PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LIDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190484662 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: JOSE BENTO DA SILVA **Data do acidente:** 17/03/2019 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TORNOZELO DIREITO. (PAG.04.05)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE KIRSCHNER). ALTA MÉDICA. (PAG.15)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE TORNOZELO DIREITO

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

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

Rio de Janeiro, 19 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190484662 **Vítima: JOSE BENTO DA SILVA**

Data do Acidente: 17/03/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE BENTO DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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

Rio de Janeiro, 19 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190484662 **Vítima: JOSE BENTO DA SILVA**

Data do Acidente: 17/03/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE BENTO DA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Declaração de Inexistência de IML	Apresentar formulário "Pedido do Seguro DPVAT", disponível em nosso site, devidamente preenchido, inclusive informando uma das opções que impossibilitou a apresentação do Laudo do Instituto Médico Legal-IML, pois no entregue não foi assinalada uma das opções.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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

Rio de Janeiro, 17 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190484662 **Vítima: JOSE BENTO DA SILVA**

Data do Acidente: 17/03/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE BENTO DA SILVA

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%
Graduação: Em grau médio 50%
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R$ 1.687,50

Recebedor: **JOSE BENTO DA SILVA**
Valor: **R$ 1.687,50**
Banco: **104**
Agência: **000000737**
Conta: **00000106349-8**
Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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

Rio de Janeiro, 06 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190484662 **Vítima: JOSE BENTO DA SILVA**

Data do Acidente: 17/03/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JOSE BENTO DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Seguradora LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: | CPF da vítima: 979.777.054-00 | Nome completo da vítima: José Bento da Silva

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

DADOS CADASTRAIS

Nome completo: José Bento da Silva | CPF: 979.777.054-00

Profissão: Recuso | Endereço: Rua Santa Terezinha | Número: 51 | Complemento:

Bairro: Serrotão | Cidade: Campina Grande | Estado: PB | CEP: 58437-800

E-mail: | Tel.(DDD): (83) 98805.6654

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R$1.000,00 ☐ R$3.001,00 ATÉ R$5.000,00 ☐ R$7.001,00 ATÉ R$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R$1.001,00 ATÉ R$3.000,00 ☐ R$5.001,00 ATÉ R$7.000,00 ☐ ACIMA DE R$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

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

AGÊNCIA: 0737 ☐ (informar o dígito se existir) CONTA: 106349 8 (informar o dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: ☐ ☐ (informar o dígito se existir) CONTA: ☐ ☐ (informar o dígito se existir)

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que **(assinalar uma das opções):**

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo | Data do óbito da vítima:

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não | Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: | Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não | Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, João Pessoa, 13/08/2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

José Bento da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver) | Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

COMPREV COMPREVIDÊNCIA S.

16 AGO. 2019

PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA

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

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

SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência

POLÍCIA CIVIL
PARAÍBA

GOVERNO DA PARAÍBA
Secretaria de Estado da Segurança e da Defesa Social

1ª SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL
2ª DELEGACIA SECCIONAL

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 08942.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 08942.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 11:28 horas do dia 08 de agosto de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, matrícula 1550888, ao final assinado, compareceu **Jose Bento da Silva**, CPF nº 979.777.054-00, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Motorista, filho(a) de Ivonete da Silva Bento e Francisco Bento Filho, natural de Campina Grande/PB, nascido(a) em 25/12/1972 (46 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Santa Terezinha, Nº 51, bairro Bodocongó, tendo como ponto de referência Antigo Ibama, na cidade de Campina Grande/PB, telefone(s) para contato (83) 98888-0129.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rodovia Br 230 Saida Para Lagoa de Dentro, Saída Para Lagoa de Dentro, Campina Grande/PB, bairro São José da Mata; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 17/03/19 09:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NO DIA 17/03/2019, POR VOLTA DAS 09:30, ESTAVA MONTADO EM SEU CAVALO, QUANDO NA ALTURA DO DISTRITO DE SÃO JOSE DA MATA, CAMPINA GRANDE/PB, QUANDO FOI ATROPELADO POR UM VEICULO ATÉ O PRESENTE MOMENTO NÃO IDENTIFICADO; QUE FOI SOCORRIDO POR UMA AMBULÂNCIA DO SAMU AO HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES, ONDE FOI ATENDIDO E DIAGNOSTICADO COM FRATURA DO PÉ E TORNOZELO DIREITO, CONFORME LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. JOSÉ R. GOMES, CRM/PB 9121.

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

João Pessoa/PB, 08 de agosto de 2019.

JOSÉ RODRIGUES DA SILVA JUNIOR
Agente de Investigação

JOSE BENTO DA SILVA
Noticiante

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
16 AGO. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Procedimento Policial: 08942.01.2019.1.00.401

Seguradora LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: | CPF da vítima: 979.777.054-00 | Nome completo da vítima: José Bento da Silva

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

DADOS CADASTRAIS

Nome completo: José Bento da Silva | CPF: 979.777.054-00

Profissão: Recuso | Endereço: Rua Santa Terezinha | Número: 51 | Complemento:

Bairro: Serrotão | Cidade: Campina Grande | Estado: PB | CEP: 58437-800

E-mail: | Tel.(DDD): (83) 98805.6654

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R$1.000,00 ☐ R$3.001,00 ATÉ R$5.000,00 ☐ R$7.001,00 ATÉ R$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R$1.001,00 ATÉ R$3.000,00 ☐ R$5.001,00 ATÉ R$7.000,00 ☐ ACIMA DE R$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

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

AGÊNCIA: 0737 ☐ (informar o dígito se existir) CONTA: 106349 8 (informar o dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: ☐ ☐ (informar o dígito se existir) CONTA: ☐ ☐ (informar o dígito se existir)

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que **(assinalar uma das opções):**

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo | Data do óbito da vítima:

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não | Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: | Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não | Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, João Pessoa, 13/08/2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

José Bento da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver) | Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

COMPREV COMPREVIDÊNCIA S.

16 AGO. 2019

PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA

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

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

Seguradora LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima: 979.777.054-00

Nome completo da vítima: José Bento da Silva

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

DADOS CADASTRAIS

Nome completo: José Bento da Silva — CPF: 979.777.054-00

Profissão: Recuso — Endereço: Rua Santa Terezinha — Número: 51 — Complemento:

Bairro: Serrotão — Cidade: Campina Grande — Estado: PB — CEP: 58437-800

E-mail: — Tel.(DDD): (83) 98805.6654

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R$1.000,00 ☐ R$3.001,00 ATÉ R$5.000,00 ☐ R$7.001,00 ATÉ R$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R$1.001,00 ATÉ R$3.000,00 ☐ R$5.001,00 ATÉ R$7.000,00 ☐ ACIMA DE R$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

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

AGÊNCIA: 0737 ☐ (informar o dígito se existir) CONTA: 106349 8 (informar o dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: ☐ ☐ (informar o dígito se existir) CONTA: ☐ ☐ (informar o dígito se existir)

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para ostentar o requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que **(assinalar uma das opções):**

☐ **Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou**

☐ **O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou**

☒ **O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.**

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

COMPREV COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A 21 AGO. 2019 PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo — Data do óbito da vítima:

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não — Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: — Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não — Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, João Pessoa, 13/08/2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

José Bento da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

COMPREV COMPREV PREVIDÊNCIA S/A AGO. 2019 PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA

Assinatura do Representante Legal (se houver) — Assinatura do Procurador (se houver)

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

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

Estado da Paraíba
Prefeitura Municipal de Campina Grande-PB
Secretaria de Saúde do Município
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAMU Regional CG - 192

CAMPINA GRANI

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Declaramos para os devidos fins de direito que o **SAMU REGIONAL CG – 192** foi solicitado para prestar atendimento médico pré-hospitalar de urgência ao paciente conforme dados a seguir:

DATA: 17/3/2019	**HORA:**	09:45 HRS	**ID Nº:**	1762181	
NOME:	JOSÉ BENTO DA SILVA				
QUEIXA:	ACIDENTE DE TRÂNSITO				
LOCAL:	BR 230 - LAGOA DE DENTRO				
COMPLEMENTO:					
CIDADE:	CAMPINA GRANDE / PB				
DADOS DA REMOÇÃO					
Paciente removido para o Hospital de Emergencia e Trauma					

Campina Grande, 20 de maio de 2019.

COMPREV
COMPREV - SEVIDÊNCIA S/A
16 AGO. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Deoclecio F Nascimento
Coordenação Administrativa
SAMU REGIONAL CG - 192

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 27/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 675,00

*******TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE BENTO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00737

CONTA: 000000106349-8

Nr. da Autenticação A21FC1DC8ED2B1DC

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 10/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*******TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE BENTO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00737

CONTA: 000000106349-8

Nr. da Autenticação 96D27BD5A026D580

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.
Documento não é segunda-via de conta.
Roteiro para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica. Nº 004.194.403

energisa

ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Av. Dep. Raimundo Asfora, 4798 - BR 230 - KM 158 - Três Irmãs
Campina Grande / PB - CEP 58423-700
CNPJ 06.629.596/0001-85 Insc.Est. 16.003.639-1

DADOS DO CLIENTE	CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR
MARIA VIEIRA DO NASCIMENTO RUA SANTA TEREZINHA 51 CAMPINA GRANDE	4/30474-1

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
JUL/2019	17/07/2019	76	24/07/2019	R$ 65,19

Acesse: www.energisa.com.br

DESTAQUE AQUI

energisa

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
24/07/2019	R$ 65,19	30474-2015-07-4

MARIA VIEIRA DO NASCIMENTO
Roteiro: 10-401-552-4030
83610000000-6 65190147000-5 00304742019-9 07400401019-0

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
16 AGO. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

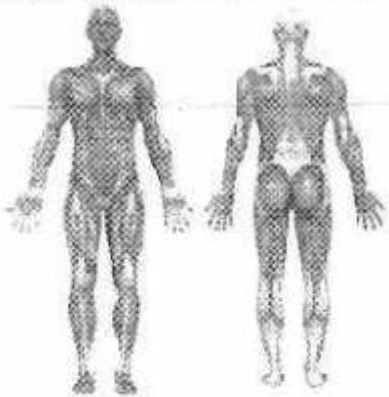
ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº:1854714 **CLASS. DE RISCO: AMARELO**

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 17/03/2019
Boletim de Emergência (B.E) – Modelo 07 Atendente : Sabrina Cavalcante Pereira Araujo

PACIENTE: JOSE BENTO DA SILVA CEP:58720000 Nascimento:25/12/1973
Endereço:SANTA TEREZINHA Sexo:M Telefone:
Cidade: Santa Teresinha Idade:045 Bairro:SANTA TEREZINHA
Nome da Mãe: RG: Nº:0
Responsável: CPF: Profissão:
Estado Civil: Data de Atend:17/03/2019 CNS:9771
Motivo: QUEDA DE CAVALO CONVÊNIO:SUS
Médico: Hora: 10:31:40 Especialidade:
CRM:

OBS FICHA:
MECANISMOS DO TRAUMA
LOCAL DA LESÃO (Identifique o local com o número correspondente ao lado)



1. Abrasão
2. Amputação
3. Avulsão
4. Contusão
5. Crepitação
6. Dor
7. Edema
8. Empalhamento
9. Enfisêma subcutâneo
10. Esmagamento
11. Equimose
12. F. Arma branca
13. F. Arma de fogo
14. F. Contuso
15. F. Cortante
16. F. Corto-contuso
17. F. Perfuro-contuso
18. F. Perfuro-cortante
19. Fratura óssea fechada
20. Fratura óssea aberta
21. Hematoma
22. Ingurgitamento Venoso
23. Laceração
24. Lesão tendínia
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento toráxico paradoxal
28. Objeto Encravado
29. Otorragia
30. Paralisia
31. Paresia
32. Parestesia
33. Queimadura
34. Rinorragia
35. Sinais de Isquemia
36.

