
Rio de Janeiro, 08 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190467003

Vítima: DAIJON DOUGLAS FERNANDES DE BRITO FILHO

Data do Acidente: 19/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), DAIJON DOUGLAS FERNANDES DE BRITO FILHO

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

Rio de Janeiro, 08 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190467003 Vítima: DAIJON DOUGLAS FERNANDES DE BRITO FILHO

Data do Acidente: 19/01/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), DAIJON DOUGLAS FERNANDES DE BRITO FILHO

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

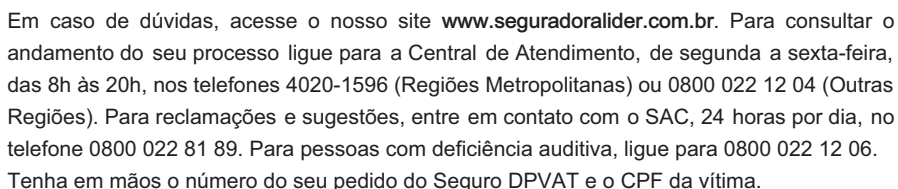
Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto, sem abreviações e/ou rasuras, de todos os campos dos Dados Cadastrais, pois o entregue está incompleto.
Declaração do Proprietário do Veículo	Apresentar o formulário "Declaração do Proprietário do Veículo" para validar o acidente noticiado. O formulário, disponível em nosso site, deverá ser preenchido e assinado, com reconhecimento de firma por autenticidade, pelo proprietário do veículo em que a vítima estava no acidente.

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

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

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você





Rio de Janeiro, 30 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190467003

Vítima: DAIJON DOUGLAS FERNANDES DE BRITO FILHO

Data do Acidente: 19/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), DAIJON DOUGLAS FERNANDES DE BRITO FILHO

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: DAIJON DOUGLAS FERNANDES DE BRITO FILHO

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 001

Agência: 000002191-1

Conta: 000002046-X

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 0268699/19 3 - CPF da vítima: 438.598.574-93 4 - Nome completo da vítima: Dairton Douglas Fernandes de Brito

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

5 - Nome completo: Dairton Douglas Fernandes de Brito 6 - CPF: 438.598.574-93
7 - Profissão: Serviços Gerais 8 - Endereço: Sua Techo 9 - Número: 51N 10 - Complemento: -
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Magaca de Centro 13 - Estado: PB 14 - CEP: 59200-000
15 - E-mail: - 16 - Tel. (DDD): (93) 993929029

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: - 18 - CPF do Representante Legal: - 19 - Profissão do Representante Legal: -

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CUI ADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: -
25 - Grau de Parentesco com a vítima: - 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: -
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: - Falecidos: - 30 - Vítima deixou nascituro (vairascor)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: - Falecidos: - 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: -

CPF: -

39 - 2ª | Nome: -

CPF: -

Assinatura da testemunha

07 AGO. 2019

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Magaca de Centro PB 07.08.2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 0288689/139 3 - CPF da vítima: 438.998.574-93 4 - Nome completo da vítima: Douglas Douglas Fernandes de Brito

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

5 - Nome completo: Douglas Douglas Fernandes de Brito 6 - CPF: 438.998.574-93
7 - Profissão: Desenvolvedor 8 - Endereço: Av. Teófilo 9 - Número: 310 10 - Complemento: -
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Aracaju de Aracaju 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55200-000
15 - E-mail: - 16 - Tel (DDD): (93) 998.574-93

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: - 18 - CPF do Representante Legal: - 19 - Profissão do Representante Legal: -

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Banco do Brasil
AGÊNCIA: 2191 1 CONTA: 2.046 ☒
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: -

25 - Grau de Parentesco com a vítima: - 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: -

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: - Falecidos: - 30 - Vítima deixou nascituro(vários)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: - Falecidos: - 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Assinatura digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: - CPF: -
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: - CPF: -
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Aracaju, PE, 07 de Agosto de 2019
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Douglas Douglas Fernandes de Brito Filho

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Extrato de Conta Corrente

Cliente

Nome

DALTON D F BRITO FH

Agência

2191-1

Conta

2.046-X

Movimento

Data	Dep. origem	Histórico	Documento	Valor	Saldo
00/00/0000		Saldo Anterior			0,00 C
Saldo					0,00 C
Juros *					0,00
Data de Débito de Juros					02/09/2019
IOF *					0,00
Data de Débito de IOF					02/09/2019

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

Informações Adicionais

Impresso em 08.08.2019 às 10:32:36

Central de Atendimento BB - 4004 0001 ou 0800 729 0001
Serviço de Atendimento ao Consumidor - SAC - 0800 729 0722
Ouvidoria BB - 0800 729 5678
Deficientes Auditivos ou de Fala - 0800 729 0088





BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Livro nº 02/2019

Ocorrência nº. 284/2019



Aos 20 dias de MAIO de DOIS MIL E DEZENOVE, nesta cidade de JACARAÚ/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **JAIME JOSÉ CAVALCANTE DE MATOS**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrevã(o) Kennedy de Carvalho Andrade, às 14h:26min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

DAIJON DOUGLAS FERNANDES DE BRITO FILHO, conhecido por , RG nº 4.473.362-SSP/SP, CPF nº 718.598.574-93, nacionalidade brasileiro(a), estado civil: união estável, profissão: serviços gerais, filho(a) de Daijon Douglas Fernandes de Brito e Maria do Livramento Pequeno dos Santos, natural de Rio de Janeiro/RJ, nascido(a) em 30/11/1998, do sexo masculino, residente e domiciliado(a) no(a) Rua São Pedro, S/Nº, nº , bairro: Centro - Lagoa de Dentro/PB, tendo como ponto de referência: mercadinho NOVA OPÇÃO, fone(s) para contato: (83) 99183-9816.

