



Número: **0803013-58.2019.8.15.0181**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Cejusc I - Cível - Guarabira - FPL/UEPB**

Última distribuição : **27/08/2019**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Seguro**

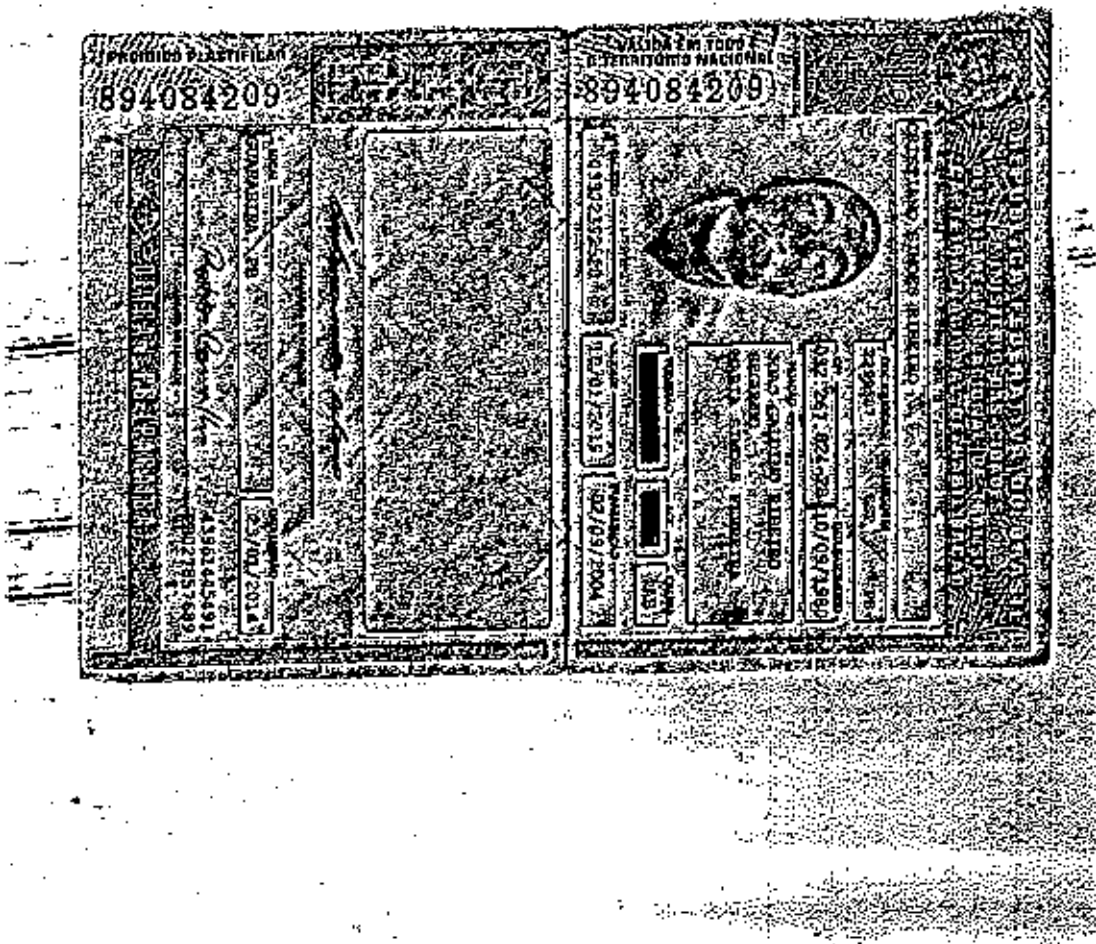
Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes | Procurador/Terceiro vinculado |
|---|---|
| CRISTIANO SIMOES RIBEIRO (AUTOR) | CASSIA BOEIRA PETERS LAURITZEN (ADVOGADO) |
| SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU) | |

| Documentos | | | |
|--------------|--------------------|--|-------------------|
| Id. | Data da Assinatura | Documento | Tipo |
| 31996 194 | 02/07/2020 11:44 | 2731619_CONTESTACAO_Anexo_02 | Outros Documentos |



*Inf. Nuno
Traumato
08:53h*

1. UNIDADE PRESTADORA DO ATENDIMENTO:

CÓDIGO DA UNIDADE: 0012998

HOSPITAL REGIONAL DE GUARABIRA

R. JOAO PIMENTEL FILHO, 447 - GUARABIRA - PB

CNPJ: 08.778.268/0036-90

DATA / HORA DO ATEND: 31/05/2012 21:39

ATEND POR: HRG

2. DADOS CADASTRAIS DO PACIENTE:

NOME: CRISTIANO SIMOES RIBEIRO

08.778.268/0036-90
PARAIBA SECRETARIA DE SAUDE
CNPJ: 08.778.268/0036-90

SEXO: MASCULINO

EST CIVIL: CASADO(A)

SUS: 705208020470310
Data de Nascimento: 10/09/1980

37 ANOS

ENDEREÇO: RUA HENRIQUE PACIFICO, 120

BAIRRO: PRIMAVERA

CIDADE/UF: GUARABIRA - PB

CEP: 58200000

MÃE: MARIA SIMOES FERREIRA

PAI: JOAO GALDINO RIBEIRO

3. ATENDIMENTO:

TIPO DE ATENDIMENTO

- 01 - ATENDIMENTO URG/EMERGENCIA
- 02 - PRIMEIRA CONSULTA
- 03 - CONSULTA SUBSEQUENTE
- 04 - ATEND. URG/EMERG. P/ OUTRA UNID.
- 05 - 1ª CONSULTA ANUAL P/ OUTRA UNID.
- 06 - CONSULTA SUBSEQUENTE P/ OUTRA UNID.

MEDICAÇÃO:

- PRESCRITA
- APLICADA

ENCAMINHAMENTO:

- OBSERVAÇÃO
- OUTRO HOSPITAL
- HÓBITO
- RESIDENCIA
- INTERNAÇÃO
- AMB. /SUS
- OUTROS

*08/05/2012
10:13
ATV PROPRIETARIO
Mat. 2004*

CÓPIA

4. COD. PROCEDIMENTO:

ATV PROPRIETARIO
Mat. 2004

TIPO GRUPO FAIXA ETARIA

5. DADOS DE EXAMES CLINICOS, TRATAMENTOS E DEFINIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS:

*Paciente, vítima de queda de moto. Nega perda de consci-
cia e vômito. Glasgow 15
Ao exame: Mobiliza M.D. e dificuldade, não mobiliza M.IE, dor
na mobilização do quadril. Refere dor em coluna L4
L5/S1.*

*cd: Fais - x quadril, coluna lombar e torác
e cervical, torax
Dipirona 1amp + AD IV*

6. MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS:

- rx: Dipe e sobre a lu

- rx: 11 mm de qm e tubos

7. DIAGNOSTICO:

*- fratura (L4 L5) - tubo 00:00
31/05/2012*

8. CID

9. ASS. PACIENTE/ACOMPAN. RESPONSÁVEL:

10. DIGITAL:

ASS/CARIMBO MEDICA

ASS/CARIMBO REV. TECNICO

ASS/CARIMBO REV. ADM.

