

Documentos de identificação

[illegible]



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, CRISTIANO SIMÕES RIBEIRO,

RG nº 2299387, data de expedição 12/06/96, Órgão SSP/PB

CPF nº 032267824-28, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA HENRIQUE PACÍFICO</u>
Número	<u>180</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>BELA VISTA</u>
Cidade	<u>GUARABIRA</u>
Estado	<u>PB</u>
CEP	<u>58200-000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 98617-7056</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: GUARABIRA, 29 DE NOVEMBRO DE 2018

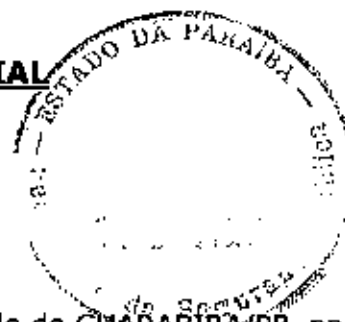
Assinatura do Declarante: Cristiano Simões Ribeiro



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Ocorrência nº. 302/2018
Livro nº 001/2018
Fls. 72v

Comprovação de ato declaratório



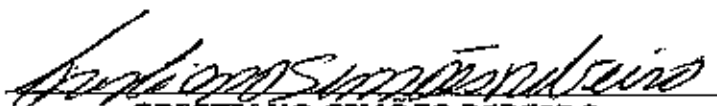
Aos QUATRO dias de SETEMBRO de DOIS MIL E DEZOITO, nesta cidade de GUARABIRA/PB, na Delegacia de Policia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **HUGO PEREIRA LUCENA**, Delegado(a) de Policia Civil, comigo, escrevã(o) do seu cargo, aí, por volta 09h20min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

CRISTIANO SIMÕES RIBEIRO, brasileiro, natural de Guarabira/PB, com 37 anos de idade, casado, comerciante, nascido em 10/09/1980, filho de João Galdino Ribeiro Segundo e Maria Simões Ferreira, RG nº 2299387 SSP/PB, CPF nº 032.267.824-28, residente na rua Rua Henrique Pacífico, nº 180, Bairro Primavera, Guarabira/PB, Fone contato (83) 98617-7056

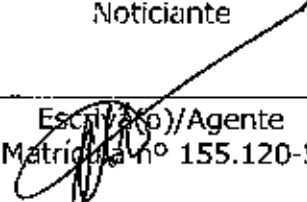
A quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Policia Civil, para registrar o seguinte:

QUE, no dia 31/05/2018, por volta das 20h40min, trafegava pela Rodovia 073, sítio Nica, município de Sertãozinho/PB, na moto Honda/NXR 150 Bros ES, placa NQD 5241/PB, chassi 9C2KD0550ER209524, renavam 0100020219-1, ano/modelo 2013/2014, em nome do noticiante, quando, ao cruzar com um veículo com luz alta, perdeu o controle da moto, colidindo com a parede de uma residência; QUE foi socorrido pelo Corpo de Bombeiros para o Hospital Regional de Guarabira/PB e, em seguida, transferido para o Hospital de Traumas da Capital, onde foi constatada Ruptura Traumática da Sínfase Púlica e Múltiplas de Ossos Metacarpianos, conforme laudo médico que apresenta nesta oportunidade; QUE possui CNH nº 03372392528, categoria AB. Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrevã(o) que digitei.

Guarabira/PB, 04 de Setembro de 2018.


CRISTIANO SIMÕES RIBEIRO

Noticiante


Escritário/Agente
Matrícula nº 155.120-5



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 entre 16 e 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 ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo CRISTIANO SIMÕES RIBEIRO		CPF titular da conta 0322.678.24-22	Profissão VENDEDOR
Endereço RUA HENRIQUE PACÍFICO		Número 180	Complemento
Bairro BELA VISTA	Cidade GUARABIRA	Estado PB	CEP 58200-000
Email		Telefone (DDD)	

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)

AGÊNCIA NRO. **0042** D/V ☐ **CONTA** NRO. **00087092** D/V **8**
 (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

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

BANCO Nome NRO.
AGÊNCIA NRO. D/V ☐ **CONTA** NRO. D/V ☐
 (Informar dígito se existir) (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.

GUARABIRA, 29 de NOVEMBRO de 2018

Local e Data

[Assinatura do Beneficiário]

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



POLICIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I /CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



WV

DADOS DO ACIDENTE

Nº BOAT 53/2018	Responsável pelo Levantamento do Acidente: CENILDO	Posto/Graduação: 3º SARGENTO
Rua, Avenida, Cruzamento, Rodovia, KM, Trecho da Rodovia: RODOVIA PB 085	Hora 21:00	Beiro SÍTIO NICA
Município: BELÉM	UF PB	
Data/Ocorrência 31/05/2018	Dia da Semana QUINTA	C/S Vítima (QT) SIM 01
Natureza do Acidente QUEDA/CHOQUE	Tipo de pavimento ASFALTO	Condições/Via SECA
Tempo BOM		
Envolvidos no acidente (Quantidade) 01 MOTOCICLETA	Controle do tráfego no local SEM CONTROLE	

CONDUTOR 01

Nome CRISTIANO SIMÕES RIBEIRO	Sexo MASCULINO	Nascimento 10/09/1980	RG 2299387
Endereço RUA HENRIQUE PACÍFICO Nº 180, BAIRRO PRIMAVERA, GUARABIRA - PB			
1ª Habilitação XXXXXXX	Categoria AB	Registro CNH N.º 03372392528	U.F. PB
Ex.méd./Dia SIM	Data Vencimento 10/01/2019	Usava cinto	Usava Capacete SIM
Exame de Embriaguez Alcoólica NÃO	Destino do Condutor HOSPITAL REGIONAL DE GUARABIRA - PB		

VEÍCULO 01

Marca HONDA BROS ES	Espécie PAS/MOTOCICLETA	Placa NQD 5241	Categoria PARTICULAR	Município GUARABIRA	U.F. PB
Nome do Proprietário CRISTIANO SIMÕES RIBEIRO					
Seguradora DPVAT	Bilhete Nº 012506240499	Renavan Nº 01000202191	Data da Emissão 23/03/2016		
Defeitos					

VERSÃO DO CONDUTOR 01

Condutor foi socorrido para o Hospital, por esse motivo não foi possível colher a versão do mesmo.

Boletim de ocorrência



RECEBIDO

06 DEZ 2018

CONDUTOR 02

Seguradora Lider DPVAT

Nome	Sexo	Nascimento	RG
Endereço			
1ª Habilitação	Categoria	Registro CNH N.º	U.F.
Ex.méd./Dia	Data Vencimento	Usava cinto	Usava Capacete
Exame de Embriaguez Alcoólica	Destino do Condutor		
VEÍCULO 02			
Marca	Espécie	Placa	Categoria
Município	U.F.		
Nome do Proprietário			
Seguradora	Bilhete Nº	Renavan Nº	Data da Emissão
Defeitos			

VERSÃO DO CONDUTOR 02

POLICIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
2º CPTRAN - BPTRAN

Esta cópia é fiel
reprodução da original
Em, 29/07/2018

Assinatura - Mtd.

Rio de Janeiro, 18 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180581346

Vítima: CRISTIANO SIMOES RIBEIRO

Data do Acidente: 31/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CRISTIANO SIMOES RIBEIRO

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

OUT

SISTEMA DAS CIDADES

DENITRAN

DETTRAN - PB Nº 013931288551

CERTIFICADO DE RESERVA DE DOMINIO E INTERVENIENDO DE VEICULO

DATA DE EMISSÃO 2018/06/06 Nº 000000000 2018

1 0100020219-1 00/00000000 2018

CRISTIANO SIMÕES RIBEIRO

03226782428 MOD5241/PB

NOVO PB 9C2KD0550ER209524

PAS/MOTOCICLER/MAG APPLIC COMBUSTIVEL

HONDA/NXR150 BROS ES MARCA/MODELO

2013 2014 ANO FAB - ANO VENC

2 P/149 /CI PARTIC CATEGORIA

VENO COTA ÚNICA 1º VENC 2018

00/00/0000 2º

00/00/0000 3º

PAGAMENTO / COTAS

PAGAMENTO TOTAL (R\$)

