☐ Dor à palpação profunda

Outros:

☐ Rigidez abdominal

☐ Distensão abdominal

Sistema Genito-urinário:

☐ Distúria

☐ Hematúria

☐ Oligúria

☐ Poliúria

☐ SVD

☐ Outros:

FÓRICO CLÍNICO E CIRÚRGICO:

☐ Hipertensão

☐ Diabetes

☐ Câncer

☐ Alergias

☐ Cirurgias

☐ Internações

☐ Outros:

Especificar:

USO DE MEDICAÇÃO?

☐ Sim

☐ Não

Especificar:

HORÁRIO DA ÚLTIMA REFEIÇÃO:

IMUNIZADO CONTRA O TÉTANO?

☐ Sim

☐ Não

OUTRAS INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

paciente internado pelo SAMU com histórico de acidente de moto frontal, com
uma vítima (Frederico) mortalidade. Ferimentos de ferimentos MTO fechado e
exposto de ribe. segue sob cuidados de enfermeiro. Cel 122458.

ASSINATURA:

ENFERMEIRO:

COREN:

F(NG).ENF.022-1



Assinado eletronicamente por: WELLITON DOS SANTOS CAMPOS - 22/01/2019 13:25:40

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19012213204088400000018246946

Número do documento: 19012213204088400000018246946



Primeiro Atendimento Médico



180005634018 BE: 938694

ARSON BATISTA DE ARAUJO
DT. NASC.: 21/11/1981
MRE: MONICA SANTOS BATISTA

END.: SAO PAULO
N. 83 - CENTRO
RIO TINTO
FONE: ()
CELULAR: (03) 98846284
IDADE: 24
DT. ENTRADA:

PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

NOME DO PACIENTE:

IDADE:

DADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA

Vítima de colisão moto-moto. Fazia uso de capacete. Paciente c/ membro inferior direito imobilizado e imobilizado. Ferimento de SAO tipo fratura exposta em perna D e tornozelo. Paciente queixa-se de dor em coxa D. Nega outras queixas.

SINAIS PRIMÁRIOS

VIAS ☒ Pervas ☐ Obstruídas
CERVICAL IMOBILIZADA: ☒ Sim ☐ Não
VENTILAÇÃO:
TRAQUEIA NA LINHA MEDIANA ☒ Sim ☐ Não
RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA ☒ Sem dificuldade
☐ Com dificuldade

VENTILAÇÃO MECÂNICA

APNEIA

AUSCULTA PULMONAR:

1- MURMÚRIO VESICULAR

HTD ☒ Presente e normal
☐ Rude
☐ Diminuído
☐ Ausente
HTE ☒ Presente e normal
☐ Rude
☐ Diminuído
☐ Ausente

RUIDOS

☒ Sim
☐ Não
HTD ☐ Roncos
☐ Sibilos
☐ Estertores
HTE ☐ Roncos
☐ Sibilos
☐ Estertores
imp SaO₂ %

CIRCULAÇÃO

COR DA PELE: ☒ Normal ☐ Pálida ☐ Cianótica
☐ Pletórica ☐ Ictérica
TEMPERATURA DA PELE ☒ Normal ☐ Quente ☐ Fria
PULSO ☐ Normal ☐ Aumentado
☐ Fino ☐ Ausente

AUSCULTA CARDÍACA

RÍTMO ☐ Regular ☐ Irregular ☐ Ausente
BULHAS ☐ Normotonéticas ☐ Hipofonéticas
☐ Hipofonéticas ☐ Ausente
SOPRO ☐ Presente ☐ Ausente
BE OU B4 ☐ Sim ☐ Não

FC: ___ bpm PA: ___ X mmHg T: ___ °C

ECG:

ABDOMEN: procedo indolor

EXAME NEUROLÓGICO

Paralisia: ☒ Fotorreagente ☐ Paralisadas ☒ Isocóricas ☐ Anisocóricas (diferença = ___ mm)

Escala de Glasgow 15

ABERTURA OCULAR		MELHOR RESPOSTA VERBAL ESCALA VERBAL PEDIÁTRICA (<4anos)		MELHOR RESPOSTA MOTORA	
Esponânea	4	Consciente / Palavras apropriadas, sorriso social, fixa e segue objetos	5	Obedece aos comandos	6
A solicitação verbal	3	Confuso / Chora, mas é consolável	4	Localiza a dor	5
Ao contínuo estímulo	2	Palavras inapropriadas / Irritado (persistente)	3	Retira o Membro	4
Nenhuma	1	Sons incompreensíveis / Inquieto	2	Flexão anormal (decorticação)	3
		Nenhuma / Nenhuma	1	Extensão Anormal (decerebração)	2
				Nenhuma	1
TOTAL:					

F(NG).CC.001-1



Assinado eletronicamente por: WELLITON DOS SANTOS CAMPOS - 22/01/2019 13:25:40

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19012213204088400000018246946

Número do documento: 19012213204088400000018246946



07/08/16. 17:00

- Paciente nega alergia
- 1º atendimento da cirurgia
- Tramadol 100 mg + 100 ml SF0,9%, EV lento 17:15
- Parecer da Ortopedia
- Alta da cirurgia
- Hb/Ht + tipagem sanguínea.

Dr. Roberto Chianca de Carvalho Filho
Med. Cir.
CRM-PR 00002





AValiação de enfermagem

B.E./PRONTUÁRIO

NOME DO PACIENTE:	IDADE:	DATA:
-------------------	--------	-------

PROCEDÊNCIA: ☐ Domicílio ☐ Ambulância de resgate ☐ Ambulância SAMU ☐ Polícia

TIPO DE ACIDENTE: ☐ Moto ☐ Automóvel ☐ Ônibus ☐ Bicicleta ☐ Atropelamento
☐ Envenenamento ☐ Incêndio ☐ Explosão ☐ Arma de Fogo ☐ Arma branca ☐ Outros:

TIPO DE LESÃO: ☐ Fratura fechada ☐ Ferimento aberto ☐ Esmagamento ☐ Laceração ☐ Queimadura
☐ Mordedura ☐ Objeto encravado ☐ Ferimento contínuo ☐ Amputação membro ☐ Outros:

LOCAL DA LESÃO: ☐ Membros sup. ☐ Membros inf. ☐ Tronco ☐ Cabeça e pescoço ☐ Outros:

DADOS CLÍNICOS (sintomas)

DATA DE INÍCIO DOS SINTOMAS: / /

EXAME FÍSICO PA: ____ / ____ mmHg P: ____ bpm SpO2: ____ Tax: ____

Sistema Neurológico:
Nível de Consciência: ☐ Consciente ☐ Inconsciente ☐ Orientado ☐ Desorientado

Avaliação das pupilas: Simetria: ☐ Isocóricas ☐ Anisocóricas Tamanho: ☐ Midríase ☐ Miose

Sistema Respiratório: ☐ Ventilação invasiva ☐ Ventilação espontânea ☐ Vias aéreas pervias
☐ Traqueostomia ☐ Respiração rápida ☐ Obstrução parcial das vias aéreas
☐ Respiração ruidosa ☐ Suporte ventilatório não invasivo ☐ Obstrução total das vias aéreas

Sistema Circulatório: ☐ Pulso ausente ☐ Pele fria e úmida ☐ Perfusão tissular satisfatória
☐ Taquicardia ☐ Bradicardia ☐ Perfusão tissular comprometida
☐ Palidez ☐ Outros:

Sistema Digestório: ☐ HDA ☐ Uso de SNG ☐ Vômitos ☐ Dor à palpação superficial
☐ HDB ☐ Corpo estranho ☐ Dor à palpação profunda
Outros: ☐ Rigidez abdominal ☐ Distensão abdominal

Sistema Genito-urinário: ☐ Disúria ☐ Hematúria ☐ Oligúria ☐ Poliúria ☐ SVD ☐ Outros:

HISTÓRICO CLÍNICO E CIRÚRGICO: ☐ Hipertensão ☐ Diabetes ☐ Câncer ☐ Alergias ☐ Cirurgias
☐ Internações ☐ Outros: Especificar:

USO DE MEDICAÇÃO? ☐ Sim ☐ Não Especificar:

HORÁRIO DA ÚLTIMA REFEIÇÃO:

IMUNIZADO CONTRA O TÉTANO? ☐ Sim ☐ Não

OUTRAS INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

DESTINO: ENFERMEIRO: COREN:



Ortopedia

02/08/16

paciente politraumatizado
ritmo de acidente de
moto, apresentando extensa
ferimento na perna direita
associado a queixas de
dor na coxa e não
ipsilateral.

ex: fratura exposta
anterior da perna ②
- fratura do fêmur ②

Joelho flutuante
- Fratura 3.º abd

CD: Solicito avaliação
da C. Vascular
Ao bloco cirúrgico

Dr. Marcos Vinícius A. Freitas
Ortopedia / Traumatologia
Cirurgia do Quadril
CRM-1505 TEOT 14368

Dr. Gustavo F. Mendonça
Ortopedia / Cir. Quadril
CRM-PR 6786 / TEOT 13240

Veruber (02/08/16)

19h lesão extensa da
parte superior e o pé.
Fluxo arterial posterior me-
norte. Não há fluxo pedis-
so. Não há sinais de

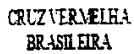
Síndrome Com-
partimental (des-
cu!).

CD: Alto La Pexula
A Trauma bloco

(Se houver sangramento
durante a cirurgia
analisar os vasos
sanguíneos).

Dr. Frankly Andrade
Cirurgião Vascular
CRM-PR 4899





HEETSHL

01/01 Abram Batista

DATA	EVOLUÇÃO
19.09.16	Realização reunião mensal com o pessoal administrativo, pedagógico e técnico, para a avaliação do desempenho. Foram feitas algumas sugestões e encaminhadas para a administração.



• 10/01/2019 13:25:40



	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 - N° DO PRONTUÁRIO	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)			8 - DATA DE NASCIMENTO	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL			9 - SEXO	
12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)			11 - TELEFONE DE CONTATO	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA			14 - Cód. IBGE, MUNICÍPIO	
			15 - UF	
			16 - CEP	
17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)				
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	
32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			33 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			36 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO				
- Placa DCP estriada c/ 09 furos (1 und) - Parafuso cortical nº 34 (5 und) nº 32 (2) nº 30 (4)				
PROFISSIONAL SOLICITANTE				
39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE			40 - DATA DA SOLICITAÇÃO	
41 - DOCUMENTO			42 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
43 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)				
AUTORIZAÇÃO				
44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			45 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR	
47 - DOCUMENTO			46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
48 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE			49 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	



Nome: Abreu Batista de Araújo BE/Prontuário: _____
Idade: _____ Sexo: ☒ Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 23/10/2016
Clínica/Setor: _____ EMP: _____ LR: _____
Cirurgia: Tratamento cirúrgico de retardo de consolidação de fratura ossos da perna
Cirurgião: Dr. Ricardo 1º Assistente: Dr. Martino
2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____
Instrumentador: _____ Anestesista: Dr. Hilton
Tipo de Anestesia: _____ Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Retardo de consolidação de fratura dos ossos de perna direita</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Tratamento cirúrgico de retardo de consolidação dos ossos da perna direita</u>	

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

Biopsia de Congelação: () Sim ☒ Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

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

Médico/CRM: _____

*Dr. Ricardo Carlos
Ferreira
CRM 100.000*

João Pessoa, 23/10/2016

F(NG).ASCIR.009-1





HEETSHI

CIRCULANTE
Tarcilene S. P. Santos
Téc. de Enfermagem
COREN-PB 062.145
F(NG).ASCIR.021-2





CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

RELATÓRIO DE CIRURGIA



WELLITON

Posição e Preparo:

Paciente em decúbito dorsal sobre mesa cirúrgica sob raquianestesia / antiespasmódica / colocação dos campos operatórios

Incisão:

- 1 Longitudinal antero-medial fugindo de lesão de pele extensa existente na face anterior. Tórax
- 2 Abertura por plano de visualização da lesão óssea

Achados:

- 3 preparo dos focos da fratura
- 4 refletir o canal medular de ambos fragmentos
- 5 Redução da fratura e fixação com placa DCP estriada de 9 furos e 8 perfuros corticais

Conduta: (Instrumental de 4,5 - -)

- 6 controle radiológico
- 7 Hemostasia ampla
- 8 Sutura por planos da acena cirúrgica
- 9 Curativos

Fechamento:

Observação:

Médico/CRM:

Dr. Ricardo Gomes Cardoso
CRM-PA 2016

João Pessoa,

23/10/2016

F(NG).ASCIR.009-1





RELATÓRIO DE CIRURGIA



Nome: Abraão Batista de Araújo BE/Prontuário: 950809
Idade: 38 Sexo: ☒ Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 30/03/16
Clínica/Setor: Ortopedia EMP: _____ LR: _____
Cirurgia: Retirada de fratura externa do osso da perna
Cirurgião: Dr. Helson B. Dias Jr. 1° Assistente: Dr. Luis Henrique
2° Assistente: Dr. Helson 3° Assistente: _____
Instrumentador: _____ Anestesista: _____
Tipo de Anestesia: — Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-operatório	CID
<u>Fratura de OMS da perna direita</u>	

Procedimento Cirúrgico	Código
<u>Retirada de fratura externa do osso da perna direita</u>	

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

Biopsia de Congelação: () Sim (☒) Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

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

Dr. Helson B. Dias Jr.
Médico

CRM: 10.251

Médico/CRM: _____

João Pessoa, 30/03/16

F(NG).ASCIR.009-1



Nota de Sala Cirúrgica

NOME DO PACIENTE: Alair Batista de Araújo

IDADE: 38 ANOS

CIRURGIA: Ritiro de Fígado e Externo em MED.

CIRURGIÃO: Dr. Odilmar e Dr. João Henrique

ANESTESIA: Local

ANESTESISTA: O. Mesquita

INSTRUMENTADOR: -

DATA: 10/10/16

ANESTESIA: INÍCIO: 11:00 FIM: 11:30 FIM: 12:00

ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS): ASA 1 () ASA 2 () ASA 3 () ASA 4 () ASA 5 ()

GRAU DE CONTAMINAÇÃO: () LIMPA () CONTAMINADA () INFECTADA () POTENCIALMENTE CONTAMINADA

MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.
ALFENTANIL		JELCO Nº18		FIO CAT GUT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA ISOBÁRICA		JELCO Nº20		FIO CAT GUT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA PESADA		JELCO Nº22		FIO DE AÇO Nº	
CETAMINA		JELCO Nº24		FIO DE AÇO Nº	
DROPERIDOL		KIT SIST. DREN. TORÁCICA Nº		FIO DE NYLON Nº	
ETOMIDATO		LÂMINA BISTURI Nº11		FIO DE NYLON Nº	
FENOBARBITAL		LÂMINA BISTURI Nº15		FIO DE NYLON Nº	
PENTANILA		LÂMINA BISTURI Nº23		FIO POLIGLACTINA Nº	
FLUMAZENIL		LÂMINA BISTURI Nº24		FIO POLIGLACTINA Nº	
ISOFLURANO		LÂMINA DE DERMATOMO		FIO POLIGLACTINA Nº	
LEVOBUPIVAÍNA C/ VASO		LÂMINA DE ENXERTO		FIO POLIPROPILENO Nº	
LEVOBUPIVAÍNA S/ VASO		LUVA DE PROCEDIMENTO PAR.		FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAÍNA C/ VASO		LUVA ESTÉRIL Nº7,0		FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAÍNA S/ VASO		LUVA ESTÉRIL Nº7,5		FIO POLIGLECAPRONE Nº	
MIDAZOLAN		LUVA ESTÉRIL Nº8,0		FIO SEDA Nº	
MORFINA		LUVA ESTÉRIL Nº8,5		FITA CARDÍACA	
NIMBÍUM		MÁSCARA CIRÚRGICA		MATERIAL ESPECIAL	
PANCURÔNIO		MULTIVIAS		CATETER DE PIC	
PETIDINA		PERFURADOR DE SORO		CIMENTO CIRÚRGICO	
PROPÓFOL		SCALP Nº19		CLIP TITÂNIO LIGADURA	
RAMIFENTANILA		SCALP Nº21		FIO DE KIRSCHNER Nº	
ROCURÔNIO		SERINGA 3ML		FIO DE KIRSCHNER Nº	
SEVOFLURANO		SERINGA 5ML		FIO STEINMAN Nº	
SUXAMETÔNIO		SERINGA 10ML		FIO STEINMAN Nº	
TIOPENTAL		SERINGA 20ML		GRAMPEADOR CIRÚRGICO	
ADRENALINA		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº8		HEMOST. ABSORVÍVEL	
ÁGUA DESTILADA		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº10		KIT. DERIVA. VENTRICULAR	
ATROPINA		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº12		PRÓTESE VASCULAR	
BEXTRA		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº14		KIT. PAM	
CEFAZOLINA		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº16		FIXADOR EXTERNO	
DEXAMETASONA		SONDA FOLEY 2VIAS Nº12		EMPRESA	
DIPIRONA SÓDICA		SONDA FOLEY 2VIAS Nº14		PARAFUSOS CORTICAIS	
EFEDRINA		SONDA NASOG. CURTA		PARAFUSOS CORTICAIS	
FUROSEMIDA		SONDA NASOG. LONGA		PARAFUSOS ESPONJOSO	
GLICOSE 50%		SONDA URETRAL Nº		PARAFUSOS ESPONJOSO	
GLUCONATO DE CÁLCIO		TORNEIRINHA		PARAFUSOS MALEOLAR	
HIDROCORTISONA		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		PARAFUSOS MALEOLAR	
LIDOCAÍNA GELÉIA		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		PLACA	
ONDASENTRONA		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		PLACA	
PLASIL		TUBO SILICONE (LATEX)		EQUIPAMENTOS	
PROSTIGMINE				() ASPIRADOR	
PROTAMINA				() BISTURI ELÉTRICO	
TENOXICAN				() CAPNÓGRAFO	
				() CÁRDIOMONITOR	
				() DESFIBRILADOR	
				() FOCO AUXILIAR	
				() FOCO CENTRAL	
				() MICROSCOPIO	
				() OXÍMETRO DE PULSO	
				() P.A. INVASIVA/NÃO INVASIVA	
				() PERFURADOR ELÉTRICO	
				() SERRA	
				CIRCULANTE	

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	Deitado, em DDH Sem Anestesia
Incisão:	— —
Achados:	Fract. de Osso da perna direita
Conduta:	Retirada de material de Sítio (Disco) (Fixador externo). Retirada de fixador externo de perna direita.
Fechamento:	— —
Observação:	Curativo

Dr. Helioamir B. Dias Jr.
Médico
CRM 10251

Médico/CRM: _____

João Pessoa, 10/10/16

F(NG).ASCIR.009-1



Assinado eletronicamente por: WELLITON DOS SANTOS CAMPOS - 22/01/2019 13:25:40



BE/PRONTUÁRIO

Nome do paciente

Abdou Botelho de Araújo

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
07/08/16.		<u>Ortopedia</u> Paciente vítima de trauma grave em membro (D) c/ lesão vascularizada. pela Cirurgia Vascular. Edema muscular importante. c/ contusão importante. Realizado: fixação externa temporária devido a lesão do tendão + refolho muscular p/ obtenção de acesso à fratura exposta de S.O.D. realizado lavagem + debridamento. Necessário de fixação definitiva. c/ material adequado. CD: UPM
08/08/16		PACIENTE NO 1º D.P.O DE FRAT. DE FÊMUR E TIBIA (D) + FRAT. M.S.D, SEQUE CONSCIENTE, ORIENTADO, ALIMENTADO, AFEBRIL, IMOBILIZADO CAS M.S.D + FIXADOR M.I.D, MONITORADO COM S.O.U, FC 84bpm, PA 130x70 mmHg, SpO2 98%, SEQUE AO EXAME.

Dr. Heisenberg Almeida
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 100763/772412

Wandilma Lopes
Enfermeira Intensivista
COREN 267.682 PR



RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEETSHL

Nome: Alexsandro Batista de Araujo BE/Prontuário: 938694
 Idade: _____ Sexo: ☒ Masculino () Feminino Cor: _____ Data: ____/____/____
 Clínica/Setor: Ortop EMP: _____ LR: _____
 Cirurgia: _____
 Cirurgião: Dr. Roberto Almeida 1º Assistente: Dr. Alexsandro
 2º Assistente: Cláudio (MD) 3º Assistente: _____
 Instrumentador: _____ Anestesista: Dr. Socrates Souza
 Tipo de Anestesia: Rapax Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
• Fratura de fêmur de fêmur ①	
• Fratura de Tibia ①	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
• Sutura de fratura externa da	
• Reparo de fratura externa da	
• Sutura de fratura externa da	
• Sutura de fratura externa da	

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

Biopsia de Congelação: () Sim ☒ Não

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:

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

Médico/CRM: _____

João Pessoa, 24/08/16

F(NG).ASCIR.009-1







NOME DO PACIENTE: Alisson Batista de Almeida

IDADE: 23 **SEXO:** F **ENDEREÇO:** Rua... **CIDADE:** ... **UF:** ...

CIRURGIÃO: Dr. Roberto ... **ANESTESISTA:** Dr. Scomma, Dr. Jans.

INSTRUMENTADOR: ...

DATA: 24/08/16 **TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA INÍCIO:** 08:00 **FIM:** 10:00

ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)

ASA 1 () ASA 2 () ASA 3 () ASA 4 () ASA 5 ()

GRAU DE CONTAMINAÇÃO: () LIMPA () CONTAMINADA () INFECTADA () POTENCIALMENTE CONTAMINADA

MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.
ALFENTANILA		JELCO Nº18		FIO CAT GUT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA ISOBÁRICA	999/500ml	JELCO Nº20		FIO CAT GUT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA PESADA		JELCO Nº22		FIO DE AÇO Nº	
CETAMINA	900ml	JELCO Nº24		FIO DE AÇO Nº	
DROPERIDOL		KIT SIST. DREN. TORÁCICA Nº		FIO DE NYLON Nº	
ETOMIDATO	SOLUÇÕES	LÂMINA BISTURI Nº11		FIO DE NYLON Nº	
FENOBARBITAL	ÁLCOOL ETÍLICO 70%	LÂMINA BISTURI Nº15		FIO DE NYLON Nº	
FENTANILA	PVPI DEGERMANTE	LÂMINA BISTURI Nº23		FIO POLIGLACTINA Nº	
LUMAZENIL	PVPI TINTURA	LÂMINA BISTURI Nº24		FIO POLIGLACTINA Nº	
ISOFLURANO	PVPI TÓPICO	LÂMINA DE DERMÁTOMO		FIO POLIGLACTINA Nº	
EVOBUPIVACAÍNA C/ VASO	SABÃO ANTISÉPTICO	LÂMINA DE ENXERTO		FIO POLIPROPILENO Nº	
EVOBUPIVACAÍNA S/ VASO	MATERIAIS	LUVAS DE PROCEDIMENTO PAR	OK	FIO POLIPROPILENO Nº	
DOCAÍNA C/ VASO	AGULHA 13x4,5	LUVA ESTÉRIL Nº7,0		FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAÍNA S/ VASO	AGULHA 25x07	LUVA ESTÉRIL Nº7,5	L	FIO POLIGLECAPRONE Nº	
MIDAZOLAN	AGULHA 25x08	LUVA ESTÉRIL Nº8,0		FIO SEDA Nº	
MORFINA	AGULHA 40x12	LUVA ESTÉRIL Nº8,5		FITA CARDÍACA	
NIMBIUM	AGULHA PERIDURAL Nº16	MÁSCARA CIRÚRGICA	OK	MATERIAL ESPECIAL	QTD.
PANCURÔNIO	AGULHA PERIDURAL Nº17	MULTIVIAS		CATETER DE PIC	
PETIDINA	AGULHA PERIDURAL Nº18	PERFURADOR DE SORO		CIMENTO CIRÚRGICO	
PROPORFOL	AGULHA RAQUIN Nº25G	SCALP Nº19		CLIP TITÂNIO LIGADURA	
RAMIFENTANILA	AGULHA RAQUIN Nº26G	SCALP Nº21		FIO DE KIRSCHNER Nº	
ROCURÔNIO	AGULHA RAQUIN Nº27G	SERINGA 3ML		FIO DE KIRSCHNER Nº	
SEVOFLURANO	ALGODÃO ORTOPÉDICO	SERINGA 5ML		FIO STEINMAN Nº	35 1
SUXAMETÔNIO	ATADURA DE CREPOM	SERINGA 10ML		FIO STEINMAN Nº	
TIOFENTAL	ATADURA GESSADA	SERINGA 20ML		GRAMPEADOR CIRÚRGICO	
MEDICAÇÕES	QTD.	BOLSA P/ COLOSTOMIA		HEMOST. ABSORVÍVEL	
ADRENALINA		CÂNULA P/ TRAQUEOSTOMIA Nº		KIT. DERIVA. VENTRICULAR	
ÁGUA DESTILADA		CATETER DE OXIGÊNIO		PRÓTESE VASCULAR	
ATROPINA		CATETER EMBOLEC ARTERIAL Nº		KIT. PAM	
BEXTRA		CATETER EPIDURAL Nº16		FIXADOR EXTERNO	
CFEAZOLINA		CATETER EPIDURAL Nº17		EMPRESA	
DEXAMETASONA		CATETER EPIDURAL Nº18		PARAFUSOS CORTICAIS	
PIRONA SÓDICA	L	CERA PARA OSSO		PARAFUSOS CORTICAIS	
FEDRINA		COLET. URINA FECHADO		PARAFUSOS ESPONIOSO	
FUROSEMIDA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS		PARAFUSOS ESPONIOSO	
GLICOSE 50%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS		PARAFUSOS MALLEOLAR	
GLUCONATO DE CÁLCIO		DRENO DE PENROSE		PARAFUSOS MALLEOLAR	
HIDROCORTISONA		DRENO DE SUÇÃO		PLACA	
LIDOCAÍNA GELÉIA		ELETRODOS		PLACA	
ONDASENTRONA		EQUIPO MACROGOTAS		EQUIPAMENTOS	
PLASIL		EQUIPO TRANSF. SANGUE		() ASPIRADOR	
PROSTIGMINE		EQUIPO MICROGOTAS		() BISTURI ELÉTRICO	
PROTAMINA		ESPONJA DE PVPI	OK	() CAPNÓGRAFO	
TENOXCAN		ESPARADRAPO	OK	() CARDIOMONITOR	
		GAZES	OK	() DESFIBRILADOR	
		GAZES ALGODOADAS		() FOCO AUXILIAR	
		GEL ELETROLÍTICO		() FOCO CENTRAL	
		JELCO Nº14		() MICROSCOPIO	
		JELCO Nº16		() OXÍMETRO DE PULSO	
				() P.A. INVASIVO NÃO INVASIVO	
				() PERFURADOR ELÉTRICO	
				() SERRA	

CIRCULO DE ANESTESIA
TEL. 3111-1111
CAREN. PB 01/01/01

MINI.ASCTR-021-2



PROCESSO Nº 18751425-0





FICHA DE ANESTESIA

F22736

DATA: 14/08/16 PRONTUÁRIO: 8

PACIENTE: Wesley Batista de Araújo SEXO: M COR: P IDADE: 24 a.

PRESSÃO ARTERIAL: 88 PULSO: 88 RESPIRAÇÃO: 12 TEMPERATURA: 36.5 PESO: 65 GRUPO SANGÜÍNEO: B

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

EXAMES COMPLEMENTARES: OK

AP. RESPIRATÓRIO: OK AP. CIRCULATÓRIO: OK

AP. DIGESTIVO: OK ESTADO MENTAL: consciente DROGAS EM USO: -

PRÉ-ANESTÉSICO: - ESTADO FÍSICO (ASA): I

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: -

CIRURGIA REALIZADA: Atividade de fixador externo + Curativo cirúrgico do ferimento

CIRURGIÃO: Dr. Roberto AUXILIARES: -

INÍCIO DA ANESTESIA: 9.00 TÉRMINO DA ANESTESIA: 10.00 DURAÇÃO DA ANESTESIA: 1h

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: - QUANT. DE CH.: - VALORES RS: -

ANESTESISTA: Wesley CPF: 160.907.814-34 CRM-PB: 1822

AGENTES ANESTÉSICOS: Propofol CRM: 1822

LÍQUIDOS VEIAIS: RL

GRÁFICO DE PRESSÃO ARTERIAL (P.A.)