Carolina Ferreira de Souza

Documentação médica - hospitalar



Comprovante de residência



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) | RUA HENRIQUE PACÍFICO |
| Número | 180 |
| Apto / Complemento | |
| Bairro | BELA VISTA |
| Cidade | GUARABIRA |
| Estado | PB |
| CEP | 52200-000 |
| Telefone de Contato | (83) 98617-7056 |
| 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 Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **HUGO PEREIRA LUCENA**, Delegado(a) de Polícia 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 Pacifico, 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 Polícia Civil, para registrar o seguinte:

QUE, no dia 31/05/2018, por volta das 20h40min, trafegava pela Rodovia 073, sitio 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 Púbrica 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

Escritor/Agente
Matrícula nº 155.120-5



Autorização de pagamento



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 KRISTIANO SIMÕES RIBEIRO | | CPF titular da conta 032267824-22 | Profissão VENDEDOR |
| Endereço RUA HENRIQUE PACIFICO | | 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

| | | | |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 | <input checked="" type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 |
| <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104) | | <input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos) | |
| AGÊNCIA NRG. 0042 D/V. CONTA NRG. 00087092 D/V. 8 <small>(Informar dígito se existir)</small> | | BANCO Nome NRG. AGÊNCIA NRG. D/V. CONTA NRG. D/V. <small>(Informar dígito se existir)</small> | |

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

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017





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



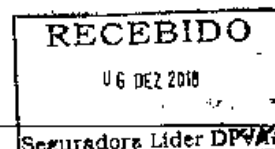
LN

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 | Bairro SÍTIO NICA | Município: BELÉM | U.F. 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 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 D P V A T | Bilhete Nº 012506240499 | | Renavan Nº 01000202191 | | Data da Emissão 23/03/2016 | |
| Defeitos | | | | | | |

VERSÃO DO CONDUTOR 01

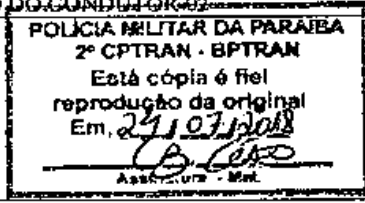
Condutor foi socorrido para o Hospital, por esse motivo não foi possível colher a versão do mesmo.



CONDUTOR 02

| | | | | | | |
|-------------------------------|------------|------------------|---------------------|-------------|-----------------|-------------------------------|
| 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





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, 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,

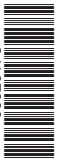
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 13729020

Pag. 00345/00346 - carta_01 - INVALIDEZ

00020173



RESUMO DAS CIDADES

DETRAM - PB Nº 013931288551
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO
DATA: 20180620 00009632

1 0100020219-1 00/00000000 2018
CRISTIANO SIMÕES RIBEIRO

03226782428 MOD5241/PB
NOVO PB 9C2KD0550ER209524

PAS/MOTOCICLER/MAG APPLIC COMBUSTIVEL ALCO/GASOL
HONDA/NXR150 BROS ES MARCA MODELO ANO FAB ANO VERDA
2013 2014

2 P/149 /CI PARTIC COR PRE-DOMINANTE VERMELHA
00/00/0000
00000000

SEM RESERVA DE DOMINIO
P A G O 08/06/2018

GUARABIRA-PB 08/06/2018
32549 11622

PB Nº 013931288551 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE 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

2018 08/06/2018

03226782428 MOD5241/PB
11000202191 HONDA/NXR150 BROS ES
2013 9 9C2KD0550ER209524

PRÊMIO TARIFÁRIO
CUSTO DO SEGURO (R) *****
CUSTO DO BILHETE (R) *****
P A G O 08/06/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

11622-1005034-20180608





**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 INEL - 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.

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
PÁG 1 DE 2

Laudo Nº03.02.06.112018.25617



CARTÓRIO DO ÚNICO OFÍCIO E
REGISTRO DE IMÓVEIS
Rua: Prof. Fêrriz Centricos, 109 Centro
Pirpirituba-PB. Fone: (35) 3277-1091
E-MAIL: cartorio@codetec.com.br | info@codetec.com.br


AUTENTICAÇÃO
Autentico a Presente Fotocópia uma vez que confere com original dou fé. Pirpirituba-PB
29/11/2018. Em test. da verdade a 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>
números: R\$ 2,37 - FEPO: R\$ 0,47 - FAPER: R\$ 0,28 ISS: R\$ 0,11

Crystiano Simões Ribeiro
SELO DIGITAL: AHS.50.120.5NJKX
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
Titular do CPF: CRISTIANO SIMOES RIBEIRO

CPF de: Próprio

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

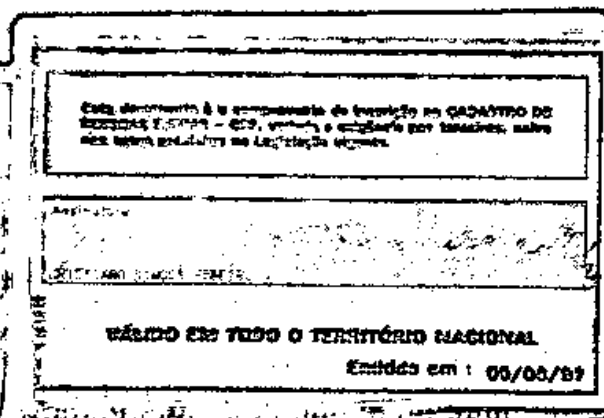
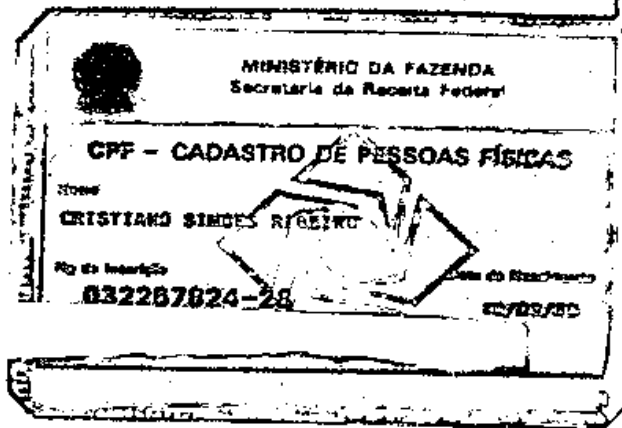
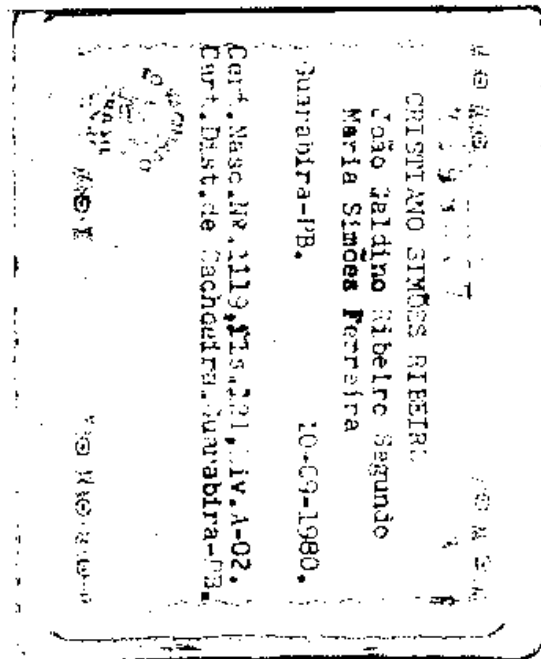
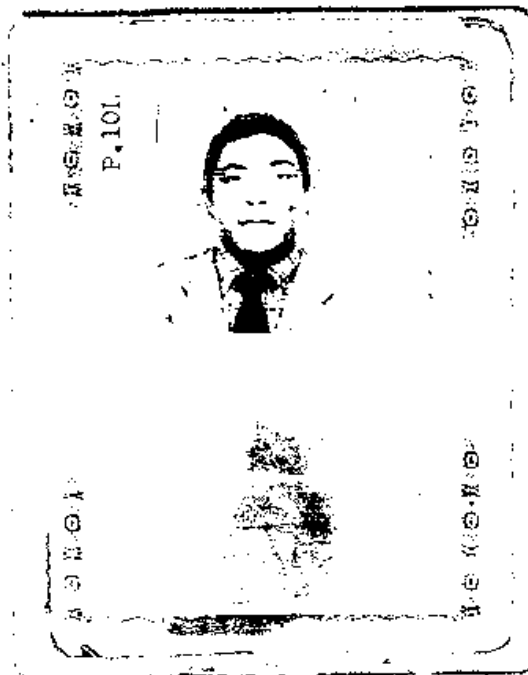
Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