P A G O 08/06/2018

SEM RESERVA DE DOMINIO

GUARABIRA-PB LOCAL

08/06/2018 DATA

32549

11622

11622-1005034-20180608

11622

11622

11622

11622

11622

11622

11622

11622

11622

11622

11622

11622

11622

11622

11622

11622

11622

11622

11622

11622

11622

11622

PB Nº 013931288551 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTÉ É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

COBRADO DATA DE EMISSÃO

2018 08/06/2018

1 03226782428 MOD5241/PB

11000202191 HONDA/NXR150 BROS ES

2013 9 9C2KD0550ER209524

PRÊMIO TARIFÁRIO

CUSTO DO SEGURO (R\$)

P A G O

DATA DE OUTRORAÇÃO

08/06/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.968.000/0001-04



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA - IPC
NÚCLEO DE POLÍCIA CIENTÍFICA DE GUARABIRA - NPC-GB
SEÇÃO DE MEDICINA LEGAL



LAUDO TRAUMATOLÓGICO

Nº03.02.06.112018.25617

Laudo do IML - Lesões corporais



Data do exame: 14/11/2018

Hora do exame: 10h34min

ÓRGÃO REQUISITANTE: 2ª DISTRITAL- DELEGACIA DE POLÍCIA DE GUARABIRA/PB;
OFÍCIO Nº: 346/2018; AUTORIDADE SOLICITANTE: DELEGADO HUGO PEREIRA
LUCENA

NOME: CRISTIANO SIMÕES RIBEIRO; CPF 032.267.824-28, 37 ANOS, FILHO DE
MARIA SIMÕES FERREIRA.

HISTÓRICO: A VÍTIMA INFORMA QUE SOFREU ACIDENTE MOTOCICLISTICO EM
31/05/18.

DESCRIÇÃO: O PERICIANDO APRESENTA AS LESÕES: 1. CICATRIZ
HIPERCRÔMICA, ERITEMATOSA, HIPOTRÓFICA, LINEAR, EM REGIÃO
SUPRAPÚBICA, MEDINDO 13 CENTÍMETROS; 2. QUATRO CICATRIZES
HIPERCRÔMICAS, ATRÓFICAS, CIRCULARES QUE MEDEM 1 CENTÍMETRO EM
REGIÕES INGUINAIS LATERAIS, SENDO DUAS DE CADA LADO; 3. CICATRIZ
HIPERCRÔMICA, HIPOTRÓFICA, ENEGRECIDA EM REGIÃO LATERAL DE COXA
ESQUERDA, MEDINDO 3X2 CENTÍMETROS; 4. CICATRIZ NORMOCRÔMICA,
NORMOTRÓFICA EM REGIÃO MEDIAL DE COXA DIREITA, CONTORNOS
IRREGULARES.

[Handwritten signature]
Pág 1 DE 2

Laudo Nº03.02.06.112018.25617



AUTENTICAÇÃO

Autentico a Presente Fotocópia uma vez que confere com original dou fé. Piripatuba-PB
29/11/2018. Em testº

Maria Verônica Pontes de Sousa (Escrivente Encarregada)
SELO DIGITAL DE FISCALIZAÇÃO do Tipo Normal C -
Consulte a autenticidade em: <https://selodigital.tjpb.jus.br>
Emolumentos: R\$ 2,37 - FEPO: R\$ 0,47 - FARPEN: R\$ 0,28 ISS: R\$ 0,11

[Handwritten signature]
SELO DIGITAL: 4H550120-5N7X
Consulte autenticidade em:
<https://selodigital.tjpb.jus.br>

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0446585/18

Vítima: CRISTIANO SIMOES RIBEIRO

CPF: 032.267.824-28

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 31/05/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: CRISTIANO SIMOES
RIBEIRO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Laudo do IML - Lesões corporais
Outros

Outros



CRISTIANO SIMOES RIBEIRO : 032.267.824-28

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 11/12/2018
Nome: CRISTIANO SIMOES RIBEIRO
CPF: 032.267.824-28

CRISTIANO SIMOES RIBEIRO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/12/2018
Nome: JULIANA MARQUES RODRIGUES
CPF: 149.018.967-09

JULIANA MARQUES RODRIGUES

COPIA ORIGINAL
131 418

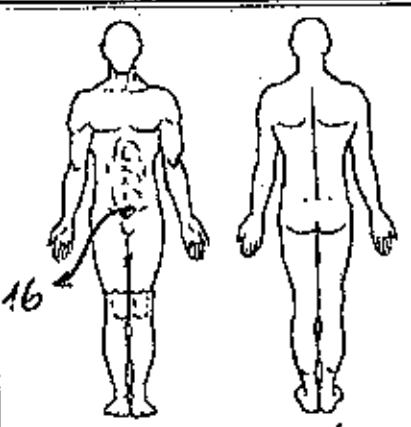
En L

Leonardo X...
Coord. de...
Hos... - HRG
M... 2011-153-7



A10

RELATÓRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Data: 31/05/2018	Ocorrência Nº: 02	VTR: AR-35	Ponto Base:	
Hora do aviso: 20:40	Hora de saída: 20:40	Hora no local: 20:55	Hora no hospital: 21:25	
VTR de apoio:				
Local da ocorrência: Rodovia PB 073				
Endereço: Rodovia PB 073		No:		
Complemento:		Bairro: São João		
Ponto de referência:		Cidade: Santa Rita		
Dados da vítima				
Nome: Cristiano Simões Ribeiro		Idade: 37	Sexo: X M o F	
Raça:	☐ Negro ☒ Pardo ☐ Branco ☐ Indígena ☐ Amarelo			
Endereço: Rua Henrique Pinheiro, nº 180		Telefone:		
Bairro: Primavera		Cidade: Guarabira		
Tipo de ocorrência:				
☐ Colisão: X		☐ Vítima de queda: metros		
☐ Ferimento por arma de fogo		☒ Queda de moto	☐ Afogamento	
☐ Ferimento por arma branca		☐ Atropelamento	☐ Urgência Cardíaca	
☐ Agressão física		☐ Queda de bicicleta	☐ Urgência Respiratória	
☐ Capotamento		☐ Choque elétrico	☐ Urgência Obstétrica	
☐ Desmoronamento/Desabamento/Soterramento		☐ Urgência Psiquiátrica	☐ Combate a Incêndio	
☐ Intoxicação: Agente:		☐ Alagamento	☐ QTA () COCB () Outros	
☐ Queimadura: Agente:		Grau(s): Superfície Corporal Queimada (regra da palma da mão):		
☐ Transporte: Origem:		Destino:	☐ Outros:	
Condições de segurança		Situação da vítima		
Ativação do air bag: ☐ sim ☐ não	☐ Em automóvel	☐ Condutor	☐ Decúbito ventral	
Usava capacete: ☐ sim ☐ não	☐ Em motocicleta	☐ Passageiro dianteiro	☐ Decúbito dorsal	
Usava cinto: ☐ sim ☐ não	☐ Em bicicleta	☐ Passageiro traseiro	☐ Decúbito lateral	
Em faixa de pedestre: ☐ sim ☐ não	☐ Pedestre	☐ Garupa/carona	☐ Deambulando	
Outros:	Outros:	Outros:		
Localização das lesões		Exame da vítima		
		A - Vias aéreas		
01. Abrasão		☒ Permeáveis ☐ Não Permeáveis	☒ Eupnéia	
02. Amputação		☐ Vômito	☐ Apnéia	
03. Avulsão		☐ Sangue	☐ Dispnéia	
04. Contusão		☐ Secreção	☐ Bradipnéia	
05. Empalamento		☐ Queda da língua	☐ Taquipnéia	
06. Encravamento		☐ Corpo estranho	☐ Ruidosa	
07. Esmagamento		☐ Outros		
08. FAB		C - Circulação		
09. FAF		Pulso	Pele	
10. Fratura aberta		☒ Pulso radial	☒ Normal	
11. Fratura fechada		☐ Pulso braquial	☐ Fria	
12. Laceração		☐ Pulso carotídeo	☐ Quente	
13. Luxação		☒ Normal	☐ Sudorese	
14. Paralisia		☐ Aumentado	Perfusão Capilar:	
15. Queimadura		☐ Diminuído	☒ Normal	☐ > 2 segundos
16. Outros: Drenagem da Síndrome Prê-hepática		☐ Ausente	☐ Ausente	
Escala de Coma de Glasgow		D - Neurológico		
Abertura ocular		☒ Isocoria	☐ Anisocoria	☐ Otorragia
Melhor resposta verbal		☐ Midriase	☐ Foto reagente	☐ Rinorragia
Melhor resposta motora		☐ Miose	☐ Não fotoreagente	☐ Convulsões
Total				
Sinais vitais				
Inicial	PA	X	mmHg/FC	bpm
Final	PA	X	mmHg/FC	bpm
FR				
Irrpm SPO2				
%T °C				