TEMPO	P.A. (mmHg)
9.00	120/80
9.10	120/80
9.20	120/80
9.30	120/80
9.40	120/80
9.50	120/80
10.00	120/80

SETORIZAÇÃO: ☒ ANESTESIA ☐ CIRURGIA ☐ P. ARTERIAL ☐ PULSO ☐ ANOTAÇÕES

TECNICA: ☒ ANESTESIA GERAL ☐ RAQUIDIANA ☐ EPIDURAL ☐ BLOQ. PLEXO ☐ BLOQ. NERVOS ☒ OUTROS

FLUIDOS: 500 Volume em ml

MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

ITEM	QUANTIDADE
1. Propofol 1%	11
2. Fentanyl 150mcg	12
3. Propofol 1%	13
4. Propofol 1%	14
5. Propofol 1%	15
6. Propofol 1%	16
7. Propofol 1%	17
8. Propofol 1%	18
9. Propofol 1%	19
10. Propofol 1%	20

DESTINO DO PACIENTE: ☒ APT* ☐ ENFERMARIA ☐ UTI ☐ RESIDÊNCIA ☒ OUTROS: SALA

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES: -

ASSINATURA DO ANESTESISTA: Wesley

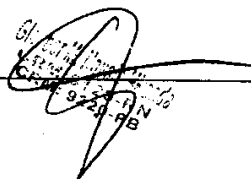
CRM: 1822

F. (NG) ASCIR. 026-1



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA
Posição e Preparo: 1- Paciente em decúbito dorsal sob prateleira 2- Anestesia + Intubação 3- Aspiração de sangue coagulável
Incisão:
Achados:
Conduta: • Retorção de fratura externa da cara (D) • Refracção interna de fratura externa de Tibia (D) • Colocação de Tábua Transilial em posição proximal + Contorno de apêndice + Para 7 kg de Tábua.
Fechamento: • Curativos e Tef
Observação: Rx de controle

Médico/CRM:



João Pessoa, 29/08/16

F(NG).ASCIR.009-1



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: Elton B. de Araújo BE/Prontuário: 938694
Idade: _____ Sexo: ☒ Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 16/08/16
Clínica/Setor: Antepedi EMP: 04 LR: 04
Cirurgia: Dumpsi melanico + debulamento
Cirurgião: Dr. Rafael Souza 1° Assistente: Dr. Tullio
2° Assistente: _____ 3° Assistente: _____
Instrumentador: _____ Anestesista: _____
Tipo de Anestesia: _____ Horário: Início _____ : _____ Término _____ : _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
OMC M10	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
Dumpsi melanico cirurgico + debulamento	

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

Biopsia de Congelação: () Sim ☒ Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

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

Médico/CRM: _____

Jéssyka Emilia F. Rabêlo
Médica
CRM 10045/PB

João Pessoa, 16/08/16

F(NG).ASCIR.009-1



Nota de Sala Cirúrgica

[Handwritten signature]
REETSHL

NOME DO PACIENTE: Abson Batista de Araújo
IDADE: 23a DE 938694
SEXO: M
CIRURGIÃO: Dr. C. S. Siqueira
CIRURGIÃO: Dr. R. A. S. Siqueira + Dr. R. A. S. Siqueira + Dr. J. S. Siqueira (R2)
ANESTESIA: Rápida
ANESTESISTA: Dr. J. S. Siqueira
INSTRUMENTADOR:
DATA: 16/08/2016
TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA INÍCIO: 12:30
CIRURGIÃO INÍCIO: 13:30
ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIÃO - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS): ASA 1 () ASA 2 () ASA 3 () ASA 4 () ASA 5 ()
GRAU DE CONTAMINAÇÃO: () LIMP () CONTAMINADA () INFECTADA () POTENCIALMENTE CONTAMINADA
MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS: QTD. **MATERIAIS CONT.** QTD. **FIOS** QTD.
ALFENTANIL 1 **JELCO Nº18** **FIO CAT GUT CROMADO Nº**
BUPIVACAÍNA ISOBÁRICA 1 **JELCO Nº20** **FIO CAT GUT CROMADO Nº**
BUPIVACAÍNA PESADA 1 **JELCO Nº22** **FIO DE AÇO Nº**
CETAMINA 1 **JELCO Nº24** **FIO DE AÇO Nº**
DROPERIDOL 1 **KIT SIST. DREN. TORÁCICA Nº** **FIO DE NYLON Nº 2.0 L**
ETOMIDATO 1 **SOLUÇÕES** QTD. **LÂMINA BISTURI Nº11** **FIO DE NYLON Nº**
FENOBARBITAL 1 **ÁLCOOL ETÍLICO 70%** **LÂMINA BISTURI Nº15** **FIO DE NYLON Nº**
FENTANIL 1 **PVPI DBOERMANTE** **LÂMINA BISTURI Nº23** **FIO POLIGLACTINA Nº**
LUMAZENIL 1 **PVPI TINTURA** **LÂMINA BISTURI Nº24** **FIO POLIGLACTINA Nº**
OFLOXACONA 1 **PVPI TÓPICO** **LÂMINA DE DERMÁTOMO** **FIO POLIGLACTINA Nº**
LEVOBUPIVACAÍNA C/ VASO 1 **SABÃO ANTISÉPTICO** **LÂMINA DE ENXERTO** **FIO POLIPROPILENO Nº**
LEVOBUPIVACAÍNA S/ VASO 1 **MATERIAIS** QTD. **LUVA DE PROCEDIMENTO PAR** **FIO POLIPROPILENO Nº**
LIDOCAÍNA C/ VASO 1 **AGULHA 13X4,5** **LUVA ESTÉRIL Nº7,0** **FIO POLIPROPILENO Nº**
LIDOCAÍNA S/ VASO 1 **AGULHA 25X07** **LUVA ESTÉRIL Nº7,5** **FIO POLIGLECAPRONE Nº**
MIDAZOLAN 1 **AGULHA 25X08** **LUVA ESTÉRIL Nº8,0** **FIO SEDA Nº**
MORFINA 1 **AGULHA 40X12** **LUVA ESTÉRIL Nº8,5** **FITA CARDÍACA**
NIMBÍUM 1 **AGULHA PERIDURAL Nº16** **MÁSCARA CIRÚRGICA** **MATERIAL ESPECIAL** QTD.
PANCURÔNIO 1 **AGULHA PERIDURAL Nº17** **MULTIVIAS** **CATETER DE PIC**
PETIDINA 1 **AGULHA PERIDURAL Nº18** **PERFURADOR DE SORO** **CIMENTO CIRÚRGICO**
PROPOFOL 1 **AGULHA RAQUI Nº25G** **SCALP Nº19** **CLIP TITÂNIO LIGADURA**
RAMIFENTANIL 1 **AGULHA RAQUI Nº26G** **SCALP Nº21** **FIO DE KIRSCHNER Nº**
ROCURÔNIO 1 **AGULHA RAQUI Nº27G** **SERINGA 3ML** **FIO DE KIRSCHNER Nº**
SEVOFLURANO 1 **ALGODÃO ORTOPÉDICO** **SERINGA 5ML** **FIO STEINMAN Nº**
SUXAMETÔNIO 1 **ATADURA DE CREPOM** **SERINGA 10ML** **FIO STEINMAN Nº**
TIOPENTAL 1 **ATADURA GESSADA** **SERINGA 20ML** **GRAMPEADOR CIRÚRGICO**
MEDICAÇÕES QTD. **BOLSA P/ COLOSTOMIA** **SONDA ASP. TRAQUEAL Nº8** **HEMOST. ABSORVÍVEL**
ADRENALINA 1 **CÂNULA P/ TRAQUEOSTOMIA Nº** **SONDA ASP. TRAQUEAL Nº10** **KIT. DERIVA. VENTRICULAR**
ÁGUA DESTILADA 1 **CATETER DE OXIGÊNIO** **SONDA ASP. TRAQUEAL Nº12** **PRÓTESE VASCULAR**
ATROPINA 1 **CATETER EMBOLEC ARTERIAL Nº** **SONDA ASP. TRAQUEAL Nº14** **KIT. PAM**
BEXTRA 1 **CATETER EPIDURAL Nº16** **SONDA ASP. TRAQUEAL Nº16** **FIXADOR EXTERNO**
CEFAZOLINA 1 **CATETER EPIDURAL Nº17** **SONDA FOLEY 2VIAS Nº12** **EMPRESA**
DEXAMETASONA 1 **CATETER EPIDURAL Nº18** **SONDA FOLEY 2VIAS Nº14** **PARAFUSOS CORTICAIS**
DIFENIDRAMINA 1 **CERA PARA OSO** **SONDA NASOG. CURTA** **PARAFUSOS CORTICAIS**
EFEDRINA 1 **COLET. URINA FECHADO** **SONDA NASOG. LONGA** **PARAFUSOS ESPONIOSO**
UROSEMIDA 1 **COMPRESSAS CIRÚRGICAS** **SONDA URETRAL Nº** **PARAFUSOS ESPONIOSO**
GLICOSE 50% 1 **COMPRESSAS CIRÚRGICAS** **TORNEIRINHA** **PARAFUSOS MALEOLAR**
GLUCONATO DE CÁLCIO 1 **DRENO DE PENROSE** **TUBO ENDOTRAQUEAL Nº** **PARAFUSOS MALEOLAR**
HIPOCORTISONA 1 **DRENO DE SUÇÃO** **TUBO ENDOTRAQUEAL Nº** **FLACA**
LIDOCAÍNA GELÉIA 1 **ELETRODOS** **TUBO ENDOTRAQUEAL Nº** **FLACA**
ONDASENTRONA 1 **EQUIPO MACROGOTAS** **TUBO SILICONE (LATEX)** **EQUIPAMENTOS**
PLASIL 1 **EQUIPO TRANSF. SANGUE** **FIO** QTD. **() ASPIRADOR**
PROSTIGMINE 1 **EQUIPO MICROGOTAS** **FIO ALGODÃO S/A Nº** **() BISTURI ELÉTRICO**
PROTAMINA 1 **ESPONJA DE PVPI** **FIO ALGODÃO S/A Nº** **() CAPNÓGRAFO**
TENOXICAN 1 **GAZES** **FIO ALGODÃO C/A Nº** **() CÁRDIOMONITOR**
GAZES ALGODOADAS **FIO ALGODÃO C/A Nº** **() DESFIBRILADOR**
GEL ELETROLÍTICO **FIO ALGODÃO C/A Nº** **() FOCO AUXILIAR**
JELCO Nº14 **FIO ALGODÃO C/A Nº** **() FOCO CENTRAL**
JELCO Nº16 **FIO ALGODÃO C/A Nº** **() MICROSCOPIO**
OXÍMETRO DE PULSO
P.A. INVASIVA/NÃO INVASIVA
() PERFURADOR ELÉTRICO
() SERRA
CIRCULANTE





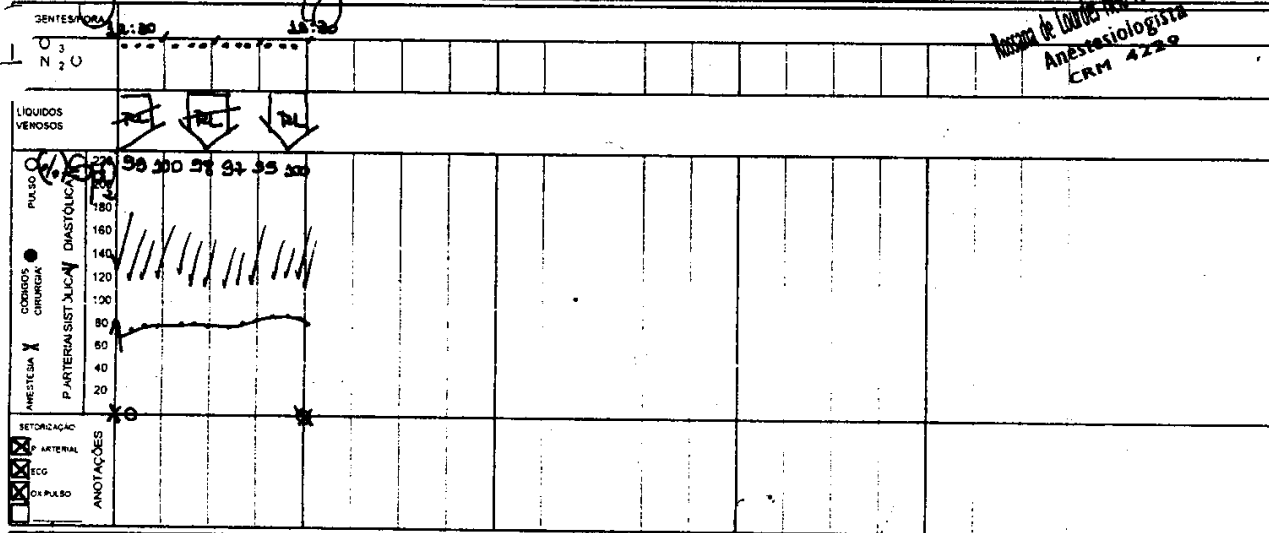
FICHA DE ANESTESIA

DATA: 16/08/16

PRONTUÁRIO:

PACIENTE:	Alson Batista de Araújo	SEXO:	M	COR:		IDADE:	23 anos
PRESSÃO ARTERIAL	120 x 80 mmHg	PULSO	72 bpm	RESPIRAÇÃO	OK	TEMPERATURA	OK
ESTADO GERAL	(X) BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO	RISCO CIRÚRGICO	(X) BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO	PESO		GRUPO SANGÜÍNEO	
EXAMES COMPLEMENTARES							
AP. RESPIRATÓRIO				AP. CIRCULATÓRIO			
AP. DIGESTIVO		ESTADO MENTAL		DROGAS EM USO		VPM	
PRÉ-ANESTÉSICO		Consciente		ESTADO FÍSICO (ASA)		ASA I	
DOSE/HORA		Domonid 2mg IV na 50		DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO		Osteomielite de fêmur distal	
CIRURGIA REALIZADA		Curativo cirúrgico + retirada de material de síntese		CIRURGIÃO		Dr. Rafael Bara	
INÍCIO DA ANESTESIA		10:30h		TÉRMINO DA ANESTESIA		13:30h	
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		QUANT. DE CH.		VALORES R\$		DURAÇÃO DA ANESTESIA	
ANESTESISTA		CPF		CRM-PB		4229	

Assinatura de Lourdes Nelo Ferreira da Silva
Anestesiologista
CRM 4229



☐ ANESTESIA GERAL ☒ RAQUIDIANA ☐ EPIDURAL ☐ BLOQ. FLEXO ☐ BLOQ. NERVOS ☐ OUTROS	
TÉCNICA	
L3-L4, agulha 26G, punção única, LCR OK, injeção do AL e do opióide.	
MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO	
SUCOBE	1 DOMONID - 2mg IV
NACI	2 NEOCAÍNA 0,5% ISOBARICA (15ml) + DILUENTE (0,03mg) RAQUI
SANGUE	3 TILATIL DIGO, CETOPROFENO 100mg IV
RINGER	4 NAUSEDRON - 8mg IV
TOTAL	5 DEXAMETASONA - 10mg IV
DESTINO DO PACIENTE	6 DIPIRONA - 2amp. IV
☐ APT* ☐ ENFERMARIA	7
☐ UTI ☐ RESIDÊNCIA	8
☒ OUTROS	9
URPA	10
OBSERVAÇÕES IMPORTANTES	
Assinatura do Anestesiologista	
Assinatura de Lourdes Nelo Ferreira da Silva Anestesiologista CRM 4229	





CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

RELATÓRIO DE CIRURGIA



NEETSHL

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA
Posição e Preparo: Paciente em decúbito dorsal sob anestesia geral e contumácia Cirurgia de campos
Incisão: Dorsal de costas (longitudinal)
Achados:
Condução: Exatidão extrema + delimitação de tecido conectivo.
Fechamento: Por planos
Observação:

Médico/CRM:

Jessyka Enailia F. Rabelo
Médica
CRM 70045/PB

João Pessoa, 16/08/16

F(NG).ASCIR.009-1



BE/PRONTUÁRIO

Nome do paciente

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
23/09/16		H. Lm. Rm. 2 H. Y-DLO AUTOMATIZ Paciente atencioso, pegando ± 90% de automação. Exatidão: e aumento de olhos de girar Dr. Mário Augusto
13/10/16	11:17	Psicólogo Paciente no momento consciente, orientado, emocionalmente estável, interessado pelo bem. Realizado após psicológico. Luana Dantas de O. Mendes Psicóloga Hospitalar Especialista em Saúde Mental CRP 13/3249
17/10/16	11:07	Psicólogo Paciente no momento consciente, orientado, emocionalmente estável, receptivo ao atendimento, interessado pelo bem. Realizado após psicológico. Luana Dantas de O. Mendes Psicóloga Hospitalar Especialista em Saúde Mental CRP 13/3249

F(NG).ENF.018-1



RELATÓRIO DE CIRURGIA

[Assinatura]
HEETSIN

21

Nome: Wellton B. de Lencas BE/Prontuário: _____
Idade: _____ Sexo: ☒ Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 24/10/16
Clínica/Setor: Ortopedia EMP: _____ LR: _____
Cirurgia: Trat. cirúrgico de OMC de Tíbia
Cirurgião: Dr. Wellton Lencas 1º Assistente: Dr. Roberto Santos
2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____
Instrumentador: _____ Anestesiologista: _____
Tipo de Anestesia: _____ Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
OMC de Tíbia	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
Limpeza cirúrgica	
Desbridamento de todos os tecidos alterados	
Coloção de material p/ fixação	

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

Biopsia de Congelação: () Sim (X) Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

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

[Assinatura]
Essyka Emilia F. Rabêlo
Médica
CRM 108438/PB

Médico/CRM: _____

João Pessoa, 24/10/16

F(NG).ASCIR.009-1



19012213214672100000018246980



NOME DO PACIENTE: ALESSON BATISTA DE ARAUJO
IDADE: 24 **SEXO:** M **FECHAMENTO:** **ENFERMARIA:** **LEITO:** 01
CRURGIA: CIRURGIA TRAT. TIBIA (LIMPEZA CIRURG. + COLETA MAT. CULTURA)
CRURGIAO: DR. MILTON L. LIMA
ANESTESIA: RAQUI
ANESTESISTA: DR. SOUZA
INSTRUMENTADOR:
DATA: 27/01/16 **TEMPO CIRURGICO - ANESTESIA INICIO:** **FIM:** **CRURGIA INICIO:** 11:55h **FIM:** 13:00h
ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS):
ASA 1 () ASA 2 () ASA 3 () ASA 4 () ASA 5 ()
GRAU DE CONTAMINAÇÃO: () LIMPA () CONTAMINADA () INFECTADA () POTENCIALMENTE CONTAMINADA
MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS QTD.

ALFENTANILA	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.
BUPIVACAÍNA ISOBÁRICA		JELCO Nº18		FIO CAT GUT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA PESADA		JELCO Nº20		FIO CAT GUT CROMADO Nº	
CETAMINA	5F 0,9%	JELCO Nº22		FIO DE AÇO Nº	
DROPERIDOL		JELCO Nº24		FIO DE AÇO Nº	
ETOMIDATO	SOLUÇÕES	KIT SIST. DREN. TORÁXICA Nº		FIO DE NYLON Nº 2-0	1
FENOBARBITAL	ALCOOL ETÍLICO 70%	LÂMINA BISTURI Nº11		FIO DE NYLON Nº	
FENTANILA	FVPI DEGERMANTE	LÂMINA BISTURI Nº15		FIO DE NYLON Nº	
FLUMAZENIL	FVPI TINTURA	LÂMINA BISTURI Nº23		FIO POLILACTINA Nº	
FLURANO	FVPI TÓPICO	LÂMINA BISTURI Nº24		FIO POLILACTINA Nº	
LEVOPUPIVACAÍNA C/ VASO	SABÃO ANTISÉPTICO	LÂMINA DE DERMÁTOMO		FIO POLILACTINA Nº	
LEVOPUPIVACAÍNA S/ VASO		LÂMINA DE ENXERTO		FIO POLIPROPILENO Nº 0	1
LIDOCAÍNA C/ VASO	MATERIAIS	LUVA DE PROCEDIMENTO PAR	OK	FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAÍNA S/ VASO	AGULHA 13X4,5	LUVA ESTÉRIL Nº7,0	OK	FIO POLIGLECAPRONE Nº	
MIDAZOLAN	AGULHA 25X07	LUVA ESTÉRIL Nº7,5	OK	FIO SEDA Nº	
MORFINA	AGULHA 25X08	LUVA ESTÉRIL Nº8,0	OK	FITA CARDIACA	
NIMBÍUM	AGULHA 40X12	LUVA ESTÉRIL Nº8,5	OK	MATERIAL ESPECIAL	QTD.
PANCURÔNIO	AGULHA PERIDURAL Nº16	MÁSCARA CIRÚRGICA	OK	CATETER DE PIC	
PETIDINA	AGULHA PERIDURAL Nº17	MULTIVIAS		CIMENTO CIRÚRGICO	
PROPOLFOL	AGULHA PERIDURAL Nº18	PERFURADOR DE SORO		CLIP TITÂNIO LIGADURA	
RAMFENTANILA	AGULHA RAQUI Nº25G	SCALP Nº19		FIO DE KIRSCHNER Nº	
ROCURÔNIO	AGULHA RAQUI Nº26G	SCALP Nº21		FIO DE KIRSCHNER Nº	
SEVOFLURANO	AGULHA RAQUI Nº27G	SERINGA 3ML	OK	FIO STERNMAN Nº	
SUXAMETÔNIO	ALGODÃO ORTOPÉDICO	SERINGA 5ML	OK	FIO STERNMAN Nº	
TIOPENTAL	ATADURA DE CREPOM	SERINGA 10ML	OK	GRAMPEADOR CIRÚRGICO	
	ATADURA GESSADA	SERINGA 20ML	OK	HEMOST. ABSORVÍVEL	
MEDICAÇÕES	QTD.	BOLSA P/ COLOSTOMIA		KIT. DERIVA. VENTRICULAR	
ADRENALINA		CÂNULA P/ TRAQUEOSTOMIA Nº		PRÓTESE VASCULAR	
ÁGUA DESTILADA		CATETER DE OXIGÊNIO	1	KIT. PAM	
ATROPINA		CATETER EMBOLEC. ARTERIAL Nº		FIXADOR EXTERNO	
BEXTRA		CATETER EPIDURAL Nº16			
EFAZOLINA		CATETER EPIDURAL Nº17			
EXAMETASONA		CATETER EPIDURAL Nº18			
DIPIRONA SÓDICA		CERA PARA OSSO			
EFEDRINA		COLET. URINA FECHADO			
FUROSEMIDA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	OK		
GLICOSE 50%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	OK		
GLUCONATO DE CÁLCIO		DRENO DE PENROSE			
HIDROCORTISONA		DRENO DE SUÇÃO			
LIDOCAÍNA GELÉIA		ELETRODOS	5		
ONDASENTRONA		EQUIPO MACROGOTAS	2		
PLASIL		EQUIPO TRANSF. SANGUE			
PROSTOMINE		EQUIPO MICROGOTAS			
PROTAMINA		ESPONJA DE PVPI	OK		
TENOXICAN		ESPARADRAPO	OK		
		GAZES	OK		
		GAZES ALGODOADAS	OK		
		GEL ELETROLÍTICO	OK		
		JELCO Nº14			
		JELCO Nº16			

FIOS **QTD.** **() ASPRADOR**
() BISTURI ELÉTRICO
() CAPNÓGRAFO
() CÁRDIOMONITOR
() DESFIBRILADOR
() FOCO AUXILIAR
() FOCO CENTRAL
() MICROSCOPIO
() OXÍMETRO DE PULSO
() P.A. INVASIVA/NÃO INVASIVA
() PERFURADOR ELÉTRICO
() SERRA
CIRCUL. DE SANGUE
Dr. Oliveira
Técnico Enfermagem
COREN-PR: 844.473



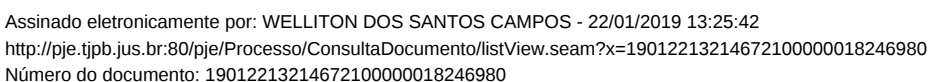
Assinado eletronicamente por: WELLITON DOS SANTOS CAMPOS - 22/01/2019 13:25:42





FEEDS:

F.(NG) ASCIR.026-1



Journal of Management Studies, 39(6), 708–726.



Posição e Preparo:
Prezente em DHI sob anestesia
antépsia + antissépsia
Exposição de campo.
Incisão:
Paratuberculal em lateral de Lom.
curva, direita e esquerda.
Achados:
Sintoma fístula
Síndrome purulenta
Conduta:
1) Lavagem extensiva com soro fisiológico 0,91.
2) Exatidão de fístula de estudos
3) Culturas de material de fístula, esterilizados
4) Coleta de material p/ cultura
Fechamento:
Fita com Prolene
curativo estéril
Observação:
Coleta de material p/ cultura

Jessyka F. Rêgo
CRM 10045/PB
CRM 10045/PB

João Pessoa, 24, 10, 16

Médico/CRM: _____

F(NG).ASCIR.009-I







RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: Welliton dos Santos Campos BE/Prontuário:
Idade: Sexo: () Masculino () Feminino Cor: Data: 09/09/16
Clínica/Setor: EMP: LR:
Cirurgia: Intervenção de
Cirurgião: Dr. Mário Augusto 1º Assistente:
2º Assistente: 3º Assistente:
Instrumentador: Anestesista: Dr. Sérgio
Tipo de Anestesia: Local Horário: Início : : Término : :

CID	
Intervenção de	
local	

Código	
Intervenção de	
local	

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

Biopsia de Congelação: () Sim () Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:
() Enfermaria () Terapia Intensa () Residência () Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM: Dr. Mário Augusto

João Pessoa, 09/09/16

Assinado eletronicamente por: WELLITON DOS SANTOS CAMPOS - 22/01/2019 13:25:42

Nota de Sala Cirúrgica

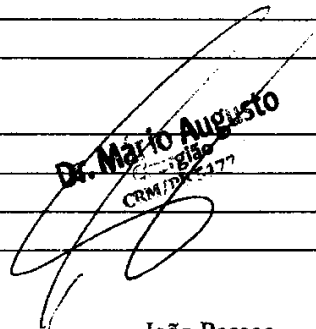
HEETSHL

NOME DO PACIENTE: Abdon Balista de Araújo
 IDADE: 29 ANOS 938694 1994
 CIRURGIÃO: Dr. Manoel Enxerto de pele parcial
 ANESTESIA: Raquel
 ANESTESISTA: Dr. Souza + Dr. Marcelo
 DATA: 29/09/14
 ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGIST): ASA 1
 GRAU DE CONTAMINAÇÃO: () LIMPA () CONTAMINADA () INFECTADA () POTENCIALMENTE CONTAMINADA
 MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS: SRL 500
 ALFENTANIL: 1
 BUPIVACAÍNA ISOBÁRICA: 1
 BUPIVACAÍNA PESADA: 1
 CETAMINA: 1
 DROPERIDOL: 1
 ETOMIDATO: 1
 FENOBARBITAL: 1
 FENTANIL: 1
 FLUMAZENIL: 1
 IOFLURANO: 1
 LEVOBUPIVACAÍNA C/ VASO: 1
 EVOBUPIVACAÍNA S/ VASO: 1
 LIDOCAÍNA C/ VASO: 1
 LIDOCAÍNA S/ VASO: 1
 MIDAZOLAN: 1
 MORFINA: 1
 NIMBÍUM: 1
 PANCURÔNIO: 1
 PETIDINA: 1
 PROPORFOL: 1
 RAMIFENTANIL: 1
 ROCURÔNIO: 1
 SEVOFLURANO: 1
 SUXAMETÔNIO: 1
 TIOPENTAL: 1
 MEDICAÇÕES: 1
 ADRENALINA: 1
 ÁGUA DESTILADA: 1
 ÁTROPINA: 1
 BEXTRA: 1
 FAZOLINA: 1
 JEXAMETASONA: 1
 DIPIRONA SÓDICA: 1
 EFEDRINA: 1
 FUROSEMIDA: 1
 GLICOSE 50%: 1
 GLUCONATO DE CÁLCIO: 1
 HIDROCORTISONA: 1
 LIDOCAÍNA GELÉIA: 1
 ONDASENTRONA: 1
 FLASIL: 1
 PROSTIGMINE: 1
 PROTAMINA: 1
 TENOXICAN: 1
 MATERIAIS CONT.: 1
 JELCO Nº 18: 1
 JELCO Nº 20: 1
 JELCO Nº 22: 1
 JELCO Nº 24: 1
 KIT SIST. DREN. TORÁCICA Nº: 1
 LÂMINA BISTURI Nº 11: 1
 LÂMINA BISTURI Nº 15: 1
 LÂMINA BISTURI Nº 23: 1
 LÂMINA BISTURI Nº 24: 1
 LÂMINA DE DERMÁTOMO: 1
 LÂMINA DE ENXERTO: 1
 LUVA DE PROCEDIMENTO PAR: 1
 LUVA ESTÉRIL Nº 7,0: 1
 LUVA ESTÉRIL Nº 7,5: 1
 LUVA ESTÉRIL Nº 8,0: 1
 LUVA ESTÉRIL Nº 8,5: 1
 MÁSCARA CIRÚRGICA: 1
 MULTIVIAS: 1
 PERFURADOR DE SORO: 1
 SCALP Nº 19: 1
 SCALP Nº 21: 1
 SERINGA 3ML: 1
 SERINGA 5ML: 1
 SERINGA 10ML: 1
 SERINGA 20ML: 1
 SONDA ASP. TRAQUEAL Nº 8: 1
 SONDA ASP. TRAQUEAL Nº 10: 1
 SONDA ASP. TRAQUEAL Nº 12: 1
 SONDA ASP. TRAQUEAL Nº 14: 1
 SONDA ASP. TRAQUEAL Nº 16: 1
 SONDA FOLEY 2VIAS Nº 12: 1
 SONDA FOLEY 2VIAS Nº 14: 1
 SONDA NASOG. CURTA: 1
 SONDA NASOG. LONGA: 1
 SONDA URETRAL Nº: 1
 TORNEIRINHA: 1
 TUBO ENDOTRAQUEAL Nº: 1
 TUBO ENDOTRAQUEAL Nº: 1
 TUBO ENDOTRAQUEAL Nº: 1
 TUBO SILICONE (LATEX): 1
 FIOS: 1
 FIO CAT GUT CROMADO Nº: 1
 FIO CAT GUT CROMADO Nº: 1
 FIO DE AÇO Nº: 1
 FIO DE AÇO Nº: 1
 FIO DE NYLON Nº: 1
 FIO DE NYLON Nº: 1
 FIO DE NYLON Nº: 1
 FIO POLIGLACTINA Nº: 1
 FIO POLIGLACTINA Nº: 1
 FIO POLIGLACTINA Nº: 1
 FIO POLIPROPILENO Nº: 1
 FIO POLIPROPILENO Nº: 1
 FIO POLIPROPILENO Nº: 1
 FIO POLIGLECAPRONE Nº: 1
 FIO SEDA Nº: 1
 FITA CARDÍACA: 1
 MATERIAL ESPECIAL: 1
 CATETER DE PIC: 1
 CIMENTO CIRÚRGICO: 1
 CLIP TITÂNIO LIGADURA: 1
 FIO DE KIRSCHNER Nº: 1
 FIO DE KIRSCHNER Nº: 1
 FIO STEINMAN Nº: 1
 FIO STEINMAN Nº: 1
 GRAMPEADOR CIRÚRGICO: 1
 HEMOST. ABSORVÍVEL: 1
 KIT. DERIVA. VENTRICULAR: 1
 PRÓTESE VASCULAR: 1
 KIT. PAM: 1
 FIXADOR EXTERNO: 1
 EMPRESA: 1
 PARAFUSOS CORTICAIS: 1
 PARAFUSOS CORTICAIS: 1
 PARAFUSOS ESPONIOSO: 1
 PARAFUSOS ESPONIOSO: 1
 PARAFUSOS MALEOLAR: 1
 PARAFUSOS MALEOLAR: 1
 PLACA: 1
 PLACA: 1
 EQUIPAMENTOS: 1
 () ASPIRADOR: 1
 () BISTURI ELÉTRICO: 1
 () CAPNÓGRAFO: 1
 () CÁRDIOMONITOR: 1
 () DESFIBRILADOR: 1
 () FOCO AUXILIAR: 1
 () FOCO CENTRAL: 1
 () MICROSCOPIO: 1
 () OXÍMETRO DE PULSO: 1
 () P.A. INVASIVA/NÃO INVASIVA: 1
 () PERFURADOR ELÉTRICO: 1
 () SERRA: 1
 CIRCULANTE: 1

19012213214672100000018246980



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	- Paciente deitado dorsal, preparo habitual do sítio
Incisão:	curvilinear
Achados:	- lesão extensa pela pericárdica do lobo apical e base de Glan
Conduta:	- Granulação extensa pela pericárdica em lobo apical e base de Glan 1.º - Lesão extensa Glan 2.º
Fechamento:	
Observação:	