CRISTIANO SIMOES RIBEIRO

JULIANA MARQUES RODRIGUES





COMPROVANTE
COM O ORIGINAL
13/04/18

En

Leonardo Xavier de Freitas
Coord. de Arquivo
Hos. de Jus - HRG
Mat. 291.433-7



MARIA CRISTINA DA SILVA SOARES
RUA HENRIQUE PACIFICI, 180 - PELA VISTA
GUARABUÁ / PB CEP: 5620000 (AG. 22)

Emprego: 09/11/2018 Referência: Nov / 2018
Cidade/Subida: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONTEFASCO B230 Km 25 - Oito Releitor, João Pessoa/PB - CEP: 562071420
Fone: 5 - 22 - 27 - 7850 Nº medidor: 033222954-2



ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA
CNPJ nº 06.848.041/0001-49 Ins. Est. 18.015.822-0
Nº de Fator: Conta de Energia Elétrica 12015 264 129
Cód. para Ode. Automático: 0008181363

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Endereço: www.energisa.com.br

| Conta referente a | Apresentação | Data prevista da próxima leitura | CPF/CNPJ/RAM |
|-------------------|--------------|----------------------------------|----------------|
| Nov / 2018 | 09/11/2018 | 10/12/2018 | 045.463.604-37 |

UC (Unidade Consumidora): 5/165136-3

Canal de contato

| Anterior | Atual | Constante | Consumo | Dias |
|----------|--------|-----------|---------|------|
| Data | Letras | Data | Letras | |
| 10/10/18 | 11205 | 09/11/18 | 11241 | 33 |

| CC | Descrição | Quantidade | Tarifa | Valor Base | Cat. | Alc. | Intar | Base Calc | Alc. (R\$) | Intar (R\$) | Coef. (R\$) |
|------|-------------------------------|------------|----------|------------|------|------|-------|-----------|------------|-------------|-------------|
| 0001 | Consumo em kWh | 33,000 | 0,003710 | 12,32 | 0,00 | 0 | 0,00 | 12,32 | 0,18 | 0,00 | 0,27 |
| 0001 | Adc. B. Vermehe | | | 1,21 | 0,00 | 0 | 0,00 | 1,21 | 0,01 | 0,00 | 0,05 |
| 0001 | Adc. B. Amarela | | | 0,10 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0,10 | 0,00 | 0,00 | 0,03 |
| 0004 | LANÇAMENTOS E SERVIÇOS | | | | | | | | | | |
| 0004 | JUROS DE MORIA 10/2018 | | | 0,00 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 0005 | MULTA 10/2018 | | | 0,48 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 0005 | ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 10/2018 | | | 0,00 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |

CC1 Código de Classificação de Item: TOTAL: 21,80 0,00 0,00 21,80 0,00 0,27

VENCIMENTO 19/11/2018 **TOTAL A PAGAR** R\$ 21,80

Histórico de Consumo (kWh)

RESERVADO AO FISCO
47e3.d4cf.c606.78b2.5e18.1fc5.b35e.af39.

| Indicadores de Qualidade | | | Composição do Consumo | | |
|--------------------------|------------|----------------------|-----------------------------|--------------|---------------|
| Limite ANEEL | Atualizado | Limite de Tensão (V) | Descrição | Valor (R\$) | % |
| 5,01 | 0,00 | ACUMULADO | Serviço de Dist. de Energia | 7,01 | 23,10 |
| 11,82 | | 120 | Consumo de Energia | 10,25 | 47,40 |
| 23,04 | | | Serviço de Transmissão | 1,00 | 5,00 |
| 3,48 | 0,00 | CONTRATAÇÃO | Energia - Serviços | 1,56 | 7,61 |
| 6,97 | | LESTE INFERIOR | Imposto de Renda e Energia | 1,25 | 5,75 |
| 13,95 | | LESTE SUPERIOR | Outros Serviços | 0,00 | 0,00 |
| 2,48 | 0,00 | | Total | 21,80 | 100,00 |
| 12,23 | | | | | |

ATENÇÃO Faturas em atraso

Letra confirmada

VENCIMENTO 19/11/2018 **TOTAL A PAGAR** R\$ 21,80

R3850000000-2.21800054000-3 01651362018-3 11000022018-1





ATO

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 Nº | | | |
| Endereço: Rodovia PB 073 | | Bairro: Sítio Nova | |
| Complemento: | | Cidade: Santa Helena | |
| Ponto de referência: | | | |
| Dados da vítima | | | |
| Nome: Constante Simões Ribeiro | | Idade: 37 | Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F |
| Raça: | <input type="checkbox"/> Negro <input checked="" type="checkbox"/> Pardo <input type="checkbox"/> Branco <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Amarelo | | |
| Endereço: Rua Henrique Pinheiro, Nº 180 | | Telefone: | |
| Bairro: Primavera | | Cidade: Guarabira | |
| Tipo de ocorrência: | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Colisão: | | <input type="checkbox"/> Vítima de queda: _____ metros | |
| <input type="checkbox"/> Ferimento por arma de fogo | <input checked="" type="checkbox"/> Queda de moto | <input type="checkbox"/> Afogamento | <input type="checkbox"/> Crise Convulsiva |
| <input type="checkbox"/> Ferimento por arma branca | <input type="checkbox"/> Atropelamento | <input type="checkbox"/> Urgência Cardíaca | <input type="checkbox"/> Suicida |
| <input type="checkbox"/> Agressão física | <input type="checkbox"/> Queda de Bicicleta | <input type="checkbox"/> Urgência Respiratória | <input type="checkbox"/> Socorrido por 3º |
| <input type="checkbox"/> Capotamento | <input type="checkbox"/> Choque elétrico | <input type="checkbox"/> Urgência Obstétrica | <input type="checkbox"/> Recusa |
| <input type="checkbox"/> Desmoronamento/Desabamento/Soterramento | | <input type="checkbox"/> Urgência Psiquiátrica | <input type="checkbox"/> Combato a Incêndio |
| <input type="checkbox"/> Intoxicação: Agente: | | <input type="checkbox"/> Alagamento | <input type="checkbox"/> QTA () COCB () Outros |
| <input type="checkbox"/> Queimadura: Agente: | Grau(s): | Superfície Corporal Queimada (regra da palma da mão): | |
| <input type="checkbox"/> Transporte: Origem: | | Destino: | <input type="checkbox"/> Outros: |
| Condições de segurança | | Situação da vítima | |
| Ativação do air bag: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não | <input type="checkbox"/> Em automóvel | <input type="checkbox"/> Condutor | <input type="checkbox"/> Decúbito ventral |
| Usava capacete: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não | <input type="checkbox"/> Em motocicleta | <input type="checkbox"/> Passageiro dianteiro | <input type="checkbox"/> Decúbito dorsal |
| Usava cinto: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não | <input type="checkbox"/> Em bicicleta | <input type="checkbox"/> Passageiro traseiro | <input type="checkbox"/> Decúbito lateral |
| Em faixa de pedestre: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não | <input type="checkbox"/> Pedestre | <input type="checkbox"/> Garupa/carona | <input type="checkbox"/> Deambulando |
| Outros: | Outros: | Outros: | |
| Localização das lesões: | | Exame da vítima | |
| 01. Abrasão | | A - Vias aéreas | |
| 02. Amputação | | <input checked="" type="checkbox"/> Permeáveis <input type="checkbox"/> Não Permeáveis | B - Ventilação |
| 03. Avulsão | | <input type="checkbox"/> Vômito | <input checked="" type="checkbox"/> Eupnéia |
| 04. Contusão | | <input type="checkbox"/> Sangue | <input type="checkbox"/> Apnéia |
| 05. Empalamento | | <input type="checkbox"/> Secreção | <input type="checkbox"/> Dispnéia |
| 06. Encravamento | | <input type="checkbox"/> Queda da língua | <input type="checkbox"/> Bradipnéia |
| 07. Esmagamento | | <input type="checkbox"/> Corpo estranho | <input type="checkbox"/> Taquipnéia |
| 08. FAB | | <input type="checkbox"/> Outros | <input type="checkbox"/> Ruidosa |
| 09. FAF | | C - Circulação | |
| 10. Fratura aberta | | Pulso | Pele |
| 11. Fratura fechada | | <input checked="" type="checkbox"/> Pulso radial | <input checked="" type="checkbox"/> Normal |
| 12. Laceração | | <input type="checkbox"/> Pulso braquial | <input type="checkbox"/> Fria |
| 13. Luxação | | <input type="checkbox"/> Pulso carotídeo | <input type="checkbox"/> Quente |
| 14. Parálise | | <input checked="" type="checkbox"/> Normal | <input type="checkbox"/> Sudorese |
| 15. Queimadura | | <input type="checkbox"/> Aumentada | Perfusão Capilar: |
| 16. Outros: Divergência da Simples Pós-tórax | | <input type="checkbox"/> Diminuído | <input checked="" type="checkbox"/> Normal |
| | <input type="checkbox"/> Ausente | <input type="checkbox"/> Ausente | |
| | D - Neurológico | | |
| Abertura ocular | <input checked="" type="checkbox"/> Isocoria | <input type="checkbox"/> Anisocoria | |
| Melhor resposta verbal | <input type="checkbox"/> Mídrise | <input type="checkbox"/> Foto reagente | |
| Melhor resposta motora | <input type="checkbox"/> Miose | <input type="checkbox"/> Não fotoreagente | |
| Total | | <input type="checkbox"/> Convulsões | |
| Sinais vitais | | | |
| Inicial | PA | X | mmHg/FC |
| Final | PA | X | mmHg/FC |
| | | | bpm FR |
| | | | Irpm SPO ₂ % T °C |

CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DA PARAIBA
3º BATALHÃO DE BOMBEIROS MILITAR

ESTA CÓPIA É FIEL REPRESENTAÇÃO DO ORIGINAL
EM 16/05/2018

Assinatura:

2º TEN. MAURO JUNIOR

527.451-6





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 | | Usava Capacete | |
| Exame de Embriaguez Alcoólica | | Destino do Condutor | |
| VEÍCULO 03 | | | |
| Marca | Espécie | Placa | U.F. |
| | | Categoria | Município |
| Nome do Proprietário | | | |
| Seguradora | Bilhete N.º | Renavan N.º | Data da Emissão |
| Defeitos | | | |
| <p style="text-align: center;">ARABIA</p> <p style="text-align: center;">REVERSÃO DO CONDUTOR 03</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: fit-content;"> <p style="text-align: center;">POLÍCIA MILITAR DA PARAÍBA 2º CPTRAN - BPTTRAN Esta cópia é fiel reprodução da original Em 24/07/2019 <i>B. C. C.</i> Assessoria - M11</p> </div> | | | |

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

VITIMA 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 | |

VITIMA 02

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

VITIMA 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

2018/06/02 14:28:00
168.230-0
6236

PÁG 2 DE 2

Laudo N°03.02.06.112018.25617



ANTÓRIO DO ÚNICO OFÍCIO E
REGISTRO DE IMÓVEIS

Rua Prof. Felix Cordeiro, 109 Centro
Píripituba-PB Fone: (33) 3277-1091
E-MAIL: cartorcel@tribunaonline.com

AUTENTICAÇÃO

Autentico a Presente Fotocópia uma vez que confere com original dou fé: Píripituba-PB
28/11/2018. Em test. da verdade o Tabelião Público

Maria Verônica Pontes de Sousa (Escritvente Encarregada)

SELO DIGITAL DE FISCALIZAÇÃO do tipo Normal C -
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>
Insumos: R\$ 2,37 - FEPJ: R\$ 0,47 - FAREP: R\$ 0,28 ISS: R\$ 0,11

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





GOVERNO DO ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIREÇÃO TÉCNICA



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 PRONTUARIO 109.064

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 METACARPÍANOS

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 metacarpianos 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 ORTOPEDISTA
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: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Qual? | Usa medicamentos: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Qual? |
| Doença conhecida: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Qual? | Ingeriu alimentos: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Qual? |

Relatório

No deslocamento ao local encontramos o senhor Cristiano Simões Ribeiro de 37 anos, vítima de queda de moto, em decúbito dorsal, consciente e sentindo fortes dores na região do abdômen e nos costos. A vítima foi imobilizada e transportada até o Hospital Regional de Guarabira. Exames de rotina comprovaram que o paciente possui a ruptura de uma diverticula de Sigmoides Pubica devido ao trauma sofrido pelo mesmo.

Procedimentos efetuados

| | | | |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Desencarceramento | <input type="checkbox"/> Ventilação de resgate | <input type="checkbox"/> Rolamento 90º | <input type="checkbox"/> Oxigenoterapia |
| <input type="checkbox"/> Retirada com KED | <input type="checkbox"/> Desobstrução de VAS | <input type="checkbox"/> Rolamento 180º | <input type="checkbox"/> Reposição volêmica |
| <input type="checkbox"/> Curativo compressivo | <input type="checkbox"/> Aspiração de VAS | <input type="checkbox"/> Exposição da vítima | <input type="checkbox"/> RCP |
| <input type="checkbox"/> Curativo oclusivo | <input type="checkbox"/> Estabilização da cervical | <input type="checkbox"/> Imobilização de MMSS | <input type="checkbox"/> Desfibrilação |
| <input type="checkbox"/> Curativo de 3 pontos | <input type="checkbox"/> Retirada rápida | <input type="checkbox"/> Imobilização de MMII | <input type="checkbox"/> Auxílio ao parto |
| <input type="checkbox"/> Elevação cavaleiro | <input type="checkbox"/> Retirada de capacete | <input type="checkbox"/> Controle de hipotermia | <input type="checkbox"/> Prevenção/orientação |
| <input type="checkbox"/> Outros | | | |

Recepção de pertences

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
| | | | |

Termo 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

| QTD | MATERIAL | QTD | EQUIPAMENTO |
|-----|--------------------------------------|-----|--|
| 02 | Luva de procedimentos | 01 | Colar cervical |
| 01 | Luva estéril Nº _____ | 01 | Máscara de O ² c/ reserv: () adulto () infantil |
| 01 | Máscara de proteção | 01 | Cânula orofaríngea Nº _____ |
| 01 | Sonda de aspiração traqueal Nº _____ | 01 | Ambu: () adulto () infantil () neo |
| 01 | Extensor de O ² | 01 | DEA |
| 01 | Cateter nasal | 01 | Oxímetro de pulso |
| 01 | Gaze | 01 | Tala moldável tamanho () G () M () P () PP |
| 01 | Compressa | 01 | Prancha |
| 03 | Ataduro 15 cm | 01 | Estabilizador lateral de cabeça |
| 01 | SF 0,9% | 01 | Tirante aranha |
| 01 | SRL | 01 | KED: () adulto () infantil () NEO |
| 01 | Manta aluminizada | 01 | KIT Desastre |
| 01 | Protetor para queimados | 01 | Colchão e vácuo |
| 01 | Lençol descartável | 01 | Desencarcerador |
| 01 | KIT parto | 01 | Tractionador de fêmur |
| 01 | LGE | 01 | Outros: |
| 01 | Água | 01 | |

Controle de materiais e equipamentos

| MATERIAL | MOTIVO | LIBERAÇÃO |
|----------|--------|-------------|
| | | h _____ min |
| | | h _____ min |
| | | h _____ min |