CORPO DE BOMBEIROS MILITARES DA PARAÍBA
3º BATALHÃO DE BOMBEIROS MILITARES

ESTA CÓPIA É FIEL REPRESENTAÇÃO DO ORIGINAL

EM: 31/05/2018

Assinatura: [Assinatura]

2º TEN. MAURO JÚLIO R

S27.457-6

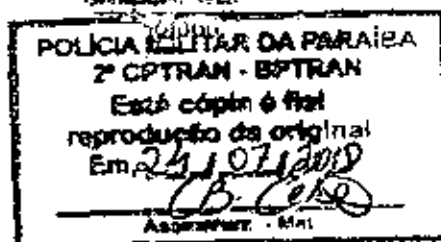


CONTINUAÇÃO DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT Nº 53/2018

CONDUTOR 03

Nome	Sexo	Nascimento	RG
Endereço			
1ª Habilitação	Categoria	Registro CNH N.º	U.F.
	Ex.méd./Dia	Data Vencimento	Usava cinto
Exame de Embriaguez Alcoólica		Destino do Condutor	
VEÍCULO 03			
Marca	Espécie	Placa	Categoria
			Município
Nome do Proprietário			
Seguradora	Bilhete N.º	Renavan N.º	Data da Emissão
Defeitos			

CONVERSÃO DO CONDUTOR 03



CONTINUAÇÃO DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT Nº 53/2018

VÍTIMA 01

Nome	Sexo	Nascimento
CRISTIANO SIMÕES RIBEIRO	MASCULINO	10/09/1980
Endereço		
RUA HENRIQUE PACÍFICO Nº 180, BAIRRO PRIMAVERA, GUARABIRA - PB		
Ferimentos	Viajava no Veículo Nº 01	Usava Cinto
Condição da Vítima	Conduzida Para	
CONDUTOR	HOSPITAL REGIONAL DE GUARABIRA - PB	

VÍTIMA 02

Nome	Sexo	Nascimento
Endereço		
Ferimentos	Viajava no Veículo Nº	Usava Cinto
Condição da Vítima	Conduzida Para	

VÍTIMA 03

Nome	Sexo	Nascimento
Endereço		
Ferimentos	Viajava no Veículo Nº	Usava Cinto
Condição da Vítima	Conduzida Para	

TESTEMUNHA 01

Nome	Sexo	Nascimento
Endereço		
CPF	Identidade	Órgão Emissor
		U. F.

TROUXE RELATÓRIO DE CIRURGIA DO HOSPITAL DE TRAUMA DE JOÃO PESSOA COM DIAGNÓSTICO DE DISJUNÇÃO DE SÍFISE PÚBLICA E TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FIXAÇÃO EXTERNA DA BACIA, EMITIDO POR DR. DANIEL CONSERVA ARRUDA, CRM 11134, EM 01/06/18.

QUESITOS:

- 1º - Há ferimento ou ofensa física? SIM
- 2º - Qual o meio que o ocasionou? AÇÃO CONTUNDENTE.
- 3º - Houve perigo de vida? SIM, DEVIDO DISJUNÇÃO DE SÍFISE PÚBLICA.
- 4º - Resultou debilidade permanente de membro, sentido ou função? SIM, DEBILIDADE LEVE, 25% (VINTE E CINCO PORCENTO), DAS FUNÇÕES DO QUADRIL.
- 5º - Resultou incapacidade para as ocupações habituais por mais de trinta dias? SIM, FICOU INTERNADO POR 45 DIAS.
- 6º - Provocou aceleração de parto? PREJUDICADO.
- 7º - Resultou perda ou inutilização de membro, sentido ou função? NÃO
- 8º - Originou incapacidade permanente para o trabalho ou enfermidade incurável? NÃO.
- 9º - Resultou deformidade permanente? NÃO
- 10º - Provocou aborto? PREJUDICADO.

Dr. Fagner Barroso Martins Dantas
Perito Oficial Médico-Legal
Mat:168.230-0 CRM-PB 6236

Dr. Fagner Barroso Martins Dantas
Perito Oficial Médico-Legal
Mat:168.230-0 CRM-PB 6236

PÁG 2 DE 2

Laudo N°03.02.06.112018.25617



ARTÓRIO DO ÚNICO OFÍCIO E
REGISTRO DE IMÓVEIS

Rua Prof. Fêlix Costa, 109 Centro
Pítipituba-PB Fone: (33) 3277-1091
E-MAIL: cartorio@pítipituba.pb.gov.br

Autentico a Presente Fotocópia uma vez que confere com original do(a) Pítipituba-PB
de verdade o Tabelião Público.

Maria Verônica Pontes de Sousa (Escrivente Encarregada)

SELO DIGITAL DE FISCALIZAÇÃO do Tipo Normal C -
Consulte a autenticidade em: <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Emolumentos: R\$ 2,37 - FEPJ; R\$ 0,47 - FARPEN; R\$ 0,28 ISS; R\$ 0,11

SELO DIGITAL: AHS50121 - NG7L
Consulte autenticidade em:
<https://selodigital.tjpb.jus.br>

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS



☐ COBERTURA SOLICITADA ☒ **INVALIDEZ PERMANENTE** ☐ DAMS

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA
VÍTIMA **CRISTIANO SIMÕES RIBEIRO**

DATA DO ACIDENTE **31/05/2018** POSSUI CPF SIM ☒ NÃO ☐ Nº CPF **032267824-28**

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM LAUDO DE 15 ANOS

- ☐ Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ CPF do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência do representante legal (cópia simples), ou declaração de residência (original).

INFORMAÇÕES INDISPENSÁVEIS

- * Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares.
- * Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradorabider.com.br ou ligue grátis SAC DPVAT 0800 022 1204.
- * Todos os documentos devem estar legíveis

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada ☒ Sim ☐ Não
- ☒ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☒ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- ☒ Laudo de Invalidez do IML - original ou cópia autenticada ☒ Sim ☐ Não
- ☒ Declaração de Ausência de Laudo do IML (original), junto com relatório médico, comprovando a existência de sequelas permanentes, com a data da alta definitiva - Somente na impossibilidade de apresentar o laudo do IML.
- ☒ Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
- ☒ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☒ CPF da vítima (cópia simples)
- ☒ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- ☒ Autorização de pagamento (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- ☐ Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- ☐ Comprovantes das despesas (fechos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os recibos médicos (originais)
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- ☐ Autorização de pagamento (original), com documento que confirme os dados bancários (orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Certidão de Óbito da vítima - cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original).
- ☐ Autorização de pagamento para todos os beneficiários (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)
- ☐ Laudo Cadavérico (IML) - somente quando solicitado - Cópia Autenticada: ☐ Sim ☐ Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS COM COBERTURA DE MORTE

- BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)**
 - ☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
 - ☐ Declaração de Cônjuge (original)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A)**
 - ☐ Prova de convivência junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Atestado Judicial reconhecendo a união estável (cópia simples)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE - QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)**
 - ☐ Prova de convivência junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Declaração Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
- BENEFICIÁRIO CÔNJUGE**
 - ☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
 - ☐ Declaração de Separação de Fato (original), declarada pelo cônjuge
- BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))**
 - ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)**
 - ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))**
 - ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- ☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
- ☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima - quando necessário - (cópia simples)
- ☐ Outros Documentos apresentados:

PONTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome) **CRISTIANO SIMÕES RIBEIRO**

Quem é o portador? ☒ VÍTIMA ☐ BENEFICIÁRIO ☐ REPRESENTANTE LEGAL - CPF do portador **032267824-28**

Assinatura **CRISTIANO SIMÕES RIBEIRO** Nº **98019-7056**

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do Ponto) **AC GUARABICÁ/PB**

Assistente **JOÃO RIBEIRO BATISTA**

Data: **29/11/2018** Assinatura: **AC GUARABICÁ** Tel: **0800 022 1204**



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE CRISTIANO SIMÕES RIBEIRO
DADOS DE NASCIMENTO 10/09/80
NOME DA MÃE MARIA SIMÕES FERREIRA

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1.085.482
Nº PRONTUÁRIO 109.084
DATA DO ATENDIMENTO 01/06/18
HORA DO ATENDIMENTO 04:32
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S) RUPTURA (DISJUNÇÃO) TRAUMÁTICA DA SÍNFISE PÚBICA +
FRATURAS MÚLTIPLAS DE OSSOS METACARPIANOS
CID 10 S 33.4 + S 62.4

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta, apresentando dor na bacia e dor na mão E, sonolento, consciente e orientado. Glasgow 15. Avaliado pela equipe médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX da bacia - AP
RX da mão E - AP e P

TRATAMENTO:

Ruptura (disjunção) traumática da sínfise púbica + fraturas múltiplas de metacarpiãos da mão E aos RX. Realizado internamento e tratamento cirúrgico pelo Dr. Roberto Santos e Dr. Thiago Formiga no 1º tempo e pelo Dr. Milton Linhares e Dr. Nilvan Linhares todos da equipe da Ortopedia.