OBS:

QUEIMADURA:
Superfície corporal lesada ____ % **Grau** ( ) 1º Grau ( ) 2º Grau ( ) 3º Grau
DIGNOSTICO / CID: fratura do pé e TMZ (D)

EXAME PRIMÁRIO - DA CLÍNICA: Ortopedia

Paciente vítima de queda de cavalo moto com dor no pé (D)

ALERGIA:
MEDICAMENTOS:
PATOLOGIAS:
EXAME FÍSICO
PUPILAS ( ) Fotorreagentes ( ) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( ) ____
Glasgow ____ **PA** ____ **HGT:** ____ **Sat02** ____

COMPREV COMPREVIDÊNCIA-SIA
16 AGO. 2019
PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA

EXAMES SOLICITADOS:
( )Laboratoriais ( )Ultrassonografia:
( )Gasometria arterial ( )Radiografias:
( )Tomografia Computadorizada ( )

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:
Especialista: ____ / ____ às ___:___ Dia ___/___/___
Especialista: ____ / ____ às ___:___ Dia ___/___/___
MÉDICO SOLICITANTE ____
PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	Internação Hospitalar	
2		
3		
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

FAIO X REALIZADO EM: 17/03/19

DESTINO DO PACIENTE _____/_____/_____ às _____:_____ hs.

( )Centro cirúrgico ______________________

( )Internação (setor) ______________________

( )Tranferência a outro SETOR ou HOSPITAL ______________________

( )Alta hospitalar / ( )A revelia
\ ( )Decisão Médica

( )Óbito

____
Ass. do paciente ou resposável(quando necessário)

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO	CBO	IDADE

GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Ficha de Acolhimento

SAMU

Nome: José Bento da Silva

End: STS Tuzinha Bairro: STS Tuzinha

Data de Nascimento: 25-12-73 Documento de Identificação:

Queixa: Dedão de Data do Atend.: 17.03.19 Hora: 10:25 Documento:

Acidente de trabalho? ( ) Sim (X) Não

lavrado

Classificação de Risco

Nível de consciência: (X) Bom ( ) Regular ( ) Baixo **Aspecto:** ( ) Calmo (✓) Fáceis de dor ( ) Gemente

Frequência respiratória: **Frequência cardíaca:**

Pressão arterial: **Temperatura axilar:**

Dosagem de HGT: **Mucosas:** (X) Normocorada ( ) Pálida

Deambulação: ( ) Livre (✓) Cadeira de rodas ( ) Maca

Estratificação

MOD. 110

ortopedia

( ) Vermelho - atendimento imediato
( ) Verde - atendimento até 4 horas
(X) Amarelo - atendimento até 1 hora
( ) Azul - atendimento ambulatorial

Maria Henrique S. Carvalho
COREN-PB 448.575-ENF

Assinatura e carimbo do profissional

100,00

GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Ext 3

Diagnóstico

Fratura Metatarso lateral (D)
Fratura 2º e 5º metatarso (D)

Paciente	José Benato da Silva	Alojamento	9	Leito		Convênio	

Data	Prescrição Médica			Horário				Evolução Médica
17/03/11	1) Dieta Brat, PI HAS							Paciente vítima de trauma no pé e tornozelo direito com dor e incapacidade de movimentar após queda com sobre seu pé.
	2) Soro fisiol. 0,9% 500ml EV em 8 horas							
	3) Dipirona 500mg EV 6/6 horas							
	4) Tilatil 40mg EV 12/12 horas							
	5) Omeprazol 40mg EV 12/12 horas							
	6) Enoxaparina 40mg SC 1x ao dia							
	7) SSVV + CCGG							
								RM: (D) Calcâneo pré-op

Dr. [illegible]

17 Pr. 190
03 100
14 Mafalbrauer

GOVERNO DA PARAÍBA SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

DIAGNÓSTICO

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	José Bomfo	Alojamento:	EX	Leito	3	Convênio	

Data	Prescrição Médica			Horário				Evolução Médica
	1.Dieta							
	2.SRL 1500ml EV/24h							
13/03	3.Dipirona 02ML+ AD EV 06/06h							
	4. Tilatil 20mg + AD EV 12/12h							
	5. Omeprazol 40mg EV/jejum							
	6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN							
	7.Nausedron 01 FA + AD EV 8/8h SN							
	8. Clexane 40mg SC/dia							
	9.SSVV + CCGG							

Dr. Wagner Falcão
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 2

Dr. Wagner Falcão
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 3643

DA PARAÍBA HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

FATNZ (D)
FA 20 15: MTT. (D)

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

43

Paciente	José Bento	Alojamento		Leito		Convênio	

Data	Prescrição Médica			Horário				Evolução Médica
	(1) Dieta livre							
19/03	(2) Alivio							
	(3) Dipirona 2 amp (EV) 6/6h.	12	18	24	06			Bom estado
	(4) Cefa G + SSN							
								Comp

Dr. Walter Batista
CRM-PB 8643

Dr. Walter Batista
CRM-PB 8643

19/03/19 PA: 150/90 T. 35,1

Maria José da Silva França
COREN-PB 542016-TE

horário

19/03/19 às 20:00

P.A.: Paciente admitido neste setor para tratamento específico.

m.c. p.m.

Ana Maria Cavalcante Falcão
COREN-PB 177.451-TE

GOVERNO DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55
Data: 20/03/2019
Horas: 07:46:22
Médico (a) Diarista : Euler Fabricio Alves Cruz

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1854741 **Paciente: JOSE BENTO DA SILVA** Idade: 045 Sexo: M

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 25/12/1973 Admissão: 17/03/2019

Clinica:ORTOPEDIA 1 Enfermaria: 4 Leito: 3 Diagnóstico: FRATURA DE TORNOZELO E 2 E 5 MTT DIREITO

DIA 20/03/2019
MÉDICO(A) ASSISTENTE : Euler Fabricio Alves Cruz /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h	18h - 24h - 6h - 12h
2	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	12 24
3	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 12h/12h Diluir em 100 ML SF	18h - 6h
4	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	SN
5	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO 8h/8h	SN
6	DIETA HIPOSSÓDICA	
	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
8	JELCO SALINIZADO	
9	FISIOTERAPIA MOTORA	

EVOLUÇÃO

DATA:20/03/2019 HORA:07:45:57

BEG, ESTAVEL, SEM INTERCORRENCIAS.
CD: VPM.

ASSINATURA + CARIMBO
Euler Fabricio Alves Cruz

DATA - 20 - 03 - 19
HORA - 08:30
P.A. 100x80
Paciente consciente orientado mobiliado alerta tracado aguarda cirurgia e segue aos cuidado de enfermagem.

DATA - 20
HORA - 20
P.A. 120
Paciente me continuo a de enfe

Jucilene dos Santos Silva
COREN-PB 458.700-TE

GOVERNO DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55
Data: 21/03/2019
Horas: 09:08:02
Médico (a) Diarista : Euler Fabricio Alves Cruz

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1854741 **Paciente: JOSE BENTO DA SILVA** Idade: 045 Sexo: M

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 25/12/1973 Admissão: 17/03/2019

Clinica:ORTOPEDIA I Enfermaria: 4 Leito: 3 Diagnóstico: FRATURA DE TORNOZELO E 2 E 5 MTT DIREITO

DIA 21/03/2019
MÉDICO(A) ASSISTENTE : Euler Fabricio Alves Cruz /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA HIPOSSÓDICA 12 ura após 00:00	
2	JELCO SALINIZADO	ciente
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h	12, 18, 24, 06
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	12, 24
5	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 12h/12h Diluir em 100 ML SF	18, 06
6	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO 8h/8h	
7	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	
8	FISIOTERAPIA MOTORA	
9	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	ciente

Dr. Everlan Meira
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 5900

EVOLUÇÃO

DATA:21/03/2019 HORA:09:07:56

BEG, ESTAVEL, SEM INTERCORRENCIAS.
CD: VPM.

ASSINATURA + CARIMBO
Euler Fabricio Alves Cruz

Dr. Euler Fabricio A. Cruz
Ortopedia - Traumatologia
CRM-PB 9507

21/03/13 às 20:00h

P.A : 120x80

Paciente segue aos cuidados da enfermagem. m.c.p.m.

Ana Maria Cavalcante Falcão
COREN-PB 177.451-TE

GOVERNO DA PARAÍBA — SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNAN

Nome do Paciente: José Bento da Silva		Nº Prontuário:
Data da Operação: 22/03/14	Enf. Ortopedia 04	Leito: 03
Operador: Dr. Anami Torres	1º Auxiliar: Dr. Eulen	
2º Auxiliar: Dra. Ana Maria	3º Auxiliar:	Instrumentador:
Anestesia:	Tipo de Anestesia:	

Diagnóstico Pré-Operatório: Fratura tornozelo direito + 2º e 5º MTT direito

Tipo de Operação: Osteossíntese

Diagnóstico Pós-Operatório: O mesmo

Relatório Imediato da Patologia:

Exame Radiológico no Ato: Sim

Acidente Durante a Operação: Não

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Vísceras

01 - Prato em DDH sob anestesia
02 - Mapeamento + antissepsia + campos estéreis
03 - Incisão em face lateral do tornozelo direito e dissecção de pele + dissecção plano profundo + hemostasia
04 - Redução cruenta do foco de fratura
05 - Osteossíntese com placa 1/3 tubular de 08 furos + parafusos corticais + 05 fios K nº 1,5 sob raios de Kraus
06 - Lav FO + sutura + curativo

Dr. Wagner Dos Santos de Araújo
Ass. Ortopedia - Traumatologia
CRM - PB 8

Mod. 018

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

GOVERNO DA PARAÍBA

SEGUE o trabalho

CHECKLIST DE SEGURANÇA ANESTÉSICA

CARRO DE ANESTESIA TESTADO	☒ SIM	☐ NÃO
LARINGOSCÓPIO	☒ SIM	☐ NÃO
MONITOR MULTIPARÂMÉTRICO	☒ SIM	☐ NÃO
CAPNÓGRAFO	☒ SIM	☐ NÃO
FALTA DE EQUIPAMENTO/MEDICAÇÃO	☐ SIM QUAL? ☒ NÃO	
ANESTESISTA RESPONSÁVEL		