Componentes da Guarnição

| Guarnição | Posto | Matrícula | Nome de guerra |
|--------------|-------|-----------|----------------|
| Chefe | 1150T | 521.450 | GLAUCO |
| Socorrista 1 | 1150T | 521.450 | GLAUCO |
| Socorrista 2 | | | |
| Condutor | 3050T | 518.965 | Benvenuto |

Glauco Ribeiro de Souza
Socorrista

CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DA PARÁIBA
3º BATALHÃO DE BOMBEIROS MILITARES
CSU





POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLÍCIAMENTO 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

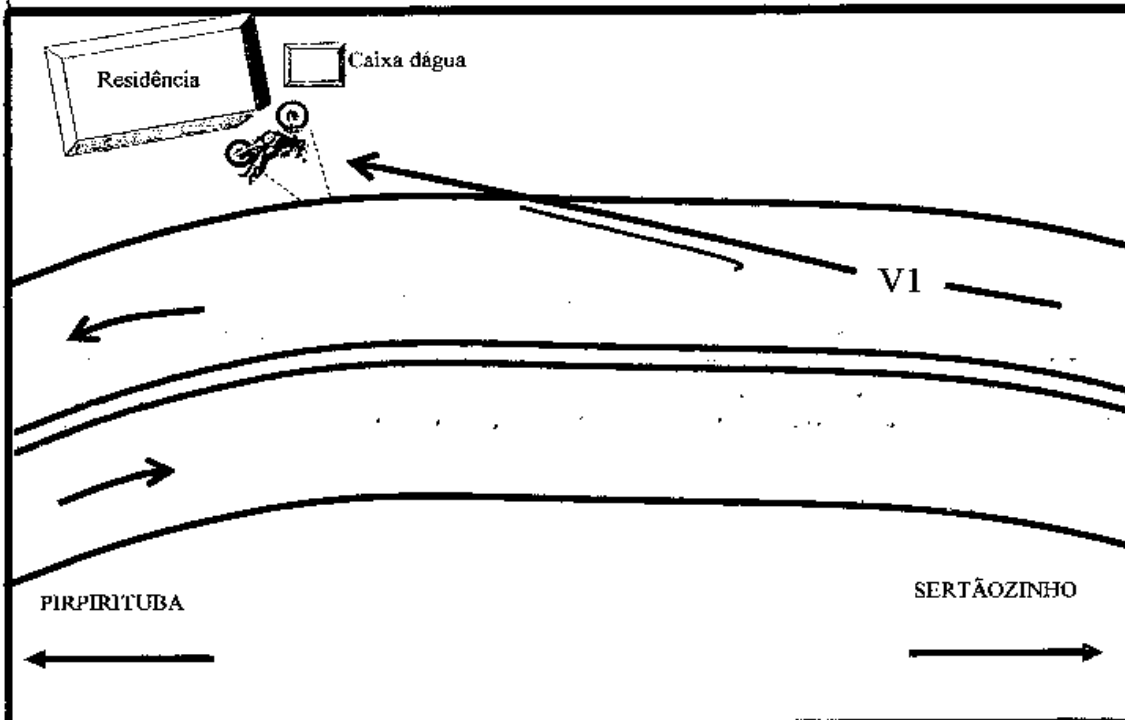
VIA "A" - RODOVIA PB 085. LARGURA: 7,70 metros

PR (Ponto de Referência) Sítio Nica

PA (Ponto de Amarração) Margem da Via: _____

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

Frenagem: 10,40 _____



DESENHO ILUSTRATIVO NÃO OBEDECE ESCALA

AVARIAS

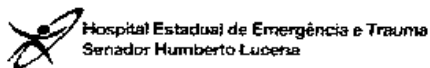
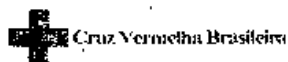
VI



POLÍCIA MILITAR DA PARAÍBA
2º CPTRAN - BPTRAN
Esta cópia é fiel
reprodução da original
Em, 24/07/2018
Assinatura: M. M.

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 MÉDICA | | | |
| Conduta: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DISJUNÇÃO DA SÍNFESE PÚBICA | | | |
| Resumo da Internação: EVOLUI BEM NO PÓS OPERATÓRIO COM FO LIMP, RECEBENDO ALTA MÉDICA EM BOAS CONDIÇÕES CLÍNICA. | | | |
| Resultado de Exames: OK | | | |
| Tratamento: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DISJUNÇÃO DA SÍNFESE PÚBICA | | | |
| 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. Helio Romero Liberalino
Ortopedia/Traumatologia
HELETEROMERO LIBERALINO
CRM: 5050 - PB



VERSÃO DA TESTEMUNHA 01

Empty space for the first witness statement.

TESTEMUNHA 02

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

VERSÃO DA TESTEMUNHA 02

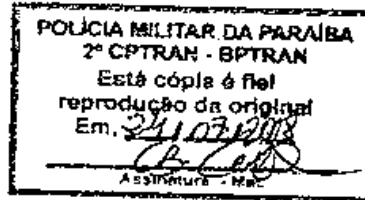
Empty space for the second witness statement.

CONSTATADO

Constatado quando do levantamento que: O condutor da motocicleta trafegava na Rodovia Pb 085 sentido a cidade de Pirpirituba – 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



[Handwritten Signature]
 3º Sgl CENILDO Responsável pelo Levantamento





Verde e Branco



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

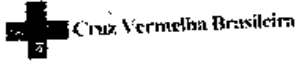
| Identificação do paciente | | | | | | |
|---|--|---------------------------------------|---------------------------------|-------------------|--------|--------------------|
| ID 1293792 | Nome CRISTIANO SIMOES RIBEIRO | | | Sexo Masculino | | |
| Data de nascimento 10/09/1980 | Idade 37 anos 8 meses 22 dias | Estado civil | Religião | Prontuário | | |
| Mãe MARIA SIMOES FERREIRA | Pai JOAO GALDINO RIBEIRO SEGUNDO | | | | | |
| Escolaridade | Responsável (Parentesco) MARIA CRISTINA - ESPOSO(A) | | | | | |
| DDD Móvel 83 | Fone Móvel 988710089 | DDD Fixo | Fone Fixo | | | |
| Tipo documento RG (IDENTIDADE) | Número documento 2299387 | Nº Cns 701208020470310 | | | | |
| Local de procedência GUARABIRA | Tipo MUNICIPIO | | UF PB | | | |
| | Naturalidade GUARABIRA | CBO/R | | | | |
| Endereço | | | | | | |
| CEP 58200000 | 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 100005170868 | 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 MOTOCICLETA, SONOLENTO, M.V em caso, consciência orientada, solicitada exames de imagem, encaminhado para o C.O.U., SINTUS CARDIACO NORMAL. Eduardo R. V. Gomes Enfermeiro Cofre PB-17670R | | | | | | |
| Diagnóstico | | | | | | CID |
| Atendido por AYLA NICOLLE FERNANDES GOMES | | | | | | Tempo 35seg |

Imprimir



15/06/2018

172.16.0.6:8080/cvb/pages/atendimento.do?&perform=imprimacao...