ALTA HOSPITALAR: 17/06/18
DATA DA EMISSÃO: 17/08/18

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA
MÉDICO EMERGÊNCIA
CRM - 2516

Dr. Ewerton Noronha Teixeira
CRM: 2516/PB

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

Alergia: ☐ sim ☐ não Qual?	Usa medicamentos: ☐ sim ☐ não Qual?	Assinatura: <i>[Assinatura]</i> Matrícula: <i>123456789</i>
Doença conhecida: ☐ sim ☐ não Qual?	Ingeriu alimentos: ☐ sim ☐ não Qual?	

Relatório

Após chegar ao local encontramos o senhor Cristiano Simões Ribeiro de 37 anos, vítima de queda de moto, em decúbito dorsal, consciente e sentindo dores na região do abdômen e nas costas. A vítima foi imobilizada e transportada até o Hospital Regional de Guarabira. Exames de raios X comprovaram que o paciente havia sofrido uma fratura da Símplice Publica devido ao trauma sofrido pelo mesmo.

Procedimentos efetuados

☐ Desencarceramento	☐ Ventilação de resgate	☐ Rolamento 90°	☐ Oxigenoterapia
☐ Retirada com KED	☐ Desobstrução de VAS	☐ Rolamento 180°	☐ Reposição volêmica
☐ Curativo compressivo	☐ Aspiração de VAS	☐ Exposição da vítima	☐ RCP
☐ Curativo oclusivo	☐ Estabilização da cervical	☐ Imobilização de MMSS	☐ Desfibrilação
☐ Curativo de 3 pontos	☐ Retirada rápida	☐ Imobilização de MMII	☐ Auxílio ao parto
☐ Elevação cavaleiro	☐ Retirada de capacete	☐ Controle de hipotermia	☐ Prevenção/orientação
☐ Outros			

Recepção de pertences

Eu, _____, portador(a) do RG ou CPF N.º _____
UF _____, declaro para todos os fins que recuso ser atendido pelo Corpo de Bombeiros Militar da Paraíba, através da viatura:
assumindo desta forma, total responsabilidade quanto ao agravamento do meu quadro clínico.
Guarabira - PB, _____ de _____ de 20 _____

Térmo de recusa

Eu, _____, portador(a) do RG ou CPF N.º _____
UF _____, declaro para todos os fins que recuso ser atendido pelo Corpo de Bombeiros Militar da Paraíba, através da viatura:
assumindo desta forma, total responsabilidade quanto ao agravamento do meu quadro clínico.
Guarabira - PB, _____ de _____ de 20 _____

VÍTIMA OU RESPONSÁVEL

TESTEMUNHA 1

TESTEMUNHA 2

Destino da vítima

Receptor (ass. e carimbo):

Materiais e equipamentos

QTOE	MATERIAL	QTOE	EQUIPAMENTO
02	Luva de procedimentos	01	Colar cervical
	Luva estéril N° _____		Máscara de O ₂ c/ reserv: () adulto () infantil
	Máscara de proteção		Cânula orofaríngea N° _____
	Sonda de aspiração traqueal N° _____		Ambu: () adulto () infantil () neo
	Extensor de O ₂		DEA
	Cateter nasal		Oxímetro de pulso
	Gaze		Tala moldável tamanho () G () M () P () PP
	Compressa	03	Prancha
03	Ataduro 15 cm	01	Estabilizador lateral de cabeça
	SF 0,9%	01	Tirante aranha
	SRL	01	KED: (X) adulto () infantil () NEO
	Manta aluminizada		KIT Desastre
	Protetor para queimados		Colchão a vácuo
01	Lençol descartável		Desencarcerador
	KIT parto		Tractionador de fêmur
	LGE		Outros:
	Água		

Controle de materiais e equipamentos

MATERIAL	MOTIVO	LIBERAÇÃO
		h _____ min
		h _____ min
		h _____ min

Componentes da Guarnição

Guarnição	Posto	Matrícula	Nome de guerra
Chefe	11 SGT	521.450	OLAVO
Socorrista 1	11 SGT	521.450	OLAVO
Socorrista 2			
Condutor	30 SGT	518.465	Peroveno

[Assinatura]
Socorrista

CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DA PARAIBA
3º BATALHÃO DE BOMBEIROS MILITAR
GUARABIRA - PB

Assinatura: *[Assinatura]*
Matrícula: *521.451-6*



POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



CROQUI DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 53/2018

AMARRAÇÕES

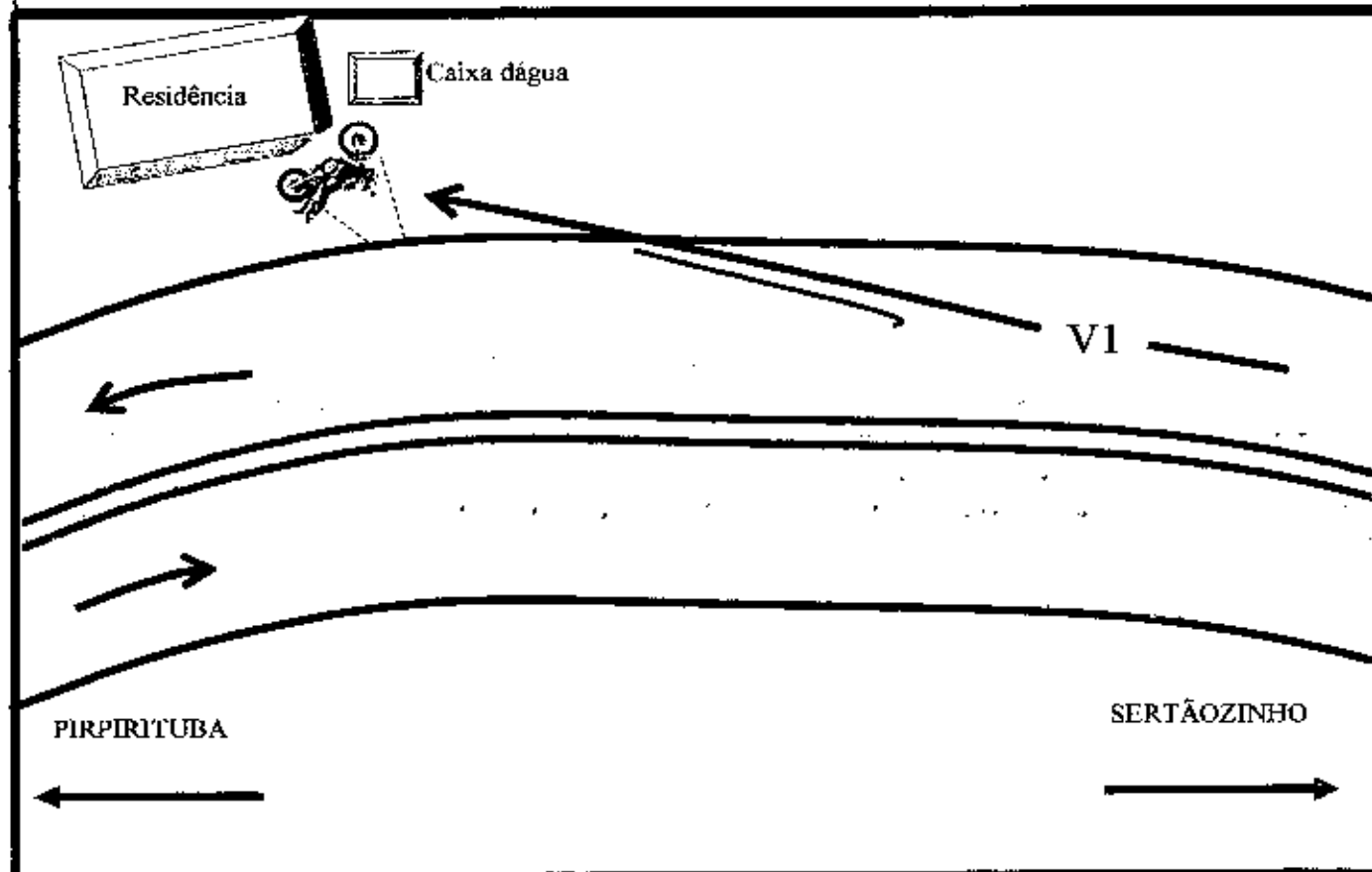
VIA "A" - RODOVIA PB 085, LARGURA: 7,70 metros