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECG HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

ENFERMARIA | LEITO | Nº PRONTUÁRIO

FOLHA DE ANESTESIA

NOME: JOSÉ BERTO DA SILVA | IDADE: 45 anos | SEXO: masc. | COR:

DATA	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
22.3.2014	120 x 80					

TIPO SANGUÍNEO	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	URÉIA	OUTROS
	URINA					

AP. RESPIRATÓRIO: [illegible] | ASMA: (2) | BRONQUITE: (2)

AP. CIRCULATÓRIO: [illegible] | ELETROCARDIOGRAMA:

AP. DIGESTIVO: [illegible] | DENTES: (P) | PESCOÇO: (P) | AP. URINÁRIO:

ESTADO MENTAL: (2) | ATARÁXICOS | CORTICOIDES | ALERGIA | HIPOTENSORES

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura ex-membro sup. (2) + Fratura de 10 | ESTADO FÍSICO | RISCO

ANESTESIAS ANTERIORES: [illegible] (2)

MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA | APLICADA | AS | EFEITO

[illegible] (PN)

AGE. ANESTÉSICOS: [illegible]

LÍQUIDOS: SG-100 + EF 100 RL-100

11:00 | 10:00 | 10:00

CÓDIGOS: VP. ARTERIAL; O PULSO; O - RESPIRAÇÃO; AX - ANESTESIA; O - OPERAÇÃO

260 240 220 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20

SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES: [illegible]

INDUÇÃO

Satisf.: ✓ Excit.: ✓ Tosse:

Laringo espasmo: ✓ Lenta:

Náuseas: ✓ Vômitos:

Outros: ✓

MANUTENÇÃO

ANESTESIA SATISF.: Sim ( ) Não ( )

Não, por quê? ✓

DESPERTAR

Reflexos na SO: ✓

Obstr.: Co.: Excit.:

Náuseas: ✓ Vômitos: ✓

Outros: ✓

Com cânula:

Para o Leito: Sim ✓ Não ✓

CONDIÇÕES:

POSIÇÃO:

AGENTES: Nacl 0,9% 20ml + Dimed 0,2mg

TÉCNICA: [illegible] (25) | CÂNULAS:

OPERAÇÃO: Redução cruenta de fratura ex-membro sup. + Redução cruenta de fratura ex-10 metatarso

CIRURGIÕES:

ANESTESISTAS: [illegible] CRM 2476 CPF 731 [illegible]

OBSERVAÇÕES:

ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.

PERDA SANGUÍNEA:

MOD. 068 — FOLHA DE ANESTESIA - SRPB

GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: José Bento da Silva — Idade: 45
Convênio: — Data: 22/03/19
Procedimento: Tº bimaléolar Fratura Tornozelo Direito

Cirurgião: Dr. Amaro — Auxiliar: Dr. Cullen, Dr. Ana (R1) — Anestesista: Dr. Ricardo
Início: 14:00 — Término: 15:40 — Anestesia Raque

Hora	PA	Pulso	SAT 02	Responsável	A. Motora	Conciência
15:55	153x91	68	97%	Stela / Andréa	-	Consciente
16:40	154x87	67	97%	Stela / Andréa	+	"

Medicamentos/Materiais	Quantidade

Observações:

Humberto de Almeida L. Filho
ANESTESIOLOGISTA
CRM-PB 7866 - ROE 4583

Assinatura Anestesista — Circulante

Relatório de Operação

MOD. 103

TABELA DE ALDRETE E KROULIK MODIFICA
(Critérios para altas da SRPA)

Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico	*Hora en*
Nenhum Movimento = 0 *Movimenta 2 membros = 1* *Movimenta 4 membros = 2*	
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispnéia = 1 Respiração profunda e tosse = 2	
PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0 PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1 PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2	
Sat 02 < 90 com oxigênio = 0 Sat 02 > 90 com oxigênio = 1 Sat 02 > 92% sem oxigênio = 2	
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2	
TOTAL DE PONTOS:	

Humberto de Almeida L. Filho
ANESTESIOLOGISTA
CRM-PB 7966 - RQE 4583

Assinatura do anestesista

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

PACIENTE: José Bento da Silva (25-12-73)				
QI	LEITE	CONVÊNIO: SUS	IDADE: 45a	REGISTRO: P1854714
CIRURGIA: 1º Cirúrgico de trauma de MNZ (D)		CIRURGIÃO: Drº Amaro + Drª Euler + R1 Ama		
ANESTESIA: Raqui		ANESTESIA: Drº Ricardo		
INSTRUMENTADORA: Flavio	DATA: 22-03-19	INÍCIO: 14:00	FIM: 15:40	

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.	01	Calet. p/ Oxig.		Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.		Catet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix	
	Diazepan amp.	05	Compressa Grande		Catgut cromado Sertix	
01	Dimorp amp.		Compressa Pequena		Catgut Simples	
	Dolantina amp.		Cotonoide		Catgut Simples Sertix	
	Efrane ml		Dreno		Catgut Simples Sertix	
	Fenegam amp.		Dreno Kerr nº		Catgut Simples Sertix	
	Fentanil ml		Dreno Penrose nº		Cera p/ osso	
	Ineva ml		Dreno Pezzer nº		Ethibond	
	Ketalar ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond	
01	Mercaina 0,5 % ml perda		Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Nubain amp.		Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix	
	Pavulon amp.		Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix	
	Protigmine amp.	05	Esparadrapo Largo cm		Fio de Algodão Sutupak	
	Proloxido l/m		Furacim ml		Fio de Algodão Sutupak	
	Quelicin ml	05	Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardíaca	
	Rapifen amp.		H_2O_2 ml	02	Mononylon	(2.0)
	Thionembutal ml		Intracath Adulto		Mononylon	
	Tracrium amp.		Intracath Infantil		Prolene Serfix	
Qtd.	MEDICAÇÕES	02	Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Serfix	
	Água Destilada amp.		Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Serfix	
	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Serfix	
	Dipirona amp.	03	Luvas 7.0		Vicryl Serfix	
	Flaxicol amp.	06	Luvas 7.5		Vicryl Serfix	
	Flebocortid amp.	04	Luvas 8.0		Vicryl Serfix	
	Gentamicina amp.		Luvas 8.5			
	Glicose amp.		Oxigênio l/m 3l/m			
	Glucon de Cálcio amp.		Polifix			
	Haemacel ml.	05	PVPI Degermante ml			
	Heparema ml.		PVPI Tópico ml.	Qtd.	SOROS	
	Kanakion amp.		Sabão Antiséptico		SG Normotérmico fr 500 ml	
	Lasix amp.	04	Saco coletor p/ lixo		SG Gelado fr 500 ml	
	Medrolinazol.	04	Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml	
	Plasil amp.	03	Seringa desc. 20 ml		SG Ringr fr 500 ml	
	Protamina	02	Seringa desc. 05 ml		SG fr 500 ml	
	Revivan amp.		Sonda		Bio implantes	
	Stuptanon amp.		Sonda foley	Qtd.	ÓRTESE E PRÓTESE	
	Cefalotina 1g		Sonda Nasogástica	01	Placa p/ 13 furos 26 furos	
			Sonda Uretral nº	03	Parafuso	
			Sterydrem ml			
			Torneirinha			
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml			
	Agulha desc. 25 x 7	01	Gelcon 18			
	Agulha desc. 28 x 28		Latese			
	Agulha desc. 3 x 4,5	05	eletrodos			
01	Agulha p/ raque nº 27	05	gel condutor			
03	Álcool de Enfermagem					
	Álcool iodado ml					
03	Ataduras de Crepon 15 cm					
	Ataduras de Gessada					
	Azul metileno amp.					
	Benzina ml					

EQUIPAMENTOS

- (X) Oxímetro de Pulso
- ( ) Serra
- ( ) Desfibrilador
- (X) Foco Scopal
- ( ) Fonte de Luz
- ( ) Foco Auxiliar
- (X) Eletrocautério
- (X) Oxicapiógrafo
- (X) Cardiomonitor
- (X) Perfurador Elétrico

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

Sueli

MOD 006

Bio Implants

MATERIAL UTILIZADO EM CIRURGIA

Rastreamento 11444

Hospital: Hospital de [illegible] Código:

Procedimento: Cirurgia de Redução de [illegible] Cód. Procedimento:

Paciente: José Geraldo da Silva

Data da Cirurgia: 27/03/15 Nº prontuário: 185[illegible]/15 Convênio:

Cirurgião: Dr. [illegible] Código:

( ) Reposição ( ) Caixa Pronta

DESCRIÇÃO DE PRODUTOS UTILIZADOS

Qtd.	Descrição	Cód. Produto	Valor Unit.	Valor Total
01	Placa 1/3 Tubo 3,5 x 06 furos			

ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS

								Valor Unit.	Valor Total
Parafuso Cortical (3,5) mm	Nº	14	28						
	Qtd.	08	02						
	Cód.								
Parafuso Cortical ( ) mm	Nº								
	Qtd.								
	Cód.								
Parafuso Esponjoso 4.0 mm	Nº								
	Qtd.								
	Cód.								
Parafuso Esponjoso 6.5 mm R/16 Curta	Nº								
	Qtd.								
	Cód.								
Parafuso Esponjoso 6.5 mm R/32 Longa	Nº								
	Qtd.								
	Cód.								
Parafuso Maleolar 4.5 mm	Nº								
	Qtd.								
	Cód.								

OBS.: O PREENCHIMENTO DO PRONTUÁRIO É OBRIGATÓRIO.