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAIBA

Impresso por: MERCIA
SIMONE SILVA FERREIRA
Em: 15/06/2018 12:26:31

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

| | | | | |
|---|--------------------|--|---|-----------------------------|
| Paciente CRISTIANO SIMOES RIBEIRO | | Boletim de Atendimento 1085482 | Data/Hora Entrada 01/06/2018 04:32:41 | Data/Hora Saida |
| Data de nascimento 10/09/1980 | Idade 37 | Sexo Masculino | CNS 701208020470310 | Prontuário 109064 |
| 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



Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Fisioterapia
Senador Humberto Lucena

AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNEP: 445365 - Tel.: 8332165700



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

| Paciente | | Boleim de Atendimento | Data/Hora Entrada | Data/Hora Saida |
|-------------------------|-------|-----------------------|---------------------|-----------------|
| RISTIANO SIMOES RIBEIRO | | 1085462 | 01/06/2018 04:22:41 | |
| Data do nascimento | Idade | Sexo | CNS | Prontuário |
| 07/09/1980 | 37 | 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 - CLINICA MEDICA
Profissional responsável pela informação: JOAO HENRIQUE ARRUDA RAMALHO

Número Conselho: 7148

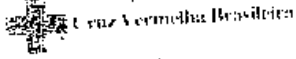
João Henrique Ramalho
Ortopedia
Artroscopia do Ombro
CRM 7148 / ATEOT 13274

172.16.0.6.8080/cvb/pages/atendimento.do?&perform=empurar&control=2&id=369836&dataInicia=14/06/2018%2009:33:56&dataFinal=14/06/2018%2009:33:56



13/06/2018

172.16.0.6:8080/cvb/pages/atendimento.do?&perform=imprimir



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAIBA

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

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

| | | | | |
|---|--------------------|--|---|-----------------------------|
| 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 | CNS 701208020470310 | Prontuário 109064 |
| Tempo de Internação | | Convênio SUS | | 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

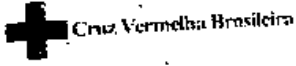
Número Conselho: 66863

172.16.0.6:8080/cvb/pages/atendimento.do?&perform=imprimir&controle=2&id=399839&dataInicial=13/06/2018%2013:15:47&dataFinal=13/06/2018%2013:15:47



16/06/2018

172.16.0.6:8080/cvb/pages/atendimento.do?&perform=imprimir&control=2&id=399839&dataInicial=16/06/2018%2010:18:42&dataFinal=16...



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 | Sexo Masculino | Prontuário 108064 |
| Tempo de Internação | Convênio SUS | CNS 701208020470310 | Plantão DIURNO |

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

DÉBITO CARDÍACO DIMINUÍDO

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 EPOU 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 ANTISSEPSIA DOS DISPOSITIVOS DE ACESSO COM ÁLCOOL A 70% COM 3

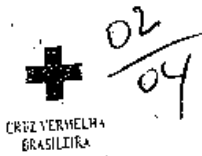
MOVIMENTOS DE 360° (ATENÇÃO), OBSERVAR E COMUNICAR SINAIS FLOGÍSTICOS NO LOCAL DE INSERÇÃO DE CATETERES, DRENOS E F.O. (ATENÇÃO)

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

Número Conselho: 66863

172.16.0.6:8080/cvb/pages/atendimento.do?&perform=imprimir&control=2&id=399839&dataInicial=16/06/2018%2010:18:42&dataFinal=16... 1/1





RELATÓRIO DE CIRURGIA

REC-3114

Nome: Cristiana Simões Ribeiro BE/Prontuário: 6289482
 Idade: 37 Sexo: Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 12/10/18
 Clínica/Setor: Ortopedia EMP: _____ LR: _____
 Cirurgia: Retirada de fixadores externos
 Cirurgião: Dr Milton Carneiro 1º Assistente: Dr Wilson Lins Barros
 2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____
 Instrumentador: _____ Anestesista: _____
 Tipo de Anestesia: intubação Horário: Início _____ Término _____

| Diagnóstico Pós-Operatório | CID |
|--|-----|
| <u>retirada de fixadores externos do braço</u> | |
| | |
| | |
| | |
| | |

| Procedimentos Cirúrgicos | Código |
|---------------------------------------|--------|
| <u>retirada de fixadores externos</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: _____

F(NG).ASCIR.009-1



Nota de Sala Cirúrgica

NOME DO PACIENTE: **CRISTIANO SIMÕES RIBEIRO**
 IDADE: **37** SEXO: **M** Nº: **109546Z** TIPO: **LEITO** ENFERMARIA: **LEITO**
 FAMILIA: **DPAT DE RETIRADA DE MATERIAL DE SUTURA E FIXADOR**
 CIRURGIÃO: **DR. MILAX HORA MILTON DE M. J. MAREZ.**
 ANESTESIA: **GEDICAS + LOCAL**
 ANESTESISTA: **DR. GILVANO FALMANTO**
 INSTRUMENTADOR:
 DATA: TEMPO CIRURGICO - ANESTESIA INICIO: **12:00** CIRURGIA INICIO: FIM: **12:50HS**

ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)
 ASA I (1) ASA II (2) ASA III (3) ASA IV (4)
 GRAU DE CONTAMINAÇÃO (1) LIMPA (2) CONTAMINADA (3) INFECTADA (4) POTENCIALMENTE CONTAMINADA