PR (Ponto de Referência) Sítio Nica

PA (Ponto de Amarração) Margem da Via: _____

V1 (Veículo 01) Eixos Dianteiro 1,70 e Traseiro 2,40 metros para (PA)

Frenagem: 10,40 _____



DESENHO ILUSTRATIVO NÃO OBEDECE ESCALA

AVARIAS

V1



POLÍCIA MILITAR DA PARAÍBA
2º CPTRAN - BPTRAN
Esta cópia é fiel
reprodução da original
Em 24/03/2018
Assinatura - MBI

SGT. CENILDO PM
Responsável pelo Levantamento

Documento de Alta

Nome: CRISTIANO SIMOES RIBEIRO			Número Prontuário: 109064
Data de: 10/09/1980	Sexo: Masculino	Data de Internação: 01/06/2018 14:08:21	Data de Alta: 27/06/2018 06:09:57
Motivo da alta: ALTA MEDICA			
Conduta: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DISJUNÇÃO DA SÍNFISE PÚBLICA			
Resumo da Internação: EVOLUI BEM NO PÓS OPERATÓRIO COM FO LIMPA, RECEBENDO ALTA MÉDICA EM BOAS CONDIÇÕES CLÍNICA.			
Resultado de Exames: OK			
Tratamento: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DISJUNÇÃO DA SÍNFISE PÚBLICA			
Diagnóstico: S32.8 - Fratura de outras partes da coluna lombossacra e da pelve e de partes não especificadas			
Recomendações: PACIENTE OPERADO PELO DR UMBERTO JANSEN. MARCAR RETORNO EM 15 DIAS NO HTOP			

Data: 27/06/2018

Dr. Heuler Romero Liberalino
Ortopedia/Traumatologia
HEULER ROMERO LIBERALINO
CRM: 5050 - PB
DA NOBREGA

VERSÃO DA TESTEMUNHA 01

TESTEMUNHA 02

Nome		Sexo	Nascimento
Endereço			
CPF	Identidade	Órgão Emissor	U. F.

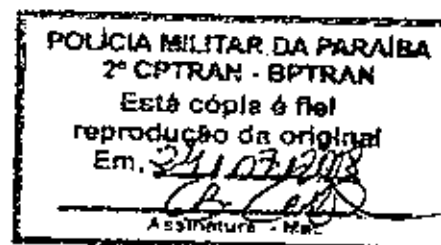
VERSÃO DA TESTEMUNHA 02

CONSTATADO

Constatado quando do levantamento que: O condutor da motocicleta trafegava na Rodovia Pb 085 sentido a cidade de Píripituba – Pb, quando em uma curva o mesmo perdeu o controle da motocicleta, realizou uma frenagem tentando reaver o controle da motocicleta, contudo não conseguindo, vindo a chocar-se em uma residência, e em seguida em uma caixa d'água.

Segundo informações de populares o mesmo foi socorrido pelo corpo de Bombeiros para o Hospital Regional de Guarabira – Pb.

Guarabira – PB, 06/06/2018



3º Sgº CENILDO Responsável pelo Levantamento



Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Boletim de Atendimento: 1085482

Identificação do paciente

ID 1293792	Nome CRISTIANO SIMOES RIBEIRO		Sexo Masculino	
Data de nascimento 10/09/1980	Idade 37 anos 8 meses 22 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe MARIA SIMOES FERREIRA	Pai JOAO GALDINO RIBEIRO SEGUNDO		Responsável (Parentesco) MARIA CRISTINA - ESPOSO(A)	
Escolaridade	DDD Móvel 83		Fone Móvel 988710089	DDD Fixo Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 2299367	Nº Cns 701208020470310		
Local de procedência GUARABIRA	Tipo MUNICIPIO		UF PB	
Sexo M	Naturalidade GUARABIRA	CBO/R		

Endereço

CEP 58230000	Município de residência GUARABIRA	UF PB	Logradouro HENRIQUE PACIFICO
Número 180	Complemento	Bairro PRIMAVERA	

Admissão

Data e Hora 01/06/2018 04:32:41	Número da pulseira 1000005170868	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica	
Classificação de risco	Origem do paciente OUTRA UNIDADE DE SAUDE	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Modo de transporte AMBULANCIA		Quem transportou	

Sinais Vitais

PA X mmHg	Pulso	Temperatura
--------------	-------	-------------

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos AS 04:40, PACIENTE ADMITIDO NO SETOR, ACIDENTE DE MOTO, SONOLENTO, H.V. em caso, consciência orientado, solicitando exames de imagem, encaminhado ao MDCB do D.O.U., SINTOMATIZANDO. Enfermeiro Cristiano R. V. Gomes CPF: 176708						
Diagnóstico						CID
Atendido por AYLA NICOLLE FERNANDES GOMES						Tempo 35seg

Imprimir



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBAImpresso por: MERCIA
SIMONE SILVA FERREIRA
Em: 15/06/2018 12:25:31INTERNO, S/N -
CNES: 454546 - Tel.:

Paciente CRISTIANO SIMÕES RIBEIRO	Boletim de Atendimento 1085482	Data/Hora Entrada 01/06/2018 04:32:41	Data/Hora Saída
Data de nascimento 10/09/1980	Idade 37	Sexo Masculino	CNS 701208020470310
Tempo de Internação	Convênio SUS		Plantão DIURNO

DIAGNÓSTICO ENFERMAGEM (MERCIA SIMONE SILVA FERREIRA - 15/06/2018 12:25:19)**ATIVIDADE FÍSICA**

DIAGNÓSTICO: ATIVIDADE FÍSICA PREJUDICADA, MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA

Seção: POSTO IA - ENF 2 Leito: 0004 - CLÍNICA MÉDICA
Profissional responsável pela informação: MERCIA SIMONE SILVA FERREIRA

Número Conselho: 56902



Hospital Estadual de Maracá - 19411-1
Sociedade Hospitalar Ligeira



GOVERNO
DA PARAÍBA

Impresso por: JOAO
HENRIQUE ARRUDA
RAMALHO
Em: 14/06/2018 09:37:08

AV. ORESTES LISBOA, S/n - PEDRO GONDIM
CNE: 445355 - Tel: 8332165700

Paciente		Boletim de Atendimento	Data/Hora Entrada	Data/Hora Saída
RISTIANO SIMOES RIBEIRO		1085482	01/06/2018 04:22:41	
Idade		Sexo	CNS	Prontuário
0/09/1980		Masculino	701208020470310	109064
Tempo de Internação		Convênio		Plantão
		SUS		DIURNO

EVOLUÇÃO MEDICA (JOAO HENRIQUE ARRUDA RAMALHO - 14/06/2018 09:33:56)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

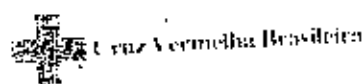
DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

LESÃO DE SÍNFISE PÚBICA
2º DPO - RETIRADA DO FIXADOR EXTERNO
ESTÁVEL E SEM QUEIXAS NO MOMENTO
CD- SOLICITO TC DE BACIA PARA AVALIAR SACRO-ILIACA
PROGRAMAR SÍNTESE

Seção: POSTO IA - ENF 2 Leito: 0004 - CLÍNICA MÉDICA
Profissional responsável pela informação: JOAO HENRIQUE ARRUDA RAMALHO