Anotações do Médico

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO CONSULTOR DE VENDAS

Condições de Pagamento:

Faturar N.F para:

Cód. do consultor: Total:

Cód. Instrumentador:

Bio Implants Comércio de Materiais Médicos Cirúrgicos Ltda. - Av. Teodorico Teles, 245B - São Miguel - Crato - CE - CNPJ: 10.323.929/0001-05
Fone/Fax: (88) 3521.4801 * www.bioimplants.com.br

GOVERNO DA PARAÍBA — SEGUE o trabalho

ST PRÉ-OPERATÓRIO- ALAS

SETOR DE ORIGEM: Leito 4-3 ala 1 22/03	
NOME: José Bento da Silva	
PROCEDIMENTO: PE + TNL	
☒ AVP:LOCAL:_____ GELCO Nº:_____	AVC ☐ JEJU ☐
BANHO PRÉ-OPERATÓRIO: ☐ COM CLOREXIDINA	☐ NÃO SE APLICA
RETIRADO: ☐ PRÓTESE DENTÁRIA ☒ ADORNOS	☐ PERTENCES
ENCAMINHADO: ☐ HEMOG ☐ USG ☐ TOMOGRAFIA	☐ RESSONÂNCIA
☐ TERMO DE CONSENTIMENTO	☐ NÃO SE APLICA
☐ RESERVA DE HEMODERIVADO ☐ NÃO SE APLICA	
ENFERMEIRO RESPONSÁVEL:	COREN:

AV. Marechal FlorianoPeixoto, 4700 – Malvinas
Campina Grande – PBCEP: 58.432-809
[illegible]@hotmail.com hospitalregionalcg@hotmail.com

GOVERNO DA PARAÍBA — SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Diagnostico

FX TIB D
FX 2: e 5 MTT D

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	José Bras de Sula	Alojamento	4	Leito	3	Convênio	

Data	Prescrição Médica			Horário				Evolução Médica
20/03/19	① Dieta hipossódica após RPA							PPI se não ok
	② SRL 1000 ml IV 24h	1ª						
	③ Q/tramadol 4g + AD IV 12/12h	18		06				CD: VPM + Rx de controle
	④ Dipirona 1g + AD IV 6/6h	18	24	06				
	⑤ Tilatil 20mg + AD IV 12/12h	18		06				
	⑥ Tramadol 100mg + 100ml SF IV 8/8h SN	SN						
	⑦ SSVV + HGT							

Dr. Enler Fabricio A. Cruz
ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 9907

Dr. Enler Fabricio A. Cruz
ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 9907

DATA - 22 - 03 - 19
HORA - 16:00
PA - 160 x 80
Paciente consciente orientado medicado o mesmo segue aos cuidados da enfermagem

Juciane dos Santos Silva
COREN-PB 988.700-TE

21:00
PA= 110x80

Diana Cavalcanti Silva
COREN-PB 147.442-TE

GOVERNO DA PARAÍBA

CNPJ: 10.8
Data: 23/0
Horas: 10:1
Médico (a)

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1854741 **Paciente: JOSE BENTO DA SILVA** Idade: 045 Sexo: M

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 25/12/1973 Admissão: 17/03/2019

Clinica:ORTOPEDIA 1 Enfermaria: 4 Leito: 3 Diagnóstico: FRATURA DE TORNOZELO

DIA 23/03/2019
MÉDICO(A) ASSISTENTE : Ana Maria Da Silva Anselmo /

Item	Prescrição
1	DIETA HIPOSSÓDICA
2	JELCO SALINIZADO
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.
5	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 12h/12h Diluir em 100 ML SF
6	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSAR 8h/8h
	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO
8	FISIOTERAPIA MOTORA
9	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS

EVOLUÇÃO

DATA:23/03/2019 HORA:10:17:22

PACIENTE SEGUE EM 1º DPO, SEM QUEIXAS E SEM INTERCORRÊNCIAS.

 # CD: VPM.

ASSINATURA + CARIMBO
Ana Maria Da Silva Anselmo

Dra. Ana Maria da S. Anselmo
MÉDICA
CRM PB 7825

23.03.19. 9:hrs PA 110x80. ST 98. P. 77. T. 35°C R. 16

Paciente evolui estável consciente orientado, realizado curativo e sinais vitais medicado conforme prescrição medica segue os cuidados da enfermagem.

Josilene dias Cru...
COREN-PB 700.765-TE

23/03/2019
21:00
PA 120/80 Rg.

GOVERNO DA PARAÍBA

CNPJ: 10.8
Data: 24/0
Horas: 01:2
Médico (a)

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1854741 **Paciente: JOSE BENTO DA SILVA** Idade: 045 Sexo: M

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 25/12/1973 Admissão: 17/03/2019

Clinica:ORTOPEDIA I Enfermaria: 4 Leito: 3 Diagnóstico: FRATURA DE TORNOZELO

DIA 24/03/2019
MÉDICO(A) ASSISTENTE : Ana Maria Da Silva Anselmo /

Item	Prescrição
1	DIETA HIPOSSÓDICA
2	JELCO SALINIZADO
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,
5	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 12h/12h Diluir em 100 ML SF
6	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSAR 8h/8h
7	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO
8	FISIOTERAPIA MOTORA
9	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS

EVOLUÇÃO

DATA:24/03/2019 HORA:01:22:25

PACIENTE SEGUE EM LEITO DE ENFERMARIA, EM 2º DPO, SEM INTERCORRÊNCIAS.

 # CD:
. ALTA HOSPITALAR.
. PRESCREVO ANTI-INFLAMATÓRIO + ANALGESICO + ANTIBIÓTICO
. ORIENTO RETORNO AO AMBULATÓRIO DE EGRESSOS.
. ENCAMINHO À FISIOTERAPIA.
. FORNEÇO ATESTADO MÉDICO.

ASSINATURA + CARIMBO
Ana Maria Da Silva Anselmo

Ana Maria da S. Anselmo
MÉDICA
CRM PB 7825

GOVERNO DA PARAÍBA

ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIS GONZAGA FERNANDES
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

SUS Sistema Único de Saúde

Sr(a).:	JOSE BENTO DA SILVA	Protocolo:	0000456083	RG:	NÃO INFORMADO
Dr(a):	JOSE RENNÁ GOMES	Data:	17-03-2019 14:29	Origem:	CLINICA ORTOPEDICA E
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade:	45 anos	Destino:	GERAL

HEMOGRAMA
[DATA DA COLETA: 17/03/2019 14:28]

	Resultados		Valores de Referências
SÉRIE VERMELHA			
Eritrócitos	4,97 milhões/mm³		4,2 a 6,0 milhões/mm³
Hemoglobina	15,8 g/dL		13,5 a 16,0 g/dL
Hematócrito	48,0 %		40,0 a 52,5 %
V.C.M.	97 fL		82,0 a 92,0 fL
H.C.M.	32 pg		27,0 a 31,0 pg
C.H.C.M.	33 g/dL		32,5 a 36,0 g/dL
SÉRIE BRANCA			
Leucócitos	9.700 /mm³		5.000 a 10.000 /mm³
	(%)	(/mm³)	
Neutrofilos			
Promielócitos	0	0	
Mielócitos	0	0	
Metamielócitos	0	0	
Bastonetes	2,0	194	
Segmentados	80,0	7.760	40 a 70 % - 1.800 a 6.500 / mm³
Eosinófilos	0	0	0 a 6,0 % - até 500 / mm³
Basófilos	0	0	0 a 2,0 % - até 100 / mm³
Linfocitos			
Tipicos	16,0	1.552	20 a 45 % - 1.000 a 3.500 / mm³
Atipicos ou Reativos	0	0	
Monocitos	2,0	194	2,0 a 10 % - até 1.000 / mm³
CONTAGEM DE PLAQUETAS	187.000 mm³		140.000 a 400.000 mm³

OBSERVAÇÕES..... **Contagens revisadas e confirmadas.**

Material: SANGUE TOTAL
Método: RESISTIVIDADE - IMPEDÂNCIA - MICROSCOPIA

Geider Farias Cavalcanti
Biomédico
CRBM - 7494

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: 9F8F-CBBF-63E2-B7EF-5DF4-D8B6-81CC-10A5

Laboratório Newlab

SELO DE QUALIDADE

PNCQ Programa Nacional de Controle de Qualidade

GOVERNO DA PARAÍBA

ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIS GONZAGA FERNANDES
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

SUS Sistema Único de Saúde

Sr(a).:	JOSE BENTO DA SILVA	Protocolo:	0000456083	RG:	NÃO INFORMADO
Dr(a):	JOSE RENNÁ GOMES	Data:	17-03-2019 14:29	Origem:	CLINICA ORTOPEDICA II
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade:	45 anos	Destem:	GERAL

TEMPO DE SANGRAMENTO ..... **2'00''**

[DATA DA COLETA: 17/03/2019 14:29]
Material: sangue
Método: Duke

Valores de Referência:
DE 1 A 3 MINUTOS.

TEMPO DE COAGULACAO ..... **8'30''**

[DATA DA COLETA: 17/03/2019 14:29]
Material: Sangue
Método: Lee-White

Valores de Referência:
DE 5 A 10 MINUTOS

Geider Farias Cavalcanti
Biomédico
CRBM - 7494

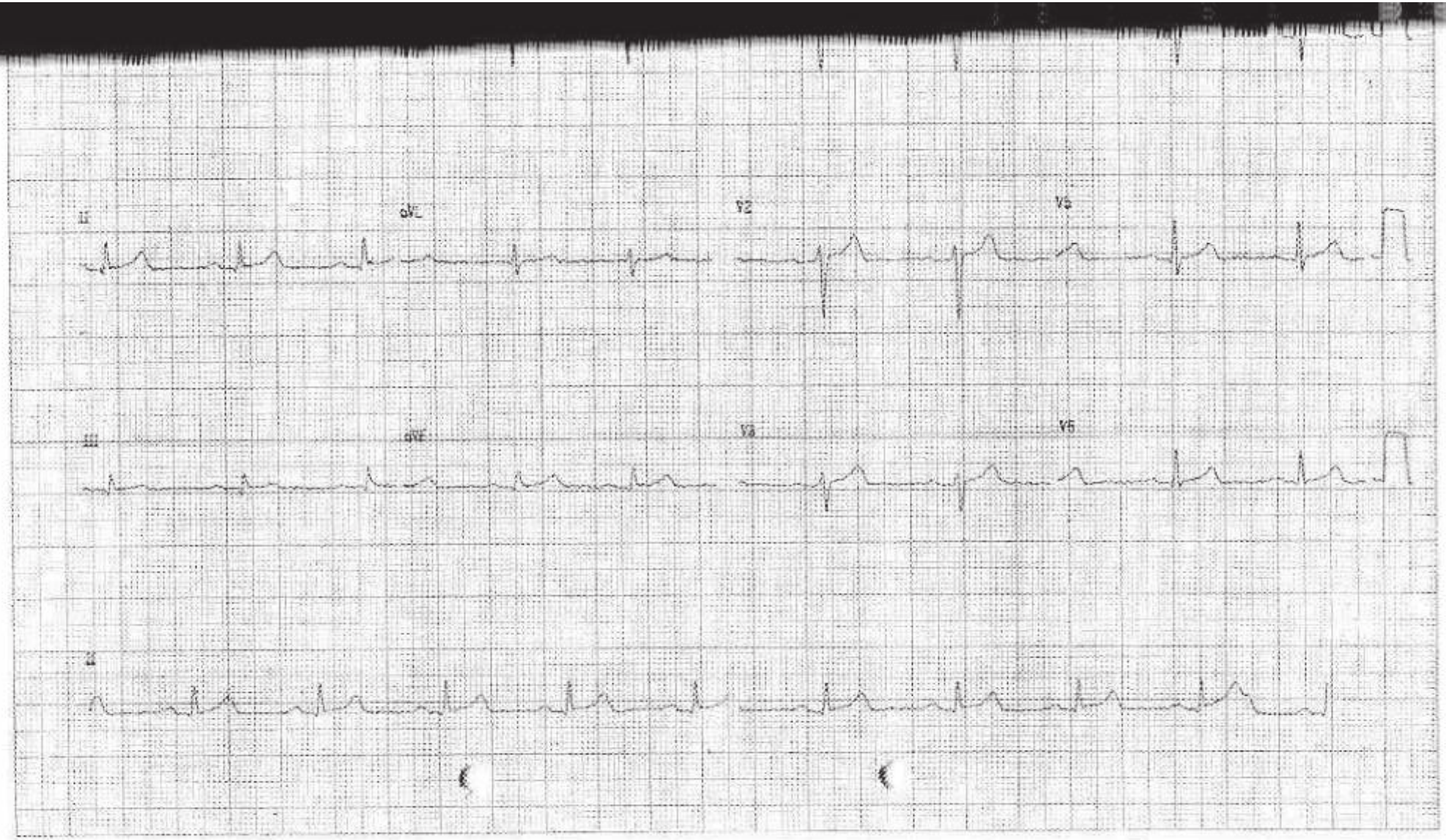
Emissão : 17/03/2019 14:13 - Página 2 de 2