Dr. Mario Augusto
CRM/DF 177

João Pessoa, ____/____/____

Médico/CRM: _____





28/08/2017

HTOP - CADASTRAR FAA - TiMed

Ficha de Atendimento Ambulatorial

1023627

Ficha de Atendimento Ambulatorial
Senador Humberto Lucena

AV. ORESTES LISBOA, S/N - CONJ. PEDRO GONDIM JO:O PESSOA - CNES: 122334 - Tel.: 8332185736

Número da Ficha de Atendimento Ambulatorial: 1023627

Identificação do paciente				Data e Hora 28/08/2017 14:00:59	
ID 1067490	Nome ABSON BATISTA DE ARAUJO			Sexo Masculino	
Data de nascimento 21/11/1992	Idade 24 Ano(s)	Estado civil SOLTEIRO(A)	Religião CATOLICA	Prontuário 96814	
Mãe MONICA SANTOS BATISTA	Pai ADEMILSON FREIRE DE ARAUJO			Responsável (Parentesco) - MAE	
Escolaridade FUNDAMENTAL COMPLETO	DDD Móvel 33			Fone Móvel 988846294	DDD Fixo 83
Fone Fixo 988718583	Número documento 3622996			Cross	Nº Cns 708405200111664
Endereço					
CEP 58297000	Município de residência RIO TINTO		Logradouro SAO PAULO		
Número 3	Complemento		Bairro CENTRO		
Atendido por MÁRIA SORAYA ROCHA				Número da pulseira 1000005979506	
Motivo do atendimento RETORNO - ORTOPEdia					

QUEIXA PRINCIPAL:

H.D.A:

EXAME FÍSICO:

EXAMES COMPLEMENTARES:

DIAGNÓSTICO:

CID:

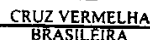
CONDUTA:

http://172.16.0.6:8080/cvb/pages/fichaAtendimentoAmbulatorial.do?per:orm=imprimir&id=1023627



Assinado eletronicamente por: WELLITON DOS SANTOS CAMPOS - 22/01/2019 13:25:45
 http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19012213233639400000018247049
 Número do documento: 19012213233639400000018247049

Num. 18751499 - Pág. 1



Abson Batista de França

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
03.10.17	14:40	Psicologia Paciente evolui no momento consciente, orientado, emocionalmente estável, memória preservada, pensamento coerente. Sem queixas no momento. <i>[Assinatura]</i> Luiz Gutenberg Teixeira PSICÓLOGO 5023/13
06/10/17	09:38	Psicologia Paciente evolui no momento consciente, orientado, emocionalmente instável, humor triste, referindo queixas que relaciona a medicação. Realiza do apoio psicológico + orientações + interconsulta com o Enfermeiro Cláudio. <i>[Assinatura]</i>





SUS

Sistema
Único de
SaúdeMinistério
da
SaúdeLAUDO 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

9 - N° DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, 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 - QTOE

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - QTOE

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - QTOE

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

TMC Cx de Elizabeth
 Pino de Shams (02) Peças (16)
 Torres de 4 (02) Aruelas lisas (04)
 Pinafures (04)
 Barras resqueadas 10cm (04)

PROFISSIONAL SOLICITANTE

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

40 - DATA DA SOLICITAÇÃO

41 - DOCUMENTO

42 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

43 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

() CNS () CPF

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

47 - DOCUMENTO

48 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

49 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

() CNS () CPF



Nome: ABSON JATISTA X AMUNJO

Idade: _____ Sexo: () Masculino () Feminino Cor: 6109117

Clínica/Setor: _____ EMP: _____ R: _____

Cirurgia: _____

Cirurgião: DR. RAFAEL LARA 1º Assistente: DR. THAP KERNICA

2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____

Instrumentador: _____ Anestesista: DR. JOCS

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

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>PERICÓNDRIOMA DE TÍBIA</u>	
<u>NO DE IUTARON</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>REVISÃO DE IUTARON</u>	
<u>COMPRESSÃO LOCAL +</u>	
<u>TRANSORTE</u>	

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

Biopsia de Congelação: () Sim (X) Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

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

Médico/CRM: _____

Dr. Rafael Lara de Freitas
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR 8784 TEOT 9693

João Pessoa, 26/10/17

F(NG).ASCIR.009-I



Nota de Sala Cirúrgica

NOME DO PACIENTE: **ARSON BATISTA DE ARAUJO**

IDADE: **24** SEXO: **M** ANO: **1983** INFERMARIA: **19** LEITO: **05**

CIRURGIÃO: **DR. CLOVIS REVISÃO DE LITOTOMIA + CISTOCOTOMIA MCD**

CIRURGIÃO AUX.: **DR. TINGO** AUX.: **DR. JOAO**

ANESTESIA: **RAPID**

ANESTESISTA: **DR. JOAO**

INSTRUMENTADOR: **DR. JOAO**

DATA: **26/09/17** TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA: INÍCIO: **12:25h** FIM: **15:30** CIRURGIA: INÍCIO: **12:25h** FIM: **15:30**

ÍNDICE DE RISCO DE CIRÚRGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTE)

ASA 1 () ASA 2 () ASA 3 () ASA 4 () ASA 5 ()

GRAU DE CONTAMINAÇÃO: () LIMPA () CONTAMINADA () INFECTADA () POTENCIALMENTE CONTAMINADA

MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.
ALFENTANILA	1	JELCO Nº18		FIO CAT GUT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA ISOBÁRICA	1	JELCO Nº20		FIO CAT.GUT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA PESADA		JELCO Nº22		FIO DE AÇO Nº	
CETAMINA	50 0,9%	JELCO Nº24		FIO DE AÇO Nº	
DROPERIDOL		KIT SIST. DREN. TORÁXICA Nº		FIO DE NYLON Nº	
ETOMIDATO		LÂMINA BISTURI Nº11		FIO DE NYLON Nº	
FENOBARBITAL		LÂMINA BISTURI Nº15		FIO DE NYLON Nº	
FENTANILA		LÂMINA BISTURI Nº23		FIO POLIGLACTINA Nº	
FLUMAZENIL		LÂMINA BISTURI Nº24		FIO POLIGLACTINA Nº	
ISOFLURANO		LÂMINA DE DERMÁTOMO		FIO POLIGLACTINA Nº	
LEVORUPIVACAÍNA C/ VASO		LÂMINA DE ENXERTO		FIO POLIPROPILENO Nº	
LEVORUPIVACAÍNA S/ VASO		LUVIA DE PROCEDIMENTO PAR.	OK	FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAÍNA C/ VASO		LUVIA ESTÉRIL Nº7,0	OK	FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAÍNA S/ VASO		LUVIA ESTÉRIL Nº7,5	OK	FIO POLIGLECAPRONE Nº	2L
MIDAZOLAN		LUVIA ESTÉRIL Nº8,0	OK	FIO SEDA Nº	
MORFINA		LUVIA ESTÉRIL Nº8,5	OK	FITA CARDÍACA	
NMBIUM		MÁSCARA CIRÚRGICA	OK	MATERIAL ESPECIAL	QTD.
PANCURÔNIO		MULTIVIAS		CATETER DE PIC	
PETIDINA		PERFURADOR DE SORO		CIMENTO CIRÚRGICO	
PROPOLFOL		SCALP Nº19		CLIP TITÂNIO LIGADURA	
RAMIFENTANILA		SCALP Nº21		FIO DE KIRSCHNER Nº	
ROCURÔNIO		SERINGA 3ML	OK	FIO DE KIRSCHNER Nº	
SEVOFLURANO		SERINGA 5ML	OK	FIO STEINMAN Nº	
SUXAMETÔNIO		SERINGA 10ML	OK	FIO STEINMAN Nº	
TIOPENTAL		SERINGA 20ML	OK	GRAMPEADOR CIRÚRGICO	
MEDICAÇÕES	QTD.	BOLSA P/ COLOSTOMIA		HEMOST. ABSORVÍVEL	
ADRENALINA		CÂNULA P/ TRAQUEOSTOMIA Nº		KIT. DERIVA. VENTRICULAR	
ÁGUA DESTILADA		CATETER DE OXIGÊNIO	1	PRÓTESE VASCULAR	
ATROPINA		CATETER EMBOLEC. ARTERIAL Nº		KIT. PAM	
BEXTRA		CATETER EPIDURAL Nº16		FIXADOR EXTERNO	
CEFAZOLINA		CATETER EPIDURAL Nº17		EMPRESA	
DEXAMETASONA		CATETER EPIDURAL Nº18		PARAFUSOS CORTICAIS	
DIPIRONA SÓDICA		CERA PARA OSSO		PARAFUSOS CORTICAIS	
EFEDRINA		COLET. URINA FECHADO		PARAFUSOS ESPONJOSO	
FUROSEMIDA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	OK	PARAFUSOS ESPONJOSO	
GLICOSE 50%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	OK	PARAFUSOS MALEOLAR	
GLUCONATO DE CÁLCIO		DRENO DE PENROSE		PARAFUSOS MALEOLAR	
HIDROCORTISONA		DRENO DE SUÇÃO		PLACA	
LIDOCAÍNA GELÉIA		ELETRODOS	5	PLACA	
ONDASENTRONA		EQUIPO MACROGOTAS		EQUIPAMENTOS	
PLASIL		EQUIPO TRANSF. SANGUE		() ASPIRADOR	
PROSTIGMINE		EQUIPO MICROGOTAS		() BISTURI ELÉTRICO	
PROTAMINA		ESPONJA DE PVPI	OK	() CAPNÓGRAFO	
TENOXICAN		ESPARADRAPO	OK	() CARDIOMONITOR	
CLOMIDINA	1	GAZES	OK	() DESFIBRILADOR	
		GAZES ALGODOADAS	OK	() FOCO AUXILIAR	
		GEL ELETROLÍTICO	OK	() FOCO CENTRAL	
		JELCO Nº14		() MICROSCOPIO	
		JELCO Nº16		() TOXÍMETRO DE PULSO	
				() P.A. INVASIVA/NÃO INVASIVA	
				() PERFURADOR ELÉTRICO	
				() SERRA	

CIRCUITANTE: **Dr. Cláudio Oliveira**

Enfermagem: **Ren PB-911375**

ENFERMEIRO: **REN PB-911375**

FING: ASCIR.021-2





98

HEETSIII.

DATA: 26 109 117

PRONTUÁRIO: 1023624

PACIENTE: <u>ABSON Batista de Azevedo</u>		SEXO: <u>M</u>	COR: <u>B</u>	IDADE: <u>24 Anos</u>
PRESSÃO ARTERIAL	PULSO <u>82</u>	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO
GRUPO SANGÜÍNEO				
ESTADO GERAL () BOM (x) REGULAR () MAU () PÉSSIMO		RISCO CIRÚRGICO () BOM (x) REGULAR () MAU () PÉSSIMO		
EXAMES COMPLEMENTARES <u>VER PRONTUÁRIO DE DIAGNÓSTICO</u>				
AP. RESPIRATÓRIO <u>Mt em ambas pulm</u>		AP. CIRCULATÓRIO <u>OK</u>		
AP. DIGESTIVO <u>Em jejum</u>	ESTADO MENTAL <u>Orientado</u>		DROGAS EM USO <u>-</u>	
PRÉ-ANESTÉSICO			ESTADO FÍSICO (ASA)	
DOSE/HORA <u>Succinil + pentanil 2 ml</u>				
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO <u>Pseudo aneurisma de fígado</u>				
CIRURGIA REALIZADA <u>1to cirúrgico de pseudoaneurisma de fígado</u>				
CIRURGIÃO <u>Dr. Raposo</u>	AUXILIARES <u>Dr. 1</u>			
INÍCIO DA ANESTESIA <u>11:30hs</u>	TÉRMINO DA ANESTESIA <u>15:30h</u>		DURAÇÃO DA ANESTESIA <u>4hs</u>	
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	QUANT. DE CH.		VALORES R\$	
ANESTESISTA <u>Dr. 1000 Batista</u>	CPF		CRM-PB	

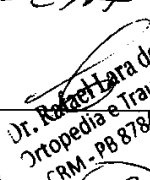
AGENTE	DATA	HORARIO	SIGNATURA	DIAGNOSTICO	TRATAMENTO	EVOLUÇÃO	ANOTAÇÕES
	17-06-19	+ de manhã	12-30h	14-30h	15-30h		
LÍQUIDOS VENOSOS							
PULSO							
CÓDIGOS DE CIRURGIA							
ANESTESIA X							
PARTERIAL SISTOLICA							
DIASTOLICA							
RETONDAÇÃO							
A. ARTERIAL							
"C"							
A. PULSO							

☐ ANESTESIA GERAL	☒ RAQUIDIANA	☐ EPIDURAL	☐ BLOO.PLEXO	☐ BLOO.NERVOS	☐ OUTROS
MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO					
GLICOSE	1 Suplicatm 330-20MG	11			
NACL	2 Morhua 80 ml	12			
SANGUE	3 Clonidina 50mcg	13			
RINGER	4 efadolina 2G	14			
TOTAL	5 Smodexetubua 3mg	15			
Destino do paciente	6 dexmedetomidina 20mcg	16			
☐ APT*	7 d.p.v.c.m 2L	17			
☐ ENFERMARIA	8 Dexmedetomidina	18			
☐ UTI	9 pentamile	19			
☒ OUTROS URG	10	20			
OBSERVAÇÕES IMPORTANTES					
técnica. Paciente monitorizado, submetido à ventilação mecânica em MPE, com oxigenação adequada da região torácica + acesso à raqui-anestesia ental. 2.3 mL com agulha n° 25, fio claro, após Satisproze.					
ASSINATURA DO ANESTESISTA		17 (NG) ASCR.026-1			



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA
Posição e Preparo:
1) JPH + MAT 2) NUP I dig + tintura 3) Smatch
Incisão:
1) Incisão prévia
Achados:
1) NÃO HAVIA COMPLETADO A COLICOTOMIA PROXIMAL 2) INFLAMAÇÃO EM VÁRIOS NA ÁREA DE CORNOS 3) NECROSE TECIDOS MOLES
Conduta:
1) one pin + antiseptico 2) Incisão conforme desenho 3) Desbridamento 4) Nova colicotomia proximal completando o corte (chegado na fluoroscopia) 5) Lavagem do aparelho na corrente e fraco proximal q 105 de K (4) 6) Lavagem fluoroscopia 7) Marcação os mais prévios e adição de 2 pinos de Schanz e 2 Tross de 4 orifícios
Fechamento:
8) Agulhas OK 9) Montagem final 10) Ferimento de pele sem tórax por ef
Observação:
análise de não realização (problema de duto em 2º tempo) - CASO COMPLEXO Ⓢ CRISA DE DURAÇÃO MUITO INCOMPLETA

Médico/CRM:


Dr. Rafael Lara de Freitas
Ortopedia e Traumatologia
CRM - PB 8784 TEOT 9693

João Pessoa, 26/09/11

F(NG).ASCIR.009-I



EVOLUÇÃO DO PACIENTE

BE/PRONTUÁRIO

Nome do paciente

11350

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
19/09/17		± ORTOPÉDIA
		HD: ASCENDENTE DE TELA + FALCENIA DE TELA
		TTO: RECONSTRUÇÃO OSSA COM JUNTURA 04/09/17
		INICIA DE PROPOSTA: 17/09/17
		Paciente em acompanhamento de alongamento ossos. Tem evoluído não satisfatório no foco do alongamento, principalmente no ulnicoturno completa, em consequência, foram dados em volta no foco de compressão. Dose forte, recente revisão cirúrgica p/ compressão e união
		(d. agente cirúrgico p/ 26/09/17 395 - Exatidão no ponto de união e detalhar de técnica cirúrgica
		Dr. Rafael Lara de Freitas Ortopedia e Traumatologia CRM-RB 8784 TEOT 9693

F(NG).ENF.018-1





**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

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

DDD

11 - TELEFONE DE CONTATO

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 - QDE

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - QDE

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - QDE

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Porca 70
 Parapuxo Nº 10 (18)
 " " Nº 15 (16)
 Buxa Nº 1 (07)
 Buxa Nº 2 (03)
 Buxa Nº 3 (01)
 Cermianes Nº 200 (10) unid. de 200
 Ast. Com canal Nº 80 (04)
 " " Nº 100 (04)
 " " Nº 120 (04)

Ast. Com canal Nº 120 (04)
 " " Nº 250 (04)
 Buxa quadrada Num. 64
 Arvoela côncava (25) unid.
 Arvoela convexa (25) unid.
 " Lisa (05) unid.
 Pino de Schuss (10) unid.

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

CME - Flávio de Kirschner

41 - DOCUMENTO

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

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

() CNS () CPF

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

45 - Cód. ORDEM

47 - DOCUMENTO

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

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

() CNS () CPF





RELATÓRIO DE CIRURGIA



Nome: ABSON BATISTA DE ARAUJO
Idade: _____ Sexo: ☒ Masculino () Feminino Cor: 510917
Clínica/Setor: _____ EMP: _____ LR: _____
Cirurgia: _____
Cirurgião: DR. RAFAEL LARA 1º Assistente: DR. THIAGO FORMIG
2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____
Instrumentador: _____ Anestesista: DR. ANA
Tipo de Anestesia: _____ Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>RECONSTRUÇÃO DE TIGEM</u>	
<u>(NO DE FREQUÊNCIA DE ANEST</u>	
<u>NOCT + EXERCÍCIO DE</u>	
<u>PELE)</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>RECONSTRUÇÃO DE FIXADOR</u>	
<u>EXTENSÃO CIRURGIA</u>	
<u>(DURADOR)</u>	

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

Biopsia de Congelação: () Sim ☒ Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

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

Médico/CRM: _____

Dr. Rafael Lara de Freitas
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Joelho
CRM-PB 8784

João Pessoa, 05/09/17

F(NG).ASCIR.009-1

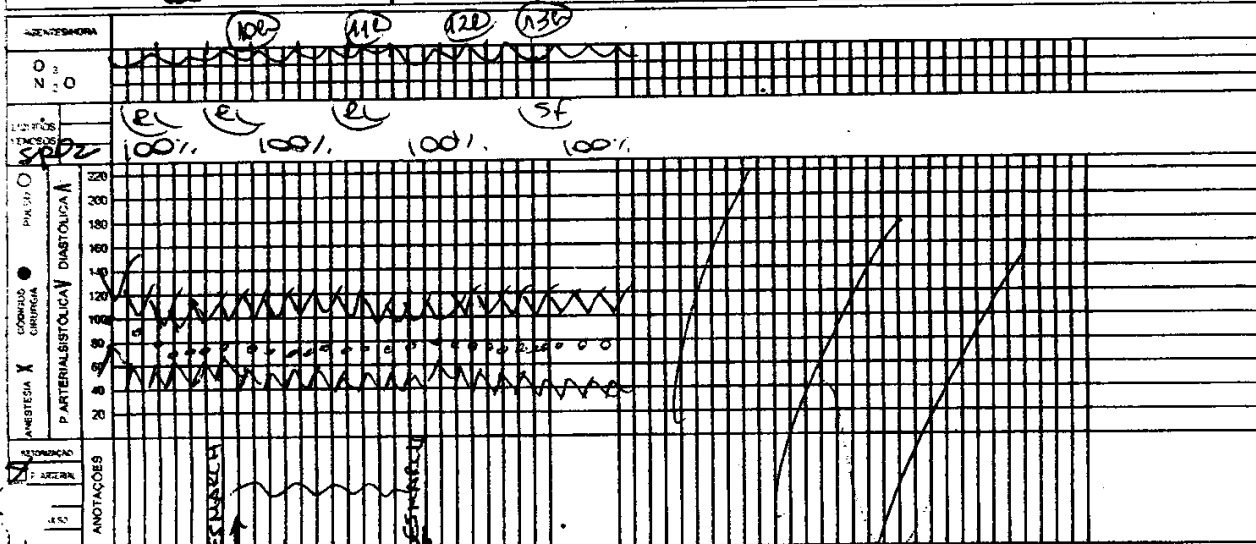


FICHA DE ANESTESIA

DATA: 05/09/17

PRONTUÁRIO:

PACIENTE: <u>Alson B. de Mouro</u>		SEXO: <u>M</u>	COR: <u></u>	IDADE: <u>24</u>
PRESSÃO ARTERIAL	PULSO <u>100</u>	RESPIRAÇÃO <u>Sup</u>	TEMPERATURA	PESO
ESTADO GERAL <u>X BOM</u> () REGULAR () MAU () PÉSSIMO		RISCO CIRURGICO <u>X BOM</u> () REGULAR () MAU () PÉSSIMO		
EXAMES COMPLEMENTARES <u>VPM</u>				
AP. RESPIRATÓRIO <u>em AUT SIRA</u>		AP. CIRCULATÓRIO <u>PCR 2T BNF 515</u>		
AP. DIGESTIVO <u>jejum</u>	ESTADO MENTAL <u>LOTG</u>	DROGAS EM USO		
PRÉ-ANESTÉSICO DOSE/HORA				ESTADO FÍSICO (ASA)
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO <u>Pseudotumor de tórax</u>				
CIRURGIA REALIZADA <u>Tratamento cirúrgico de pseudotumor de tórax + en-</u>				
CIRURGIÃO <u>Dr Rafael</u>	AUXILIARES <u>Dr Tiago</u>	<u>curto osso</u>		
INÍCIO DA ANESTESIA <u>8:45</u>	TÉRMINO DA ANESTESIA <u>13:30</u>	DURAÇÃO DA ANESTESIA <u>275 min</u>		
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	QUANT. DE CH.	VALORES RS		
ANESTESISTA <u>Dra Lúcia Souza</u>	CRM-PB			



☐ ANESTESIA GERAL ☒ RAQUIDIANA ☐ EPIDURAL ☐ BLOQ. PLEXO ☐ BLOQ. NERVOS ☐ OUTROS	
TÉCNICA <u>Pat sent mont, D+D, mediano, L3-L4, Quinke 260, (LRA), claro, sintico</u>	
LIQUIDOS GLICOSE NaCl SANGUE RINGER TOTAL DES. INO DO PACIENTE ☐ APT ☐ ENFERMARIA ☐ UTI ☐ RESIDENCIA ☐ OUTROS	MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO 1 fentanyl 100mcg 2 midazolam 7mg 3 ropivacaine 2g 4 dexmedetomidine 10mg 5 Diprion 2g 6 Nauseidon 8mg 7 Cetopropileno 100mg 8 Efedrina 9 Naloxona per 20mg 10 Durox 0.1mg
OBSERVAÇÕES IMPORTANTES	
<u>* Paciente com lesão do N. fibular, sem realizar dorso-flexão de pé, imediatamente ao ato anestésico cirúrgico</u>	
ASSINATURA DO ANESTESISTA: <u>Dra Lúcia Souza</u> F. (ING) 026-1 Anestesiologista CRM-PB 9190	



Nota de Sala Cirúrgica

NOME DO PACIENTE: Alison Batista de Araújo

IDADE: 34 BE PRONTUÁRIO: 96814 DATA: 19/05 LEITO: 05

CIRURGIA: TC. Pseudoartrose de Tibia Direita

CIRURGIÃO: Dre Papark + Dre Inago

ANESTESIA: Raqui + Sedação

ANESTESISTA: Dre Ana Luiza

INSTRUMENTADOR: Nathalia

DATA: 05/09/17 TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA: INÍCIO: 08:45 CIRURGIA: INÍCIO: 09:30 FIM: 13:30

PRINCE DE RISCO DE CIRÚRGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTE)

ASA 1 () ASA 2 () ASA 3 () ASA 4 () ASA 5 ()

GRATI DE CONTAMINAÇÃO () LIMPA () CONTAMINADA () INFECTADA () POTENCIALMENTE CONTAMINADA

MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.
ALUFENTANILA		JELCO Nº18		FIO CAT GUT CROMADO Nº	
HEPÍVACAÍNA ISOBARICA		JELCO Nº20		FIO CAT GUT CROMADO Nº	
HEPÍVACAÍNA PESADA		JELCO Nº22		FIO DE AÇO Nº	
ETAMINA		JELCO Nº24		FIO DE AÇO Nº	
DROPERIDOL		KIT SIST. DREN. TORÁXICA Nº		FIO DE NYLON Nº	
ETOMIDATO		LÂMINA BISTURI Nº11		FIO DE NYLON Nº	
FENOBARBITAL		LÂMINA BISTURI Nº15		FIO DE NYLON Nº	
PENTANILA		LÂMINA BISTURI Nº23		FIO POLIGLACTINA Nº	
FLUMAZENIL		LÂMINA BISTURI Nº24		FIO POLIGLACTINA Nº	
ISOFLURANO		LÂMINA DE DERMÁTOMO		FIO POLIGLACTINA Nº	
HEVOBUPIVACAÍNA C/ VASO		LÂMINA DE ENXERTO		FIO POLIPROPILENO Nº	
HEBUPIVACAÍNA S/ VASO		LUVA DE PROCEDIMENTO PAR.		FIO POLIPROPILENO Nº	
HEBUPIVACAÍNA C/ VASO		AGULHA 13X4,5		FIO POLIGLECAPRONE Nº	
HEBUPIVACAÍNA C/ VASO		AGULHA 25X07		FIO SEDA Nº	
HEBUPIVACAÍNA C/ VASO		AGULHA 25X08		FITA CARDÍACA	
HEBUPIVACAÍNA C/ VASO		AGULHA 40X12		MATERIAL ESPECIAL	QTD.
HEBUPIVACAÍNA C/ VASO		AGULHA PERIDURAL Nº16		CATETER DE PIC	
HEBUPIVACAÍNA C/ VASO		AGULHA PERIDURAL Nº17		CIMENTO CIRÚRGICO	
HEBUPIVACAÍNA C/ VASO		AGULHA PERIDURAL Nº18		CLIP TITÂNIO LIGADURA	
HEBUPIVACAÍNA C/ VASO		AGULHA RAQUI Nº25G		FIO DE KIRSCHNER Nº	
HEBUPIVACAÍNA C/ VASO		AGULHA RAQUI Nº26G		FIO DE KIRSCHNER Nº	
HEBUPIVACAÍNA C/ VASO		AGULHA RAQUI Nº27G		FIO STEINMAN Nº	
HEBUPIVACAÍNA C/ VASO		ALGODÃO ORTOPÉDICO		FIO STEINMAN Nº	
HEBUPIVACAÍNA C/ VASO		ATADURA DE CREPOM		GRAMPEADOR CIRÚRGICO	
HEBUPIVACAÍNA C/ VASO		ATADURA GESSADA		HEMOST. ABSORVÍVEL	
HEBUPIVACAÍNA C/ VASO		BOLSA P/ COLOSTOMIA		KIT DERIVA. VENTRICULAR	
HEBUPIVACAÍNA C/ VASO		CÂNULA P/ TRAQUEOSTOMIA Nº		PRÓTESE VASCULAR	
HEBUPIVACAÍNA C/ VASO		CATETER DE OXIGÊNIO		KIT. PAM	
HEBUPIVACAÍNA C/ VASO		CATETER EMBOLEC ARTERIAL Nº		FIXADOR EXTERNO	
HEBUPIVACAÍNA C/ VASO		CATETER EPIDURAL Nº16		EMPRESA	
HEBUPIVACAÍNA C/ VASO		CATETER EPIDURAL Nº17		PARAFUSOS CORTICAIS	
HEBUPIVACAÍNA C/ VASO		CATETER EPIDURAL Nº18		PARAFUSOS CORTICAIS	
HEBUPIVACAÍNA C/ VASO		CERA PARA OSSO		PARAFUSOS ESPONJOSO	
HEBUPIVACAÍNA C/ VASO		COLET. URINA FECHADO		PARAFUSOS ESPONJOSO	
HEBUPIVACAÍNA C/ VASO		COMPRESSAS CIRÚRGICAS		PARAFUSOS MALEOLAR	
HEBUPIVACAÍNA C/ VASO		COMPRESSAS CIRÚRGICAS		PARAFUSOS MALEOLAR	
HEBUPIVACAÍNA C/ VASO		DRENO DE PENROSE		PLACA	
HEBUPIVACAÍNA C/ VASO		DRENO DE SUCCÃO		PLACA	
HEBUPIVACAÍNA C/ VASO		ELETRODOS		EQUIPAMENTOS	
HEBUPIVACAÍNA C/ VASO		EQUIPO MACROGOTAS		ASPIRADOR	
HEBUPIVACAÍNA C/ VASO		EQUIPO MICROGOTAS		BISTURI ELÉTRICO	
HEBUPIVACAÍNA C/ VASO		ESPONJA DE PVPI		CAPNÓGRAFO	
HEBUPIVACAÍNA C/ VASO		ESPARADRAPO		CARDIOMONITOR	
HEBUPIVACAÍNA C/ VASO		GAZES		() DESFIBRILADOR	
HEBUPIVACAÍNA C/ VASO		GAZES ALGODOADAS		() FOCO AUXILIAR	
HEBUPIVACAÍNA C/ VASO		GEL ELETROLÍTICO		() FOCO CENTRAL	
HEBUPIVACAÍNA C/ VASO		JELCO Nº14		() MICROSCOPIO	
HEBUPIVACAÍNA C/ VASO		JELCO Nº16		() OXÍMETRO DE PULSO	
HEBUPIVACAÍNA C/ VASO		Faixa smach		() P.A. INVASIVA/ NÃO INVASIVA	
HEBUPIVACAÍNA C/ VASO		chave avulsa		PERFURADOR ELÉTRICO	
HEBUPIVACAÍNA C/ VASO		cuta Kim avulsa		SERRA	
HEBUPIVACAÍNA C/ VASO		Contador de Fio			

Assinado eletronicamente por: WELLITON DOS SANTOS CAMPOS - 22/01/2019 13:25:45

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19012213233639400000018247049

Número do documento: 19012213233639400000018247049

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- ① JOH + MAT
- ② NPI clip + drape
- ③ Smatch wax + 1:50h.

Incisão:

- EM FORMA DE "S"

Achados:

- ① NAS UNHAS C/ OXIDAC
- ② SECRETAS PURULENTAS
- ③ PLACA SOLTA
- ④ CRESCIMENTO SILENTE SOBRE A PLACA

Conduta:

- ① antiseptia + antiseptia
 - ② micras eprnt deuntes
 - ③ drenagem por planos
 - ④ Ressecção de tecido fibrotico
 - ⑤ Retirada de placa + desbridamento de tecido necrotico
 - ⑥ Ressecção do bloco ± 2cm
 - ⑦ Ressecção de 3cm da fíbula p/ contato ósseo
 - ⑧ Fixação metálica c/ par K
 - ⑨ Montagem do Ilizarov ef 5 anéis d' fixação
- sobre corpos de artil e drenagem peria.