Número Conselho: 7149

João Henrique Ramalho
Ortopedia
Artroscopia do Ombro
CRM 7149 / ATEOT 13274



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

Impresso por: REBECA DA
SILVA OLIVEIRA
Em: 13/06/2018 13:15:53

Paciente CRISTIANO SIMOES RIBEIRO	Boletim de Atendimento 1085482	Data/Hora Entrada 01/06/2018 04:32:41	Data/Hora Saída
Data de nascimento 10/09/1980	Idade 37	Sexo Masculino	Prontuário 109064
Tempo de Internação	Convênio SUS	CNS 701208020470310	Plantão DIURNO

DIAGNÓSTICO ENFERMAGEM (REBECA DA SILVA OLIVEIRA - 13/06/2018 13:15:47)

AVALIAÇÃO INICIAL

DIAGNÓSTICO: RISCO DE INFECÇÃO

REGULAÇÃO TÉRMICA

DIAGNÓSTICO: RISCO PARA ALTERAÇÃO DA TEMPERATURA CORPORAL

NUTRICIONAL

DIAGNÓSTICO: NUTRIÇÃO SATISFATÓRIA

INTEGRIDADE FÍSICA

DIAGNÓSTICO: INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA

SONO E REPOUSO

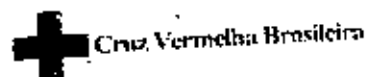
DIAGNÓSTICO: DISTÚRPIO NO PADRÃO DE SONO

ATIVIDADE FÍSICA

DIAGNÓSTICO: ATIVIDADE FÍSICA PREJUDICADA

Seção: POSTO IA - ENF 2 Leito: 0004 - CLINICA MÉDICA
Profissional responsável pela Informação: REBECA DA SILVA OLIVEIRA

Número Conselho: 66863



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

Impresso por: REBECA DA
SILVA OLIVEIRA
Em: 16/06/2018 10:18:50

INTERNO, S/N -
CNES: 454546 - Tel.:

Paciente CRISTIANO SIMÕES RIBEIRO	Boletim de Atendimento 1085482	Data/Hora Entrada 01/06/2018 04:32:41	Data/Hora Saída
Data de nascimento 10/09/1980	Idade 37	CNS 701208020470310	Prontuário 109064
Tempo de Internação	Sexo Masculino	Convênio SUS	Plantão DIURNO

PRESCRIÇÃO ENFERMAGEM (REBECA DA SILVA OLIVEIRA - 16/06/2018 10:18:42)

DÉBITO CARDÍACO DIMINUIDO

EVOLUÇÃO: COMUNICAR ALTERAÇÕES DOS SSVV

DÉFICIT DE AUTOCUIDADO

EVOLUÇÃO: REALIZAR BANHO NO LETO, HIGIENE ORAL E ÍNTIMA 2X DIA, REALIZAR TROCA DE FRALDA S/N (ATENÇÃO)

INTEGRIDADE TISSULAR PREJUDICADA

EVOLUÇÃO: REALIZAR CURATIVO 1X DIA EOU S/N (10)

RISCO PARA INFECÇÃO

EVOLUÇÃO: COMUNICAR E REGISTRAR AUMENTO DE TEMPERATURA (ATENÇÃO), REGISTRAR PRESENÇA DE SINAIS FLOGÍSTICOS (ATENÇÃO)

PADRÃO DE SONO PREJUDICADO

EVOLUÇÃO: PROMOVER AMBIENTE FAVORÁVEL AO SONO (ATENÇÃO)

RISCO DE QÜEDA

EVOLUÇÃO: MANTER AS GRADES DO LETO SEMPRE ELEVADAS (ATENÇÃO)

RISCO PARA FLEBITE

EVOLUÇÃO: TROCAR SÍTIO DE AVP A CADA 72H (ATENÇÃO), REALIZAR ANTISSEPSE DOS DISPOSITIVOS DE ACESSO COM ÁLCOOL A 70% COM 3 MOVIMENTOS DE 360° (ATENÇÃO), OBSERVAR E COMUNICAR SINAIS FLOGÍSTICOS NO LOCAL DE INSERÇÃO DE CATETERES, DRENOS E F.O. (ATENÇÃO)

Seção: POSTO IA - ENF 2 Leito: 0004 - CLÍNICA MÉDICA
Profissional responsável pela Informação: REBECA DA SILVA OLIVEIRA

Número Conselho: 66863



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

RELATÓRIO DE CIRURGIA

REC-TRIL

Nome: Cristiano Simões Ribeiro BE/Prontuário: 685482
Idade: 37 Sexo: ☒ Masculino ☐ Feminino Cor: _____ Data: 12/10/18
Clínica/Setor: Ortopedia EMP: _____ LR: _____
Cirurgia: Retirada de fixador externo
Cirurgião: Dr Milton Rangel 1º Assistente: Dr Milton Rangel
2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____
Instrumentador: _____ Anestesista: _____
Tipo de Anestesia: Sedação Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Retirada de fixador externo do braço</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Retirada de fixador externo</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. Francisco Freitas

João Pessoa, 12/10/18

Médico/CRM: _____

645-2351

PACIENTE CRISTIANO S. MORAES RIBEIRO
IDADE 37 **SEXO** M **TUÁRIO** **ENFERMIA:** **LEITO**
CIRURGIÃO DR. MILAN + DR. MILTON MENDES JÚNIOR
ANESTESIA SEDATIO + LOCAL
ANESTESISTA DR. GILVANO TORRES FARIAS (R)
INSTRUMENTADOR
DATA **TEMPO CIRURGICO - ANESTESIA INICIO** 12:30 **CIRURGIA INICIO** **FIM** 13:30 HRS
INDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)
ASA I ASA II ASA III ASA IV
GRAU DE CONTAMINAÇÃO (LIMPA) (CONTAMINADA) (INFECTADA) (POTENCIALMENTE CONTAMINADA)