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: BE1C-6C75-DA2A-0E2B-F8AC-2009-9B9A-2D4E

Laboratório Newlab

SELO DE QUALIDADE

PNCQ Programa Nacional de Controle de Qualidade


II
aVL
V2
V4
III
aVF
V3
V5

ERNO SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO
RAÍBA Hospital de Emergência e Trauma Dom Luís Gonzaga Fernandes

AVALIAÇÃO CARDIOLÓGICA COM RISCO CIRÚRGICO

JE BENTO DA SILVA IDADE: 45 anos SEXO: M

PROCEDÊNCIA: PROFISSÃO: DATA: 19/03/19

OGIA CARDIOVASCULAR:

a ( ) Sintomática ( ) Oligossintomática

( ) Tontura ( ) Síncopse
sforço ( ) Grande ( ) Pequena
( ) Média ( ) Ortopnéia
( ) Tosse Seca ( ) Expectoração
i ( ) Típica ( ) Atípica
Esforço ( ) Emoções ( ) Frio ( ) Pós-prandial

EM CURSO:

rterial Sistêmica ✓ ( ) Hipertensão Pulmonar ( ) DPOC ( ) Outros
itus ( ) Insut. Cardíaca Congestiva ( ) Insuficiência Coronariana
( ) Insuf. Renal ( ) Aguda ( ) Crônica

ES PESSOAIS:

icamentos: Dexamethasone (X) Tabagismo
( ) Sedentarismo
(X) Cirúrgico Hérnia Umbilical ( ) Outros

uso ( ) Não (X Sim Propranolol 40mg

D:

( ) Bom (✓) Regular ( ) Comprometido ( ) Precário ( ) Altura ( ) Peso

- Comentários: RCR em RT com SS

b.p.m P.A.: 150/90 mmHg

omentários: MV (+) S/RS

ários: S/VCD

- Comentários: Sedem

mo Amiof SLN

RISCO CIRÚRGICO:

ECG - normais (Risco Cirúrgico Normal)
ECG - anormais (Risco Cirúrgico Normal)
ECG - anormais (Indicado Monitorização Cardíaca)
ECG - com graves alterações (Alto Risco Cirúrgico - se possível evitar)

Dr. Guilherme Vieira Maurera
CARDIOLOGISTA
CRM 5209

Ass. do Médico

EVOLUÇÃO FISIOTERAPÊUTICA

Paciente	Prontuário	Ala	Leito	Enfermaria
		ORTOPEDIA J	3	4

Data	Hora		Data	Hora	
20.03.19	Manhã	Avaliação: Diagnóstico clínico: Fratura de tornozelo direito e fratura de 2º e 5º metatarsos direito. HDA: queda de cavalo. Exame físico: Paciente estável, ativo, apresentando edema de pé direito, não dormiu bem, mas está ativo. Avaliação funcional: amplitude de joelho e quadril de MID preservada. MIE. Amplitude de movimento normal força grau 5, tônus normal em ambos membros. Conduta: MID flexão de quadril e joelho assistido (3x10), mobilização patelar, mobilização de dedos. MIE. alongamento de músculos isquios, gastrocnemio solio) flexão de joelho e quadril ativo. Acadêmica de fisioterapia: Suimio costa Santos	21/03	TARDE	PACIENTE EM EEB, COLABORATIVO, CONTECTUANTE NORMOCORADO. CONDUTA: REALIZADO FLEXO EXTENSÃO DE QUADRIL ATIVO (2X10), FLEXO EXTENSÃO DE QUADRIL ATIVO (2X10), FLEXÃO E DORSO FLEXÃO DE TORNOZELO COM AUXILIO DO THERABAND (2X10), ADUÇÃO E ABDUÇÃO DE QUADRIL (2X10). REALIZADO TREINO DE EQUILIBRIO EM MIE. ACD. RAFAEL FELIPE NASCIMENTO

Dra. Camila Ribeiro
FISIOTERAPEUTA
CREFITO 253464-F

Raphael Felipe Nascimento
FISIOTERAPEUTA
CREFITO - 207468 - F

MOD 1/3

Núcleo de Segurança do Paciente
TRAUMA - CG

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA (CHECKLIST)

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE: José Bento da Silva IDADE: 45a PRONTUÁRIO: 1854714

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA ►►

ENTRADA

☒ **CONFIRMAÇÃO SOBRE O PACIENTE**
- IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE
- SÍTIO CIRÚRGICO
- PROCEDIMENTO A SER REALIZADO
- CONSENTIMENTO

☒ **VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA**

☐ **OXÍMETRO DE PULSO INSTALADO E FUNCIONANDO**

☒ **O PACIENTE POSSUI:**

ALERGIA CONHECIDA?
(NÃO
SIM

VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE BRONCOASPIRAÇÃO?
X NÃO
SIM E HÁ EQUIPAMENTO DISPONÍVEL

RISCO DE PERDA SANGUÍNEA > 500 ML (7 ML/KG EM CRIANÇAS)?
NÃO
X SIM E HÁ ACESSO VENOSO ADEQUADO E PLANEJAMENTO PARA REPOSIÇÃO

ANTES DA INCISÃO ►►►►►►►►►►►

PAUSA CIRÚRGICA

☒ **CIRURGIÃO, ANESTESISTA E ENFERMEIRO CONFIRMAM VERBALMENTE**
- IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE
- SÍTIO CIRÚRGICO
- PROCEDIMENTO

EVENTOS CRÍTICOS PREVISTOS

☒ **REVISÃO DO CIRURGIÃO:** HÁ PASSOS CRÍTICOS NA CIRURGIA? QUAL A DURAÇÃO? HÁ POSSÍVEIS PERDAS SANGUÍNEAS?

☒ **REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA:** HÁ ALGUMA PREOCUPAÇÃO ESPECÍFICA EM RELAÇÃO AO PACIENTE?

☒ **REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM:** OS MATERIAIS NECESSÁRIOS, COMO INSTRUMENTAIS, PRÓTESES E OUTROS ESTÃO PRESENTES E DENTRO DA VALIDADE DE ESTERILIZAÇÃO? (INCLUINDO RESULTADOS DO INDICADOR?)
HÁ QUESTÕES RELACIONADAS A EQUIPAMENTOS OU QUAISQUER PREOCUPAÇÕES?

A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS?
X SIM
NÃO SE APLICA

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS?
X SIM
NÃO SE APLICA

ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA CIRÚRGICA

SAÍDA

O PROFISSIONAL DA EQUIPE DE ENFERMAGEM OU DA EQUIPE MÉDICA CONFIRMA VERBALMENTE COM A EQUIPE:

☒ O NOME DO PROCEDIMENTO REALIZADO

☒ A CONTAGEM DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS OU NÃO SE APLICAM

☒ BIÓPCIAS ESTÃO IDENTIFICADAS E COM O NOME DO PACIENTE

☐ HOUVE ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTOS PARA SER RESOLVIDO
não houve

O CIRURGIÃO, O ANESTESISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTE PACIENTE

Assinatura

GOVERNO DA PARAÍBA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: José Bento da Silva | Registro: | Leito: 4.3 | Setor Atual: Ortop. I

2.AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: °C; P: 65 bpm; FR: irpm; PA: mmHg; FC: 70 bpm; SPO2: 97 %

HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm | Dor: ( ) Local: Obs.:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3.AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: (✓) Consciente (✓) Orientado ( ) Confuso ( ) Letárgico ( ) Torporoso ( ) Comatoso ( ) Outro

GLASGOW(3-15): Drogas (Sedação/Analgesia):

Pupilas: (✓) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( ) D>E ( ) E>D ( ) Fotorreagentes ( ) Mióticas ( ) Midriáticas

Mobilidade Física: ( ) Preservada ( ) Paresia ( ) Plegia ( ) Parestesia Local: Pr, y dicada

Linguagem: ( ). Qual? ( ) Disfonia ( ) Afasia ( ) Disfasia ( ) Disartria.

Obs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: (✓) Espontânea ( ) Cateter Nasal ( ) Venturi % l/min ( ) Traqueostomia ( ) Ayre/Tubo T

( ) VMNI ( ) VMI TOT nº Comissura labial nº FIO2 % PEEP cmH2O

(✓) Eupnéia; ( ) Taquipnéia ( ) Bradipnéia ( ) Dispnéia ( ) Outros:

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: (✓) Diminuídos ( )D ( )E

Ruídos adventícios: ( ) Roncos ( ) Sibilos ( ) Estridor ( ) Outros:

Tosse: ( ) Improdutiva ( ) Produtiva | Expectoração: ( ) Quantidade e aspecto:

Aspiração: Quantidade e aspecto: | Dreno de tórax: ( )D ( )E ( ) Selo d'água:

Data da inserção do dreno / / Aspecto da drenagem torácica:

Gasometria arterial: PH PCO_2 PO_2 HCO_3 EB SpO_2 Data: / / Hora:

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração: ( )Visão ( )Audição ( )Tato ( )Olfato ( )Paladar Observação:

SEGURANÇA FÍSICA

(✓) Tranquilo ( ) Agitado ( ) Agressivo. ( ) Risco de queda. Observação:

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

Pulso: (✓) Regular ( ) Irregular ( ) Impalpável ( ) Filiforme (✓) Cheio.

Pele: (X) Corada ( ) Hipocorada ( ) Cianose ( ) Sudorese ( ) Fria ( )

Tempo de enchimento capilar: (X) ≤ 3 segundos; ( ) >3 segundos. ( ) Tur

Drogas vasoativas: ( ) Quais?

Ausculta cardíaca: (X) Rítmica ( ) Arrítmica ( ) Sopro ( ) Outro. Marca

Cateter vascular: (X) Periférico ( ) Central ( ) Dissecção. Localização:

Edema: ( ) MMSS ( ) MMII ( ) Face ( ) Anasarca. Observações:

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)

Tipo somático: (X) Nutrido ( ) Emagrecido ( ) Caquético ( ) Obeso.

Dentição: ( ) Completa (X) Incompleta ( ) Prótese.