Fechamento:

- ① Lavagem agnre d' solup saline
- ② Sutura p/ plano
- ③ Ponto + ao final de org + de catet.

Observação:

- ② SERRA OSCILATÓRIA SEM CORTE

Dr. Rafael Lara de Freitas
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Joelho
CRM-PB 8784

João Pessoa, 05/09/17.

Médico/CRM:

F(NG).ASCIR.009-1



;



D

000000010057 ABSON BATISTA DE ARAUJO M
02.10.2017
HTOP





Laudo Médico/Resumo de Alta



Nome: <u>Alzen Roberto de Azevedo</u>			N de BE:	
Idade:	Sexo:	Clínica:	Enf.:	Leito:
Data de admissão: <u>28/08/17</u>		Alta: <u>10/10/17</u>	Tempo de Permanência:	
Diagnóstico de Internação: <u>Fractura de fêmur</u>				
Diagnóstico Definitivo: <u>O mesmo</u>				
Diagnóstico Secundário: <u>O mesmo</u>				
Principais exames: <u>Radiografia + Gc - fêmur</u>				
Cirurgia realizada - data e equipe: <u>Dr. Rafael Lora</u>				
Biópsias:				
Anatomia patológica:				
Infecção: sim () não () Coleta de material: sim () não ()				
Resultado bacteriológico:				
Condições de alta: Melhorado () Removido () A pedido () Curado () Óbito () À Revelia ()				
Resumo Clínico: história evolução, terapêutica, complicações: <u>paciente recebeu tratamento adequado com alta curada</u>				
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 sentir dor, calor, vermelhidão ou inchaço no local ou se ocorrer febre, procurar imediatamente o Htop.				
Medicações para casa:				
Retorno:				
Ao posto de saúde em _____ para retirada de ponto.				
Ao ambulatório _____ em 30 dias para revisão.				
João Pessoa: <u>10</u> de <u>10</u> de <u>17</u>				
Ass. Médico/CRM				
Este documento destina-se a aprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.				

F(NG).APC.002-2





Laudo Médico/Resumo de Alta



Nome:			N de BE:	
Idade:	Sexo:	Clínica:	Enf.:	Leito:
Data de admissão:		Alta:	Tempo de Permanência:	
Diagnóstico de Internação:				
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 sentir dor, calor, vermelhidão ou inchaço no local ou se ocorrer febre, procurar imediatamente o Htop.				
Medicações para casa:				
Retorno:				
Ao posto de saúde em _____ para retirada de ponto.				
Ao ambulatório _____ em 30 dias para revisão.				
João Pessoa: _____ de _____ de _____				
Ass. Médico/CRM				
Este documento destina-se a aprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.				

F(NG).APC.002-2





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 Abson Batista De Araujo
DATA DE NASCIMENTO 21/11/92
NOME DA MÃE Monica Santos Batista

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º 96814
BOLETIM DE ENTRADA N.º 1023627
DATA DO ATENDIMENTO 28/08/17
HORA DO ATENDIMENTO 14:00
MOTIVO DO ATENDIMENTO Retorno-Ortopedia
DIAGNÓSTICO (S) Pseudoartrose da tíbia
CID 10 M84.1

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, retornando, com quadro de pseudoartrose de tíbia. Avaliado pela Traumatologia e internado para tratamento cirúrgico.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

Exame físico

TRATAMENTO:

Reconstrução com fixador externo circular (realizado em 05/09/17). Revisão de fixador externo com compressão local (realizado em 26/09/17).

ALTA HOSPITALAR: 26/09/17
DATA DA EMISSÃO: 16/01/18

Dr. Juan Jaime Alcoba Arce
CRM: 3323/PB

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



PROCESSO Nº 19012213233639400000018247049





Receituário Médico



Dr. ANTONIO MATEUS DE OLIVEIRA

LAUDO

paciente com ODI SARA

5626, ZATC 2000 no 100

para tratamento cirúrgico

verificado (ODI no 100). O

tratamento cirúrgico é indicado

no tratamento para

Data: 12/1/16

Dr. Frederico B. de Oliveira
Otorrinolaringologista
CRM 123456

Médico - CRM

UNIVERSIDADE



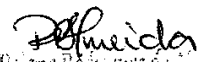




DECLARAÇÃO DE INTERNO

Declaramos para os devidos fins que o(a) paciente Abson Batista de Araujo, portador do RG nº: 3.822.996, (está) ou esteve interno(a) neste Hospital para tratamento médico desde do dia 07/08/16.

João Pessoa, 09 de 08 de 2016.


Regiane Rodrigues de Almeida
Assistente Social
CRESS 3906

Assistente Social





Leia no verso como conservar este documento.
entre outras informações.

Ha tarifas pendentes de cobrança. Total em
07/11/2018 R\$ 37,20. Sujeito a cobrança
quando ocorrer saldo positivo na conta corrente.
Procure sua agência.

OBSERVAÇÕES:

*VALORES DE REFERENCIA. Representam as melhores
ofertas para voc e estão sujeitas a confirmação
no momento da contratação.

BB Crédito Automático 2.146,00

BB Crédito Automático 2.146,00

SALDO EM CONTA-SALARIO 7,55C

CREDITO BB-MELHOR OFERTA* 2.146,00C

(*) Apurados de acordo com o somatório dos saldos
devedores diários no mes anterior ao débito.

Saldo	Juros *	Data de Débito de Juros	IDF *	Data de Débito de IDF
4.767,60C	0,00	03/12/2018	0,00	03/12/2018

SALDO 4.767,60C

Tarifa Pacote de Serviços 848445 19,87C

Saldo 4.787,45C

Recebimentos Diversos 559616 4.725,00C

Saldo Anterior 62,45C

HISTORICO 22/10/2018 VALOR

AGENCIA: 2547-X
CLIENTE: ARCON BATISTA DE ARAUJO
CONTA: 20.487-0

EXTRATO CONTA CORRENTE PARA SIMPLES CONFERENCIA

07/11/2018 - AUTO-ATENDIMENTO - 16.20.15
BANCO DO BRASIL S.A.
0254772879



segue doc. em anexo





WELLITON CAMPOS
Advocacia e Assessoria jurídica

**EXCELENTÍSSIMO (A) SENHOR (A) DOUTOR (A) JUIZ (A) DE DIREITO DA
VARA ÚNICA DA COMARCA DE RIO TINTO – PB.**

ABSON BATISTA DE ARAÚJO, brasileiro, solteiro, segurança, inscrito no CPF/MF sob número 108.857.204-90 e Registro Geral sob o N.º 3.822.996-SSP/PB, residente e domiciliado à Rua São Paulo, nº 03, Centro, Rio Tinto - PB, CEP 58297-000, por seu procurador signatário (**DOC. ANEXO**), recebendo intimações e correspondências na Rua São Pedro, nº 2203, Centro, Rio Tinto - PB, CEP 58297-000, fone: (83) 98607-5464, e-mail: wellitoncamposadv@hotmail.com, vem respeitosamente perante Vossa Excelência, propor a presente:

AÇÃO DE COBRANÇA em face de:

SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A., pessoa jurídica de Direito Privado, CNPJ: 09.248.608/0001-04, com sede na Rua Senador Dantas, N.º 74, 5º, 6º, 9º, 14º e 15º andares, Centro, Rio de Janeiro/RJ, CEP 20.031-205, pelos motivos de fato e de direito que passa a expor:

I. DA ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA:

A parte autora é hipossuficiente, não dispõe de condições financeiras para arcar com as custas processuais e honorários advocatícios sem que com isso incorra em prejuízo ao seu sustento e ao de sua família.

Dessa forma, faz-se necessário conceder e desde já se requer, a concessão do benefício da **GRATUIDADE DA JUSTIÇA**, com base no que vaticina a Lei nº 1.060/50, art. 98 e seguintes do NCPC, uma vez que o indeferimento de tal benefício impedirá a parte demandante de ter acesso à justiça. Para comprovação da situação narrada, junta-se aos autos para apreciação de Vossa Excelência, declaração feita pelo autor, afirmando-se, desde já, a veracidade do que fora subscrito.

Endereço: Rua São Pedro, nº 2203 – Centro, Rio Tinto – PB (83) 98607-5464 E-mail:
wellitoncamposadv@hotmail.com





WELLITON CAMPOS
Advocacia e Assessoria jurídica

II. DOS FATOS:

A parte autora no dia 07/08/2016, conforme consta no registro de ocorrência policial (**DOC. ANEXO**) sofreu acidente de trânsito do tipo colisão, estando na situação de condutor de uma das motocicletas quando na altura da curva do urso (entre a cidade de Marcação/PB e Baía da Traição/PB) caiu dentro de um buraco que havia na pista perdendo o controle da motocicleta e indo colidir de frente com outra motocicleta. Do evento restou o demandante com acentuadas lesões corporais.

Posteriormente ao fato, o requerente foi resgatado pelo SAMU e conduzido para o hospital de emergência e trauma da capital, onde ficou internado por quatro meses, passando por várias intervenções cirúrgicas, conforme laudo médico (**DOC. ANEXO**), sendo diagnosticado inicialmente com **POLITRAUMATISMO + FRATURA DIAFISÁRIA DO FEMUR DIREITO + FRATURA DA TIBIA DIREITA + OSTEOMIELITE CID 10 S 72 9, S 82 9 e M 86 9**. Inclusive afastando-se de suas atividades laborativas.

Ademais, necessitou o segurado, em virtude das fraturas sofridas, passar pelos seguintes procedimentos cirúrgicos, conforme se demonstra documentalmente, com (**DOC. ANEXO**):

1º - Avaliação da traumatologia, Rx da coxa direita AP e Perfil, Rx do joelho direito AP e Perfil, Rx da perna direita AP e Perfil, e tratamento cirúrgico em 16.08.2016 com limpeza cirúrgica e debridamento;

2º - Em 24.08.16, realizado retirada do fixador externo da coxa direita e colocação tração transtibial da perna direita;

3º - Em 06.09.2016, realizado redução e fixação da fratura diafisária do fêmur direito;

4º - Em 19.09.2016, realizado tratamento cirúrgico com auto-enxerto de pele parcial na perna direita;

5º - Em 10.10.2016, feito retirada do fixador externo da perna direita;

Endereço: Rua São Pedro, nº 2203 – Centro, Rio Tinto – PB (83) 98607-5464 E-mail:
wellitoncamposadv@hotmail.com





WELLITON CAMPOS
Advocacia e Assessoria jurídica

6º - Em 23.10.2016, realizado tratamento cirúrgico de retardo de consolidação dos ossos da perna direita.

7º - Foram colocados ainda na perna do requerente: 01. TMC CX DE ILIZAROV, 02. PINOS DE SHANS, 16. PORCAS, 02. TORRES DE 4, 04. ARRUELAS LISAS, 04. PARAFUSOS E 04. BARRAS ROSQUEADAS DE 10CM.

Pois bem Excelência, em decorrência das lesões sofridas e dos fatores acima expostos, **restou o requerente com acentuada limitação física, além de sentir dores intensas e constantes, tem limitação nos movimentos e na força do membro afetado**, ou seja, as atividades mais simples do dia a dia, como movimentar a perna, caminhar, praticar algum exercício físico, trabalhar, tornaram-se verdadeiramente, tarefas tormentosas de serem desempenhadas.

A parte autora, sofreu grave fratura no membro inferior direito, passando por delicados procedimentos cirúrgicos, ficando afastado das atividades habituais por prazo indeterminado.

Após buscar a reparação do dano ocasionado pelo sinistro, restou o demandante com considerável limitação física, que ainda hoje lhe impede, de forma acentuada a retomar as suas atividades normais, encontra-se debilitado, sente dores, não movimenta a perna com facilidade, sente dores, não movimenta a perna com facilidade, sente dificuldades ao erguer, flexionar e realizar qualquer outro movimento com membro afetado.

Consideráveis foram os prejuízos e as limitações ocasionadas em razão da fratura sofrida, **prejuízos esses que acompanham o requerente até os dias atuais e que possivelmente lhe acompanharão por toda a vida.** Portanto, por questão de Justiça e respeito à previsão legal, o segurado buscou amparo através de pedido de indenização **DPVAT** junto à **SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT**, tendo feito seu requerimento através da **SABEMI SEGURADORA S/A – FILIAL JOÃO PESSOA - PB**, atuando essa em nome daquela, intermediando os pedidos feitos em todo o país.

Desta forma, ocorrido o acidente de trânsito, sofrendo a parte autora lesões, no caso em tela, **COMPROVADAMENTE COM CARÁTER DE INVALIDEZ**

Endereço: Rua São Pedro, nº 2203 – Centro, Rio Tinto – PB (83) 98607-5464 E-mail:
wellitoncamosadv@hotmail.com





WELLITON CAMPOS
Advocacia e Assessoria jurídica

PERMANENTE, faz jus o mesmo ao recebimento de indenização do seguro **DPVAT/INVALIDEZ**.

Preenchendo os requisitos para o recebimento da indenização, conforme já mencionado, o autor encaminhou seu pedido à **SABEMI SEGURADORA S/A – FILIAL JOÃO PESSOA – PB**, subordinada à **SEGURADORA LÍDER**, sendo aquela controlada por esta, juntamente com os documentos pertinentes, legalmente previstos e que são costumeiramente solicitados pela ré, requerendo administrativamente a quantia a que faz jus em decorrência do Seguro Obrigatório (**DPVAT/INVALIDEZ**), o requerente teve seu pedido autuado com o número do sinistro **3180392466**.

Certo do recebimento da indenização em conformidade com a gravidade de sua invalidez, a parte autora aguardou resposta da ré. **Tamanha fora a surpresa deste quando informado do pagamento da indenização, NÃO POR SUA CONFIRMAÇÃO, o que seria inevitável, mas pelo montante pago pela demandada.**

De acordo com documento anexado, a ré efetuou o pagamento de **valor irrisório, não condizente com a gravidade da lesão sofrida pelo autor e com a invalidez permanente que este adquiriu**. Ou seja, após análise do pedido feito administrativamente, o requerente recebeu o valor de **R\$ 4.725,00** (quatro mil, setecentos e vinte e cinco reais).

Tal entendimento e enquadramento apresentado como caracterizador do pagamento, **não é condizente com a previsão legal e com a seriedade da lesão sofrida pelo autor**. O demandante permanece e permanecerá com sérias limitações desencadeadas pelas lesões ocorridas no acidente de trânsito, recebeu atendimento que constatou estas, teve acompanhamento médico, passou por procedimento cirúrgico, e mesmo assim, **restou com acentuadas limitações físicas, comprometendo de forma irreversível a realização de atividades cotidianas simples, bem como o desempenho de determinadas funções que poderia almejar**.

Conforme se demonstra Excelência, o segurado, por ora autor, juntou ao seu pedido administrativo para recebimento da indenização do seguro **DPVAT**, certidão de ocorrência policial relatando o acidente de trânsito, ficha de atendimento ambulatorial,

Endereço: Rua São Pedro, nº 2203 – Centro, Rio Tinto – PB (83) 98607-5464 E-mail:
wellitoncamposadv@hotmail.com





WELLITON CAMPOS
Advocacia e Assessoria jurídica

documentação médica atestando as lesões, e mesmo assim, teve como resposta da ré, um pagamento ínfimo, não compatível com a sua situação física e nem corretamente enquadrada na tabela de danos segmentares utilizada para este fim.

Dessa forma, resta claro que fora buscado através de procedimento administrativo, solucionar a questão e receber a indenização correta, porém, tudo foi em vão, pois injustificavelmente, a demandada efetuou o pagamento de um valor muito aquém do que deveria, não havendo outra forma do demandante alcançar o seu direito a não ser com a intervenção judicial, através da correta quantificação do valor devido e consequente condenação da ré ao pagamento deste.

III. DOS FUNDAMENTOS JURÍDICOS:

Tem-se que a parte autora ajuizou a presente ação fundada no direito assegurado pela Lei nº LEI Nº 6.194, de 19 de dezembro de 1974, prevendo esta a indenização por danos pessoais causados por veículos automotores de via terrestre.

O seguro DPVAT, comumente conhecido como seguro obrigatório, cumpre importante função social, dando um amparo mínimo às pessoas vítimas de acidente de trânsito. Foram os riscos existentes no trânsito que obrigaram o legislador a estabelecer uma espécie de seguro.

A Lei 6.194/1974 instituiu no sistema jurídico brasileiro o Seguro Obrigatório de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre – DPVAT. Posteriormente, a Lei 8.441/1992 veio ampliar a indenização, com o intuito de torná-la mais compatível com o fim ao qual se destina.

Importante citar trecho encontrado no próprio site da demandada in verbis:

O Seguro de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre, mais conhecido como Seguro DPVAT, existe desde 1974. É um seguro de caráter social que indeniza vítimas de acidentes de trânsito, sem apuração de culpa, seja motorista,

Endereço: Rua São Pedro, nº 2203 – Centro, Rio Tinto – PB (83) 98607-5464 E-mail:
wellitoncamposadv@hotmail.com





WELLITON CAMPOS
Advocacia e Assessoria jurídica

passageiro ou pedestre. O DPVAT oferece coberturas para três naturezas de danos: morte, invalidez permanente e reembolso de despesas médicas e hospitalares (DAMS).

A atual responsável pela administração do Seguro DPVAT é a Seguradora Líder-DPVAT, que tem o objetivo de assegurar à população, em todo o território nacional, o acesso aos benefícios do Seguro DPVAT.

O pagamento da indenização é feito em conta corrente ou poupança da vítima ou de seus beneficiários, em até 30 dias após a apresentação da documentação necessária. O valor da indenização é de R\$ 13.500 no caso de morte e de até R\$ 13.500 nos casos de invalidez permanente, variando conforme o grau da invalidez, e de até R\$ 2.700 em reembolso de despesas médicas e hospitalares comprovadas. O prazo para solicitar a indenização por Morte é de até 3 anos contados da data do óbito. Para despesas médicas (DAMS): a contagem do prazo prescricional se inicia a partir da data do acidente. No caso de indenização por Invalidez Permanente este prazo é de 3 anos a contar da ciência da Invalidez Permanente pela vítima.

Os recursos do Seguro DPVAT são financiados pelos proprietários de veículos, por meio de pagamento anual. Do total arrecadado, 45% são repassados ao Ministério da Saúde (SUS), para custeio do atendimento médico-hospitalar às vítimas de acidentes de trânsito em todo país. 5% são repassados ao Ministério das Cidades (DENATRAN), para aplicação exclusiva em programas destinados à prevenção de acidentes de trânsito. Os demais 50% são voltados para o pagamento das indenizações e reservas.

*Sendo assim Excelência, fazem jus ao recebimento de indenização coberto **pelo seguro DPVAT**, todas as vítimas de acidente de trânsito que se enquadrem nas hipóteses previstas no art. 3º da Lei 6.194/74.*

Cite-se o art. 3º do referido diploma legal in verbis:

Art. 3º Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art. 2º desta Lei compreendem as indenizações por morte, por invalidez permanente, total ou parcial, e

Endereço: Rua São Pedro, nº 2203 – Centro, Rio Tinto – PB (83) 98607-5464 E-mail:
wellitoncamposadv@hotmail.com





WELLITON CAMPOS
Advocacia e Assessoria jurídica

por despesas de assistência médica e suplementares, nos valores e conforme as regras que se seguem, por pessoa vitimada:

I - R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de morte;

II - Até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de invalidez permanente; e

III - até R\$ 2.700,00 (dois mil e setecentos reais) - como reembolso à vítima - no caso de despesas de assistência médica e suplementares devidamente comprovadas.

Em consonância com a Lei e enquadrando-se no caso em tela, importante se faz, mencionar Jurisprudência do Egrégio Tribunal de Justiça do Estado Rio Grande Sul, deixando evidente e indiscutível o direito ao qual pleiteia o demandante:

APELAÇÃO CÍVEL. SEGUROS. DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. INVALIDEZ PERMANENTE. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO DEVIDA. GRADUAÇÃO DA INVALIDEZ. 1. Demonstrada a ocorrência do acidente e da invalidez permanente da parte autora, nos termos do art. 5º, caput, da Lei nº 6.194/74, é devida a indenização securitária. 2. Graduação da invalidez. Mostra-se necessária a graduação da invalidez para fins de cobrança do seguro obrigatório DPVAT. Questão pacificada em razão do julgamento do REsp 1.246.432, submetido ao regime dos Recursos Repetitivos (art. 543-C do Código de Processo Civil) e Súmula 474 do STJ. 3. Complementação de indenização devida, considerando o grau de invalidez apurado na perícia judicial e o pagamento administrativo realizado. 4. Correção monetária incidente a partir do pagamento administrativo. Sentença reformada, no ponto. 5. Distribuição da sucumbência mantida, considerado o decaimento das partes. APELAÇÃO PARCIALMENTE PROVIDA. (Apelação Cível Nº 70069102705, Quinta Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Isabel Dias Almeida, Julgado em 29/06/2016). (grifou-se).

APELAÇÃO. SEGUROS. AÇÃO DE COBRANÇA. SEGURO OBRIGATÓRIO (DPVAT). INDENIZAÇÃO PAGA NA VIA ADMINISTRATIVA. COMPLEMENTAÇÃO DEVIDA. Presente prova de que a extensão das lesões é

Endereço: Rua São Pedro, nº 2203 – Centro, Rio Tinto – PB (83) 98607-5464 E-mail:
wellitoncamposadv@hotmail.com





WELLITON CAMPOS
Advocacia e Assessoria jurídica

superior ao constatado na perícia administrativa, imperiosa se faz a complementação da indenização securitária decorrente do seguro obrigatório DPVAT. Precedentes. APELO DESPROVIDO. UNÂNIME. (Apelação Cível Nº 70067253906, Sexta Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Rinez da Trindade, Julgado em 07/04/2016). (grifou-se).

APELAÇÃO CÍVEL. SEGUROS. DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. INVALIDEZ PERMANENTE. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO DEVIDA. GRADUAÇÃO DA INVALIDEZ. 1. Demonstrada a ocorrência do acidente e da invalidez permanente da parte autora, nos termos do art. 5º, caput, da Lei nº 6.194/74, é devida a indenização securitária. 2. Graduação da invalidez. Mostra-se necessária a graduação da invalidez para fins de cobrança do seguro obrigatório DPVAT. Questão pacificada em razão do julgamento do REsp 1.246.432, submetido ao regime dos Recursos Repetitivos (art. 543-C do Código de Processo Civil) e Súmula 474 do STJ. 3. Complementação de indenização devida, considerando o grau de invalidez apurado na perícia e o pagamento administrativo realizado. 4. Descabida correção do valor da indenização do seguro DPVAT. RECURSO PARCIALMENTE PROVIDO, EM DECISÃO MONOCRÁTICA. (Apelação Cível Nº 70066950957, Quinta Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Isabel Dias Almeida, Julgado em 10/02/2016) (grifou-se).

Dessa forma, comprovado o acidente de trânsito, restando o demandante com lesões que lhe causaram invalidez parcial permanente, é incontestável o direito do mesmo ao recebimento de indenização correspondente ao grau de sua invalidez, conforme entendimento do Respeitável Superior Tribunal de Justiça in verbis:

Súmula 474

“A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.”

Para tanto, conforme tabela abaixo, faz-se necessário o correto enquadramento da invalidez acometida pela parte autora, procedimento este a ser alcançado através de perícia médica a ser designada por Vossa Excelência.

Endereço: Rua São Pedro, nº 2203 – Centro, Rio Tinto – PB (83) 98607-5464 E-mail:
wellitoncamposadv@hotmail.com





WELLITON CAMPOS
Advocacia e Assessoria jurídica

(Incluído pela Lei nº 11.945, de 2009).

(Produção de efeitos).

(Art. 3º da Lei nº 6.194, de 19 de dezembro de 1974)

Danos Corporais Totais

Percentual

Repercussão na Íntegra do Patrimônio Físico

da Perda

Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores

Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés

Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior

Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral

Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental

100

alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre

deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfincteriano; (d)

comprometimento de função vital ou autonômica

Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais,

pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis

de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de

qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital

Danos Corporais Segmentares (Parciais)

Percentuais

Repercussões em Partes de Membros Superiores e Inferiores

Endereço: Rua São Pedro, nº 2203 – Centro, Rio Tinto – PB (83) 98607-5464 E-mail:
wellitoncamosadv@hotmail.com





WELLITON CAMPOS
Advocacia e Assessoria jurídica

das Perdas

Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos

70

Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores

Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés

50

Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo

Polegar

25

Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo

Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da

Mão

10

Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé

Danos Corporais Segmentares (Parciais)

Percentuais

Outras Repercussões em Órgãos e Estruturas Corporais

das Perdas

Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou

50

da visão de um olho

Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral

25

Perda integral (retirada cirúrgica) do baço

Endereço: Rua São Pedro, nº 2203 – Centro, Rio Tinto – PB (83) 98607-5464 E-mail:
wellitoncamposadv@hotmail.com





WELLITON CAMPOS
Advocacia e Assessoria jurídica

10

Ante o exposto, em consonância com o previsto na lei 6.194/74, merece acolhimento o pleito autoral, a fim de que seja condenada a parte ré ao pagamento de complementação de indenização do seguro DPVAT à parte autora, **montante este a ser quantificado através de perícia médica e posterior enquadramento de invalidez na tabela de danos segmentares**, ainda, com valor corrigido pelo IGP-M a contar da data do sinistro.

IV. DOS PEDIDOS:

ANTE O EXPOSTO, evidenciados o interesse e a legitimidade da parte autora para o ajuizamento da presente Ação, bem assim a possibilidade jurídica do pedido e preenchidos todos os requisitos da Petição Inicial, previstos no artigo 319 do Código de Processo Civil, **REQUER**:

4.1. Nos termos da Lei 1.060/50 e Art. 98 e seguintes do Código de Processo Civil, considerando que a parte autora não dispõe dos recursos para custear o processo, sem prejuízo do seu sustento ou de sua família, **os benefícios da assistência judiciária gratuita;**

4.2. Seja recebida a presente, autuada e conforme Art. 246 inc. I do Código de Processo Civil, determine-se a citação da demandada no endereço já citado no preâmbulo desta Ação, através de carta AR/MP na pessoa de seu representante legal, para vir responder, querendo, no prazo legal a presente ação, sob pena de revelia, quando, então ao final, deverão ser julgados procedentes os pedidos;

4.2.1. Conforme previsão no Art. 319 VII do Código de Processo Civil, a parte autora desde já, em virtude da necessidade de realização de perícia médica, manifesta que não possui interesse na realização de audiência de conciliação;

4.3. Se digne Vossa Excelência em nomear perito, conforme art. 465 do Código de Processo Civil, a fim de que seja ratificada a constatação da invalidez permanente

Endereço: Rua São Pedro, nº 2203 – Centro, Rio Tinto – PB (83) 98607-5464 E-mail:
wellitoncamposadv@hotmail.com





WELLITON CAMPOS
Advocacia e Assessoria jurídica

remanescente na parte demandante e posteriormente quantificado o real valor devido ao autor;

4.4. Devidamente processado o feito, com o respeito ao devido processo legal, seja a presente ação julgada **PROCEDENTE** para:

4.4.1. Seja declarada devida à parte autora o pagamento da **complementação de indenização** correspondente ao seguro **DPVAT – Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre;**

4.4.2. Condenar a demandada ao pagamento de complementação de indenização referente ao seguro DPVAT, com atualização monetária desde o evento danoso. Sendo que a diferença do valor pago administrativamente para o valor que efetivamente deveria ter sido pago, deve ser quantificado, levando-se em consideração a perícia médica a ser realizada, com posterior enquadramento na tabela de danos segmentares constante no art. 3º da Lei 6.194/74;

4.4.3. Condenar a ré ao pagamento de custas judiciais e honorários advocatícios a serem arbitrados por Vossa Excelência;

5. Requer ainda, a produção de todos os meios de prova admitidos em lei, **especialmente prova pericial**, documental e outras que se fizerem necessárias no decorrer da instrução processual.

5.1. Requer, por fim, o cadastramento do advogado Welliton dos Santos Campos (OAB/PB 22.818), para receber intimações, sob pena de nulidade.

Dá se a causa o valor de R\$ 9.450,00 (nove mil e quatrocentos e cinquenta reais).

Termos em que

Endereço: Rua São Pedro, nº 2203 – Centro, Rio Tinto – PB (83) 98607-5464 E-mail:
wellitoncamposadv@hotmail.com





WELLITON CAMPOS
Advocacia e Assessoria jurídica

Pede deferimento.

Rio Tinto/PB, 21 de Janeiro de 2018.

Welliton dos Santos Campos

Advogado OAB/PB 22.818

Endereço: Rua São Pedro, nº 2203 – Centro, Rio Tinto – PB (83) 98607-5464 E-mail:
wellitoncamposadv@hotmail.com



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

V-02
P-005

Abson Batista de Araújo
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

REGISTRO 3.622.995 -2 VIA DATA DE EMISSÃO 06/03/2011
NOME ABSON BATISTA DE ARAÚJO
MOMILSON FREIRE DE ARAUJO
MONICA SANTOS BATISTA
RAÇA/RACIALE R1C 7100-13 DATA DE NASCIMENTO 21/11/1992
NASCIMENTO NASC.N. 3687 FLS. 266 LIV. A-7
CARTÓRIO BAIA DA TRAIÇÃO-PB
108.857.204-90
LEI Nº 7.116 DE 29-08-89

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
CPF
CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Número de Inscrição
108.857.204-90

Nome
ABSON BATISTA DE ARAUJO

Nascimento
21/11/1992





WELLITON CAMPOS

Advocacia

PROCURAÇÃO AD JUDICIA

OUTORGANTE: Albom Batista de Araújo, brasileiro, solteiro, segurança, RG nº 3822.996-SSP/PB e do CPF nº 108.857.204-90, residente e domiciliado à Rua São Paulo, nº 03, Centro, Rio Tinto - PB, CEP: 58.297-000.

OUTORGADO: pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e advogado **WELLITON DOS SANTOS CAMPOS**, brasileiro, casado, Advogado inscrito na OAB/PB sob o nº 22.818, com endereço profissional localizado na Rua São Pedro, nº 2203, Centro, na cidade de Rio Tinto/PB, CEP 58297-000, onde recebe intimações, notificações e demais avisos judiciais.