| MEDICACÕES ANESTÉSICAS | QTD. | MATERIAIS CONT. | QTD. | FIOS | QTD. |
|------------------------|-----------------------|------------------------------|--------------------------|--------------------------------|------|
| ALTFENTANILA | | JELCO Nº18 | | FIO CAT.GUT.CRONADO Nº | |
| BUPIVACAÍNA ISOBARICA | | JELCO Nº20 | | FIO CAT.GUT.CRONADO Nº | |
| BUPIVACAÍNA PESADA | | JELCO Nº21 | | FIO DE AÇO Nº | |
| CETAMINA | | JELCO Nº21 | | FIO DE AÇO Nº | |
| OROPERIDOL | | KIT SIST. DREN TORÁXICA Nº | | FIO DE NYLON Nº | |
| ETOSÍMIDATO | | LÂMINA BISTURI Nº11 | | FIO DE NYLON Nº | |
| FENOBARBITAL | ALCOOL ETILICO 70% | LÂMINA BISTURI Nº15 | | FIO DE NYLON Nº | |
| FENTANILA | PVP10 GERMANTE | LÂMINA BISTURI Nº15 | | FIO POLIGLACTINA Nº | |
| FLUMAZENIL | PVP10 TINTURA | LÂMINA BISTURI Nº24 | | FIO POLIGLACTINA Nº | |
| PROPIPRANOLOL | PVP10 TÓPICO | LÂMINA DE DERMATÓMIO | | FIO POLIGLACTINA Nº | |
| BUPIVACAÍNA C.VASO | SABÃO ANTISÉPTICO | LÂMINA DE ENXERTO | | FIO POLIPROPILENO Nº | |
| BUPIVACAÍNA S.VASO | MATERIAIS | QTD. | LLVA DE PROCEDIMENTO PAR | FIO POLIPROPILENO Nº | |
| LIDOCAÍNA C.VASO | AGULHA 13X4.3 | | LLVA ESTÉRIL Nº7.0 | FIO POLIPROPYLENO Nº | |
| LIDOCAÍNA S.VASO | AGULHA 25X07 | | LLVA ESTÉRIL Nº9.5 | FIO POLIPROPYLENO Nº | |
| AMIDAZOLAN | AGULHA 25X08 | | LLVA ESTÉRIL Nº8.0 | FIO SEDA Nº | |
| AMORFINA | AGULHA 40X12 | | LLVA ESTÉRIL Nº8.5 | FITA CARDIACA | |
| NIMBILIN | AGULHA PERIDURAL Nº16 | | MÁSCARA CIRÚRGICA | MATERIAL ESPECIAL | QTD. |
| PANCRÔNIO | AGULHA PERIDURAL Nº17 | | MULTIVIAS | CATETER DE PIC | |
| PETIDINA | AGULHA PERIDURAL Nº18 | | PERFURADOR DE SORO | CIMENTO CIRÚRGICO | |
| PROPRÓPOLIS | AGULHA RAQUI Nº25G | | SCALP Nº19 | CLIP TITÂNIO LIGADURA | |
| RAMIFENTANILA | AGULHA RAQUI Nº26G | | SCALP Nº21 | FIO DE KIRSCHNER Nº | |
| ROCLORÔNIO | AGULHA RAQUI Nº37G | | SERINGA 3ML | FIO DE KIRSCHNER Nº | |
| SEVOFLURANO | ALGODÃO ORTOPÉDICO | | SERINGA 3ML | FIO STEINMAN Nº | |
| SUXAMETÔNIO | ATADURA DE CREPOM | | SERINGA 10ML | FIO STEINMAN Nº | |
| TIOPENTAL | ATADURA GESSADA | | SERINGA 20ML | GRAMPEADOR CIRÚRGICO | |
| MEDICACÕES | QTD. | BOLSA P. COLOSTOMIA | SONDA ASP. TRAQUEAL Nº8 | HEMOST. ABSORVÍVEL | |
| ADRENALINA | | CÂNULA P. TRAQUEOSTOMIA Nº | SONDA ASP. TRAQUEAL Nº10 | KIT. DERIVA. VENTRICULAR | |
| ÁGUA DESTILADA | | CATETER DE OXIGÊNIO | SONDA ASP. TRAQUEAL Nº12 | PRÓTESE VASCULAR | |
| ATROPINA | | CATETER EMBOLIC. ARTERIAL Nº | SONDA ASP. TRAQUEAL Nº14 | KIT. PAN | |
| BENTRA | | CATETER EPIDURAL Nº16 | SONDA ASP. TRAQUEAL Nº16 | FIXADOR EXTERNO | |
| CEFALOXINA | | CATETER EPIDURAL Nº17 | SONDA FOLEY 2VIAS Nº12 | EMPRESA | |
| CLONIDINA | | CATETER EPIDURAL Nº18 | SONDA FOLEY 2VIAS Nº14 | PARAFUSOS CORTICAIS | |
| CLONIDINA SÓDICA | | CERA PARA OSSO | SONDA NASOG. CURTA | PARAFUSOS CORTICAIS | |
| EFEDRINA | | COLET. URINA FECHADO | SONDA NASOG. LONGA | PARAFUSOS ESPONJOSO | |
| FLUROSEMIDA | | COMPRESSAS CIRÚRGICAS | SONDA URETRAL Nº | PARAFUSOS ESPONJOSO | |
| GLICOSE 50% | | COMPRESSAS CIRÚRGICAS | TORNEIRINHA | PARAFUSOS MALEOLAR | |
| GLUCONATO DE CÁLCIO | | DRENO DE PENROSE | TUBO ENDOTRAQUEAL Nº | PARAFUSOS MALEOLAR | |
| HIDROCORTISONA | | DRENO DE SUÇÃO | TUBO ENDOTRAQUEAL Nº | PLACA | |
| LIDOCAÍNA GELÉIA | | ELETRODOS | TUBO ENDOTRAQUEAL Nº | PLACA | |
| ONDASENTRONA | | EQUIPO MACROGOTAS | TUBO SILICONE (LATEX) | EQUIPAMENTOS | |
| PLASIL | | EQUIPO TRANSF. SANGUE | | () ASPIRADOR | |
| PROSTIGMINE | | EQUIPO MICROGOTAS | | () BISTURI ELÉTRICO | |
| PROTAMINA | | ESPONJA DE PVP1 | | () CAPNOGRAFO | |
| TENDONICAN | | ESPARADRAPO | | () CARDIOMONITOR | |
| | | GAZES | | () DESFIBRILADOR | |
| | | GAZES ALGODOADA'S | | () FOCO AUXILIAR | |
| | | GEL ELETROLÍTICO | | () FOCO CENTRAL | |
| | | JELCO Nº14 | | () MICROSCOPIO | |
| | | JELCO Nº16 | | () MONITÓRIO DE PHSO | |
| | | | | () P.A. INVASIVA NÃO INVASIVA | |
| | | | | () PERFURADOR ELÉTRICO | |
| | | | | () SERRA | |
| | | | | CIRCULANTE | |

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 02/07/2020 11:44:13
 http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007021144134440000030669654
 Número do documento: 2007021144134440000030669654

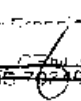




RELATÓRIO DE CIRURGIA



| DESCRIÇÃO DA CIRURGIA | |
|-----------------------|--|
| Posição e Preparo: | <p>1) Paciente em posição de decúbito lateral.</p> <p>2) Anestesia geral.</p> <p>3) Antissepsia com clorexidina.</p> |
| Incisão: | <p>Cir. tipo "C".</p> |
| Achados: | |
| Conduta: | <p>1) Retirada de tecido necrótico.</p> <p>2) Curativo.</p> <p>3) X de controle de 7 dias.</p> |
| Fechamento: | |
| Observação: | |



 SUELIO MOREIRA TORRES
 CRM 102100
 CNP 72104270367800

João Pessoa, 27/06/2020

Médico/CRM: _____

F(NG).ASCIR.009-1



| | | | | |
|--|------------------------|---------------------|---|-----------|
|  | 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 - CINES | |
| 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE <i>HEETS H.L.</i> | | | 4 - CINES | |
| Identificação do Paciente 5 - NOME DO PACIENTE <i>Cristiano Simões Ribeiro</i> | | | 6 - Nº DO PRONTUÁRIO <i>1085482</i> | |
| 7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) | | | 8 - DATA DE NASCIMENTO 9 - SEXO Masc. <input checked="" type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/> | |
| 10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL | | | 11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE | |
| 12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) | | | 13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA | |
| | | | 14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO 15 - UF 16 - CEP | |
| 17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH) | | | | |
| MUDANÇA DE PROCEDIMENTO | | | | |
| 18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR | | | 19 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR | |
| 20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA | | | 21 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA | |
| 22 - DIAGNÓSTICO INICIAL | | | 23 - CID 10 PRINCIPAL 24 - CID 10 SECUNDÁRIO 25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS | |
| SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS) | | | | |
| 26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL | | | 27 - CÓD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL | |
| 28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTILIZAÇÃO DIÁRIA DE ACOMPANHANTE <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTIL TIPO I <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTIL TIPO II <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTIL 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 | | | | |
| <p><i>Of. fixador externo</i></p> <p><i>averto uma CX 4,5 TMC apenas para o uso do instrumental.</i></p> | | | | |
| 39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE | | | 40 - DATA DA SOLICITAÇÃO <i>10/06/18</i> | |
| 41 - DOCUMENTO (CNS / CPF) | | | 42 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE | |
| 43 - ASSINATURA | | | 44 - DATA DA AUTORIZAÇÃO | |
| AUTORIZAÇÃO | | | | |
| 45 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR | | | 46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE | |
| 47 - DOCUMENTO (CNS / CPF) | | | 48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) | |





RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: Cristiano Simões Ribeiro BE/Prontuário: 1085992
 Idade: _____ Sexo: () Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 1/1/1
 Clínica/Setor: Ortopedia EMP: _____ LR: _____
 Cirurgia: fixação externa de tornozelo
 Cirurgião: Dr. Roberto 1º Assistente: Dr. Thiago
 2º Assistente: Mr Daniel 3º Assistente: _____
 Instrumentador: _____ Anestesista: _____
 Tipo de Anestesia: sedação Horário: Início _____ Término _____

| Diagnóstico Pós-Operatório | CID |
|-------------------------------------|-----|
| <u>Dor aguda de sinu Pé direito</u> | |
| | |
| | |
| | |
| | |

| Procedimentos Cirúrgicos | Código |
|---------------------------------------|--------|
| <u>R Fixação externa de tornozelo</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, 01/06/16

Médico/CRM: _____

F(NG).ASCIR.009-1





NOME DO PACIENTE: Cristiano Simões Ribeiro

IDADE: 37 DE 10854482

CIRURGIÃO: Fixador externo de tibia + trat. conservador de

CIRURGIÃO: Dr Roberto Santos + Dr Thiago em pr

ANESTESIA: sedação

ANESTESISTA: Dr André Cavalcanti

INSTRUMENTADOR:

DATA: 01/06/18

INÍCIO DE RISCO DE CIRURGIÃO - ANESTESIA: INÍCIO: 11:40 Fim 12:40

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

GRAU DE CONTAMINAÇÃO: (1) LIMP (2) CONTAMINADA (3) INFECTADA (4) POTENCIALMENTE CONTAMINADA

| MEDICAMENTOS ANESTÉSICOS | QTD. | MATERIAIS CONT. | QTD. | FIOS | QTD. |
|--------------------------|------|------------------------------|------|---------------------------|-------------------------|
| ALFENTANILA | | JELCO Nº18 | | FIO CAT GUT CROMADO Nº | |
| DIPIVACAÍNA ISOBÁRICA | | JELCO Nº20 | | FIO CAT GUT CROMADO Nº | |
| DIPIVACAÍNA PESADA | | JELCO Nº22 | | FIO DE AÇO Nº | |
| ETAMINA | | JELCO Nº24 | | FIO DE AÇO Nº | |
| OROPRIDOL | | KIT SIST. DREN. TORÁXICA Nº | | FIO DE NYLON Nº | |
| ETOMIDATO | | SOLUÇÕES | | FIO DE NYLON Nº | |
| FENÍDRATIL | | ALCOOL ETILICO 70% | QTD. | FIO DE NYLON Nº | |
| FENTANILA | | PVPi DEGERMANTE | OK | FIO DE NYLON Nº | |
| GAZENIL | | PVPi TINTURA | OK | FIO POLILACTINA Nº | |
| LURANO | | PVPi TÓPICO | OK | FIO POLIGLACTINA Nº | |
| LEVOPRIVACAÍNA CV VASO | | SABÃO ANTISÉPTICO | | LÂMINA DE DERMÁTOMO | |
| LEVOPRIVACAÍNA SV VASO | | MATERIAIS | QTD. | LÂMINA DE ENXERTO | |
| MAÍNA CV VASO | | AGULHA 13X4,5 | | LUVA DE PROCEDIMENTO PAR. | OK |
| MAÍNA SV VASO | | AGULHA 25X07 | | LUVA ESTÉRIL Nº7,0 | |
| AMIDAZOLAN | | AGULHA 25X08 | | LUVA ESTÉRIL Nº7,5 | |
| MORFINA | | AGULHA 40X12 | | LUVA ESTÉRIL Nº8,0 | |
| NIMBILIM | | AGULHA PERIDURAL Nº16 | 11 | LUVA ESTÉRIL Nº8,5 | |
| PANCURÔNIO | | AGULHA PERIDURAL Nº17 | | MÁSCARA CIRÚRGICA | |
| METIDINA | | AGULHA PERIDURAL Nº18 | | MULTIVIAS | |
| PROPRAFOL | | AGULHA RAQUI Nº25G | | PERFURADOR DE SORO | |
| RAMIFENTANILA | | AGULHA RAQUI Nº36G | | SCALP Nº10 | |
| ROCURÔNIO | | AGULHA RAQUI Nº37G | | SCALP Nº21 | |
| SIVOFURANO | | ALGODÃO ORTOPÉDICO | | SERINGA 3ML | |
| SUXAMETÔNIO | | ATADURA DE CREPOM | | SERINGA 5ML | |
| TIOPENTAL | | ATADURA GESSADA | | SERINGA 10ML | |
| MEDICAMENTOS | QTD. | BOLSA IV COLOSTOMIA | | SERINGA 20ML | |
| ADRENALINA | | CÂNULA IV TRAQUEOSTOMIA Nº | | SONDA ASP. TRAQUEAL Nº8 | |
| ÁGUA DESTILADA | | CÂTETER DE OXIGÊNIO | | SONDA ASP. TRAQUEAL Nº16 | |
| ATROPINA | | CÂTETER EMBOLEC. ARTERIAL Nº | | SONDA ASP. TRAQUEAL Nº12 | |
| HEXTRA | | CÂTETER EPIDURAL Nº16 | | SONDA ASP. TRAQUEAL Nº14 | |
| HEXILINA | | CÂTETER EPIDURAL Nº17 | | SONDA ASP. TRAQUEAL Nº14 | |
| HEXMETASONA | | CÂTETER EPIDURAL Nº18 | | SONDA FOLEY 2VIAS Nº12 | |
| DIFERONA SÓDICA | | CERA PARA OSSO | | SONDA FOLEY 2VIAS Nº14 | |
| HEXOPINA | | COLET. URINA FECHADO | | SONDA NASOG. CURTA | |
| HEXIDA | | COMPRESSAS C/ ANTIOX | | SONDA NASOG. LONGA | |
| GLUCOSE 50% | | COMPRESSAS C/ ANTIOX | | SONDA URETRAL Nº | |
| GLUCONATO DE CÁLCIO | | COMPRESSAS C/ ANTIOX | | TORNEIRINHA | |
| HIDROCORTISONA | | DRENO DE PENROSE | | TUBO ENDOTRAQUEAL Nº | |
| LIDOCAÍNA GEL/IA | | DRENO DE SUÇÃO | | TUBO ENDOTRAQUEAL Nº | |
| LINDA SÉTRONA | | ELETRODOS | | TUBO ENDOTRAQUEAL Nº | |
| PLASIL | | EQUIPO MACROGOTAS | | TUBO ENDOTRAQUEAL Nº | |
| PROSTIGMINE | | EQUIPO TRANSF. SANGUE | | TUBO SILICONE (LATEX) | |
| PROYAMINA | | EQUIPO MICROGOTAS | | | |
| TENOXICAN | | ESPONJA DE PVPi | | FIOS | EQUIPAMENTOS |
| | | ESPARADRAPO | | FIO ALGODÃO S/A Nº | (1) ASPIRADOR |
| | | GAZES | | FIO ALGODÃO S/A Nº | (1) BISTURI ELÉTRICO |
| | | GAZES ALGODADAS | | FIO ALGODÃO C/A Nº | (1) CAPNÓGRAFO |
| | | GEL ELETROLÍTICO | | FIO ALGODÃO C/A Nº | (1) CARDIOMONITOR |
| | | JELCO Nº14 | | FIO ALGODÃO C/A Nº | (1) DESFIBRILADOR |
| | | JELCO Nº16 | | | (1) FOCO AUXILIAR |
| | | | | | (1) FOCO CENTRAL |
| | | | | | (1) MICROSCÓPIO |
| | | | | | (1) PÓXIMETRO DE PULSO |
| | | | | | (1) P.A. INVASIVA |
| | | | | | (1) PERFURADOR ELÉTRICO |
| | | | | | (1) SERRA |
| | | | | | CIRCULANTE |

Foi aberta a cx. 415 TIC apenas para uso da instrumentação.

Janaina Ferraz 452 3000121





RELATÓRIO DE CIRURGIA



| DESCRIÇÃO DA CIRURGIA |
|---|
| Posição e Preparo: Paciente em DDH sob sedação Antissepsia + Assepsia Aparição da campo cirúrgico Inusão com cat. ilíaco |
| Incisão: Divulsão por planos Ressecção de massa 25 Ressecção de fibras Redução da massa por planos + Assepsia |
| Achados: Tumor, com poder cístico Divulsação Ressecção |
| Conduta: |
| Fechamento: |
| Observação: |

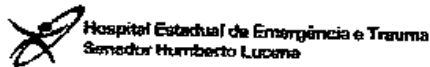
Daniel Cassiano Arruda
MÉDICO
CRM 11134

João Pessoa, 01/06/18

Médico/CRM: _____

F(NQ).ASCTR.009-I





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 de alta: ALTA MEDICA | | | |
| Conduta: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DISJUNÇÃO DA SÍNFESE 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 SÍNFESE PÚBLICA | | | |
| Diagnóstico: S32.8 - Fratura de outras partes da cotuça 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 e Traumatologia
HEITOR ROMERO LIBERALINO
RUA DA NOBREGA
CRM: 5050 - PB