Alimentação: (X) VO ( ) SNG ( ) SNE ( ) Gastronomia ( ) Jejunostomia ( ) N

Alterações: ( ) Inapetência ( ) Disfagia ( ) Intolerância alimentar ( ) VE

Abdômen: (X) Normotenso ( ) Distendido ( ) Tenso ( ) Ascítico ( ) Outros:

RHA: ( ) Normoativos ( ) Ausentes ( ) Diminuídos ( ) Aumentados

Eliminação intestinal: (X) Normal ( ) Líquida ( ) Constipado há dias

Eliminação urinária: (X) Espontânea ( ) Retenção ( ) Incontinência ( ) Her

Aspecto: ( ) Outros: Observações:

INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA

Condição da pele: (X) Íntegra ( ) Ressecada ( ) Equimoses ( ) Hematom

Coloração da pele: (X) Normocorada ( ) Hipocorada ( ) Ictérica ( ) Cianóti

Condições das mucosas: ( ) Úmidas ( ) Secas | **Manifestações de sede:** (

Incisão cirúrgica: ( ) Local/Aspecto: Pós-OP

Dreno: ( ) Tipo/Aspecto: Débito:

Úlcera de pressão: ( ) Estágio: Local: Descriç

CUIDADO CORPORAL

Cuidado corporal: ( ) Independente (X) Dependente ( ) Parcialmente dep

Higiene corporal: (X) Satisfatória ( ) Insatisfatória | **Higiene Corporal:** ( ) S

Limitação física: ( ) Acamado ( ) Cadeira de rodas ( ) Outro: Deambul

SONO E REPOUSO

(X) Preservado ( ) Insônia ( ) Dorme durante o dia ( ) Sono Interrompido.

AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL

Comunicação: (X) Preservada ( ) Prejudicada | **Sentimentos e comportam**

( ) Ansiedade ( ) Ausência de familiares/visita ( ) Outros:

NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS

RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE

Tipo: ( ) Praticante ( ) Não praticante. Obs

INTERCORRÊNCIAS

Paciente uso clínico social internado apresentando parada cardíaca, medidas e organizou os cuidados da equipe acadêmica em conformação da

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: Raimunda Nonata de Sousa Farias ENFERMEIRA COREN-PB 466559

DATA:

FONTE: BORDINHÃO, R.C; Coleta de dados por meio de grupo focal.

GOVERNO DA PARAÍBA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: José Bento da Silva | Registro: | Leito: 4-3 | Setor Atual: Ortop 3

2.AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: °C; P: 55 bpm; FR: irpm; PA: 150x10 mmHg; FC: 42 bpm; SPO2: 97 %

HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm | **Dor:** ( ) Local: Obs.:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3.AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: (X) Consciente (X) Orientado ( ) Confuso ( ) Letárgico ( ) Torporoso ( ) Comatoso ( ) Outro

GLASGOW(3-15): Drogas (Sedação/Analgesia):

Pupilas: (X) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( ) D>E ( ) E>D ( ) Fotorreagentes ( ) Mióticas ( ) Midriáticas

Mobilidade Física: ( ) Preservada ( ) Paresia ( ) Plegia ( ) Parestesia Local:

Linguagem: ( ). Qual? ( ) Disfonia ( ) Afasia ( ) Disfasia ( ) Disartria.

Obs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: (X) Espontânea ( ) Cateter Nasal ( ) Venturi % l/min ( ) Traqueostomia ( ) Ayre/Tubo T

( ) VMNI ( ) VMI TOT nº Comissura labial nº FiO2 % PEEP cmH_2O

( ) Eupnéia; ( ) Taquipnéia ( ) Bradipnéia ( ) Dispnéia ( ) Outros:

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: ( ) Diminuídos ( )D ( )E

Ruídos adventícios: ( ) Roncos ( ) Sibilos ( ) Estridor ( ) Outros:

Tosse: ( ) Improdutiva ( ) Produtiva | **Expectoração:** ( ) Quantidade e aspecto:

Aspiração: Quantidade e aspecto: | **Dreno de tórax:** ( )D ( )E ( ) Selo d'água:

Data da inserção do dreno / / Aspecto da drenagem torácica:

Gasometria arterial: PH PCO_2 PO_2 HCO_3 EB SpO_2 Data:___/___/___ Hora:

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração: ( )Visão ( )Audição ( )Tato ( )Olfato ( )Paladar Observação:

SEGURANÇA FÍSICA

(X) Tranquilo ( ) Agitado ( ) Agressivo. ( ) Risco de queda. Observação:

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

Pulso: ( ) Regular ( ) Irregular ( ) Impalpável ( ) Filiforme ( ) Cheio.

Pele: (X) Corada ( ) Hipocorada ( ) Cianose ( ) Sudorese ( ) Fria ( )

Tempo de enchimento capilar: (X) ≤ 3 segundos; ( ) >3 segundos. ( ) Tu

Drogas vasoativas: ( ) Quais?

Ausculta cardíaca: ( ) Rítmica ( ) Arrítmica ( ) Sopro ( ) Outro. Marca

Cateter vascular: (X) Periférico ( ) Central ( ) Dissecção. Localização:

Edema: ( ) MMSS ( ) MMII ( ) Face ( ) Anasarca. Observações:

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)

Tipo somático: (X) Nutrido ( ) Emagrecido ( ) Caquético ( ) Obeso.

Dentição: (X) Completa ( ) Incompleta ( ) Prótese.

Alimentação: (X) VO ( ) SNG ( ) SNE ( ) Gastronomia ( ) Jejunostomia ( )

Alterações: ( ) Inapetência ( ) Disfagia ( ) Intolerância alimentar ( ) V

Abdômen: (X) Normotenso ( ) Distendido ( ) Tenso ( ) Ascítico ( ) Outros

RHA: ( ) Normoativos ( ) Ausentes ( ) Diminuídos ( ) Aumentados

Eliminação intestinal: (X) Normal ( ) Líquida ( ) Constipado há dias

Eliminação urinária: (X) Espontânea ( ) Retenção ( ) Incontinência ( ) He

Aspecto: ( ) Outros: Observações:

INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA

Condição da pele: ( ) Íntegra ( ) Ressecada ( ) Equimoses ( ) Hemato

Coloração da pele: ( ) Normocorada ( ) Hipocorada ( ) Ictérica ( ) Cianót

Condições das mucosas: ( ) Úmidas ( ) Secas | **Manifestações de sede:**

Incisão cirúrgica: ( ) Local/Aspecto: PPF – OP

Dreno: ( ) Tipo/Aspecto: Débito:

Úlcera de pressão: ( ) Estágio: Local: Descri

CUIDADO CORPORAL

Cuidado corporal: ( ) Independente ( ) Dependente (X) Parcialmente de

Higiene corporal: (X) Satisfatória ( ) Insatisfatória | **Higiene Corporal:** ( ) S

Limitação física: ( ) Acamado ( ) Cadeira de rodas ( ) Outro:

SONO E REPOUSO

( ) Preservado ( ) Insônia ( ) Dorme durante o dia (X) Sono interrompido

4 – NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL

Comunicação: ( ) Preservada ( ) Prejudicada | **Sentimentos e comporta**

( ) Ansiedade ( ) Ausência de familiares/visita ( ) Outros:

5 – NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS

RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE

Tipo: ( ) Praticante ( ) Não praticante. Ob

INTERCORRÊNCIAS

11/03/2019, 16h20. Paciente internado há 4 dia
dico de fratura de tornozelo & digo dir
gico conforme SAE. Paciente queixa-se
algumas comidas da sua dieta e g
atendimento psicológico. Aguarda a
cuidados da enfermagem. Ac. Enf.

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: Raimunda Carmelo Andino S Paiva ENFERMEIRA COREN-PB: 458659 DATA:

FONTE: BORDINHÃO, R.C; Coleta de dados por meio de grupo foca

GOVERNO DA PARAÍBA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: José Bento da Silva | Registro: | Leito: 04/03 | Setor Atual: Ortopedia

2.AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: Irpm; PA: mmHg; FC: bpm; SPO2: %

HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm | Dor: ( ) Local: Obs.:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3.AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: (X) Consciente (X) Orientado ( ) Confuso ( ) Letárgico ( ) Torporoso ( ) Comatoso ( ) Outro

GLASGOW(3-15): Drogas (Sedação/Analgesia):

Pupilas: (X) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( ) D>E ( ) E>D ( ) Fotorreagentes ( ) Mióticas ( ) Midriáticas

Mobilidade Física: ( ) Preservada ( ) Paresia ( ) Plegia ( ) Parestesia Local:

Linguagem: ( ). Qual? ( ) Disfonia ( ) Afasia ( ) Disfasia ( ) Disartria.

Obs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: (X) Espontânea ( ) Cateter Nasal ( ) Venturi % l/min ( ) Traqueostomia ( ) Ayre/Tubo T

( ) VMNI ( ) VMI TOT nº Comissura labial nº FiO2 % PEEP cmH_2O

( ) Eupnéia; ( ) Taquipnéia ( ) Bradipnéia ( ) Dispnéia ( ) Outros:

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: ( ) Diminuídos ( )D ( )E

Ruídos adventícios: ( ) Roncos ( ) Sibilos ( ) Estridor ( ) Outros:

Tosse: ( ) Improdutiva ( ) Produtiva | Expectoração: ( ) Quantidade e aspecto:

Aspiração: Quantidade e aspecto: | Dreno de tórax: ( )D ( )E ( ) Selo d'água:

Data da inserção do dreno / / Aspecto da drenagem torácica:

Gasometria arterial: PH PCO_2 PO_2 HCO_3 EB SpO_2 Data: ___/___/___ Hora:

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração: ( )Visão ( )Audição ( )Tato ( )Olfato ( )Paladar Observação:

SEGURANÇA FÍSICA

(X) Tranquilo ( ) Agitado ( ) Agressivo. ( ) Risco de queda. Observação:

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

Pulso: (X) Regular ( ) Irregular ( ) Impalpável ( ) Filiforme (X) Cheio.

Pele: ( ) Corada ( ) Hipocorada ( ) Cianose ( ) Sudorese ( ) Fria ( ) Ac

Tempo de enchimento capilar: ( ) ≤ 3 segundos; ( ) >3 segundos. ( ) Turg

Drogas vasoativas: ( ) Quais?

Ausculta cardíaca: ( ) Rítmica ( ) Arritmica ( ) Sopro ( ) Outro. Marcap

Cateter vascular: (X) Periférico ( ) Central ( ) Dissecção. Localização:

Edema: ( ) MMSS ( ) MMII ( ) Face ( ) Anasarca. Observações:

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)

Tipo somático: (X) Nutrido ( ) Emagrecido ( ) Caquético ( ) Obeso.

Dentição: ( ) Completa ( ) Incompleta ( ) Prótese.