DOS PODERES: A quem confere amplos e ilimitados poderes para o foro em geral, com a cláusula "AD JUDICIA", a fim de que agindo em conjunto ou separadamente, possa defender os interesses do (a) outorgante em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, repartição pública, autarquia ou entidade paraestatal, podendo propor ação competente em que o(a) outorgante seja autor(a) reclamante e defendendo-o(a) quando for réu nas contrárias, interessado(a) ou requerido(a), seguindo umas e outras, até final decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os nos que se fizerem necessários e/ou oportunos. Conferindo-lhe, ainda, poderes especiais para confessar, desistir, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, prestar declarações, receber citação; devendo o outorgado defender os interesses e direitos do outorgante, podendo ainda substabelecer esta a outrem, com ou sem reservas de poderes; praticando todos os atos necessários para o bom e fiel desempenho deste mandato, dando tudo por bom, firme e valioso.

Rio Tinto - PB, 16 de Janeiro de 2019.

Albom Batista de Araújo
OUTORGANTE

Endereço: Rua São Pedro, nº 2203 - Centro, Rio Tinto - PB
Tel.: (83) 9 8607-5464 oi (zap), (83) 9 8166-4443 vivo
Email: wellitoncamposadv@hotmail.com





WELLITON CAMPOS
Advocacia e Assessoria jurídica

DECLARAÇÃO

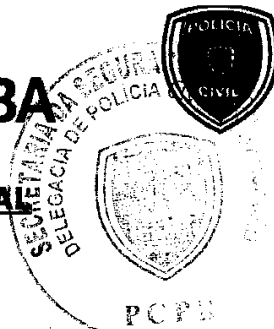
Eu, **ABSON BATISTA DE ARAÚJO**, brasileiro, solteiro, segurança, inscrito no CPF/MF sob número 108.857.204-90 e Registro Geral sob o N.º 3.822.996-SSP/PB, residente e domiciliado à Rua São Paulo, nº 03, Centro, Rio Tinto - PB, CEP 58297-000, **DECLARO** a quem interessar e para todos os fins de direito, sob pena de ser responsabilizado criminalmente por falsa declaração, que sou pobre no sentido jurídico do termo, pois não possuo condições de pagar as custas e despesas do processo, assim como os honorários advocatícios, sem prejuízo de meu sustento próprio e de minha família, necessitando, portanto, da gratuidade da Justiça, nos termos do artigo 98 do Código de Processo Civil.

Rio Tinto-PB, 17 de Janeiro de 2018.

Abson Batista de Araújo

DECLARANTE





BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Livro nº 002/2018

Ocorrência nº. 232/2018

Aos 17 dias de JULHO de DOIS MIL E DEZOITO, nesta cidade de RIO TINTO/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **NORIVAL GOMES PORTELA FILHO**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrivão(o) AD-HOC, aí, por volta 11h:55min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

ABSON BATISTA DE ARAÚJO, conhecido por ABSON, Identidade nº 3.822.996-SSP/PB, CPF nº 108.857.204-90, nacionalidade brasileira, estado civil: solteiro, profissão: segurança, filho(a) de Ademilson Freire De Araujo, natural de Rio Tinto/PB, nascido(a) em 21/11/1992 (26 anos de idade), do sexo masculino, residente e domiciliado(a) no(a) Rua São Paulo Nº 03, tendo como ponto de referência: cinco ruas, na cidade de RIO TINTO/PB, fone(s) para contato: 98804-7549.

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

- 1) NATUREZA DO FATO: acidente automobilístico;
- 2) DATA DO FATO: 07 de 08 de 2016;
- 3) HORÁRIO: 14h:0min;
- 4) LOCAL: rodovia estadual PB 041- na altura da curva do urso, entre rio tinto e marcação.

5) BREVE RESUMO DO FATO:

Que trafegava na rodovia PB-041, com sua motocicleta com sentido rio tinto à baía da traição/PB moto honda NXR 150 broz ES, cor amarela ano/modelo 2007/2008, placa MON-9197/PB, chassi nº 9C2KD03308R010518, quando na altura da curva do urso caiu dentro de um buraco que havia na pista perdendo o controle da mesma e indo a colidir de frente com outra motocicleta honda FAN de placa OEV-7287/PB que era conduzida por Ronaldo Cavalcante da Silva, vindo ao solo; Que foi socorrido pelo SAMU e conduzido para o hospital de emergência e trauma da capital, onde ficou internado por quatro meses, onde passou por várias intervenções cirúrgicas conforme laudo médico.

6) OBSERVAÇÕES:

Que apresentou laudo médico e documentos do veículo.

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

Abson Batista de Araujo

ABSON BATISTA DE ARAUJO
Comunicante

Escrivão(o) Agente
Matrícula nº 137.230-1

APC Marcus Vinício dos Santos Filho
Comissário de Polícia
Matr 137.230-1



PIMENTEL
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL
Notas - Protestos de Títulos - Registro de Imóveis
Registro de Títulos e Documentos e Processos Judiciais

ADSON HUGO PIMENTEL
- TITULAR -
Rua da Margareta, 28 - Centro - Rio Tinto - Paraíba
55.207-000 Fone: (51) 3391-2942 ou pimentel@pimnet.com

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) assinatura(s) de:.....
ABSON BATISTA DE ARAUJO.....
Em testada verdadeira, Rio Tinto-PB 07/07/2016 14:57:01
Lucas Fernandes Oliveira - Escrivente
(2018-000403) JEM/PA 19, 28 FARPENTIN 0, 26 FEPOL 1, 50
SELO DIGITAL: AMH01016-UNF2
Confira a autenticidade em: <http://selonotaria.tint.pb.gov.br>

Lucas Fernandes Oliveira
Escrivente Autorizado



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário com 16 ou 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASI

CPF da Vítima

0.800.000.0000

Nome completo da vítima

ABSON BATISTA DE ARAÚJO

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo ABSON BATISTA DE ARAÚJO		CPF titular da conta 108.857.204-90	Profissão SEGURANCA
Endereço RUA SÃO PAULO		Número 03	Complemento 5 RUAS
Bairro CENTRO	Cidade RIO TINTO	Estado PB	CEP 58297-000
Email wellitoncamposadv@hotmail.com		Telefone (DDD) (83) 98604-5464	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR	☐ SEM RENDA	☐ ATÉ R\$ 1.000,00	☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341) ☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
BANCO Nome NRO		BANCO Nome NRO	
AGÊNCIA NRO. D/V	CONTA NRO. D/V	AGÊNCIA NRO. D/V	CONTA NRO. D/V
0044 (Informar dígito se existir)	033 (Informar dígito se existir)	0090222 (Informar dígito se existir)	7 (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

João Pessoa de Agosto de 2018
Local e Data

x. Abson Batista de Araújo
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro

Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu WELLITON DOS SANTOS CAMPOS inscrito (a) no CPF/CNPJ 066.863.524-03 /
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário ABSON BATISTA DE ARAÚJO inscrito
(a) no CPF sob o Nº 108.854.204-90 / do sinistro de DPVAT cobertura _____ da Vítima
ABSON BATISTA DE ARAÚJO inscrito (a) no CPF sob o Nº 108.854.204-90 / conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	Número	Complemento
RUA GOVERNADOR ANTÔNIO MARIZ	03.28	CONJ. BEIRA RIO
Bairro	Cidade	Estado
CENTRO	RIO TINTO	PB
Email	Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)
wellitoncamposadua@hotmail.com		(83) 98607-5464

Feita em 03 de Agosto de 2018
Local e Data

Welliton dos Santos Campos
Assinatura do Declarante

DLDR.L001 V001 2017



PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)

OUTORGANTE:

Nome: ABSON BATISTA DE ARAÚJO

Nacionalidade: BRASILEIRO

Estado Civil: SOLTEIRO

Identidade: 5.822.996-2ª VIA

CPF: 108.854.204-30

Profissão: VICENTE

Endereço: RUA SDO COELHO 1.05

CEP: 58.294-000

Telefone: (83) 93068-3245

OUTORGADO:

Nome: WELLITON DOS SANTOS CAMPOS

Nacionalidade: BRASILEIRO

Estado Civil: CASADO

Identidade: 2981023-5ª VIA

CPF: 000.663.524-03

Profissão: ABRIGADO

Endereço: RUA GOVERNADOR ANTONIO MARIE 605 JOR

CEP: 58.294-000

Telefone: (83) 98502-5454

Pelo presente instrumento, partico de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre pericia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização do SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT para a nome ABSON BATISTA DE ARAÚJO

Rio Preto PB, 27 DE JULHO DE 2018
Local e data

Welliton dos Santos Campos

Assinatura do OUTORGANTE

(Reconhecer firma por autenticidade/verdadeiro)



PIMENTEL
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL
Notas - Protestos de Títulos - Registro de Imóveis
Registro de Títulos e Documentos e Pessoa Jurídica

ADSON HUGO PIMENTEL

TITULAR
Rua de Mangabera, 25 - Centro - Rio Preto - Paraíba
56.297-000 Fone: (83) 3291-2342 em pimentel@gmail.com

Assinatura Autógrafa



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

ABSON BATISTA DE ARAÚJO

CPF da Vítima

108.857.204-90

Data do Acidente

07/08/2016

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

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

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

João Paulo 02 de Agosto de 2018
Local e Data

Abson Batista de Araújo
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, ABSON BATISTA DE ARAÚJO,
RG nº 3.822.996, data de expedição 06/03/14,
Órgão SSP-PB, portador do CPF nº 308.857.204-90, com
domicílio na cidade de RIO TINTO, no Estado de
PARAIBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA SÃO PAULO, nº 03,
complemento 5 RUAS, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima ABSON BATISTA DE ARAÚJO, cujo o condutor era
ABSON BATISTA DE ARAÚJO.

Veículo: MOTOCICLETA
Modelo: HONDA/NXR 150 BROS ES
Ano: 2007/2008
Placa: MON 9394-PB
Chassi: 9C2KD03308R030538
Data do Acidente: 07/08/2016
Local e Data: RIO TINTO - PB, EM 27/07/2018

x. Abson Batista de Araujo.
Assinatura do Declarante

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



PIMENTEL
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL
Notas - Protests de Títulos - Registro de Imóveis
Registro de Títulos e Documentos e Pessoas Jurídicas

ADSON HUGO PIMENTEL
- TITULAR
Rua da Margareta, 29 - Centro - Rio Tinto - Paraíba
55.207-000 Fone: (51) 3291-2342 adsonpimentel@gmail.com

Reconhecido, como autêntica e verdadeira, a(s) Firmante(s) de:
ABSON BATISTA DE ARAÚJO*****

Em test. da verdade, Rio Tinto-PB 27/07/2018 14:55:32
Lucas Fernandes Oliveira - Escrevente
(2018-002430)EML:R\$ 19,48 FAPEN:R\$ 0,28 FEPT:R\$ 1,90
SELG DIGITAL: AHH01717-SU04
Confira a autenticidade em: <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Lucas Fernandes Oliveira
Escrevente Autorizado





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

LAUDO MÉDICO

OBS: DADOS EXTRAÍDOS DO BE nº 938694 e PRONTUÁRIO nº 96814

PACIENTE: ABSON BATISTA DE ARAÚJO

DATA DE NASCIMENTO: 21.11.91

Data e Hora do Atendimento: 07.08.16

Horário: 16:46h

MOTIVO(S) DO ATENDIMENTO: Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta trazido pelo SAMU apresentando quadro de dor na coxa direita, extremidade distal do membro superior direito enfaixada, fratura exposta na perna direita e tornozelo. Atendido pelo Dr. Heisenberg Almeida CRM 6229, Dr. Hellosman B. Dias Junior CRM 10251, Dr. Ricardo Barros Cardoso CRM 3974, Dr. Roberto Santos CRM 1590, Dra. Jéssyka Emília F. Rabelo CRM 10045.

DIAGNÓSTICO INICIAL: POLITRAUMATISMO + FRATURA DIAFISÁRIA DO FEMUR DIREITO + FRATURA DA TIBIA DIREITA + OSTEOMIELITE
CID 10 S 72 9, S 82 9 e M 86 9

RESUMO DOS PRINCIPAIS EXAMES E PROCEDIMENTO(S) REALIZADO(S):
Primeiro atendimento, avaliação da traumatologia, Rx da coxa direita AP e Perfil, Rx do joelho direito AP e Perfil, Rx da perna direita AP e Perfil, e tratamento cirúrgico em 16.08.16 com limpeza cirúrgica e debridamento. Em 24.08.16 realizado retirada do fixador externo da coxa direita e colocação tração transtibial da perna direita. Em 06.09.16 realizado redução e fixação da fratura diafisária do fêmur direito. Em 19.09.16 realizado tratamento cirúrgico com auto-enxerto de pele parcial na perna direita, em 10.10.16 feito retirada do fixador externo da perna direita, em 23.10.16 realizado tratamento cirúrgico de retardo de consolidação dos ossos da perna direita.

ALTA HOSPITALAR: 17.12.16

Data da Emissão: 20.04.17

DR. GLENDER TERCIO TRINDADE
AUDITOR CVB/HEALTH
CRM - 3920

Dr. Glender Tércio G. G. da Trindade
Médico Auditor - HETSHL
Mat. 29.031-9/ CRM- 3920

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





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



**GOVERNO
DA PARAIBA**

ACOLHIMENTO, sn - - CNES: 123312 - Tel.:

Boletim de Atendimento: 938694



Identificação do paciente						Sexo Masculino
ID 1067490	Nome ABSON BATISTA DE ARAUJO		Estado civil SOLTEIRO(A)	Religião NAO INFORMADA	Prontuário	
Data de nascimento 21/11/1991	Idade 24 anos 8 meses 17 dias		Pai ADEMILSON FREIRE DE ARAUJO	Responsável (Parentesco) MONICA SANTOS BATISTA - MAE		
Mãe MONICA SANTOS BATISTA			DDD Fixo	Fone Fixo		
Escolaridade FUNDAMENTAL COMPLETO	Fone Móvel 988846294	Número documento	Nº Cns 708405200111664			
DDO Móvel 83			Tipo MUNICIPIO	UF PB		
Tipo documento NAO INFORMADO			CBO/R			
Local de procedência MARCAAO						
Email	Naturalidade RIO TINTO					
Endereço						
CEP 58297000	Município de residência RIO TINTO	UF PB	Logradouro SAO PAULO			
Numero 03	Complemento	Bairro CENTRO				
Admissão						
Data e Hora 07/08/2016 16:46:40	Número da pulseira 1000005634018		Convênio SUS			
Especialidade CLINICA GERAL	Clínica CLINICA TRAUMA E GERAL		Origem do paciente RUA			
Classificação de risco			Detalhe do acidente MOTO X MOTO			
Caráter de atendimento URGENCIA	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA					
Indicadores e Transporte						
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Velo de ambulância Sim	Trauma Não			
Meio de transporte SAMU	Quem transportou NAO INFORMADO					
Sinais Vitais						
PA 120	x	FC 80	mmHg	Pulso 87	Temperatura 37,2	
Exames complementares						
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	Ultrassonografia []	
Dados clínicos: ① rotalh muscular H/D + ext. dist. femur + int. tibia D 07/08 debut tre. man D DC NS FA ⑤ debt femur 05/07 ② debt 16/08 NS PC FA ③ debt 28/08 NS PC FA ④ debt 29/10 NS PC FA CID						
Diagnóstico						Tempo 03min 02seg
Atendido por MAYARA LACERDA ARAUJO RIBEIRO						

(6) ~~Afer~~ ~~Pe~~ of 110

07/08/2016 12



19012213363615300000018247468





CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA



1000005634879 BE.: 938694
ARZON BATISTA DE ARAUJO
DT. NASC.: 21/11/1991
MAE: MONICA SANTOS BATISTA

SHL

END.: SAO PAULO
N. 83 - CENTRO
RIO TINTO
FONE: ()
CELULAR: (83) 988846284
IDADE: 24
DT. ENTRADA:

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

B.E./PRONT

NOME DO PACIENTE:

PROCEDÊNCIA: ☐ Domicílio ☒ Ambulância de resgate ☐ Ambulância SAMU

TIPO DE ACIDENTE: ☒ Moto ☐ Automóvel ☐ Ônibus ☐ Bicicleta ☐ Atropelamento
☐ Envenenamento ☐ Incêndio ☐ Explosão ☐ Arma de Fogo ☐ Arma branca ☐ Outros:

TIPO DE LESÃO: ☒ Fratura fechada ☒ Ferimento aberto ☐ Esmagamento ☐ Laceração ☐ Queimadura
☐ Mordedura ☐ Objeto encravado ☐ Ferimento contínuo ☐ Amputação membro ☐ Outros:

LOCAL DA LESÃO: ☐ Membros sup. ☒ Membros inf. ☐ Tronco ☐ Cabeça e pescoço ☐ Outros:

DADOS CLÍNICOS (sintomas)

DATA DE INÍCIO DOS SINTOMAS: / /

AME FÍSICO

PA: / mmHg

P: bpm

SpO2: %

Tax: /min

Sistema Neurológico:

Nível de Consciência:

☒ Consciente

☐ Inconsciente

☒ Orientado

☐ Desorientado

Avaliação das pupilas:

Simetria: ☒ Isocóricas

☐ Anisocóricas

Tamanho: ☐ Midríase

☐ Miose

Sistema Respiratório:

☐ Ventilação invasiva

☒ Ventilação espontânea

☐ Vias aéreas pervias

☐ Traqueostomia

☐ Respiração rápida

☐ Obstrução parcial das vias aéreas

☐ Respiração ruidosa

☐ Suporte ventilatório não invasivo

☐ Obstrução total das vias aéreas

Sistema Circulatório:

☐ Pulso ausente

☐ Pele fria e úmida

☒ Perfusão tissular satisfatória

☐ Taquicardia

☐ Bradicardia

☐ Perfusão tissular comprometida

☐ Palidez

☐ Outros:

Sistema Digestório:

☐ HDA

☐ Uso de SNG

☐ Vômitos

☐ Dor à palpação superficial

☐ HDB

☐ Corpo estranho

☐ Dor à palpação profunda

Outros:

☐ Rigidez abdominal

☐ Distensão abdominal

Sistema Genito-urinário:

☐ Distúria

☐ Hematúria

☐ Oligúria

☐ Poliúria

☐ SVD

☐ Outros:

FÓRICO CLÍNICO E CIRÚRGICO:

☐ Hipertensão

☐ Diabetes

☐ Câncer

☐ Alergias

☐ Cirurgias

☐ Internações

☐ Outros:

Especificar:

USO DE MEDICAÇÃO?

☐ Sim

☐ Não

Especificar:

HORÁRIO DA ÚLTIMA REFEIÇÃO:

IMUNIZADO CONTRA O TÉTANO?

☐ Sim

☐ Não

OUTRAS INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

paciente internado pelo SAMU com história de acidente de moto frontal, com
uma vítima (Frederico) mortalidade. Ferimentos de ferimentos MI e fechado +
exposto de ribe. segue sob cuidados de enfermeiro. Cel 122458.

ASSINADO:

ENFERMEIRO:

COREN:

F(NG).ENF.022-1



Primeiro Atendimento Médico



180005634018 BE: 938694

ARSON BATISTA DE ARAUJO
DT. NASC.: 21/11/1981
MRE: MONICA SANTOS BATISTA

END.: SAO PAULO
N. 03 - CENTRO
RIO TINTO
FONE: ()
CELULAR: (03) 98046284
IDADE: 24
DT. ENTRADA:

PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

NOME DO PACIENTE:

IDADE:

DADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA

Vítima de colisão moto-moto. Fazia uso de capacete. Paciente com hemorragia inferior direita imobilizado. Ferimento de SAO supra patular exposta em perna D e tornozelo. Paciente queixa-se de dor em coxa D. Nega outras queixas.

PRIMEIRO ATENDIMENTO

VIAS ☒ Pérvias ☐ Obstruídas

NECROTIÇÃO: ☒ Sim ☐ Não

TRAQUEIA NA LINHA MEDIANA ☒ Sim ☐ Não

RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA ☒ Sem dificuldade
☐ Com dificuldade

☐ VENTILAÇÃO MECÂNICA

☐ APNÉIA

AUSCULTA PULMONAR:

1- MURMÚRIO VESICULAR

HTD ☒ Presente e normal
☐ Rude
☐ Diminuído
☐ Ausente

HTE ☒ Presente e normal
☐ Rude
☐ Diminuído
☐ Ausente

RUIDOS

☒ Sim

HTD ☐ Roncos
☐ Sibilos
☐ Estertores

HTE ☐ Roncos
☐ Sibilos
☐ Estertores

☒ Não

imp

SaO₂

%

CIRCULAÇÃO

COR DA PELE: ☒ Normal ☐ Pálida ☐ Cianótica

☐ Pletórica ☐ Ictérica

TEMPERATURA DA PELE ☒ Normal ☐ Quente ☐ Fria

PULSO ☐ Normal ☐ Aumentado

☐ Fino ☐ Ausente

AUSCULTA CARDÍACA

RÍTMO ☐ Regular ☐ Irregular ☐ Ausente

BULHAS ☐ Normotonéticas ☐ Hipofonéticas

☐ Hipofonéticas ☐ Ausente

SOPRO ☐ Presente ☐ Ausente

BE OU B4 ☐ Sim ☐ Não

FC: ___ bpm PA: ___ X mmHg T: ___ °C

ECG:

ABDOMEN: procedido indolor

EXAME NEUROLÓGICO

Paralisia: ☒ Fotorreagente ☐ Paralisadas ☒ Isocóricas ☐ Anisocóricas (diferença = ___ mm)

Escala de Glasgow 15

ABERTURA OCULAR		MELHOR RESPOSTA VERBAL ESCALA VERBAL PEDIÁTRICA (<4anos)		MELHOR RESPOSTA MOTORA	
Esponânea	4	Consciente / Palavras apropriadas, sorriso social, fixa e segue objetos	5	Obedece aos comandos	6
A solicitação verbal	3	Confuso / Chora, mas é consolável	4	Localiza a dor	5
Ao contínuo estímulo	2	Palavras inapropriadas / Irritado (persistente)	3	Retira o Membro	4
Nenhuma	1	Sons incompreensíveis / Inquieto	2	Flexão anormal (decorticação)	3
		Nenhuma / Nenhuma	1	Extensão Anormal (decerebração)	2
				Nenhuma	1
TOTAL:					

F(NG).CC.001-1



Assinado eletronicamente por: WELLITON DOS SANTOS CAMPOS - 22/01/2019 13:39:27

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19012213363615300000018247468

Número do documento: 19012213363615300000018247468



07/08/16. 17:00

- Paciente nega alergia
- 1º atendimento da cirurgia
- Tramadol 100 mg + 100 ml SF0,9%, EV lento 17:15
- Parecer da Ortopedia
- Alta da cirurgia
- Hb/Ht + tipagem sanguínea.

Dr. Roberto Chianca de Carvalho Filho
Med. Cir.
CRM-PR 00062





AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

B.E./PRONTUÁRIO

NOME DO PACIENTE:	IDADE:	DATA:
-------------------	--------	-------

PROCEDÊNCIA: ☐ Domicílio ☐ Ambulância de resgate ☐ Ambulância SAMU ☐ Polícia

TIPO DE ACIDENTE: ☐ Moto ☐ Automóvel ☐ Ônibus ☐ Bicicleta ☐ Atropelamento
☐ Envenenamento ☐ Incêndio ☐ Explosão ☐ Arma de Fogo ☐ Arma branca ☐ Outros:

TIPO DE LESÃO: ☐ Fratura fechada ☐ Ferimento aberto ☐ Esmagamento ☐ Laceração ☐ Queimadura
☐ Mordedura ☐ Objeto encravado ☐ Ferimento contínuo ☐ Amputação membro ☐ Outros:

LOCAL DA LESÃO: ☐ Membros sup. ☐ Membros inf. ☐ Tronco ☐ Cabeça e pescoço ☐ Outros:

DADOS CLÍNICOS (sintomas)

DATA DE INÍCIO DOS SINTOMAS: / /

EXAME FÍSICO PA: ____ / ____ mmHg P: ____ bpm SpO2: ____ Tax: ____

Sistema Neurológico:
Nível de Consciência: ☐ Consciente ☐ Inconsciente ☐ Orientado ☐ Desorientado

Avaliação das pupilas: Simetria: ☐ Isocóricas ☐ Anisocóricas Tamanho: ☐ Midríase ☐ Miose

Sistema Respiratório: ☐ Ventilação invasiva ☐ Ventilação espontânea ☐ Vias aéreas pervias
☐ Traqueostomia ☐ Respiração rápida ☐ Obstrução parcial das vias aéreas
☐ Respiração ruidosa ☐ Suporte ventilatório não invasivo ☐ Obstrução total das vias aéreas

Sistema Circulatório: ☐ Pulso ausente ☐ Pele fria e úmida ☐ Perfusão tissular satisfatória
☐ Taquicardia ☐ Bradicardia ☐ Perfusão tissular comprometida
☐ Palidez ☐ Outros:

Sistema Digestório: ☐ HDA ☐ Uso de SNG ☐ Vômitos ☐ Dor à palpação superficial
☐ HDB ☐ Corpo estranho ☐ Dor à palpação profunda
Outros: ☐ Rigidez abdominal ☐ Distensão abdominal

Sistema Genito-urinário: ☐ Disúria ☐ Hematúria ☐ Oligúria ☐ Poliúria ☐ SVD ☐ Outros:

HISTÓRICO CLÍNICO E CIRÚRGICO: ☐ Hipertensão ☐ Diabetes ☐ Câncer ☐ Alergias ☐ Cirurgias
☐ Internações ☐ Outros: Especificar:

USO DE MEDICAÇÃO? ☐ Sim ☐ Não Especificar:

HORÁRIO DA ÚLTIMA REFEIÇÃO:

IMUNIZADO CONTRA O TÉTANO? ☐ Sim ☐ Não

OUTRAS INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

DESTINO: ENFERMEIRO: COREN:



Ortopedia

02/08/16

paciente politraumatizado
vítima de acidente de
moto, apresentando extensa
ferimento na perna direita
associado a queixas de
dor na coxa e não
ipsilateral.

Rx: fratura exposta
anterior da perna ②
- fratura do fêmur ②

Joelho flutuante
- Fratura 3.º abd

CD: Solicito avaliação
da C. Vascular
Ao bloco cirúrgico

Dr. Marcos Vinícius A. Freitas
Ortopedia / Traumatologia
Cirurgia do Quadril
CRM-1505 TEOT 14368

Dr. Gustavo F. Mendonça
Ortopedia / Cir. Quadril
CRM-PB 6786 TEOT 13240

Veruber (02/08/16)

19h lesão extensa da
parte superior e o pé.
Fluxo arterial posterior me-
nudo. Não há fluxo pedis-
so. Não há sinais de

Síndrome Com-
partimental (des-
crição).

CD: Alto La Pexula
A Trauma bloco

(Se houver sangramento
durante a cirurgia
analisar os vasos
sanguíneos).

Dr. Frankly Andrade
Cirurgião Vascular
CRM-PA 4899





HEETSHL

01/01 Alison Batista

DATA	EVOLUÇÃO
19.09.16	Realizada manobras em jejum com o paciente em decúbito lateral, com manobras de compressão, para verificação da presença de refluxo. Não houve refluxo. Não houve vômitos. Paciente bem tolerante. Evolução satisfatória.