MEDICAMENTOS ANESTÉSICOS	QTD.	SOLUÇÕES	QTD.	MATERIALS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.
ALFENTANILA				JELCO Nº18		FIO CAT GUT CROMADO N°	
BUPIVACAÍNA ISOBARICA				JELCO Nº20		FIO CAT GUT CROMADO N°	
BUPIVACAÍNA PESADA				JELCO Nº22		FIO DE AÇO N°	
CLONIDINA				JELCO Nº24		FIO DE AÇO N°	
DROPERIDOL				AUT SIST. DREN TORÁXICA N°		FIO DE NYLON N°	
EETONIDATO				LÂMINA BISTURI Nº11		FIO DE NYLON N°	
FENOBAITAL		ALCOOL ETILICO 70%	OL	LÂMINA BISTURI Nº12		FIO DE NYLON N°	
FENTANILA		PVPI DEGERMANTE	OL	LÂMINA BISTURI Nº13		FIO POLIGLACTINA N°	
FLUMAZENIL		PVPI TINTURA		LÂMINA BISTURI Nº14	1	FIO POLIGLACTINA N°	
PROPILOFRANO		PVPI TOPICO		LÂMINA DE DERMATONIO		FIO POLIGLACTINA N°	
BUPIVACAÍNA C.VASO		SABÃO ANTISÉPTICO		LÂMINA DE ENXERTO		FIO POLIPROPILENO N°	
BUPIVACAÍNA S.VASO				LAVA DE PROCEDIMENTO PAR		FIO POLIPROPILENO N°	
LIDOCAÍNA C.VASO		AGULHA 13X4,3		LAVA ESTÉRIL Nº7,0		FIO POLIPROPILENO N°	
LIDOCAÍNA S.VASO		AGULHA 25X07		LAVA ESTÉRIL Nº7,5	1	FIO POLIGLECAPRONEN N°	
VINDAZOLAN		AGULHA 25X08		LAVA ESTÉRIL Nº8,0		FIO SEDA N°	
MORFINA		AGULHA 40X12		LAVA ESTÉRIL Nº8,5		FITA CARDÍACA	
NIMBUN		AGULHA PERIDURAL Nº16		MÁSCARA CIRÚRGICA	1	MATERIAL ESPECIAL	QTD.
PANCURÔNIO		AGULHA PERIDURAL Nº17		MULTIVIAS		CATETER DE PIC	
PETIDINA		AGULHA PERIDURAL Nº18		PERFORADOR DE SORO		CIMENTO CIRÚRGICO	
PROPOLFOL		AGULHA RAQUI Nº25G		SCALP Nº19		CLIP TITÂNIO LIGADURA	
RAMIIFENTANILA		AGULHA RAQUI Nº26G		SCALP Nº21		FIO DE KIRSCHNER N°	
ROCURÔNIO		AGULHA RAQUI Nº27G		SERINGA 3ML		FIO DE KIRSCHNER N°	
SEVOFLURANO		ALGODÃO ORTOPÉDICO		SERINGA 5ML	1	FIO STEINMAN N°	
SUXAMETÔNIO		ATADURA DE CREPOM		SERINGA 10ML	1	FIO STEINMAN N°	
TIOPENTAL		ATADURA GESSADA		SERINGA 20ML	1	GRAMPEADOR CIRÚRGICO	
MEDICAMENTOS	QTD.	BOLSA PI COLOSTOMIA		SONDA ASP TRAQUEAL Nº8		HEMOST. ABSORVÍVEL	
AURENALINA		CÂMULA PI TRAQUEOSTOMIA N°		SONDA ASP TRAQUEAL Nº10		KIT. DERIVA VENTRICULAR	
ÁGUA DESTILADA		CATETER DE OXIGÊNIO	1	SONDA ASP TRAQUEAL Nº12		PRÓTESE VASCULAR	
ATROPINA		CATETER EMBOLICO ARTERIAL N°		SONDA ASP TRAQUEAL Nº14		KIT. PAN	
BENTRA		CATETER EPIDURAL Nº16		SONDA ASP TRAQUEAL Nº16		FIXADOR EXTERNO	
CEFALOXINA		CATETER EPIDURAL Nº17		SONDA FOLEY DUAS Nº12			
CEFTAZOLIMA		CATETER EPIDURAL Nº18		SONDA FOLEY DUAS Nº14		EXPRESSA	
CLORZEXETONA		CERA PARA OSO		SONDA NASOG. CURTA		PARAFUSOS CORTICAIS	
CLORZEXETONA		COLER URINA FECHADO		SONDA NASOG. LONGA		PARAFUSOS CORTICAIS	
ETEDRINA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	1	SONDA URETRAL N°		PARAFUSOS ESPONJOSO	
FLUROSEMIDA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS		TORNEIRINHA		PARAFUSOS ESPONJOSO	
Glicosose 30%		DRENO DE PENROSE		TUBO ENDOTRAQUEAL N°		PARAFUSOS MALEOLAR	
GLUCONATO DE CÁLCIO		DRENO DE SUCCÃO		TUBO ENDOTRAQUEAL N°		PARAFUSOS MALEOLAR	
HIDROCORTISONA		ELETRODOS	1	TUBO ENDOTRAQUEAL N°		PLACA	
LIDOCAÍNA GELÉIA		EQUIPO MACROGDTS		TUBO SILICONE (LATEX)	1	PLACA	
ONDASENTRONA		EQUIPO TRANSF SANGUE					
PLASIL		EQUIPO MICROGDTS					
PROSTIGMINE		ESPONJA DE PVP					
PROTAMINA		ESPARADRAPO	SK				
TENDONICAN		GAZES	1				
		GAZES ALGODOADAS					
		GEL ELETROLÍTICO					
		JELCO Nº14					
		JELCO Nº16					
	</						



FICHA DE ANESTESIA

DATA: 12/06/18

PRONTUÁRIO: 1085452

PACIENTE: Cristiane Simões Ribeiro

SEXO: F

COR:

IDADE: 37

PRESSÃO ARTERIAL PULSO 85 RESPIRAÇÃO espontânea TEMPERATURA PESO GRUPO SANGÜÍNEO

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

EXAMES COMPLEMENTARES URE

AP. RESPIRATÓRIO OK

AP. CIRCULATÓRIO OK

AP. DIGESTIVO Típico

ESTADO MENTAL COTC

DROGAS EM USO

PRÉ-ANESTÉSICO

ESTADO FÍSICO (ASA) II

DOSE/HORA Sem

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO fr de bacia

CIRURGIA REALIZADA Retirada de fixador externo da bacia

CIRURGIÃO Dr. Miluam

AUXILIARES

INÍCIO DA ANESTESIA 12:00h

TÉRMINO DA ANESTESIA

DURAÇÃO DA ANESTESIA

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

QUANT. DE CH.

VALORES RS

ANESTESISTA Dr. Gilmarco, Dr. Marcelo (R2)

6766072

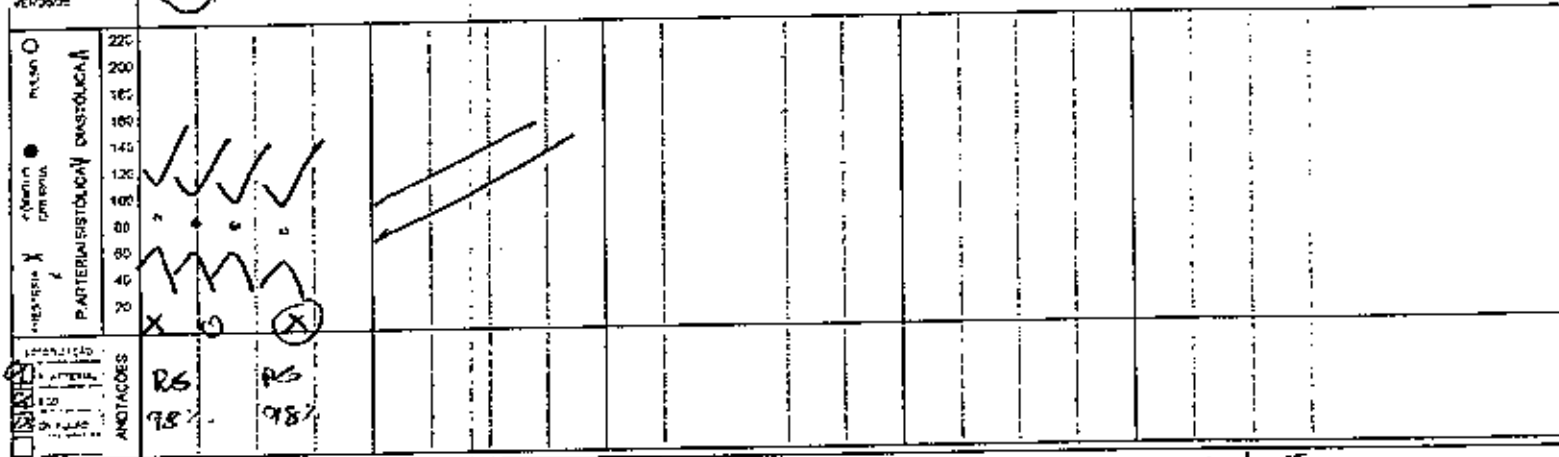
CRM-PB

6685

ASSISTÊNCIA 12:00h 12:15h

U N 20

ASSISTÊNCIA 12:15h



ANESTESIA GERAL ☐ RAQUIDIANA ☐ EPIDURAL ☐ BLOCO PLEXO ☐ BLOCO NERVOS ☒ OUTROS Sedação

TÉCNICA Sedação + Local Glintercorrêncios

SADON MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

QUANTIDADE	1	roundap (suspensão)	11
NAEL	2	lidocaine 1% cee - 30ml	12
SANGUE	3	propofol - 180mg	13
ROGER	4		14
TOTAL	5		15
DESTINO DO PACIENTE	6		16
☐ APT ☐ ENFERMARIA	7		17
☐ UTI ☐ RESIDÊNCIA	8		18
☒ OUTROS UREA	9		19
	10		20

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

ASSINATURA DO ANESTESISTA
Gilmarco Lima da Silva
Junior 6685

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

① Paciente em decúbito lateral.
② Anestesia local.
③ Antissepsia com álcool.

Incisão:

① Nova incisão.

Achados:

Conduta:

① Retirada de tecido extra.
② Curativo.
③ X de controle.

Fechamento:

Observação:

Dr. João Pessoa
CRM 1-500
CNS 702104270267800

João Pessoa, 27-10-2018

Médico/CRM:



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 - N° DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

MASC

9 - SEXO

FEM

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

N° DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CÓD. ISGE 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 - CID

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - CID

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - CID

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

01 fixador externo

 alerta uma CX 4,5 TMC apenas para o uso
do instrumental.