Alimentação: (X)VO ( )SNG ( )SNE ( )Gatronomia ( )Jejunostomia ( ) N

Alterações: ( ) Inapetência ( ) Disfagia ( ) Intolerância alimentar ( ) Vô

Abdômen: ( )Normotenso ( )Distendido ( )Tenso ( )Ascítico ( )Outros:

RHA: ( )Normoativos ( )Ausentes ( )Diminuídos ( )Aumentados

Eliminação intestinal: (X)Normal ( )Liquida ( )Constipado há dias (

Eliminação urinária: (X)Espontânea ( )Retenção ( )Incontinência ( )Hem

Aspecto: ( )Outros: Observações:

INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA

Condição da pele: ( ) Íntegra ( ) Ressecada ( ) Equimoses ( ) Hematom

Coloração da pele: (X)Normocorada ( )Hipocorada ( )Ictérica ( )Cianótic

Condições das mucosas: ( )Úmidas ( )Secas | Manifestações de sede: (

Incisão cirúrgica: ( ) Local/Aspecto:

Dreno: ( ) Tipo/Aspecto: Débito:

Úlcera de pressão: ( )Estágio: Local: Descriç

CUIDADO CORPORAL

Cuidado corporal: ( ) Independente ( ) Dependente (X) Parcialmente dep

Higiene corporal: (X)Satisfatória ( )Insatisfatória | Higiene Corporal: ( )S

Limitação física: ( )Acamado ( ) Cadeira de rodas (X) Outro: deamb

SONO E REPOUSO

(X) Preservado ( ) Insônia ( ) Dorme durante o dia ( ) Sono Interrompido.

4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL

Comunicação: (X) Preservada ( ) Prejudicada | Sentimentos e comportam

( ) Ansiedade ( ) Ausência de familiares/visita ( ) Outros:

5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS

RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE

Tipo: ( ) Praticante ( ) Não praticante. Obs

INTERCORRÊNCIAS

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: Dra Valuska Lima de Carvalho ENFERMEIRA COREN-PB 358.098 DATA:

FONTE: BORDINHÃO, R.C; Coleta de dados por meio de grupo focal

GOVERNO DA PARAÍBA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: José Bento da Silva | Registro: | Leito: 63 | Setor Atual:

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: irpm; PA: 150x90 mmHg; FC: 63 bpm; SPO2: %

HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm | Dor: ( ) Local: Obs.:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: (✓) Consciente (✓) Orientado ( ) Confuso ( ) Letárgico ( ) Torporoso ( ) Comatoso ( ) Outro

GLASGOW(3-15): Drogas (Sedação/Analgesia):

Pupilas: ( ) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( ) D>E ( ) E>D ( ) Fotorreagentes ( ) Mióticas ( ) Midriáticas

Mobilidade Física: ( ) Preservada ( ) Paresia ( ) Plegia ( ) Parestesia Local:

Linguagem: ( ). Qual? ( ) Disfonia ( ) Afasia ( ) Disfasia ( ) Disartria.

Obs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: (✓) Espontânea ( ) Cateter Nasal ( ) Venturi % l/min ( ) Traqueostomia ( ) Ayre/Tubo T

( ) VMNI ( ) VMI TOT nº Comissura labial nº FiO2 % PEEP cmH2O

(✓) Eupnéia; ( ) Taquipnéia ( ) Bradipnéia ( ) Dispnéia ( ) Outros:

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: ( ) Diminuídos ( )D ( )E

Ruídos adventícios: ( ) Roncos ( ) Sibilos ( ) Estridor ( ) Outros:

Tosse: ( ) Improdutiva ( ) Produtiva | Expectoração: ( ) Quantidade e aspecto:

Aspiração: Quantidade e aspecto: | Dreno de tórax: ( )D ( )E ( ) Selo d'água:

Data da inserção do dreno / / Aspecto da drenagem torácica:

Gasometria arterial: PH PCO_2 PO_2 HCO_3 EB SpO_2 Data: / / Hora:

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração: ( )Visão ( )Audição ( )Tato ( )Olfato ( )Paladar Observação:

SEGURANÇA FÍSICA

(✓) Tranquilo ( ) Agitado ( ) Agressivo. ( ) Risco de queda. Observação:

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

Pulso: (✓) Regular ( ) Irregular ( ) Impalpável ( ) Filiforme ( ) Cheio.

Pele: (✓) Corada ( ) Hipocorada ( ) Cianose ( ) Sudorese ( ) Fria ( ) Aque

Tempo de enchimento capilar: ( ) ≤ 3 segundos; ( ) >3 segundos. ( ) Turgênc

Drogas vasoativas: ( ) Quais?

Ausculta cardíaca: ( ) Rítmica ( ) Arrítmica ( ) Sopro ( ) Outro. Marcapass

Cateter vascular: (✓) Periférico ( ) Central ( ) Dissecção. Localização: MS

Edema: ( ) MMSS ( ) MMII ( ) Face ( ) Anasarca. Observações:

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)

Tipo somático: (✓) Nutrido ( ) Emagrecido ( ) Caquético ( ) Obeso.

Dentição: ( ) Completa ( ) Incompleta ( ) Prótese.

Alimentação: (✓)VO ( )SNG ( )SNE ( )Gatronomia ( )Jejunostomia ( ) NPT; H

Alterações: ( ) Inapetência ( ) Disfagia ( ) Intolerância alimentar ( ) Vômito

Abdômen: (✓)Normotenso ( )Distendido ( )Tenso ( )Ascítico ( )Outros:

RHA: ( )Normoativos ( )Ausentes ( )Diminuídos ( )Aumentados

Eliminação intestinal: ( )Normal ( )Líquida ( )Constipado há dias ( )Ou

Eliminação urinária: ( )Espontânea ( )Retenção ( )Incontinência ( )Hematúri

Aspecto: ( )Outros: Observações:

INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA

Condição da pele: ( ) Íntegra ( ) Ressecada ( ) Equimoses ( ) Hematomas (

Coloração da pele: (✓)Normocorada ( )Hipocorada ( )Ictérica ( )Cianótica | Tur

Condições das mucosas: ( )Úmidas ( )Secas | **Manifestações de sede:** ( ).

Incisão cirúrgica: ( ) Local/Aspecto:

Dreno: ( ) Tipo/Aspecto: Débito:

Úlcera de pressão: ( )Estágio: Local: Descrição:

CUIDADO CORPORAL

Cuidado corporal: ( ) Independente ( ) Dependente (✓) Parcialmente dependente

Higiene corporal: (✓)Satisfatória ( )Insatisfatória | **Higiene Corporal:** ( )Satisfatór

Limitação física: ( )Acamado ( ) Cadeira de rodas ( ) Outro:

SONO E REPOUSO

(✓) Preservado ( ) Insônia ( ) Dorme durante o dia ( ) Sono Interrompido. Observ

4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL

Comunicação: (✓) Preservada ( ) Prejudicada | **Sentimentos e comportamentos:** (

( ) Ansiedade ( ) Ausência de familiares/visita ( ) Outros:

5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS

RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE

Tipo:

( ) Praticante ( ) Não praticante. Observações

INTERCORRÊNCIAS

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:

Enfª [illegible]

COREN 236624

DATA: 19/03/1

FONTE: BORDINHÃO, R.C; Coleta de dados por meio de grupo focal. Porto Alegre (

GOVERNO DA PARAÍBA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: José Bento da Silva | Registro: | Leito: Gd. 3 | Setor Atual: Gd. 1

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Ta: 34,7 °C; P: 92 bpm; FR: irpm; PA: 140x0 mmHg; FC: bpm; SPO2: %

HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm | **Dor:** ( ) Local: Obs.:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: (X) Consciente ( ) Orientado ( ) Confuso ( ) Letárgico ( ) Torporoso ( ) Comatoso ( ) Outro

GLASGOW(3-15): Drogas (Sedação/Analgesia):

Pupilas: ( ) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( ) D>E ( ) E>D ( ) Fotorreagentes ( ) Mióticas ( ) Midriáticas

Mobilidade Física: ( ) Preservada ( ) Paresia ( ) Plegia ( ) Parestesia Local:

Linguagem: ( ). Qual? ( ) Disfonia ( ) Afasia ( ) Disfasia ( ) Disartria.

Obs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: (X) Espontânea ( ) Cateter Nasal ( ) Venturi % l/min ( ) Traqueostomia ( ) Ayre/Tubo T

( ) VMNI ( ) VMI TOT nº Comissura labial nº FiO2 % PEEP cmH_2O

(X) Eupnéia; ( ) Taquipnéia ( ) Bradipnéia ( ) Dispnéia ( ) Outros:

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: ( ) Diminuídos ( )D ( )E

Ruídos adventícios: ( ) Roncos ( ) Sibilos ( ) Estridor ( ) Outros:

Tosse: ( ) Improdutiva ( ) Produtiva | **Expectoração:** ( ) Quantidade e aspecto:

Aspiração: Quantidade e aspecto: | **Dreno de tórax:** ( )D ( )E ( ) Selo d'água:

Data da inserção do dreno / / Aspecto da drenagem torácica:

Gasometria arterial: PH PCO_2 PO_2 HCO_3 EB SpO_2 Data: ___/___/___ Hora:

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração: ( )Visão ( )Audição ( )Tato ( )Olfato ( )Paladar Observação:

SEGURANÇA FÍSICA

(X) Tranquilo ( ) Agitado ( ) Agressivo. ( ) Risco de queda. Observação:

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

Pulso: ( ) Regular ( ) Irregular ( ) Impalpável ( ) Filiforme ( ) Cheio.

Pele: ( ) Corada ( ) Hipocorada ( ) Cianose ( ) Sudorese ( ) Fria ( ) Aque

Tempo de enchimento capilar: ( ) ≤ 3 segundos; ( ) >3 segundos. ( ) Turgênc

Drogas vasoativas: ( ) Quais?

Ausculta cardíaca: ( ) Rítmica ( ) Arrítmica ( ) Sopro ( ) Outro. Marcapass

Cateter vascular: (X) Periférico ( ) Central ( ) Dissecção. Localização:

Edema: ( ) MMSS ( ) MMII ( ) Face ( ) Anasarca. Observações:

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)

Tipo somático: (X) Nutrido ( ) Emagrecido ( ) Caquético ( ) Obeso.

Dentição: ( ) Completa ( ) Incompleta ( ) Prótese.

Alimentação: (X)VO ( )SNG ( )SNE ( )Gatronomia ( )Jejunostomia ( ) NPT;

Alterações: ( ) Inapetência ( ) Disfagia ( ) Intolerância alimentar ( ) Vômitc

Abdômen: ( )Normotenso ( )Distendido ( )Tenso ( )Ascítico ( )Outros:

RHA: ( )Normoativos ( )Ausentes ( )Diminuídos ( )Aumentados

Eliminação intestinal: (X)Normal ( )Líquida ( )Constipado há dias ( )C

Eliminação urinária: (X)Espontânea ( )Retenção ( )Incontinência ( )Hemat

Aspecto: ( )Outros: Observações:

INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA

Condição da pele: ( ) Íntegra ( ) Ressecada ( ) Equimoses ( ) Hematomas

Coloração da pele: ( )Normocorada ( )Hipocorada ( )Ictérica ( )Cianótica

Condições das mucosas: ( )Úmidas ( )Secas | **Manifestações de sede:** ( ).