	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			2 - CNES	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HTOP				
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HTOP			4 - CNES	
Identificação do Paciente			6 - N° DO PRONTUÁRIO 938694	
5 - NOME DO PACIENTE Abmon Batista de Araújo				
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)			8 - DATA DE NASCIMENTO 21/11/1991	
			9 - SEXO Masc. ☒ 1 Fem. ☐ 3	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL			11 - TELEFONE DE CONTATO N° DO TELEFONE	
12 - ENDEREÇO (RUA, N°, 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			36 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 37 - QTDE.	
38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO - Placa DCP estriada c/ 09 furos (1 und) - Parafuso cortical nº 34 (5 und) nº 32 (2) nº 30 (4)				
PROFISSIONAL SOLICITANTE				
39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE			DATA DA SOLICITAÇÃO	
41 - DOCUMENTO () CNS () CPF			42 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
43 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)				
AUTORIZAÇÃO				
44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			45 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR 46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
47 - DOCUMENTO () CNS () CPF			48 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
49 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)				



RELATÓRIO DE CIRURGIA

 
HEETSIL

Nome: Abreu Batista de Araújo BE/Prontuário: _____
Idade: _____ Sexo: ☒ Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 23/10/2016
Clínica/Setor: _____ EMP: _____ LR: _____
Cirurgia: Tratamento cirúrgico de retardo de consolidação de fratura ossos da perna
Cirurgião: Dr. Ricardo 1º Assistente: Dr. Martino
2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____
Instrumentador: _____ Anestesista: Dr. Hilton
Tipo de Anestesia: _____ Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Retardo de consolidação de fratura dos ossos de perna direita</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Tratamento cirúrgico de retardo de consolidação dos ossos da perna direita</u>	

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

Biopsia de Congelação: () Sim ☒ Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

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

Médico/CRM: _____


Dr. Ricardo Carlos
Ferreira
CRM 100.000

João Pessoa, 23/10/2016

F(NG).ASCIR.009-1





Nota de Sala Cirúrgica

HEETSHL

NOME DO PACIENTE: Absou Batista de Araujo
IDADE: 91a **SEXO:** M **CONTÁTO:** **INTERMEDIÁRIO:** **LEITO:**
CIRURGIA: Tto em de Túbis
CIRURGIÃO: Ricardo Barreto
ANESTESIA: Raqui + medaca
ANESTESISTA: Dr. Milton
INSTRUMENTADOR:
DATA: 03/10/16 **TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA INÍCIO:** 13:15 **FIM:** 13:30 **CIRURGIA INÍCIO:** 13:45 **FIM:**
ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)
ASA 1 () ASA 2 () ASA 3 () ASA 4 () ASA 5 ()
GRAU DE CONTAMINAÇÃO: () LIMPA () CONTAMINADA () INFECTADA () POTENCIALMENTE CONTAMINADA

MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.
ALFENTANILA		JELCO Nº18		FIO CAT GUT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA ISOBÁRICA		JELCO Nº20	1	FIO CAT GUT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA PESADA	1	JELCO Nº22		FIO DE AÇO Nº	
GETAMINA		JELCO Nº24		FIO DE AÇO Nº	
DROPERIDOL		KIT SIST. DREN. TORÁXICA Nº		FIO DE NYLON Nº 20	1
ETOMIDATO		LÂMINA BISTURI Nº11		FIO DE NYLON Nº	
FENOBARBITAL		LÂMINA BISTURI Nº13		FIO DE NYLON Nº	
FENTANILA	1	LÂMINA BISTURI Nº23		FIO POLIGLACTINA Nº	
FLUMAZENIL		LÂMINA BISTURI Nº24		FIO POLIGLACTINA Nº	
TOFLURANO		LÂMINA DE DERMATOMO		FIO POLIGLACTINA Nº	
LEVOPROPILCAÍNA C/ VASO		LÂMINA DE ENXERTO		FIO POLIPROPILENO Nº	
LEVOPROPILCAÍNA S/ VASO		LUVA DE PROCEDIMENTO PAR		FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAÍNA C/ VASO		LUVA ESTÉRIL Nº7,0		FIO POLIGLACTINA Nº	
LIDOCAÍNA S/ VASO		LUVA ESTÉRIL Nº7,5		FIO POLIGLACTINA Nº	
MIDAZOLAN	1	LUVA ESTÉRIL Nº8,0		FIO SEDA Nº	
MORFINA		LUVA ESTÉRIL Nº8,5		FITA CARDÍACA	
NIMBÍUM		MÁSCARA CIRÚRGICA		MATERIAL ESPECIAL	QTD.
PANCURÔNIO		MULTIVIAS		CATETER DE PIC	
PETIDINA		PERFURADOR DE SORO		CIMENTO CIRÚRGICO	
PROPORFOL		SCALP Nº19		CLIP TITÂNIO LEGADURA	
RAMIFENTANILA		SCALP Nº21		FIO DE KIRSCHNER Nº	
ROCURÔNIO		SERINGA 3ML		FIO DE KIRSCHNER Nº	
SEVOFLURANO		SERINGA 5ML		FIO STEINMAN Nº	
SUXAMETÔNIO		SERINGA 10ML		FIO STEINMAN Nº	
TIOPENTAL		SERINGA 20ML		GRAMPEADOR CIRÚRGICO	
MEDICAÇÕES	QTD.	BOLSA P/ COLOSTOMIA		HEMOST. ABSORVÍVEL	
ADRENALINA		CÂNULA P/ TRAQUEOSTOMIA Nº		KIT. DERIVA. VENTRICULAR	
ÁGUA DESTILADA		CATETER DE OXIGÊNIO	1	PRÓTESE VASCULAR	
ATROPINA		CATETER EMBOLEC ARTERIAL Nº		KIT. PAM	
BEXTRA		CATETER EPIDURAL Nº16		FIXADOR EXTERNO	
DEFAZOLINA		CATETER EPIDURAL Nº17		EMPRESA	
DEXAMETASONA	1	CATETER EPIDURAL Nº18			
DIPIRONA SÓDICA		CERA PARA OSSO		PARAFUSOS CORTICAIS n.º 34	57
EFEDRINA		COLET. URINA FECHADO		PARAFUSOS CORTICAIS n.º 32	27
FUROSEMIDA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	1	PARAFUSOS CORTICAIS n.º 30	27
GLICOSE 50%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS		PARAFUSOS CORTICAIS	
GLUCONATO DE CÁLCIO		DRENO DE PENROSE		PARAFUSOS CORTICAIS	
HIDROCORTISONA		DRENO DE SUÇÃO		PARAFUSOS CORTICAIS	
LIDOCAÍNA GELÉIA		ELETRODOS	1	PLACA DEP. PATENTE C/5 QU	
ONDASENTRONA		EQUIPO MACROGOTAS	1	PLACA	
PLASIL		EQUIPO TRANSF. SANGUE			
PROSTIGMINE		EQUIPO MICROGOTAS		EQUIPAMENTOS	
PROTAMINA		ESPONJA DE PVPI	1	() ASPIRADOR	
TENOXICAN		ESPARADRAPO	OK	() BISTURI ELÉTRICO	
		GAZES	OK	() CAPNÓGRAFO	
		GAZES ALGODOADAS	OK	() CÁRDIOMONITOR	
		GEL ELETROLÍTICO	OK	() DESFIBRILADOR	
		JELCO Nº14		() FOCO AUXILIAR	
		JELCO Nº16		() FOCO CENTRAL	
				() MICROSCOPIO	
				() OXÍMETRO DE PULSO	
				() P.A. INVASIVA/NÃO INVASIVA	
				() PERFURADOR ELÉTRICO	
				() SERRA	
				CIRCULANTE	

Parcilene dos Santos
Téc. de Enfermagem
COREN-PB 062.145
(FNG).ASCIR.021-2



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

RELATÓRIO DE CIRURGIA



WETSIM

Posição e Preparo:

Paciente em decúbito dorsal sobre mesa cirúrgica sob raquianestesia / antiespasmódica / colocação dos campos operatórios

Incisão:

- 1 Longitudinal antero-medial fugindo de lesão de pele extensa existente na face anterior. Tórax
- 2 Abertura por plano de visualização da lesão óssea

Achados:

- 3 preparo dos focos da fratura
- 4 refletir o canal medular de ambos fragmentos
- 5 Redução da fratura e fixação com placa DCP estriada de 9 furos e 8 perfuros corticais

Conduta: (Instrumental de 4,5 - -)

- 6 controle radiológico
- 7 Hemostasia ampla
- 8 Sutura por planos da acena cirúrgica
- 9 Curativos

Fechamento:

Observação:

Médico/CRM:

Dr. Ricardo Gomes Cardoso
CRM-PA 2016

João Pessoa,

23/10/2016

F(NG).ASCIR.009-1





RELATÓRIO DE CIRURGIA



Nome: Abraão Batista de Araújo BE/Prontuário: 950809
Idade: 38 Sexo: ☒ Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 30/05/16
Clínica/Setor: Ortopedia EMP: _____ LR: _____
Cirurgia: Retirada de fratura externa do osso da perna
Cirurgião: Dr. Helton Filho 1° Assistente: Dr. Luis Henrique
2° Assistente: Dr. Helton 3° Assistente: _____
Instrumentador: _____ Anestesista: _____
Tipo de Anestesia: — Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-operatório	CID
<u>Fratura de OMS da perna direita</u>	

Procedimento Cirúrgico	Código
<u>Retirada de fratura externa do osso da perna direita</u>	

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

Biopsia de Congelação: () Sim (☒) Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

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

Dr. Helton B. Dias Jr.
Médico

CRM 10.251

Médico/CRM: _____

João Pessoa, 30/05/16

F(NG).ASCIR.009-1



Nota de Sala Cirúrgica

NOME DO PACIENTE: Alair Batista de Araújo

IDADE: 38 ANOS Nº: 950860 ENFERMARIA: OL LEITO: OL

CIRURGIA: Ritiro de Fígado e Externo em MED.

CIRURGIÃO: Dr. Odilmar e Dr. João Peurigue

ANESTESIA: Local

ANESTESISTA: O mesmo

INSTRUMENTADOR: -

DATA: 10/10/16 ANESTESIA: INÍCIO: 11:00 FIM: 11:30 CIRURGIA: INÍCIO: 12:00 FIM: 12:00

ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGIST): ASA 1 () ASA 2 () ASA 3 () ASA 4 () ASA 5 ()

GRAU DE CONTAMINAÇÃO: () LIMPA () CONTAMINADA () INFECTADA () POTENCIALMENTE CONTAMINADA

MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS		QTD.	MATERIAIS CONT.		QTD.	FIOS	QTD.
ALFENTANIL			JELCO Nº18			FIO CAT GUT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA ISOBÁRICA			JELCO Nº20			FIO CAT GUT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA PESADA			JELCO Nº22			FIO DE AÇO Nº	
CETAMINA			JELCO Nº24			FIO DE AÇO Nº	
DROPERIDOL			KIT SIST. DREN. TORÁXICA Nº			FIO DE NYLON Nº	
ETOMIDATO			LÂMINA BISTURI Nº11			FIO DE NYLON Nº	
FENOBARBITAL			LÂMINA BISTURI Nº15			FIO DE NYLON Nº	
PENTANILA			LÂMINA BISTURI Nº23			FIO POLIGLACTINA Nº	
FLUMAZENIL			LÂMINA BISTURI Nº24			FIO POLIGLACTINA Nº	
ISOFLURANO			LÂMINA DE DERMATOMO			FIO POLIGLACTINA Nº	
LEVOBUPIVACAÍNA C/ VASO			LÂMINA DE ENXERTO			FIO POLIPROPILENO Nº	
LEVOBUPIVACAÍNA S/ VASO			LUVA DE PROCEDIMENTO PAR.			FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAÍNA C/ VASO			LUVA ESTÉRIL Nº7,0			FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAÍNA S/ VASO			LUVA ESTÉRIL Nº7,5			FIO POLIGLECAPRONE Nº	
MIDAZOLAN			LUVA ESTÉRIL Nº8,0			FIO SEDA Nº	
MORFINA			LUVA ESTÉRIL Nº8,5			FITA CARDÍACA	
NIMBÍUM			MÁSCARA CIRÚRGICA			MATERIAL ESPECIAL	QTD.
PANCURÔNIO			MULTIVIAS			CATETER DE PIC	
PETIDINA			PERFURADOR DE SORO			CIMENTO CIRÚRGICO	
PROPÓFOL			SCALP Nº19			CLIP TITÂNIO LIGADURA	
RAMIFENTANILA			SCALP Nº21			FIO DE KIRSCHNER Nº	
ROCURÔNIO			SERINGA 3ML			FIO DE KIRSCHNER Nº	
SEVOFLURANO			SERINGA 5ML			FIO STEINMAN Nº	
SUXAMETÔNIO			SERINGA 10ML			FIO STEINMAN Nº	
TIOPENTAL			SERINGA 20ML			GRAMPEADOR CIRÚRGICO	
MEDICAÇÕES	QTD.		BOLSA P/ COLOSTOMIA			HEMOST. ABSORVÍVEL	
ADRENALINA			CÂNULA P/ TRAQUEOSTOMIA Nº			KIT. DERIVA. VENTRICULAR	
ÁGUA DESTILADA			CATETER DE OXIGÊNIO			PRÓTESE VASCULAR	
ATROPINA			CATETER EMBOLEC. ARTERIAL Nº			KIT. PAM	
BEXTRA			CATETER EPIDURAL Nº16			FIXADOR EXTERNO	
CEFAZOLINA			CATETER EPIDURAL Nº17			EMPRESA	
DEXAMETASONA			CATETER EPIDURAL Nº18			PARAFUSOS CORTICAIS	
DIPIRONA SÓDICA			CERA PARA OSSO			PARAFUSOS CORTICAIS	
EFEDRINA			COLET. URINA FECHADO			PARAFUSOS ESPONJOSO	
FUROSEMIDA			COMPRESSAS CIRÚRGICAS			PARAFUSOS ESPONJOSO	
GLICOSE 50%			COMPRESSAS CIRÚRGICAS			PARAFUSOS MALEOLAR	
GLUCONATO DE CÁLCIO			DRENO DE PENROSE			PARAFUSOS MALEOLAR	
HIIDROCORTISONA			DRENO DE SUÇÃO			PLACA	
LIDOCAÍNA GELÉIA			ELETRODOS			PLACA	
ONDASENTRONA			EQUIPO MACROGOTAS			EQUIPAMENTOS	
PLASIL			EQUIPO TRANSF. SANGUE			() ASPIRADOR	
PROSTIGMINE			EQUIPO MICROGOTAS			() BISTURI ELÉTRICO	
PROTAMINA			ESPONJA DE PVPI			() CAPNÓGRAFO	
TENOXICAN			ESPARADRAPO			() CÁRDIOMONITOR	
			GAZES			() DESFIBRILADOR	
			GAZES ALGODOADAS			() FOCO AUXILIAR	
			GEL ELETROLÍTICO			() FOCO CENTRAL	
			JELCO Nº14			() MICROSCOPIO	
			JELCO Nº16			() OXÍMETRO DE PULSO	
						() P.A. INVASIVA/NÃO INVASIVA	
						() PERFURADOR ELÉTRICO	
						() SERRA	
						CIRCULANTE	

Assinado eletronicamente por: WELLITON DOS SANTOS CAMPOS - 22/01/2019 13:39:27

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19012213363615300000018247468

Número do documento: 19012213363615300000018247468



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	Deitado, em DDH Sem Anestesia
Incisão:	— —
Achados:	Fract. de Osso da perna direita
Conduta:	Retirada de material de Síncope (Disco) (Fixador externo). Retirada de fixador externo de perna direita.
Fechamento:	— —
Observação:	Curativo

Dr. Helio de B. Dias Jr.
Médico
CRM 10251

Médico/CRM: _____

João Pessoa, 10/10/16

F(NG).ASCIR.009-1



Assinado eletronicamente por: WELLITON DOS SANTOS CAMPOS - 22/01/2019 13:39:27



BE/PRONTUÁRIO

Nome do paciente

Abdou Botelho de Araújo

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
07/08/16.		<u>Ortopedia</u> Paciente vítima de trauma grave em membro (D) c/ lesão vascularizada. pela Cirurgia Vascular. Edema muscular importante. c/ contusão importante. Realizado: fixação externa temporária devido a lesão do tendão + refolho muscular p/ obtenção de Acesso à ferida exposta de S.O.D. Realizada lavagem + debr. de morto. Necessário de fixação definitiva. c/ material adequado. CD: UPM
08/08/16		PACIENTE NO 1º D.P.O DE FRAT. DE FÊMUR E TIBIA (D) + FRAT. M.S.D, SEME CONSCIENTE, ORIENTADO, ALIMENTADO, AFEBRIL, IMOBILIZADO CAS MSD + FIXADOR M.I.D, MONITORADO COM S.O.U, FC 84bpm, PA 130x40 mmHg, SpO2 98%, SEME AOS CURSOS.

Dr. Heisenberg Almeida
Ortopedia e Traumatologia
CRM 59005/37724/16

Wandirina Lopes
Enfermeira Intensivista
COREN 267.882 PR



RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEETSHL

Nome: Alexsandro Batista de Araujo BE/Prontuário: 938624
Idade: _____ Sexo: ☒ Masculino () Feminino Cor: _____ Data: ____/____/____
Clínica/Setor: Ortop EMP: _____ LR: _____
Cirurgia: _____
Cirurgião: Dr. Roberto Almeida 1º Assistente: Dr. Alexsandro
2º Assistente: Cláudio (MD) 3º Assistente: _____
Instrumentador: _____ Anestesista: Dr. Socrates Souza
Tipo de Anestesia: Rapax Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
• Fratura de fêmur de fêmur ①	
• Fratura de Tibia ②	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
• Sutura de fratura externa da	
• Reparo de fratura externa da	
• Sutura de fratura externa da	
• Sutura de fratura externa da	

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

Biopsia de Congelação: () Sim ☒ Não

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:

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

Médico/CRM: _____

João Pessoa, 24/08/16

F(NG).ASCIR.009-1







Nota de Sala Cirúrgica

88
HEETSHL

NOME DO PACIENTE: <u>Alison Batista de Almeida</u>	
IDADE: <u>23</u>	SEXO: <u>938604</u>
CIRURGIÃO: <u>Dr. Roberto de Almeida</u>	ANESTESISTA: <u>Dr. Socorro, Dr. Jane</u>
CIRURGIA: <u>Remoção de fixador externo e colocação de placa de fixação</u>	
ANESTESIA: <u>Tranquilizantes e analgésicos</u>	
INSTRUMENTAÇÃO: <u>Dr. Socorro, Dr. Jane</u>	
DATA: <u>24/08/16</u>	TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA: INÍCIO: <u>08:00</u> - FIM: <u>10:00</u>
ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)	
ASA 1 () ASA 2 () ASA 3 () ASA 4 () ASA 5 ()	
GRAU DE CONTAMINAÇÃO: () LIMPA () CONTAMINADA () INFECTADA () POTENCIALMENTE CONTAMINADA	
MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS QTD.	
ALFENTANILA	MATERIAIS CONT.
BUPIVACAÍNA ISOBÁRICA	JELCO Nº18
BUPIVACAÍNA PESADA	JELCO Nº20
CEIAMIINA	JELCO Nº22
DROPERIDOL	JELCO Nº24
ETOMIDATO	KIT SIST. DREN. TORÁCICA Nº
FENOBARBITAL	LÂMINA BISTURI Nº11
FENTANILA	LÂMINA BISTURI Nº15
LUMAZENIL	LÂMINA BISTURI Nº23
SOFLURANO	LÂMINA BISTURI Nº24
EVOLUPVACAÍNA C/ VASO	LÂMINA DE DERMÁTOMO
EVOLUPVACAÍNA S/ VASO	LÂMINA DE ENXERTO
DOCAÍNA C/ VASO	LUVA DE PROCEDIMENTO PAR
LIDOCAÍNA S/ VASO	LUVA ESTÉRIL Nº7,0
MIDAZOLAN	LUVA ESTÉRIL Nº7,5
MORFINA	LUVA ESTÉRIL Nº8,0
NIMBUIUM	LUVA ESTÉRIL Nº8,5
PANCURÔNIO	MÁSCARA CIRÚRGICA
PETIDINA	MULTIVIAS
PROPORFOL	PERFURADOR DE SORO
RAMIFENTANILA	SCALP Nº19
ROCURÔNIO	SCALP Nº21
SEVOFLURANO	SERINGA 3ML
SUXAMETÔNIO	SERINGA 5ML
TIOPENTAL	SERINGA 10ML
MEDICAÇÕES	SERINGA 20ML
ADRENALINA	BOLSA P/ COLOSTOMIA
ÁGUA DESTILADA	CÂNULA P/ TRAQUEOSTOMIA Nº
ATROPINA	CATETER DE OXIGÊNIO
BEXTRA	CATETER EMBOLEC. ARTERIAL Nº
CRFAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº16
DEXAMETASONA	CATETER EPIDURAL Nº17
PIRONA SÓDICA	CATETER EPIDURAL Nº18
FEDRINA	CERA PARA OSSO
FUROSEMIDA	COLET. URINA FECHADO
GLICOSE 50%	COMPRESSAS CIRÚRGICAS
GLUCONATO DE CÁLCIO	COMPRESSAS CIRÚRGICAS
HIDROCORTISONA	DRENO DE FENROSE
LIDOCAÍNA GELÉIA	DRENO DE SUÇÃO
ONDASENTRONA	ELETRODOS
PLASIL	EQUIPO MACROGOTAS
PROSTIGMINE	EQUIPO TRANSF. SANGUE
PROTAMINA	EQUIPO MICROGOTAS
TENOXICAN	ESPONJA DE PVPI
4000580	ESPARADRAPO
	GAZES
	GAZES ALGODOADAS
	GEL ELETROLÍTICO
	JELCO Nº14
	JELCO Nº16
	FIOS
	FIO ALGODÃO S/A Nº
	FIO ALGODÃO S/A Nº
	FIO ALGODÃO C/A Nº
	FIO ALGODÃO C/A Nº
	QTD.
	() ASPIRADOR
	() BISTURI ELÉTRICO
	() CAPNÓGRAFO
	() CÁRDIOMONITOR
	() DESFIBRILADOR
	() FOCO AUXILIAR
	() FOCO CENTRAL
	() MICROSCOPIO
	() OXÍMETRO DE PULSO
	() P.A. INVASIVA NÃO INVASIVA
	() PERFURADOR ELÉTRICO
	() SERRA
	CIRCUITO



Assinado eletronicamente por: WELLITON DOS SANTOS CAMPOS - 22/01/2019 13:39:33





FICHA DE ANESTESIA

F22736

DATA: 14/08/16 PRONTUÁRIO: 8

PACIENTE: Wesley Batista de Araújo SEXO: M COR: P IDADE: 24 a.

PRESSÃO ARTERIAL: 88 PULSO: 88 RESPIRAÇÃO: 12 TEMPERATURA: 36.5 PESO: 65 GRUPO SANGÜÍNEO: B

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

EXAMES COMPLEMENTARES: OK

AP. RESPIRATÓRIO: OK AP. CIRCULATÓRIO: OK

AP. DIGESTIVO: OK ESTADO MENTAL: consciente DROGAS EM USO: -

PRÉ-ANESTÉSICO: - ESTADO FÍSICO (ASA): I

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: -

CIRURGIA REALIZADA: Atividade de fixador externo + Curativo cirúrgico do ferimento

CIRURGIÃO: Dr. Roberto AUXILIARES: -

INÍCIO DA ANESTESIA: 9.00 TÉRMINO DA ANESTESIA: 10.00 DURAÇÃO DA ANESTESIA: 1h

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: - QUANT. DE CH.: - VALORES RS: -

ANESTESISTA: Wesley CPF: 160.907.814-34 CRM-PB: 1820

AGENTES EM CENA: 1 Anestesiologista CRM 1822

LÍQUIDOS VEIOSOS: ML

PULSO: 88 P. ARTERIAL SISTÓLICA: 120 DIASTÓLICA: 80

ANESTESIA: X ANESTESIA SISTÓLICA: 120 DIASTÓLICA: 80

SETORIZAÇÃO: 1 ANESTESIA: X ANESTESIA SISTÓLICA: 120 DIASTÓLICA: 80

ANESTESIA GERAL: X RAQUIDIANA: - EPIDURAL: - BLOQ. PLEXO: - BLOQ. NERVOS: - OUTROS: -

TECNICA: Sedação

FLUIDOS: 500 Volume em ml

MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

ITEM	QUANTIDADE	USO
1. Dexametasona 5mg	11	
2. Fentanyl 150mcg	12	
3. Propofol 200mg	13	
4. Ringer 500	14	
5. Pipirano 2mg	15	
6. Atorax 10mg	16	
7. -	17	
8. -	18	
9. -	19	
10. -	20	

DESTINO DO PACIENTE: SALA

APÓS: - ENFERMARIA: -

UTI: - RESIDÊNCIA: -

OUTROS: SALA

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES: -

ASSINATURA DO ANESTESISTA: Wesley

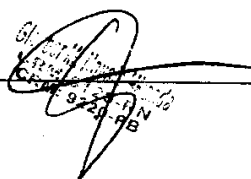
ANESTESIOLOGISTA CRM 1822

F. (NG) ASCIR. 026-1



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA
Posição e Preparo: 1- Paciente em Decúbito Dorsal sobre prateleira 2- Anestesia + Intubação 3- Aspiração de sangue coagulável
Incisão:
Achados:
Conduta: • Retorção de fratura externa da cara (D) • Reparação anômala de fratura externa de Tibia (D) • Colocação de Tábua Transilial em posição proximal + Contorno de apêndice + Para 7 kg de Tábua.
Fechamento: • Curativos e Tef
Observação: Rx de controle

Médico/CRM:



João Pessoa, 29/08/16

F(NG).ASCIR.009-1



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: Elson B. de Araújo BE/Prontuário: 938694
Idade: _____ Sexo: ☒ Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 16/08/16
Clínica/Setor: Ortopedia EMP: 04 LR: 04
Cirurgia: Duplex melanoma + desbridamento
Cirurgião: Dr. Rafael Souza 1° Assistente: Dr. Tullio
2° Assistente: _____ 3° Assistente: _____
Instrumentador: _____ Anestesista: _____
Tipo de Anestesia: _____ Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
OMC M1D	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
Duplex melanoma cirúrgico + desbridamento	

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

Biopsia de Congelação: () Sim ☒ Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

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

Médico/CRM: _____

Jéssyka Emilia F. Rabêlo
Médica
CRM 10045/PB

João Pessoa, 16/08/16

F(NG).ASCIR.009-1



[Handwritten signature]
REETSHL

NOME DO PACIENTE: Abson Batista de Araújo
IDADE: 23a DE 938694
SEXO: M
ENDEREÇO: Rua...
CIRURGIÃO: Dr. Rafael... + Dr. ...
ANESTESIA: Rápida
ANESTESISTA: Dr. Imbelony
INSTRUMENTADOR: ...
DATA: 16/08/16
TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA INÍCIO: 12:30
CIRURGIÃO INÍCIO: 13:30

ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)
 ASA 1 () ASA 2 () ASA 3 () ASA 4 () ASA 5 ()
GRAU DE CONTAMINAÇÃO: () LIMP () CONTAMINADA () INFECTADA () POTENCIALMENTE CONTAMINADA

MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.
ALFENTANIL		JELCO Nº18		FIO CAT GUT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA ISOBÁRICA		JELCO Nº20		FIO CAT GUT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA PESADA		JELCO Nº22		FIO DE AÇO Nº	
CETAMINA	500 OK	JELCO Nº24		FIO DE AÇO Nº	
DROPERIDOL		KIT SIST. DREN. TORÁCICA Nº		FIO DE NYLON Nº 2.0 L	
ETOMIDATO	SOLUÇÕES	LÂMINA BISTURI Nº11		FIO DE NYLON Nº	
FENOBARBITAL	ALCOOL ETÍLICO 70%	LÂMINA BISTURI Nº15		FIO DE NYLON Nº	
FENTANIL	PVPI DBOERMANTE	LÂMINA BISTURI Nº23		FIO POLIGLACTINA Nº	
LUMAZENIL	PVPI TINTURA	LÂMINA BISTURI Nº24		FIO POLIGLACTINA Nº	
OFLOXARANO	PVPI TÓPICO	LÂMINA DE DERMÁTOMO		FIO POLIGLACTINA Nº	
LEVOBUPIVACAÍNA C/ VASO	SABÃO ANTISÉPTICO	LÂMINA DE ENXERTO		FIO POLIPROPILENO Nº	
LEVOBUPIVACAÍNA S/ VASO		LUVA DE PROCEDIMENTO PAR	OK	FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAÍNA C/ VASO	MATERIAIS	LUVA ESTÉRIL Nº7,0		FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAÍNA S/ VASO	AGULHA 13X4,5	LUVA ESTÉRIL Nº7,5		FIO POLIGLECAPRONE Nº	
MDAZOLAN	AGULHA 25X07	LUVA ESTÉRIL Nº8,0		FIO SEDA Nº	
MORFINA	AGULHA 25X08	LUVA ESTÉRIL Nº8,5		FITA CARDÍACA	
NIMBÍUM	AGULHA 40X12	MÁSCARA CIRÚRGICA	OK	MATERIAL ESPECIAL	QTD.
PANCURÔNIO	AGULHA PERIDURAL Nº16	MULTIVIAS		CATETER DE PIC	
PETIDINA	AGULHA PERIDURAL Nº17	PERFURADOR DE SORO		CIMENTO CIRÚRGICO	
PROPOFOL	AGULHA PERIDURAL Nº18	SCALP Nº19		CLIP TITÂNIO LGADURA	
RAMIFENTANIL	AGULHA RAQUI Nº25G	SCALP Nº21		FIO DE KIRSCHNER Nº	
ROCURÔNIO	AGULHA RAQUI Nº26G	SERINGA 3ML		FIO DE KIRSCHNER Nº	
SEVOFLURANO	AGULHA RAQUI Nº27G	SERINGA 5ML		FIO STEINMAN Nº	
SUXAMETÔNIO	ALGODÃO ORTOPÉDICO	SERINGA 10ML		FIO STEINMAN Nº	
TIOPENTAL	ATADURA DE CREPOM	SERINGA 20ML		GRAMPEADOR CIRÚRGICO	
	ATADURA GESSADA	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº8		HEMOST. ABSORVÍVEL	
MEDICAÇÕES	QTD.	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº10		KIT. DERIVA. VENTRICULAR	
ADRENALINA		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº12		PRÓTESE VASCULAR	
ÁGUA DESTILADA		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº14		KIT. PAM	
ATROPINA		SONDA FOLEY 2VIAS Nº12		FIXADOR EXTERNO	
BEXTRA		SONDA FOLEY 2VIAS Nº14		EMPRESA	
CEFAZOLINA		SONDA NASOG. CURTA		PARAFUSOS CORTICAIS	
DEXAMETASONA		SONDA NASOG. LONGA		PARAFUSOS CORTICAIS	
DIPIRONA SÓDICA		SONDA URETRAL Nº		PARAFUSOS ESPONIOSO	
EFEDRINA		TORNEIRINHA		PARAFUSOS ESPONIOSO	
UROSEMIDA		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		PARAFUSOS MALLEOLAR	
GLICOSE 50%		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		PARAFUSOS MALLEOLAR	
GLUCONATO DE CÁLCIO		TUBO SILICONE (LATEX)		FLACA	
HIDROCORTISONA				FLACA	
LIDOCAÍNA GELÉIA				EQUIPAMENTOS	
ONDASENTRONA				() ASPIRADOR	
PLASIL				() BISTURI ELÉTRICO	
PROSTIGMINE				() CAPNÓGRAFO	
PROTAMINA				() CÁRDIOMONITOR	
TENOXICAN				() DESFIBRILADOR	
				() FOCO AUXILIAR	
				() FOCO CENTRAL	
				() MICROSCOPIO	
				() OXÍMETRO DE PULSO	
				() P.A. INVASIVA/NÃO INVASIVA	
				() PERFURADOR ELÉTRICO	
				() SERRA	
				CIRCULANTE	

[Handwritten notes and signatures at the bottom of the form]

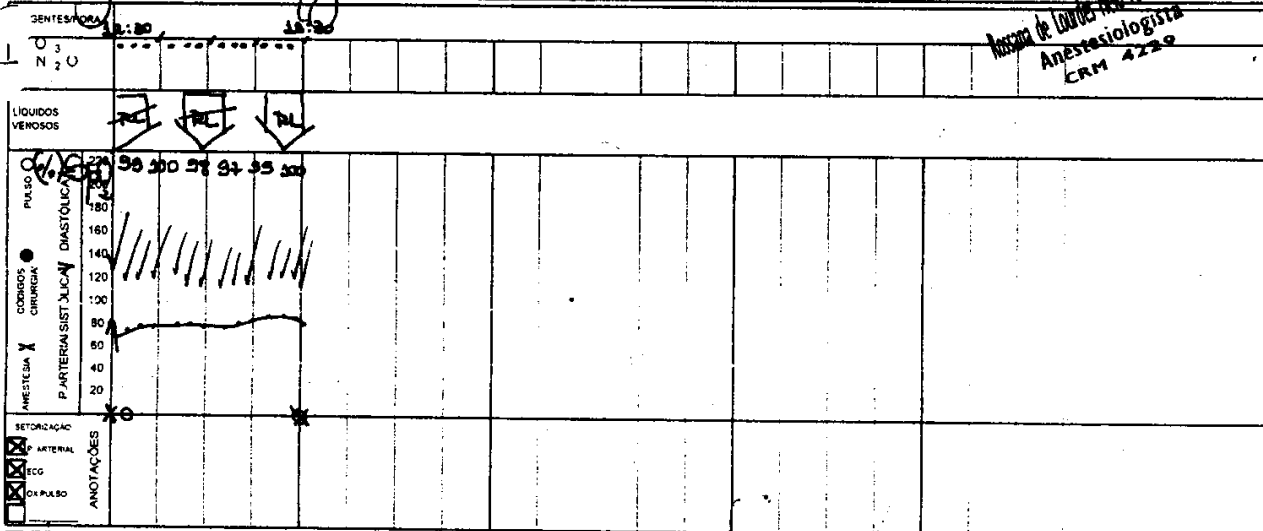


HEFTS:

PRONTUÁRIO:

PACIENTE: <u>Alson Batista de Araújo</u>		SEXO: <u>M</u>	COR: <u></u>	IDADE: <u>23 anos</u>
PRESSÃO ARTERIAL <u>120/80 mmHg</u> PULSO <u>72 bpm</u>		RESPIRAÇÃO <u>OK</u>	TEMPERATURA <u>OK</u>	PESO <u></u> GRUPO SANGÜÍNEO <u></u>
ESTADO GERAL <u>(X) BOM</u> () REGULAR () MAU () PÉSSIMO		RISCO CIRÚRGICO <u>(X) BOM</u> () REGULAR () MAU () PÉSSIMO		
EXAMES COMPLEMENTARES <u></u>				
AP. RESPIRATÓRIO <u>OK</u>		AP. CIRCULATÓRIO <u>OK</u>		
AP. DIGESTIVO <u>OK</u>	ESTADO MENTAL <u>Consciente</u>		DROGAS EM USO <u>VPM</u>	
PRÉ-ANESTÉSICO <u>Dormorid 2mg IV na SO</u>				ESTADO FÍSICO (ASA) <u>ASA I</u>
DOSE/HORA <u></u>				
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO <u>Osteomielite de fêmur distal</u>				
CIRURGIA REALIZADA <u>Curativo cirúrgico + retirada de material de síntese</u>				
CIRURGIÃO <u>Dr. Rafael Bara</u> AUXILIARES <u></u>				
INÍCIO DA ANESTESIA <u>10:30h</u>		TÉRMINO DA ANESTESIA <u>13:30h</u>	DURAÇÃO DA ANESTESIA <u>1 hora</u>	
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO <u></u>		QUANT. DE CH. <u></u>	VALORES R\$ <u></u>	
ANESTESIA <u>Alson Batista de Araújo</u>		CPF <u>690.882.174-91</u>	CRM-PB <u>4229</u>	

Associação de Lourdes Mello Ferreira
Anestesiologista
CRM 4220



☐ ANESTESIA GERAL ☒ RAQUIDIANA ☐ EPIDURAL ☐ BLOQ. PLEXO ☐ BLOQ. NERVOS ☐ OUTROS _____
 TÉCNICA L3-L4, agulha 26G, punção única, LCR OK, injeção do AL e do opibide.
 TUBOS _____
 Volume em ml _____
 SUPORTE _____
 MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO _____

NACI	1	DORMONID - 2mg IV	11
SANGUE	2	NEOCAÍNA 0.5% ISOBARICA (15ml) + DIMORF (0.03mg) RAQUI	
RINGER	3	TILATIL + DIGO, CETOPROFENO - 100mg IV	
TOTAL	4	NAUSEIRON - 8mg IV	14
DESTINO DO PACIENTE	5	DEXAMETASONA - 2mg IV	15
☐ APT* ☐ ENFERMARIA	6	DIPIRONA - 2amp. IV	16
☐ UTI ☐ RESIDÊNCIA	7		17
☒ OUTROS <u>URPA</u>	8		18
	9		19
	10		20

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

20

ASSINATURA DO ANESTESISTA

[Assinatura]

Associação de Lúcio de Almeida
Anestesiologista
CRM 4229

F. (ING) ASCIR 028-1

Alessandra de Lourdes Melo Ferreira do Vale
Anestesiologista
4229

E (NG) ASCIB 026.1





CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

RELATÓRIO DE CIRURGIA



NEETSHL

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA
Posição e Preparo: Paciente em decúbito dorsal sob anestesia geral com intubação e controle de campos
Incisão: Dorsal de costas (longitudinal)
Achados:
Condução: Exatidão da localização de tumor e metástases.
Fechamento: Por planos
Observação:

Médico/CRM:

Jessyka Enalja F. Rabelo
Médica
CRM 70045/PB

João Pessoa, 16/08/16

F(NG).ASCIR.009-1



Assinado eletronicamente por: WELLITON DOS SANTOS CAMPOS - 22/01/2019 13:39:33

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19012213374689000000018247508>

Número do documento: 19012213374689000000018247508

BE/PRONTUÁRIO

Nome do paciente

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
23/09/16		H. Lm. Rm. 2 H. Y-DLO AUTOMATIZ Paciente atencioso, pegando ± 90% de automação. Exatidão: e aumento de olhos de girar. Dr. Mário Augusto CRM 1377
13/10/16	11:17	Psicólogo Paciente no momento consciente, orientado, emocionalmente estável, interessado pelo bem. Realizado após psicológico. Luana Dantas de O. Mendes Psicóloga Hospitalar Especialista em Saúde Mental CRM 1377
17/10/16	11:07	Psicólogo Paciente no momento consciente, orientado, emocionalmente estável, receptivo ao atendimento, interessado pelo bem. Realizado após psicológico. Luana Dantas de O. Mendes Psicóloga Hospitalar Especialista em Saúde Mental CRM 1377

F(NG).ENF.018-1



RELATÓRIO DE CIRURGIA

[Assinatura]
HEETSIN

21

Nome: Welliton B. de Lencas BE/Prontuário: _____
Idade: _____ Sexo: ☒ Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 24/10/16
Clínica/Setor: Ortopedia EMP: _____ LR: _____
Cirurgia: Trat. cirúrgico de OMC de Tíbia
Cirurgião: Dr. Welliton Lencas 1º Assistente: Dr. Roberto Santos
2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____
Instrumentador: _____ Anestesiista: _____
Tipo de Anestesia: _____ Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
OMC de Tíbia	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
Limpeza cirúrgica	
Desbridamento de todos os tecidos desvitalizados	
Coloção de material p/ cultura	

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

Biopsia de Congelação: () Sim (X) Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

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

[Assinatura]
Essyka Emilia F. Rabêlo
Médica
CRM 108438/PB

Médico/CRM: _____

João Pessoa, 24/10/16

F(NG).ASCIR.009-1



19012213374689000000018247508





HEETSHL

NOME DO PACIENTE: **ALSON BATISTA DE ARAUJO**
 IDADE: **24** SEXO: **M** FRONTAL: **01** ENFERMEIRA: **01** LITRO: **01**
 CIRURGIÃO: **DR. CILINDO FRAT. TIBIA (LIMPEZA CIRURG. + COLETA MAT. CULTURA)**
 CIRURGIÃO: **DR. MILTON B. LOPES** FAIXA:
 ANESTESIA: **RAQUÍ**
 ANESTESISTA: **DR. SOUZA**
 INSTRUMENTADOR:
 DATA: **27/10/16** TEMPO CIRÚRGICO: ANESTESIA: INÍCIO: FIM: CIRURGIÃO: INÍCIO: **11:55h** FIM: **13:00h**
 ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIÃO - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)
 ASA 1 () ASA 2 () ASA 3 () ASA 4 () ASA 5 ()
 GRAU DE CONTAMINAÇÃO: () LIMPA () CONTAMINADA () INFECTADA () POTENCIALMENTE CONTAMINADA
 MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS QTD.

MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.
ALFENTANILA		FIO CAT GUT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA ISOBÁRICA		FIO CAT GUT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA PESADA		FIO DE AÇO Nº	
CETAMINA		FIO DE AÇO Nº	
DROPERIDOL		FIO DE NYLON Nº	
ETOMIDATO		FIO DE NYLON Nº	
FENOBARBITAL		FIO DE NYLON Nº	
FENTANILA		FIO POLIGLACTINA Nº	
FLUMAZENIL		FIO POLIGLACTINA Nº	
FLURANO		FIO POLIGLACTINA Nº	
LEVOBUPIVACAÍNA C/ VASO		FIO POLIPROPILENO Nº	
LEVOBUPIVACAÍNA S/ VASO		FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAÍNA C/ VASO		FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAÍNA S/ VASO		FIO POLIGLECAPRONE Nº	
MIDAZOLAN		FIO SEDA Nº	
MORFINA		FITA CARDÍACA	
NIMBÍUM		MATERIAL ESPECIAL	
PANCURÔNIO		CATETER DE PIC	
PETIDINA		CIMENTO CIRÚRGICO	
PROPORFOL		CLIP TITÂNIO LIGADURA	
RAMIFENTANILA		FIO DE KIRSCHNER Nº	
ROCURÔNIO		FIO DE KIRSCHNER Nº	
SEVOFLURANO		FIO STEINMAN Nº	
SUXAMETÔNIO		FIO STEINMAN Nº	
TIOPENTAL		GRAMPEADOR CIRÚRGICO	
MEDICAÇÕES		HEMOST. ABSORVÍVEL	
ADRENALINA		KIT. DERIVA. VENTRICULAR	
ÁGUA DESTILADA		PRÓTESE VASCULAR	
ATROPINA		KIT. FAM	
BEXTRA		FIXADOR EXTERNO	
EFAZOLINA		EMPRESA	
EXAMETASONA		PARAFUSOS CORTICAIS	
DIFIRONA SÓDICA		PARAFUSOS CORTICAIS	
EFEDRINA		PARAFUSOS ESPONIOSO	
FUROSEMIDA		PARAFUSOS ESPONIOSO	
GLICOSE 50%		PARAFUSOS MALEOLAR	
GLUCONATO DE CÁLCIO		PARAFUSOS MALEOLAR	
HIDROCORTISONA		PLACA	
LIDOCAÍNA GELÉIA		PLACA	
ONDASENTRONA		EQUIPAMENTOS	
PLASIL		() ASPIRADOR	
PROSTIGMINE		() BISTURI ELÉTRICO	
PROTAMINA		() CAPNÓGRAFO	
TENOXICAN		() CÁRDIOMONITOR	
		() DESFIBRILADOR	
		() FOCO AUXILIAR	
		() FOCO CENTRAL	
		() MICROSCOPIO	
		() OXÍMETRO DE PULSO	
		() P.A. INVASIVA/NÃO INVASIVA	
		() PERFURADOR ELÉTRICO	
		() SERRA	

CIRCULADO: **OK**
 TÉCNICO ENFERMEIRO: **OK**
 DATA: **27/10/16**

F(NG).ASCIR.021-2



Assinado eletronicamente por: WELLITON DOS SANTOS CAMPOS - 22/01/2019 13:39:33
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19012213374689000000018247508>
 Número do documento: 19012213374689000000018247508

Assinado eletronicamente por: WELLITON DOS SANTOS CAMPOS - 22/01/2019 13:39:33





FEEDS:

F.(NG) ASCIR.026-1



Journal of Management Studies, 36(7), 809–826



Posição e Preparo:

Paciente em DHI sob anestesia
geral + oxigenação
Epólio de campo.

Incisão:

Paratuberculal em lateral de Lom.
curva, direita e esquerda.

Achados:

Sintoma fístula
Sintoma purulento

Conduta:

- 1) Lavagem extensiva com soro fisiológico 0,91.
- 2) Exatidão de fístula de Lom.
- 3) Lavagem extensiva de fístula, desbridamento
- 4) Coleta de material p/ cultura

Fechamento:

Fim com Prolene
curativo estéril

Observação:

Coleta de material p/ cultura

Jessyka F. Rêgo
CRM 10045/PB
CRM 10045/PB

João Pessoa, 24, 10, 16

Médico/CRM: _____

F(NG).ASCIR.009-I







RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: Welliton dos Santos Campos BE/Prontuário:
Idade: Sexo: () Masculino () Feminino Cor: Data: 09/09/16
Clínica/Setor: EMP: LR:
Cirurgia: Intervenção de
Cirurgião: Dr. Mário Augusto 1º Assistente:
2º Assistente: 3º Assistente:
Instrumentador: Anestesista: Dr. Sérgio
Tipo de Anestesia: Local Horário: Início : : Término : :

CID	
Intervenção de	
local	

Código	
Intervenção de	
local	

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

Biopsia de Congelação: () Sim () Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:
() Enfermaria () Terapia Intensa () Residência () Óbito durante Ato Cirúrgico

Dr. Mário Augusto
CRM/PR 177

Médico/CRM:

João Pessoa, 09/09/16

F(NG) ASSINADO



Assinado eletronicamente por: WELLITON DOS SANTOS CAMPOS - 22/01/2019 13:39:33



Nota de Sala Cirúrgica

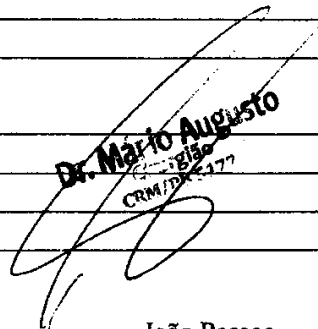
HEETSHL

NOME DO PACIENTE: Abdon Balista de Araújo
 IDADE: 29 ANOS 938694 1994
 CIRURGIÃO: Dr. Manoel Enxerto de pele parcial
 ANESTESIA: Raquel
 ANESTESISTA: Dr. Souza + Dr. Marcelo
 DATA: 29/09/14
 ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGIST): ASA 1
 GRAU DE CONTAMINAÇÃO: () LIMPA () CONTAMINADA () INFECTADA () POTENCIALMENTE CONTAMINADA
 MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS: SRL 500
 ALFENTANIL: 1
 BUPIVACAÍNA ISOBÁRICA: 1
 BUPIVACAÍNA PESADA: 1
 CETAMINA: 1
 DROPERIDOL: 1
 ETOMIDATO: 1
 FENOBARBITAL: 1
 FENTANIL: 1
 FLUMAZENIL: 1
 IOFLURANO: 1
 LEVOBUPIVACAÍNA C/ VASO: 1
 EVOBUPIVACAÍNA S/ VASO: 1
 LIDOCAÍNA C/ VASO: 1
 LIDOCAÍNA S/ VASO: 1
 MIDAZOLAN: 1
 MORFINA: 1
 NIMBÍUM: 1
 PANCURÔNIO: 1
 PETIDINA: 1
 PROPORFOL: 1
 RAMIFENTANIL: 1
 ROCURÔNIO: 1
 SEVOFLURANO: 1
 SUXAMETÔNIO: 1
 TIOPENTAL: 1
 MEDICAÇÕES: 1
 ADRENALINA: 1
 ÁGUA DESTILADA: 1
 ÁTROPINA: 1
 BEXTRA: 1
 FAZOLINA: 1
 JEXAMETASONA: 1
 DIPIRONA SÓDICA: 1
 EFEDRINA: 1
 FUROSEMIDA: 1
 GLICOSE 50%: 1
 GLUCONATO DE CÁLCIO: 1
 HIDROCORTISONA: 1
 LIDOCAÍNA GELÉIA: 1
 ONDASENTRONA: 1
 PLASIL: 1
 PROSTIGMINE: 1
 PROTAMINA: 1
 TENOXICAN: 1
 MATERIAIS CONT.: 1
 JELCO Nº 18: 1
 JELCO Nº 20: 1
 JELCO Nº 22: 1
 JELCO Nº 24: 1
 KIT SIST. DREN. TORÁCICA Nº: 1
 LÂMINA BISTURI Nº 11: 1
 LÂMINA BISTURI Nº 15: 1
 LÂMINA BISTURI Nº 23: 1
 LÂMINA BISTURI Nº 24: 1
 LÂMINA DE DERMÁTOMO: 1
 LÂMINA DE ENXERTO: 1
 LUVA DE PROCEDIMENTO PAR: 1
 LUVA ESTÉRIL Nº 7,0: 1
 LUVA ESTÉRIL Nº 7,5: 1
 LUVA ESTÉRIL Nº 8,0: 1
 LUVA ESTÉRIL Nº 8,5: 1
 MÁSCARA CIRÚRGICA: 1
 MULTIVIAS: 1
 PERFURADOR DE SORO: 1
 SCALP Nº 19: 1
 SCALP Nº 21: 1
 SERINGA 3ML: 1
 SERINGA 5ML: 1
 SERINGA 10ML: 1
 SERINGA 20ML: 1
 SONDA ASP. TRAQUEAL Nº 8: 1
 SONDA ASP. TRAQUEAL Nº 10: 1
 SONDA ASP. TRAQUEAL Nº 12: 1
 SONDA ASP. TRAQUEAL Nº 14: 1
 SONDA ASP. TRAQUEAL Nº 16: 1
 SONDA FOLEY 2VIAS Nº 12: 1
 SONDA FOLEY 2VIAS Nº 14: 1
 SONDA NASOG. CURTA: 1
 SONDA NASOG. LONGA: 1
 SONDA URETRAL Nº: 1
 TORNEIRINHA: 1
 TUBO ENDOTRAQUEAL Nº: 1
 TUBO ENDOTRAQUEAL Nº: 1
 TUBO ENDOTRAQUEAL Nº: 1
 TUBO SILICONE (LATEX): 1
 FIOS: 1
 FIO ALGODÃO S/A Nº: 1
 FIO ALGODÃO S/A Nº: 1
 FIO ALGODÃO C/A Nº: 1
 FIO ALGODÃO C/A Nº: 1
 EQUIPAMENTOS: 1
 () ASPIRADOR: 1
 () BISTURI ELÉTRICO: 1
 () CAPNÓGRAFO: 1
 () CÁRDIOMONITOR: 1
 () DESFIBRILADOR: 1
 () FOCO AUXILIAR: 1
 () FOCO CENTRAL: 1
 () MICROSCOPIO: 1
 () OXÍMETRO DE PULSO: 1
 () P.A. INVASIVA/NÃO INVASIVA: 1
 () PERFURADOR ELÉTRICO: 1
 () SERRA: 1
 CIRCULANTE: 1

19012213374689000000018247508



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	- Paciente deitado dorsal, preparo habitual do sítio
Incisão:	curvilinear
Achados:	- hérnia inguinal pela parede do canal inguinal e fôculo de Glan
Conduta:	- Hérnia inguinal pela parede do canal inguinal com fôculo de Glan 2.0 - Hérnia inguinal Glan 2.0
Fechamento:	
Observação:	


Dr. Mario Augusto
CRM/DF 177

João Pessoa, ____/____/____

Médico/CRM: _____

F(NG).ASCIR.009-1





28/08/2017

HTOP - CADASTRAR FAA - TiMed

Ficha de Atendimento Ambulatorial

1023627

Ficha de Atendimento Ambulatorial
Senador Humberto Lucena

AV. ORESTES LISBOA, S/N - CONJ. PEDRO GONDIM JO:O PESSOA - CNES: 122334 - Tel.: 8332185736

Número da Ficha de Atendimento Ambulatorial: 1023627

Identificação do paciente				Data e Hora 28/08/2017 14:00:59	
ID 1067490	Nome ABSON BATISTA DE ARAUJO			Sexo Masculino	
Data de nascimento 21/11/1992	Idade 24 Ano(s)	Estado civil SOLTEIRO(A)	Religião CATOLICA	Prontuário 96814	
Mãe MONICA SANTOS BATISTA	Pai ADEMILSON FREIRE DE ARAUJO			Responsável (Parentesco) - MAE	
Escolaridade FUNDAMENTAL COMPLETO	DDD Móvel 33			Fone Móvel 988846294	DDD Fixo 83
Fone Fixo 988718583	Número documento 3622996			Cross	Nº Cns 708405200111664
Endereço					
CEP 58297000	Município de residência RIO TINTO			Logradouro SAO PAULO	
Número 3	Complemento			Bairro CENTRO	
Atendido por MÁRIA SORAYA ROCHA				Número da pulseira 1000005979506	
Motivo do atendimento RETORNO - ORTOPEdia					

QUEIXA PRINCIPAL:

H.D.A:

EXAME FÍSICO:

EXAMES COMPLEMENTARES:

DIAGNÓSTICO:

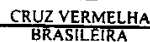
CID:

CONDUTA:

http://172.40.0.6:8080/cvb/pages/fichaAtendimentoAmbulatorial.do?per:orm=imprimir&id=1023627



Assinado eletronicamente por: WELLITON DOS SANTOS CAMPOS - 22/01/2019 13:39:39
 http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19012213383572100000018247547
 Número do documento: 19012213383572100000018247547



Abson Batista de França

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
03.10.17	14:40	Psicologia Paciente evolui no momento consciente, orientado, emocionalmente estável, memória preservada, pensamento coerente. Sem queixas no momento. <i>[Assinatura]</i> Luiz Gutenberg Teixeira PSICÓLOGO 5023/13
06/10/17	09:38	Psicologia Paciente evolui no momento consciente, orientado, emocionalmente instável, humor triste, referindo queixas que relaciona a medicação. Realiza do apoio psicológico + orientações + interconsulta com o Enfermeiro Cláudio. <i>[Assinatura]</i>



 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 ABSON BATISTA DE ARAUJO	9 - N° DO PRONTUÁRIO 1023627
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	10 - DATA DE NASCIMENTO 21/11/1992
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL	9 - SEXO X
11 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)	11 - TELEFONE DE CONTATO N. DO TELEFONE
12 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO
13 - 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 - QTOE	
32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	33 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
34 - QTOE	
35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	36 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
37 - QTOE	

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO	
TMC Cx de Elizabeth Pino de Shams (02) Peças (16) Tornes de 4 (02) Aruelas lisas (04) Ponafures (04) Barras resqueadas 10cm (04)	

PROFISSIONAL SOLICITANTE	
39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	40 - DATA DA SOLICITAÇÃO 26/09/17
41 - DOCUMENTO	42 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
() CNS () CPF	43 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

AUTORIZAÇÃO	
44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	45 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR
46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
47 - DOCUMENTO	48 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
() CNS () CPF	49 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)



Nome: ABSON JATISTA X AMUNJO

Idade: _____ Sexo: () Masculino () Feminino Cor: 6109117

Clínica/Setor: _____ EMP: _____ R: _____

Cirurgia: _____

Cirurgião: DR. RAFAEL LARA 1º Assistente: DR. THAP KERNICA

2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____

Instrumentador: _____ Anestesista: DR. JOCS

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

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>HEMOGLOBINÓPATE DE FIBRA</u>	
<u>NO DE INTARON</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>REVISÃO DE INTARON</u>	
<u>COMPRESSÃO FOCAL +</u>	
<u>TRANSORTE</u>	

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

Biopsia de Congelação: () Sim (X) Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

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

Dr. Rafael Lara de Freitas
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR 8784 TEOT 9693

João Pessoa, 26/10/17

Médico/CRM: _____

F(NG).ASCIR.009-I



Nota de Sala Cirúrgica

NOME DO PACIENTE: **ARSON BATISTA DE ARAUJO**

IDADE: **24** SEXO: **M** ANO: **1983** INFERMARIA: **19** LEITO: **05**

CIRURGIÃO: **DR. CLOVIS REVISÃO DE LITOTOMIA + CISTOCOTOMIA MCD**

CIRURGIÃO: **M. ROSEAL** AUX: **DR. TINGO** AUX:

ANESTESIA: **RAPID**

ANESTESISTA: **DR. JOAO**

INSTRUMENTADOR:

DATA: **26/09/17** TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA: INÍCIO: : FIM: : CIRURGIA: INÍCIO: **12:25h** FIM: **15:30**

ÍNDICE DE RISCO DE CIRÚRGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTE)

ASA 1 () ASA 2 () ASA 3 () ASA 4 () ASA 5 ()

GRAU DE CONTAMINAÇÃO: () LIMPA () CONTAMINADA () INFECTADA () POTENCIALMENTE CONTAMINADA

MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.
ALFENTANILA		JELCO Nº18		FIO CAT GUT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA ISOBÁRICA		JELCO Nº20		FIO CAT.GUT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA PESADA		JELCO Nº22		FIO DE AÇO Nº	
CETAMINA		JELCO Nº24		FIO DE AÇO Nº	
DROPERIDOL		KIT SIST. DREN. TORÁXICA Nº		FIO DE NYLON Nº	
ETOMIDATO		LÂMINA BISTURI Nº11		FIO DE NYLON Nº	
FENOBARBITAL		LÂMINA BISTURI Nº15		FIO DE NYLON Nº	
FENTANILA		LÂMINA BISTURI Nº23		FIO POLIGLACTINA Nº	
FLUMAZENIL		LÂMINA BISTURI Nº24		FIO POLIGLACTINA Nº	
ISOFLURANO		LÂMINA DE DERMÁTOMO		FIO POLIGLACTINA Nº	
LEVORUPIVACAÍNA C/ VASO		LÂMINA DE ENXERTO		FIO POLIPROPILENO Nº	
LEVORUPIVACAÍNA S/ VASO		LUVIA DE PROCEDIMENTO PAR.		FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAÍNA C/ VASO		LUVIA ESTÉRIL Nº7,0		FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAÍNA S/ VASO		LUVIA ESTÉRIL Nº7,5		FIO POLIGLECAPRONE Nº	
MIDAZOLAN		LUVIA ESTÉRIL Nº8,0		FIO SEDA Nº	
MORFINA		LUVIA ESTÉRIL Nº8,5		FITA CARDÍACA	
NMBIUM		AGULHA PERIDURAL Nº16		MATERIAL ESPECIAL	QTD.
PANCURÔNIO		AGULHA PERIDURAL Nº17		CATETER DE PIC	
PETIDINA		AGULHA PERIDURAL Nº18		CIMENTO CIRÚRGICO	
PROPOLFOL		AGULHA RAQUI Nº23G		CLIP TITÂNIO LIGADURA	
RAMIFENTANILA		AGULHA RAQUI Nº26G		FIO DE KIRSCHNER Nº	
ROCURÔNIO		AGULHA RAQUI Nº27G		FIO DE KIRSCHNER Nº	
SEVOFLURANO		ALGODÃO ORTOPÉDICO		FIO STEINMAN Nº	
SUXAMETÔNIO		ATADURA DE CREPOM		FIO STEINMAN Nº	
TIOPENTAL		ATADURA GESSADA		GRAMPEADOR CIRÚRGICO	
MEDICAÇÕES	QTD.	BOLSA P/ COLOSTOMIA		HEMOST. ABSORVÍVEL	
ADRENALINA		CÂNULA P/ TRAQUEOSTOMIA Nº		KIT. DERIVA. VENTRICULAR	
ÁGUA DESTILADA		CATETER DE OXIGÊNIO		PRÓTESE VASCULAR	
ATROPINA		CATETER EMBOLEC ARTERIAL Nº		KIT. PAM	
BEXTRA		CATETER EPIDURAL Nº16		FIXADOR EXTERNO	
CEFAZOLINA		CATETER EPIDURAL Nº17		EMPRESA	
DEXAMETASONA		CATETER EPIDURAL Nº18		PARAFUSOS CORTICAIS	
DIPIRONA SÓDICA		CERA PARA OSSO		PARAFUSOS CORTICAIS	
EFEDRINA		COLET. URINA FECHADO		PARAFUSOS ESPONJOSO	
FUROSEMIDA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS		PARAFUSOS ESPONJOSO	
GLICOSE 50%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS		PARAFUSOS MALEOLAR	
GLUCONATO DE CÁLCIO		DRENO DE PENROSE		PARAFUSOS MALEOLAR	
HIIDROCORTISONA		DRENO DE SUÇÃO		PLACA	
LIDOCAÍNA GELÉIA		ELETRODOS		PLACA	
ONDASENTRONA		EQUIPO MACROGOTAS		EQUIPAMENTOS	
PLASIL		EQUIPO TRANSF. SANGUE		() ASPIRADOR	
PROSTIGMINE		EQUIPO MICROGOTAS		() BISTURI ELÉTRICO	
PROTAMINA		ESPONJA DE PVPI		() CAPNÓGRAFO	
TENOXICAN		ESPARADRAPO		() CARDIOMONITOR	
CLONIDINA		GAZES		() DESFIBRILADOR	
		GAZES ALGODOADAS		() FOCO AUXILIAR	
		GEL ELETROLÍTICO		() FOCO CENTRAL	
		JELCO Nº14		() MICROSCOPIO	
		JELCO Nº16		() TOXÍMETRO DE PULSO	
				() P.A. INVASIVA/NÃO INVASIVA	
				() PERFURADOR ELÉTRICO	
				() SERRA	
				CIRCULANTE	

CIRCUITANTE: **Dr. Cláudio Oliveira**

Enfermagem: **Ren PB-911375**

FING: ASCIR.021-2





CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

FICHA DE ANESTESIA

CL

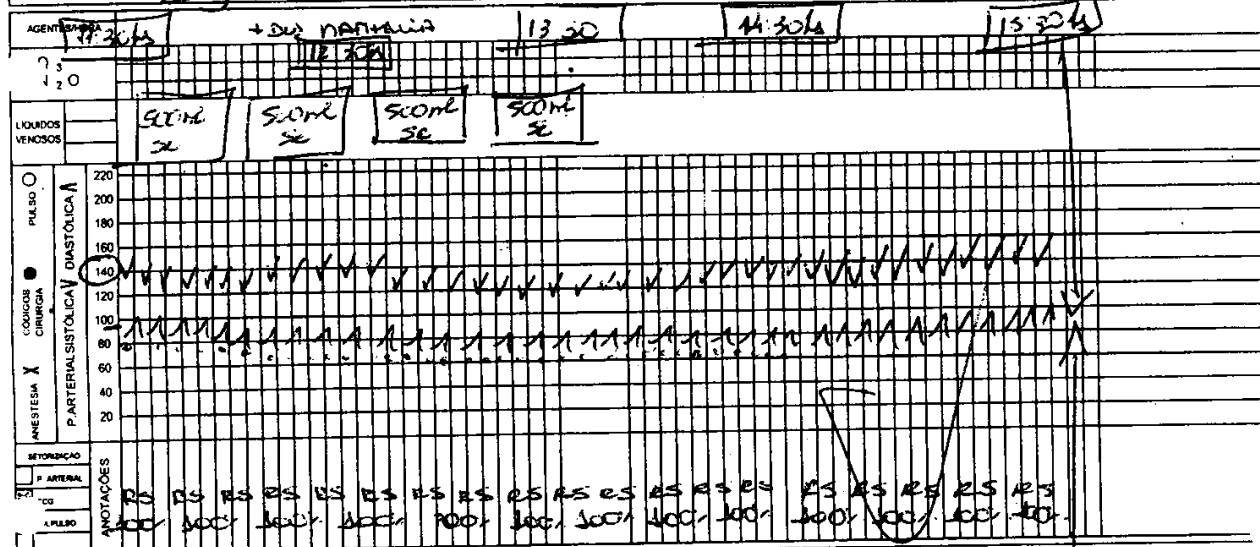


HEETSIII

DATA: 26/03/17

PRONTUÁRIO: 1023627

PACIENTE: <u>ABSON BATISTA DE ARAUJO</u>		SEXO: <u>M</u>	COR: <u>B</u>	IDADE: <u>24 ANOS</u>
PRESSÃO ARTERIAL	PULSO <u>82</u>	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO
ESTADO GERAL () BOM (X) REGULAR () MAU () PÉSSIMO		RISCO CIRÚRGICO () BOM (X) REGULAR () MAU () PÉSSIMO		
EXAMES COMPLEMENTARES <u>VER PRONTUÁRIO DEGA DE RUGAS</u>				
AP. RESPIRATÓRIO <u>Mt e em ambas Mt</u>		AP. CIRCULATÓRIO <u>OK</u>		
AP. DIGESTIVO <u>Em jejum</u>		ESTADO MENTAL <u>orientado</u>		DROGAS EM USO <u>-</u>
PRÉ-ANESTÉSICO DOSE/HORA <u>Remonid + fentanil EV</u>				ESTADO FÍSICO (ASA)
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO <u>Pré-anestesia de FIA (D)</u>				
CIRURGIA REALIZADA <u>ATO CIRÚRGICO de pseudoartrose de FIA (D)</u>				
CIRURGIÃO <u>Dr. Rafael</u>		AUXILIARES <u>Dr. J</u>		
INÍCIO DA ANESTESIA <u>11:30h</u>		TÉRMINO DA ANESTESIA <u>15:30h</u>		DURAÇÃO DA ANESTESIA <u>4h</u>
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		QUANT. DE CH.		VALORES R\$
ANESTESISTA <u>Dr. JOÃO BATISTA</u>		CPF		CRM-PB