PROFISSIONAL SOLICITANTE

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

40 - DOCUMENTO

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

42 - ASSINATURA

43 - DATA DA SOLICITAÇÃO

44 - CNS

45 - CPF

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

49 - DOCUMENTO

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

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

52 - CNS

53 - CPF

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: Cristiano Simões Ribeiro BE/Prontuário: 1085982
Idade: _____ Sexo: (☒) Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 1 / 1 / 1
Clínica/Setor: Otolaringologia EMP: _____ LR: _____
Cirurgia: Fixação externa de bmu
Cirurgião: Dr. Roberto 1º Assistente: Dr. Thiago
2º Assistente: Mr. Daniel 3º Assistente: _____
Instrumentador: _____ Anestesista: _____
Tipo de Anestesia: beduíu Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Dysfunção de sinapse pilosa</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>R. Fixação externa de bmu</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

Daniel Conserva Arruda
MÉDICO
CRM 11134

João Pessoa, 01 / 10 / 10

Médico/CRM: _____



NOME DO PACIENTE: Cristiano Simões Ribeiro

IDADE: 37 DE 1085482 **ENTERMIA:** **LEITO:**

CIRURGIA: Fixador externo de bacia + trat. conservador de

CIRURGIÃO: Dr Roberto Santos + Dr Thiago

ANESTESIA: Sedação

ANESTESISTA: Dr André Cavalcanti

INSTRUMENTADOR:

DATA: 01/06/18 **INÍCIO:** 11:40 **FIM:** 12:40

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

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

GRAU DE CONTAMINAÇÃO (1) LIMPA (2) CONTAMINADA (3) INFECTADA (4) 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	
CEETAMINA	1	JELCO Nº24		FIO DE AÇO Nº	
OROPERIDOL		KIT SIST. DREN. TORÁCICA Nº		FIO DE NYLON Nº	
ETOMIDATO		LÂMINA BISTURI Nº11		FIO DE NYLON Nº	
FEENBARDIAL		LÂMINA BISTURI Nº15		FIO DE NYLON Nº	
FENTANILA	1	LÂMINA BISTURI Nº23		FIO POLIGLACTINA Nº	
GAZENIL		LÂMINA BISTURI Nº24		FIO POLIGLACTINA Nº	
LURANO		LÂMINA DE DERMATOMO		FIO POLIGLACTINA Nº	
LEVOBUPIVAÍNA C/ VASO		LÂMINA DE ENXERTO		FIO POLIPROPILENO Nº	
LEVOBUPIVAÍNA S/ VASO		LUVIA DE PROCEDIMENTO PAR.	OK	FIO POLIPROPILENO Nº	
LAÍNA C/ VASO		LUVIA ESTÉRIL Nº7,0		FIO POLIPROPILENO Nº	
LAÍNA S/ VASO		LUVIA ESTÉRIL Nº7,5		FIO POLIGLACTONE Nº	
AMIDAZOLAN		LUVIA ESTÉRIL Nº8,0		FIO SEDA Nº	
MORFINA		LUVIA ESTÉRIL Nº8,5		FITA CARDÍACA	
TRIMBILUM		MÁSCARA CIRÚRGICA		MATERIAL ESPECIAL	QTD.
PANICURÔNIO		MULTIVIAS		CATETER DE PIC	
PETIDINA		PERFURADOR DE SORO		CIMENTO CIRÚRGICO	
PROPURFOL	1	SCALP Nº10		CLIP TITÂNIO LIGADURA	
RAMIFENTANILA		SCALP Nº21		FIO DE KIRSCHNER Nº	
ROCURÔNIO		SERINGA 3ML		FIO DE KIRSCHNER Nº	
SIVOFURANO		SERINGA 5ML		FIO STEINMAN Nº	
SUXAMETÔNIO		SERINGA 10ML		FIO STEINMAN Nº	
TIOPENTAL		SERINGA 20ML		GRAMPEADOR CIRÚRGICO	
MEDICAÇÕES	QTD.	BOLSA IV COLOSTOMIA		HEMOST. ADSORVIVEL	
ADRENALINA		CÂNULA IV TRAQUEOSTOMIA Nº		KIT. DERIVA. VENTRICULAR	
ÁGUA DESTILADA		CATETER DE OXIGÊNIO	1	PRÓTESE VASCULAR	
ATROPINA		CATETER EMBOLIC. ARTERIAL Nº		KIT. PAM	
BENTRA		CATETER EPIDURAL Nº16		FIXADOR EXTERNO	04
BOLINA	1	CATETER EPIDURAL Nº17		EMPRESA	
CLAMETASONA		CATETER EPIDURAL Nº18		PARAFUSOS CORTICAIS	
DIFENHIDRAMINA		CHRA PARA OSSO		PARAFUSOS CORTICAIS	
GLUCOSE 50%		COLET. URINA FECHADO		PARAFUSOS ESPONJOSO	
GLUCONATO DE CÁLCIO		COMPRESSA C/ DRENAGEM		PARAFUSOS ESPONJOSO	
HYDROCORISONA		COMPRESSAS C/ RÚGICAS		PARAFUSOS MALLOLAR	
LIDOCAÍNA GELADA		DRENO DE PENROSE		PARAFUSOS MALLOLAR	
ONDASENTRONA		DRENO DE SUÇÃO		PLACA	
PLASIL		ELETRODIOS		PLACA	
PROSTIGMINE		EQUIPO MACROGOTAS		EQUIPAMENTOS	
PROTAMINA		EQUIPO TRANSF. SANGUE		() ASPIRADOR	
TENOXICAN		EQUIPO MICROGOTAS		() BISTURI ELÉTRICO	
		ESPONJA DE PVPI		() CAPNÓGRAFO	
		ESPARADRAPO		() CARDIOMONITOR	
		GAZES	OK	() DESFIBRILADOR	
		GAZES ALGODADAS		() FOCO AUXILIAR	
		GEL. ELETROLÍTICO		() FOCO CENTRAL	
		JELCO Nº14		() MICROSCÓPIO	
		JELCO Nº16		() MOXIMETRO DE PULSO	
				() P/ INJEÇÃO INVASIVA	
				() PERFURADOR SUPRARENAL	
				() SERRA	
				CIRCULANTE	

PARAFUSOS CORTICAIS

PARAFUSOS CORTICAIS

PARAFUSOS ESPONJOSO

PARAFUSOS ESPONJOSO

PARAFUSOS MALLOLAR

PARAFUSOS MALLOLAR

PLACA

PLACA

EQUIPAMENTOS

() ASPIRADOR

() BISTURI ELÉTRICO

() CAPNÓGRAFO

() CARDIOMONITOR

() DESFIBRILADOR

() FOCO AUXILIAR

() FOCO CENTRAL

() MICROSCÓPIO

() MOXIMETRO DE PULSO

() P/ INJEÇÃO INVASIVA

() PERFURADOR SUPRARENAL

() SERRA

CIRCULANTE

Para cliente a ex. 4.5 TMC afetas para uso do instrumental

452-3331

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em DDH sob S. de A.
Antissepsia + Anestesia
A posição da campainha cirúrgica
Em uso em sala ilus.

Incisão:

Divulsa por planos
Remoção de tecido 35
Exatidão da pinça
Redução da amplitude pinça + 55cm

Achados:

Lesão com poder 25
Lesão 25
Lesão 25

Conduta:

Fechamento:

Observação:

Daniel Gustavo Arruda
MÉDICO
CRM 11134

João Pessoa, 01/06/12

Médico/CRM:

Documento de Alta

Nome: CRISTIANO SIMÕES RIBEIRO			Número Prontuário: 109064
Data de: 10/09/1980	Sexo: Masculino	Data de Internação: 01/06/2018 14:08:21	Data de Alta: 27/06/2018 06:09:57
Motivo de alta: ALTA MÉDICA			
Conduta: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DISJUNÇÃO DA SÍNFISE PÚBLICA			
Resumo da Internação: EVOLUI BEM NO PÓS OPERATÓRIO COM FO LIMPA, RECEBENDO ALTA MÉDICA EM BOAS CONDIÇÕES CLÍNICA			
Resultado de Exames: OK			
Tratamento: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DISJUNÇÃO DA SÍNFISE PÚBLICA			
Diagnóstico: S32.8 - Fratura de outras partes da coluna lombossacra e da pelve e de partes não especificadas			
Recomendações: PACIENTE OPERADO PELO DR UMBERTO JANSEN. MARCAR RETORNO EM 15 DIAS NO HTOP			

Data: 27/06/2018

Dr. Heitor Romero Liberalino
Ortopedia/Traumatologia
HEITOR ROMERO LIBERALINO
CRM: 5050 - PB
DA NOBREGA
CRM: 5050 - PB