Incisão cirúrgica: ( ) Local/Aspecto:

Dreno: ( ) Tipo/Aspecto: Débito:

Úlcera de pressão: ( )Estágio: Local: Descrição:

CUIDADO CORPORAL

Cuidado corporal: ( ) Independente (X) Dependente ( ) Parcialmente depend

Higiene corporal: (X)Satisfatória ( )Insatisfatória | **Higiene Corporal:** ( )Satis

Limitação física: ( )Acamado ( ) Cadeira de rodas ( ) Outro:

SONO E REPOUSO

(X) Preservado ( ) Insônia ( ) Dorme durante o dia ( ) Sono Interrompido. Ob

4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL

Comunicação: (X) Preservada ( ) Prejudicada | **Sentimentos e comportamen**

( ) Ansiedade ( ) Ausência de familiares/visita ( ) Outros:

5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS

RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE

Tipo: ( ) Praticante ( ) Não praticante. Observa

INTERCORRÊNCIAS

Paciente admitido pa
Cirurgia segue aos cuidado
gem.

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: COREN 57964 DATA: 19

FONTE: BORDINHÃO, R.C; Coleta de dados por meio de grupo focal. Pc

GOVERNO DA PARAÍBA SEGUE o trabalho

SOLICITAÇÃO PARA AQUISIÇÃO DE ÓRTOSE / PRÓTESE

NOME DO PACIENTE: José Bento **IDADE**____

( ) PACIENTE INTERNADO ENFERMARIA :_____ **LEITO:**____ **DATA** __/__/__

DIAGNÓSTICO:

MATERIAL ESPECIAL:

JUSTIFICATIVA MÉDICA DA SOLICITAÇÃO DO MATERIAL:

Dr. Wagner Falcão
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 3613

ASSINATURA E CARIMBO

PARECER DA DIREÇÃO TÉCNICA:

ASSINATURA E CARIMBO

Dr. André Luiz Barbosa Bezerra de Lima
Clínica Médica | Dermatologia Cirúrgica
CRM 6567/PB

Laudo Médico

O paciente José Bento da Silva é portador de CID 10 S82+T93 devido acidente de queda de duas alturas e apresenta sequela com comprometimento de 65% da região afetada levando ao acometimento (estético motor) bilateral da região.

Diagnóstico Segundo exames de imagem

Segue em Anexo

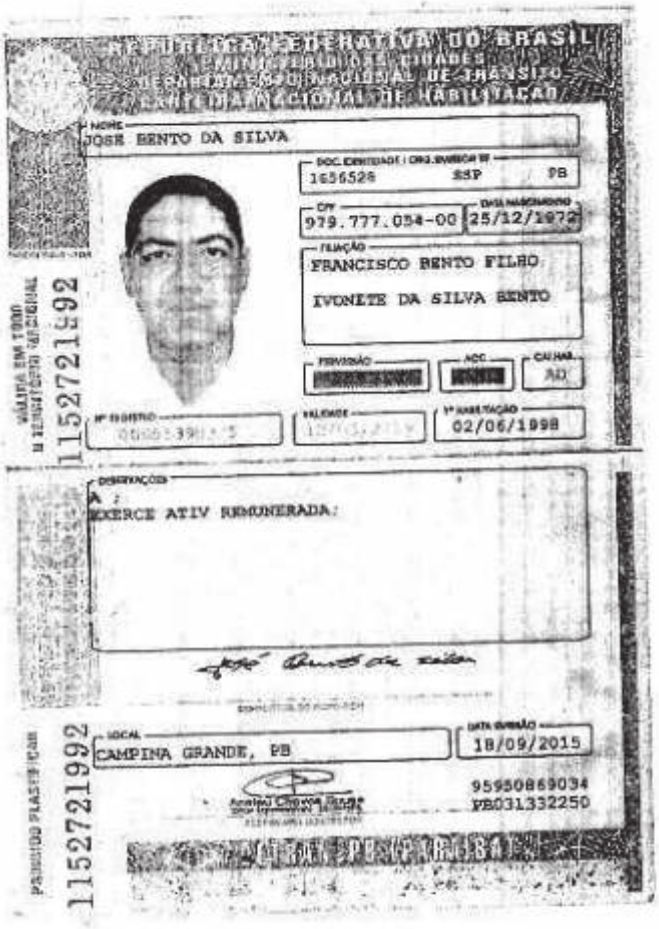
Diagnóstico Segundo Anamnese e exame Físico

23/10

CID S82+T93

Dr. André Luiz B. B. de Lima
Médico / Clínica Geral
CRM-PB 6567
CPF 887 712 104-15

Rua. Carolino Cardoso n° 634 Praia do Poço - Cabedelo
drandrelima2006@yahoo.com.br
83 98771.5270 83 98877.8954



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
JOSE BENTO DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
1656528 SSP PB

CPF
979.777.054-00

DATA NASCIMENTO
25/12/1972

FILIAÇÃO
FRANCISCO BENTO FILHO
IVONETE DA SILVA BENTO

PERMISSÃO

ACC

CAT. HAB.
AD

Nº REGISTRO
00061390175

VALIDADE
12/05/2019

1ª HABILITAÇÃO
02/06/1998

OBSERVAÇÕES
A :
EXERCE ATIV REMUNERADA:

LOCAL
CAMPINA GRANDE, PB

DATA EMISSÃO
18/09/2015

95950869034
PB031332250

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1152721992

PADRÃO PLASTIFICAR

1152721992

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
16 AGO. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e

Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: ***3190484662***

Nome do(a) Examinado(a): ***JOSE BENTO DA SILVA***

Endereço do(a) Examinado(a):

R STA TEREZINHA, 51 - Campina Grande - PB - CEP 58431-063

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [***ssp /PB***] ***1656528***

Data e local do acidente: [***17/03/2019***] ***Br 230 - Lagoa de Dentro***

Data e local do exame: [***11/11/2019***] ***Campina Grande*** [***PB***]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Fratura do 2° e 5° metatarsianos direitos. Fratura do maléolo lateral direito.

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Ao exame apresenta-se deambulando com edema residual localizado em dorso do pé direito. Deformidade com cicatrizes na face lateral do tornozelo direito e em dorso do pé direito. Limitação da flexão dorsal do pé direito. Redução dos movimentos de flexão e extensão do 2° e 5° pododáctilos direitos com redução da força.

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[***X***] Sim [ ] Não

IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Submetido a tratamento cirúrgico com fixação de placa e parafusos corticais na fíbula e fio intramedular nos metatarsos. Evoluiu sem complicações com alta hospitalar.

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[***X***] Sim [ ] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Limitação funcional do 2º pododáctilo direito, Limitação funcional do 5º pododáctilo direito, Limitação funcional do tornozelo direito

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".

VII. Segundo previsto no inciso II, §1° do art. 3° da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31° da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

( ) "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser repetida em ___ dias

( ) "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas ás regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):
Tornozelo direito
% do dano: (X) 10% residual ( ) 25% leve ( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):
2º pododáctilo direito
% do dano: ( ) 10% residual (X) 25% leve ( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):
5º pododáctilo direito
% do dano: ( ) 10% residual (X) 25% leve ( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):
_____
% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve ( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

Vítima indenizada anteriormente através de análise médica documental referente a uma limitação funcional do tornozelo direito em grau moderado. Perícia médica atual estimou uma sequela correspondente a uma limitação funcional em grau residual do tornozelo direto, uma limitação funcional em grau leve dos 2º e 5º pododáctilos direitos. Deverá ser efetuado um complemento, adequando a indenização.

Bruno Bezerra Brilhante - CRM: 6492 - PB

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190484662 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: JOSE BENTO DA SILVA **Data do acidente:** 17/03/2019 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER

Diagnóstico: Fratura do 2° e 5° metatarsianos direitos. Fratura do maléolo lateral direito.

Descrição do exame físico: Ao exame apresenta-se deambulando com edema residual localizado em dorso do pé direito. Deformidade com cicatrizes na face lateral do tornozelo direito e em dorso do pé direito. Limitação da flexão dorsal do pé direito. Redução dos movimentos de flexão e extensão do 2° e 5° pododáctilos direitos com redução da força.

Resultados terapêuticos: Submetido a tratamento cirúrgico com fixação de placa e parafusos corticais na fíbula e fio intramedular nos metatarsos. Evoluiu sem complicações com alta hospitalar.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do 2º pododáctilo direito, Limitação funcional do 5º pododáctilo direito, Limitação funcional do tornozelo direito

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 11/11/2019

Conduta mantida: Não

Observações: Vítima indenizada anteriormente através de análise médica documental referente a uma limitação funcional do tornozelo direito em grau moderado. Perícia médica atual estimou uma sequela correspondente a uma limitação funcional em grau residual do tornozelo direto, uma limitação funcional em grau leve dos 2º e 5º pododáctilos direitos. Deverá ser efetuado um complemento, adequando a indenização.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau leve - 25 %	5%	R$ 675,00
		Total	**5 %**	**R$ 675,00**

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190484662 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: JOSE BENTO DA SILVA **Data do acidente:** 17/03/2019 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER

Diagnóstico: Fratura do 2° e 5° metatarsianos direitos. Fratura do maléolo lateral direito.

Descrição do exame físico: Ao exame apresenta-se deambulando com edema residual localizado em dorso do pé direito. Deformidade com cicatrizes na face lateral do tornozelo direito e em dorso do pé direito. Limitação da flexão dorsal do pé direito. Redução dos movimentos de flexão e extensão do 2° e 5° pododáctilos direitos com redução da força.

Resultados terapêuticos: Submetido a tratamento cirúrgico com fixação de placa e parafusos corticais na fíbula e fio intramedular nos metatarsos. Evoluiu sem complicações com alta hospitalar.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do 2º pododáctilo direito, Limitação funcional do 5º pododáctilo direito, Limitação funcional do tornozelo direito

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 11/11/2019

Conduta mantida: Não

Observações: Vítima indenizada anteriormente através de análise médica documental referente a uma limitação funcional do tornozelo direito em grau moderado. Perícia médica atual estimou uma sequela correspondente a uma limitação funcional em grau residual do tornozelo direto, uma limitação funcional em grau leve dos 2º e 5º pododáctilos direitos. Deverá ser efetuado um complemento, adequando a indenização.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau leve - 25 %	5%	R$ 675,00
		Total	**5 %**	**R$ 675,00**

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LIDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190484662 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: JOSE BENTO DA SILVA **Data do acidente:** 17/03/2019 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TORNOZELO (MALÉOLO)DIREITO. (PAG.04.05)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE KIRSCHNER). ALTA MÉDICA. (PAG.15)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE TORNOZELO DIREITO

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LIDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190484662 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: JOSE BENTO DA SILVA **Data do acidente:** 17/03/2019 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TORNOZELO DIREITO. (PAG.04.05)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE KIRSCHNER). ALTA MÉDICA. (PAG.15)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE TORNOZELO DIREITO

Documentos complementares:

Observações: REANÁLISE CONCLUÍDA E NÃO VISUALIZADO DOCUMENTAÇÃO MÉDICA-HOSPITALAR NOVA QUE EVIDENCIE AGRAVAMENTO DE SEQUELA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE SEGUNDO LEI VIGENTE. CONDUTA MANTIDA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R$ 0,00