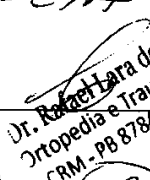


☐ ANESTESIA GERAL ☒ RAQUIDIANA ☐ EPIDURAL ☐ BLOQ. PLEXO ☐ BLOQ. NERVOS ☐ OUTROS		
MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO		
GLICOSE	1 Suplicam 330-20mg	11
MAC	2 Morhua 80mg	12
SANGUE	3 Clonidina 30mg	13
PINGER	4 clonidina 2g	14
TOTAL	5 Smodetona 3mg	15
DESTINO DO PACIENTE	6 dexmedetomidina 30mg	16
☐ APT* ☐ ENFERMARIA	7 D. pinom 2g	17
☐ UTI ☐ RESIDÊNCIA	8 Remonid	18
☒ OUTROS UERB	9 fentanil	19
	10	20
OBSERVAÇÕES IMPORTANTES: <u>paciente monitorizado, submetido à ventilação mecânica em MSE, 12-14 cm de pressão da linha torácica + ventilação a raquidiana ental 2-3 ml com agulha n° 25, pie claro, apito satisfatório.</u>		
ASSINATURA DO ANESTESISTA: <u>João Batista Virgolino</u>		



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA
Posição e Preparo:
1) JPH + MAT 2) NUP I dig + Antena 3) Smatch
Incisão:
1) Incisão prévia
Achados:
1) NÃO HAVIA COMPLETADO A COLTROTOMIA PROXIMAL 2) INFLAMAÇÃO EM VÁRIOS NA ÁREA DE CORNOS 3) NECROSE TECIDOS MOLES
Conduta:
1) one pin + antiseptico 2) Incisão conforme desenho 3) Markas no plano 4) Nova artrotomia proximal completando o corte (chegado na fluoroscopia) 5) Lavagem do espaço na cornamenta e fraco proximal q foi de K (4) 6) Lavagem fluoroscopia 7) Markas os mais prévios e adição de 2 pins de Schanz e 2 Tross de 4 orpos
Fechamento:
8) Agulhas OK 9) Montagem final 10) Fechamento da pele sem tensão por meio de uma artrotomia (prossedilic de duto em 2 tempo)
Observação:
- CASO COMPLEXO
Ⓢ CRISA DE DURAÇÃO MUITO INCOMPLETA

Médico/CRM:


Dr. Rafael Lara de Freitas
Ortopedia e Traumatologia
CRM - PB 8784 TEOT 9693

João Pessoa, 26/09/11

F(NG).ASCIR.009-I





EVOLUÇÃO DO PACIENTE

BE/PRONTUÁRIO

Nome do paciente

11350

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
19/09/17		± ORTOPEDIA
		HD: ASCENDENTE DE TELA + FALCENIA DE TELA
		TTO: RECONSTRUÇÃO OSSA COM JUTAWON 04/09/17
		INICIO DE PROTEÇÃO: 17/09/17
		Paciente em acompanhamento de alongamento ossos. Tem evoluído não satisfatório no foco do alongamento, principalmente no ulnicoturno completa, em consequência, foram dados em volta no foco de compressão. Dose forte, recente revisão cirúrgica pl compressão e conexão
		(d. agente cirúrgico p/ 26/09/17 395 - início do parietal ecluso e detalhar de técnica cirúrgica
		Dr. Rafael Lara de Freitas Ortopedia e Traumatologia CRM-RB 8784 TEOT 9693

F(NG).ENF.018-1





**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

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

DDD

11 - TELEFONE DE CONTATO

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 - QDE

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - QDE

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - QDE

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Porca 70

Parapuxo Nº 10 (18)

" " " " Nº 15 (16)

Buxa Nº 1 (07)

Buxa Nº 2 (03)

Buxa Nº 3 (01)

Cemianes Nº 200 (10) unid. de 200

Ast. com canal Nº 80 (04)

Ast com canal Nº 120 (04)

" " " " Nº 250 (04)

Buxa quadrada Num. 604

Arroela côncava (25) unid

Arroela convexa (25) unid

" Lisa (05) unid

Pino de Schuss (10) unid

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL SOLICITANTE

41 - DOCUMENTO

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

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

() CNS () CPF

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - Cód. ORDEM Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

47 - DOCUMENTO

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

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

() CNS () CPF





RELATÓRIO DE CIRURGIA



Nome: ABSON BATISTA DE ARAUJO
Idade: _____ Sexo: ☒ Masculino () Feminino Cor: 510917
Clínica/Setor: _____ EMP: _____ LR: _____
Cirurgia: _____
Cirurgião: DR. RAFAEL LARA 1º Assistente: DR. THIAGO FORMIG
2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____
Instrumentador: _____ Anestesista: DR. ANA
Tipo de Anestesia: _____ Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>RECONSTRUÇÃO DE TIGEM</u>	
<u>(NO DE FREQUÊNCIA DE PARTES</u>	
<u>MOLET + ENXERTIA DE</u>	
<u>PELE)</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>RECONSTRUÇÃO DE FIXAÇÃO</u>	
<u>EXTENSÃO CIRURGICA</u>	
<u>(DUTROU)</u>	

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

Biopsia de Congelação: () Sim ☒ Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

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

Médico/CRM: _____

Dr. Rafael Lara de Freitas
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Joelho
CRM-PB 8784

João Pessoa, 05/09/17

F(NG).ASCIR.009-1

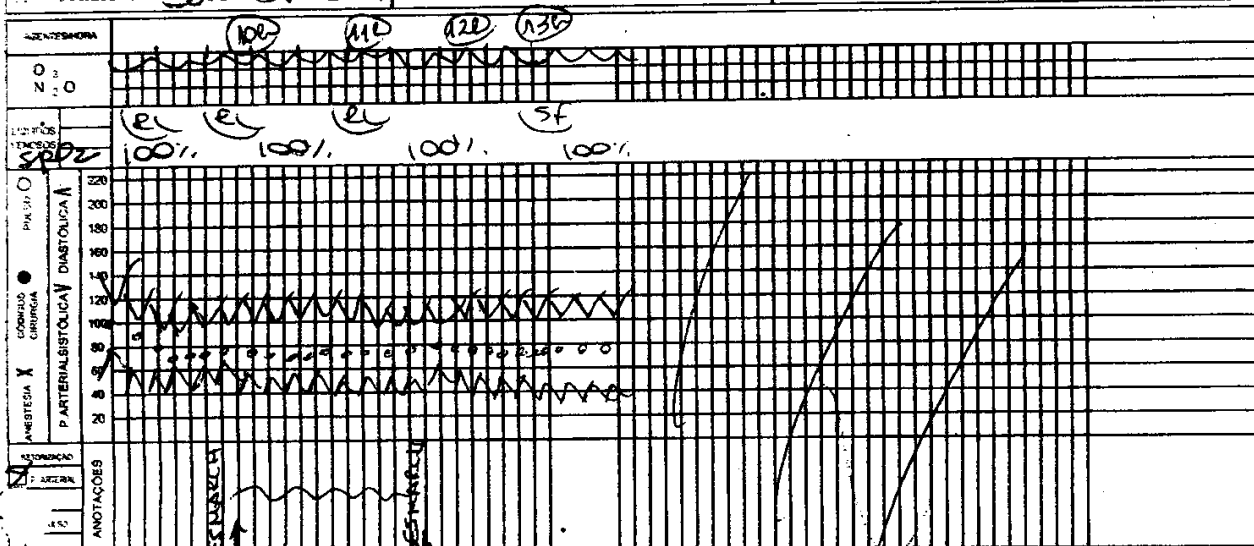


FICHA DE ANESTESIA

DATA: 05/09/17

PRONTUÁRIO:

PACIENTE: <u>Alson B. de Mouro</u>		SEXO: <u>M</u>	COR: <u></u>	IDADE: <u>24</u>
PRESSÃO ARTERIAL	PULSO <u>100</u>	RESPIRAÇÃO <u>Sup</u>	TEMPERATURA	PESO
ESTADO GERAL <u>X BOM</u> () REGULAR () MAU () PÉSSIMO		RISCO CIRÚRGICO <u>X BOM</u> () REGULAR () MAU () PÉSSIMO		
EXAMES COMPLEMENTARES <u>VPM</u>				
AP. RESPIRATÓRIO <u>em AUT S/PA</u>		AP. CIRCULATÓRIO <u>PCR 2T BNF 515</u>		
AP. DIGESTIVO <u>jejum</u>	ESTADO MENTAL <u>LOTG</u>	DROGAS EM USO		
PRÉ-ANESTÉSICO DOSE/HORA				ESTADO FÍSICO (ASA)
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO <u>Pseudoaneurisma de tórax D</u>				
CIRURGIA REALIZADA <u>Tratamento cirúrgico de pseudoaneurisma de tórax D + en- xerto osso</u>				
CIRURGIÃO <u>Dr. Rafael</u>	AUXILIARES <u>Dr. Tiago</u>			
INÍCIO DA ANESTESIA <u>8:45</u>	TÉRMINO DA ANESTESIA <u>13:30</u>	DURAÇÃO DA ANESTESIA <u>275 min</u>		
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	QUANT. DE CH.	VALORES RS		
ANESTESISTA <u>Dr. Luis Souto</u>	CRM-PB			



☐ ANESTESIA GERAL ☒ RAQUIDIANA ☐ EPIDURAL ☐ BLOQ. PLEXO ☐ BLOQ. NERVOS ☐ OUTROS	
TÉCNICA <u>Pat sent mont, D+D, mediano, L3-L4, Quinke 26G, (LRA), claro, sintico</u>	
LÍQUIDOS GLICOSE NaCl SANGUE RINGER TOTAL	MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO 1 <u>Fentanyl 100mcg</u> 11 2 <u>Midazolam 7mg</u> 12 3 <u>Ropivacaine 2%</u> 13 4 <u>Dexametazone 10mg</u> 14 5 <u>Diprivo 2%</u> 15 6 <u>Nauseidon 8mg</u> 16 7 <u>Cetopropileno 100mg</u> 17 8 <u>Etidina</u> 18 9 <u>Naloxona per 20mg</u> 19 10 <u>Insulin 0.1mg</u> 20
DES. INÍ DO PACIENTE ☐ APT ☐ ENFERMARIA ☐ UTI ☐ RESIDÊNCIA ☐ OUTROS	
OBSERVAÇÕES IMPORTANTES	
<u>* Paciente com lesão do N. fibular, sem realizar dorso- flexão de pé D, imediatamente ao ato anestésico cirúrgico</u>	
ASSINATURA DO ANESTESISTA: <u>Dr. Luis Souto</u> F. (ING) 026-1 Anestesiologista CRM-PB 9190	



Nota de Sala Cirúrgica

NOME DO PACIENTE: Alison Batista de Araujo

IDADE: 34 BE PRONTUÁRIO: 96844 DATA: 19/05 LEITO: 05

CIRURGI: Dr. Pseudoartrose de Tibia Direita

CIRURGIÃO: Dr. Papauk + Dr. Inago

ANESTESIA: Raqui + Sedação

ANESTESISTA: Dr. Ana Luiza

INSTRUMENTADOR: Nathalia

DATA: 05/09/17 TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA: INÍCIO: 08:45 CIRURGI: INÍCIO: 09:30 FIM: 13:30

PRINCE DE RISCO DE CIRÚRGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTE)

ASA 1 () ASA 2 () ASA 3 () ASA 4 () ASA 5 ()

GRATI DE CONTAMINAÇÃO: () LIMPA () CONTAMINADA () INFECTADA () POTENCIALMENTE CONTAMINADA

MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.
ALUFENTANILA		SF 99%		JELCO N°18	
HEPÍVACAÍNA ISOBARICA				JELCO N°20	
HEPÍVACAÍNA PESADA		SRL		JELCO N°22	
ETAMINA				JELCO N°24	
PROPERIDOL				KIT SIST. DREN. TORÁXICA N°	
ETOMIDATO		SOLUÇÕES	QTD.	LÂMINA BISTURI N°11	
FENOBARBITAL		ÁLCOOL ETÍLICO 70%	OK	LÂMINA BISTURI N°15	
PENTANILA		PVPI DEGERMANTE	OK	LÂMINA BISTURI N°23	
FLUMAZENIL		PVPI TINTURA	OK	LÂMINA BISTURI N°24	
ISOFLURANO		PVPI TÓPICO	OK	LÂMINA DE DERMÁTOMO	
HEVOBUPIVACAÍNA C/ VASO		SABÃO ANTISÉPTICO	OK	LÂMINA DE ENXERTO	
HEBUPIVACAÍNA S/ VASO		MATERIAIS	QTD.	LUVA DE PROCEDIMENTO PAR.	
DOCAÍNA C/ VASO		AGULHA 13X4,5		LUVA ESTÉRIL N°7,0	
DOCAÍNA S/ VASO		AGULHA 25X07		LUVA ESTÉRIL N°7,5	
MAZOLAN		AGULHA 25X08		LUVA ESTÉRIL N°8,0	
RFINA		AGULHA 40X12		LUVA ESTÉRIL N°8,5	
MBIUM		AGULHA PERIDURAL N°16		MÁSCARA CIRÚRGICA	
PANCURÔNIO		AGULHA PERIDURAL N°17		MULTIVIAS	
ETIDINA		AGULHA PERIDURAL N°18		PERFURADOR DE SORO	
PROPORFOL		AGULHA RAQUI N°25G		SCALP N°19	
RAMIFENTANILA		AGULHA RAQUI N°26G		SCALP N°21	
OXURÔNIO		AGULHA RAQUI N°27G		SERINGA 3ML	
ISOFLURANO		ALGODÃO ORTOPÉDICO		SERINGA 60 I	
UXAMETÔNIO		ATADURA DE CREPOM		SERINGA 10ML	
ICIPENTAL		ATADURA GESSADA		SERINGA 20ML	
MEDICAÇÕES	QTD.	BOLSA P/ COLOSTOMIA		SONDA ASP. TRAQUEAL N°8	
ADRENALINA		CÂNULA P/ TRAQUEOSTOMIA N°		SONDA ASP. TRAQUEAL N°10	
ÁGUA DESTILADA		CATETER DE OXIGÊNIO		SONDA ASP. TRAQUEAL N°12	
ATROPINA		CATETER EMBOLEC ARTERIAL N°		SONDA ASP. TRAQUEAL N°14	
EXTRA		CATETER EPIDURAL N°16		SONDA ASP. TRAQUEAL N°16	
EFAZOLINA		CATETER EPIDURAL N°17		SONDA FOLEY 2VIAS N°12	
EXAMELASONA		CATETER EPIDURAL N°18		SONDA FOLEY 2VIAS N°14	
PIRORNA SÓDICA		CERA PARA OSSO		SONDA NASOG. CURTA	
EDRINA		COLET. URINA FECHADO		SONDA NASOG. LONGA	
OSEMIDA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS		SONDA URETRAL N°	
0%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS		TORNEIRINHA	
ILULATO DE CALCIO		DRENO DE PENROSE		TUBO ENDOTRAQUEAL N°	
IDROCORTISONA		DRENO DE SUCCÃO		TUBO ENDOTRAQUEAL N°	
LIDOCAÍNA GELÉIA		ELETRODOS		TUBO ENDOTRAQUEAL N°	
LINDASENTRONA		EQUIPO MACROGOTAS		TUBO SILICONE (LATEX)	
ELASIL		EQUIPO TRANSF. SANGUE			
ROSTIGMINE		EQUIPO MICROGOTAS			
PROTAMINA		ESPONJA DE PVPI			
TENOXICAN		ESPARADRAPO			
Valsedyn		GAZES			
Eclorpropino		GAZES ALGODOADAS			
		GEL ELETROLÍTICO			
		JELCO N°14			
		JELCO N°16			
		Faixa smach			
		chave avulsa			
		culha Kim avulsa			
		Contador de Fio			

EMPRESA

EQUIPAMENTOS

ASPIRADOR

BISTURI ELÉTRICO

CAPNÓGRAFO

CARDIOMONITOR

DESFIBRILADOR

FOCO AUXILIAR

FOCO CENTRAL

MICROSCOPIO

OXÍMETRO DE PULSO

P.A. INVASIVA/NÃO INVASIVA

PERFURADOR ELÉTRICO

SERRA

(NG) ASCIR.021-2



Posição e Preparo:

- ① JWH + MRT
- ② MRT dep + shoals
- ③ Smatch wca $\neq$ 1:30h.

- Em forma de "S"

- ① NAS UNIAS C/ ATUALIZ
- ② SECRETARIA PLANEJAMENTO
- ③ PLATA SOLTA
- ④ CRESMENSO 5500 FINE A PLATA

- 1) anepior + antiseptica
- 2) incisões profundas de curtos
- 3) incisões por planos
- 4) ressecção de tecido fibrotico
- 5) Retirada da placa + desbridamento de tecido necrotico
- 6) Ressecção do bloco 1 2 cm
- 7) Ressecção de 3 cm da fibra 11 costado oído
- 8) Incisão maxilar 4/5 K
- 9) Montagem do ZITAROV e 5 anéis 4 fluoropica
sando corpos de dente e dentes parciais

(b) Campos agrícolas e solos salinos.
(c) Salinas br salinas.
(d) Pântano (+) ao final de um + no estômago

(2) SERVA OSCILATÓRIO SEM CORTE

Dr. Rafael Lara de Freitas
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Joelho
CRM-PB 8784

João Pessoa, 05/09/17.

Médico/CRM:





D

000000010057 ABSON BATISTA DE ARAUJO M
02.10.2017
HTOP





Laudo Médico/Resumo de Alta



Nome: <u>Alzen Roberto de Azevedo</u>		N de BE:	
Idade:	Sexo:	Clínica:	Enf.: Leito:
Data de admissão: <u>28/08/17</u>		Alta: <u>10/10/17</u>	Tempo de Permanência:
Diagnóstico de Internação: <u>Fractura de fêmur</u>			
Diagnóstico Definitivo: <u>O mesmo</u>			
Diagnóstico Secundário: <u>O mesmo</u>			
Principais exames: <u>Radiografia + Gc - fêmur</u>			
Cirurgia realizada - data e equipe: <u>Dr. Rafael Lora</u>			
Biópsias:			
Anatomia patológica:			
Infecção: sim () não () Coleta de material: sim () não ()			
Resultado bacteriológico:			
Condições de alta: Melhorado () Removido () A pedido () Curado () Óbito () À Revelia ()			
Resumo Clínico: história evolução, terapêutica, complicações: <u>paciente recebeu tratamento adequado com alta curada</u>			
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 sentir dor, calor, vermelhidão ou inchaço no local ou se ocorrer febre, procurar imediatamente o Htop.			
Medicações para casa:			
Retorno:			
Ao posto de saúde em _____ para retirada de ponto.			
Ao ambulatório _____ em 30 dias para revisão.			
João Pessoa: <u>10</u> de <u>10</u> de <u>17</u>			
Ass. Médico/CRM			
Este documento destina-se a aprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.			

F(NG).APC.002-2





Laudo Médico/Resumo de Alta



Nome:			N de BE:	
Idade:	Sexo:	Clínica:	Enf.:	Leito:
Data de admissão:		Alta:	Tempo de Permanência:	
Diagnóstico de Internação:				
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 sentir dor, calor, vermelhidão ou inchaço no local ou se ocorrer febre, procurar imediatamente o Htop.				
Medicações para casa:				
Retorno:				
Ao posto de saúde em _____ para retirada de ponto.				
Ao ambulatório _____ em 30 dias para revisão.				
João Pessoa: _____ de _____ de _____				
Ass. Médico/CRM				
Este documento destina-se a aprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.				

F(NG).APC.002-2





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 Abson Batista De Araujo
DATA DE NASCIMENTO 21/11/92
NOME DA MÃE Monica Santos Batista

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º 96814
BOLETIM DE ENTRADA N.º 1023627
DATA DO ATENDIMENTO 28/08/17
HORA DO ATENDIMENTO 14:00
MOTIVO DO ATENDIMENTO Retorno-Ortopedia
DIAGNÓSTICO (S) Pseudoartrose da tíbia
CID 10 M84.1

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, retornando, com quadro de pseudoartrose de tíbia. Avaliado pela Traumatologia e internado para tratamento cirúrgico.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

Exame físico

TRATAMENTO:

Reconstrução com fixador externo circular (realizado em 05/09/17). Revisão de fixador externo com compressão local (realizado em 26/09/17).

ALTA HOSPITALAR: 26/09/17
DATA DA EMISSÃO: 16/01/18

Dr. Juan Jaime Alcoba Arce
CRM: 3323/PB

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





Receituário Médico



Dr. ANTONIO MATEUS DE ALMEIDA

LAUDO

paciente com ODI SADA 100

502.6, ZATC 1000 no 100

para tratamento cirúrgico

periférico (ODI no 100). O

tratamento cirúrgico é

o tratamento para

Data: 12/1/16

Dr. Frederico B. Almeida
Otorrinolaringologista
CRM 123456

Médico - CRM

HEPSON



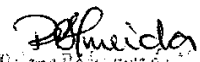




DECLARAÇÃO DE INTERNO

Declaramos para os devidos fins que o(a) paciente Abson Batista de Araujo, portador do RG nº: 3.822.996, (está) ou esteve interno(a) neste Hospital para tratamento médico desde do dia 07/08/16.

João Pessoa, 09 de 08 de 2016.


Regiane Rodrigues de Almeida
Assistente Social
CRESS 3906

Assistente Social





Leia no verso como conservar este documento.
entre outras informações.

Ha tarifas pendentes de cobrança. Total em
07/11/2018 R\$ 37,20. Sujeito a cobrança
quando ocorrer saldo positivo na conta corrente.
Procure sua agência.

07/11/2018 - AUTO-ATENDIMENTO - 16.20.15

BANCO DO BRASIL S.A.

AGÊNCIA: 2547-X

CLIENTE: ALCON BATISTA DE ARAUJO

CONTA: 20.487-0

EXTRATO CONTA CORRENTE PARA SIMPLES CONFERENCIA

0254772879

HISTORICO

DATA	VALOR	DOCUM.
22/10/2018	62,45C	
01/11/2018	4.725,00C	
RECEBIMENTOS DIVERSOS		
06/11/2018	4.787,45C	
TARIFA PACOTE DE SERVICOS 848445		
06/11/2018	19,87C	
TARIFA REFERENTE A 06/11/2018		
03/12/2018	4.767,60C	
SALDO		
03/12/2018	0,00	
Juros *		
03/12/2018	0,00	
Data de Debito de Juros		
03/12/2018	0,00	
Data de Debito de IOF		
03/12/2018	0,00	
(*) Apurados de acordo com o sumatório dos saldos devedores diários no mes anterior ao debito.		
CREDITO BB-MELHOR OFERTA*		
03/12/2018	2.146,00C	
SALDO EM CONTA-SALARIO		
03/12/2018	7,55C	
Linhas de Credito		
03/12/2018	Credito Novo	
03/12/2018	2.146,00	
BB Credito Automatico		
03/12/2018	4.048,00	
Financiamentos de Bens/Servicos		
03/12/2018	BB Credito/Construcao	
*VALORES DE REFERENCIA. Representam as melhores ofertas para voc e estao sujeitas a confirmacao no momento da contratacao.		
OBSERVAÇÕES:		





**Poder Judiciário da Paraíba
Vara Única de Rio Tinto**

PROCEDIMENTO COMUM (7) 0800033-05.2019.8.15.0581

DESPACHO

Intime-se a parte autora, através de seu procurador, para juntar a guia de custas, no prazo de cinco dias, conforme estabelece a Portaria Conjunta nº 02/2018 do TJPB, em seu art. 1º, § 3º, sob pena de indeferimento da gratuidade.

Após, voltem-me os autos conclusos.

Rio Tinto, 21 de março de 2019.

Judson Kildere Nascimento Faheina
JUIZ DE DIREITO



SEGUE DOC. EM ANEXO





WELLITON CAMPOS
Advocacia e Assessoria jurídica

JUÍZO DA VARA ÚNICA DA COMARCA DE RIO TINTO, ESTADO DA PARAÍBA.

Autos Virtual nº 0800033-05.2019.8.15.0581

Emérito Senhor Juiz,

ABSON BATISTA DA ARAÚJO, já qualificado nos autos da ação em epígrafe, por seu procurador signatário (mandato incluso nos autos), em respeito ao despacho previsto no ID nº 19952130, faz juntar nesta oportunidade aos Autos do Processo Virtual acima elencado, a guia de Custas e Taxas Judiciais para trilhar o devido andamento processual.

Precedidos de cordiais saudações,

Requer a juntada aguardando o prosseguimento do feito.

Rio Tinto – PB, 24 de março de 2019.

Welliton dos Santos Campos

Advogado OAB/PB nº 22.818.

Endereço: Rua São Pedro, nº 2203 – Centro, Rio Tinto – PB (83) 98607-5464 E-mail:
wellitoncamposadv@hotmail.com



 Poder Judiciário do Estado da Paraíba Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98 (Via da parte)			Número do boleto: 058.0.19.00112/01
Nº do Processo:	Comarca: Rio Tinto	Classe Processual: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	Data de emissão: 23/03/2019
Número da guia: 058.2019.600112 Tipo da Guia: Custas Prévias			Data de vencimento: 31/03/2019
Detalhamento: - Custas Processuais: R\$ 495,40 - Taxa Judiciária: R\$ 141,75 - Despesas processuais postais: R\$ 14,88 - Taxa bancária: R\$ 1,35			UFR vigente: R\$ 49,54
Observações: - Pagar nas agências do Banco do Brasil ou nos correspondentes bancários. - O número da guia deverá ser informado na distribuição do processo.			Conta FEJPA: 1618-7228.039-6
			Parcela: 1/1
			Valor total: R\$ 653,38
			Desconto total: R\$ 0,00
866300000068 533809283187 520190331055 801900112013 			Valor final: R\$ 653,38

 Poder Judiciário do Estado da Paraíba Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98 (Via do processo)			Número do boleto: 058.0.19.00112/01
Nº do Processo:	Comarca: Rio Tinto	Classe Processual: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	Data de emissão: 23/03/2019
Número da guia: 058.2019.600112 Tipo de Guia: Custas Prévias			Data de vencimento: 31/03/2019
Detalhamento: - Custas Processuais: R\$ 495,40 - Taxa Judiciária: R\$ 141,75 - Despesas processuais postais: R\$ 14,88 - Taxa bancária: R\$ 1,35			UFR vigente: R\$ 49,54
Observações: - Pagar nas agências do Banco do Brasil ou nos correspondentes bancários. - O número da guia deverá ser informado na distribuição do processo.			Conta FEJPA: 1618-7228.039-6
			Parcela: 1/1
			Valor total: R\$ 653,38
			Desconto total: R\$ 0,00
866300000068 533809283187 520190331055 801900112013 			Valor final: R\$ 653,38

 Poder Judiciário do Estado da Paraíba Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98 (Via do banco)			Número do boleto: 058.0.19.00112/01
Nº do Processo:	Comarca: Rio Tinto	Classe Processual: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	Data de emissão: 23/03/2019
Número da guia: 058.2019.600112 Tipo de Guia: Custas Prévias			Data de vencimento: 31/03/2019
Detalhamento: - Custas Processuais: R\$ 495,40 - Taxa Judiciária: R\$ 141,75 - Despesas processuais postais: R\$ 14,88 - Taxa bancária: R\$ 1,35			UFR vigente: R\$ 49,54
Observações: - Pagar nas agências do Banco do Brasil ou nos correspondentes bancários. - O número da guia deverá ser informado na distribuição do processo.			Conta FEJPA: 1618-7228.039-6
			Parcela: 1/1
			Valor total: R\$ 653,38
			Desconto total: R\$ 0,00
866300000068 533809283187 520190331055 801900112013 			Valor final: R\$ 653,38





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

Guia de Custas Prévias

Nº Guia: 058.2019.600112

Data Vencimento: 31/03/2019

Data Emissão: 23/03/2019

Comarca: Rio Tinto

Classe: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7

Promovente: abson batista de araujo

Promovido: seguradora lider dos consorcio

Valor da Causa: R\$ 9.450,00

Despesas Processuais: R\$ 14,88

Custas: R\$ 495,40

Taxa: R\$ 141,75

Total da Guia: R\$ 652,03

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

Servidor

APRESENTAÇÃO OBRIGATÓRIA QUANDO DO PROTOCOLAMENTO DA AÇÃO.





**Poder Judiciário da Paraíba
Vara Única de Rio Tinto**

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7) 0800033-05.2019.8.15.0581

DESPACHO

Defiro a gratuidade judiciária, nos termos do art. 98 do CPC.
Diante da manifestação da parte autora que declara expressamente o desinteresse na composição consensual, deixo de designar audiência de conciliação.
Cite-se a parte promovida, na forma requerida.
Rio Tinto, 11 de outubro de 2019.

Judson Kíldere Nascimento Faheina

JUIZ DE DIREITO





Poder Judiciário da Paraíba

Vara Única de Rio Tinto

Rua Tenente José de França, S/N, Centro, RIO TINTO - PB - CEP: 58297-000

Número do Processo: 0800033-05.2019.8.15.0581

Classe: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

Assunto: [Acidente de Trânsito]

Polo ativo: AUTOR: ABSON BATISTA DE ARAUJO

Polo passivo: REU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

CERTIDÃO

Certifico e dou fé que equivocadamente encaminhei a carta de citação para a central de mandados, e como não posso excluí-lo, expeço nova carta de citação.

RIO TINTO, 29 de abril de 2020

MARIA DO SOCORRO DE ARAÚJO SOUSA E SILVA