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

- 1) NATUREZA DO FATO: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**;
- 2) DATA DO FATO: 19 de janeiro de 2019;
- 3) HORÁRIO: 18h:30min;
- 4) LOCAL: Estrada de areia no Sítio Piabas nº , bairro - Lagoa de Dentro/PB;
- 5) UNIDADE DE SAÚDE PARA A QUAL O ACIDENTADO FOI ENCAMINHADO: hospital de traumas de João Pessoa;
- 6) O COMUNICANTE/VÍTIMA CONDUZIA O VEÍCULO? SIM;
- 7) SENDO O(A) COMUNICANTE CONDUTOR(A) DO VEÍCULO ENVOLVIDO NO ACIDENTE, É ELE HABILITADO? não;
- 8) O VEÍCULO DO(A) COMUNICANTE/VÍTIMA ENCONTRA-SE EM DIA COM AS OBRIGAÇÕES TRIBUTÁRIAS? NÃO INFORMADO.

9) DESCRIÇÃO DO(S) VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S) NO ACIDENTE:

HONDA/NXR150 BROS ESD, NIV: 9C2KD0540CR513275, ano/modelo: 2011/2012, cor vermelha, placa: LQZ-3531/RJ, licenciada em nome de: JOSEMAR CAGLIONI.

10) TESTEMUNHA(S) DO FATO/ACIDENTE:

NÃO HOUVE

11) BREVE RESUMO DO FATO:

QUE o comunicante conduzia o referido veículo, levando na garupa sua companheira: ANNY KESSIA DOS SANTOS, quando foi atingido frontalmente pelo veículo: S 10, placa: LNC-3898/RJ, cor prata, conduzido por EDIELSON FERREIRA DO NASCIMENTO; QUE o casal foi socorrido para o hospital de traumas de João Pessoa, onde o notificante ficou internado por cerca de um mês.

12) OBSERVAÇÕES:

ESTE BOLETIM TEM VALIDADE DE 30 DIAS E NESSE PRAZO DEVERÁ O COMUNICANTE PROVIDENCIAR A SEGUNDA VIA DO(S) DOCUMENTO(S) PERDIDO(S)/EXTRAVIADO(S).

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

Daijon Douglas Fernandes de Brito Filho
DAIJON DOUGLAS FERNANDES DE BRITO FILHO

Comunicante

Kennedy De Carvalho Andrade
Escrivã(o)/Agente Mat. nº 155.335-6



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 0268699/19 3 - CPF da vítima: 438.598.574-93 4 - Nome completo da vítima: Dairton Douglas Fernandes de Brito

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

5 - Nome completo: Dairton Douglas Fernandes de Brito 6 - CPF: 438.598.574-93
7 - Profissão: Serviços Gerais 8 - Endereço: Rua Teófilo 9 - Número: 51N 10 - Complemento: -
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Magalhães de Almeida 13 - Estado: PA 14 - CEP: 59250-000
15 - E-mail: - 16 - Tel. (DDD): (93) 993969028

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: -
18 - CPF do Representante Legal: - 19 - Profissão do Representante Legal: -
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: - CONTA: -
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: -
AGÊNCIA: - CONTA: -
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: -
25 - Grau de Parentesco com a vítima: - 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: -
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: - Falecidos: - 30 - Vítima deixou nascituro(vainascos)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: - Falecidos: - 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: -

CPF: -

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: -

CPF: -

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Magalhães de Almeida PA 07-08-2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Prefeitura Municipal de Lagoa de Dentro - PB
Secretaria Municipal de Saúde
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que nos arquivos do SAMU 192 consta o atendimento ao paciente Daijon Douglas Fernandes de Brito Filho, CPF: 718.598.574-93, RG: 4.473.362, CNS: 2037 5630 2490 0071, residente na Rua São Pedro, Lagoa de Dentro – PB. Foi vítima de acidente de moto no dia 19 de janeiro de 2019, na zona rural de Lagoa de Dentro – PB. Realizado protocolo de imobilização do politraumatizado e encaminhado ao H.E.E.T.S.H.L., onde foi adequadamente recebido pela equipe de plantão.

Lagoa de Dentro, 17 de maio de 2019.

Dr. Joab César Souza Campos
Responsável Técnico
Enfermeiro Coren-PB: 400 104

Dr. Joab César Souza Campos
Enfermeiro
COREN-PB 400104



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 24/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DAIJON DOUGLAS FERNANDES DE BRITO FILHO

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02191-1

CONTA: 000000002046-X

Nr. da Autenticação 7AA54BE2084A3F98

MARIA DO LIVRAMENTO PEQUENO DOS SANTOS
RUA SAO PEDRO, S/N - CENTRO
LAGOA DE DENTRO / PB CEP: 58250000 (AG. 22)

Emissor: 17/01/2019 Referência: Jan / 2019
Classe/Subcl: RESIDENCIAL / BAIXA RENDA MONOFÁSICO Br 220, km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
Roteiro: 10 - 31 - 300 - 3890 Nº medidor: 00000558988

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ 09.095.182/0001-40 Insc. Est.: 18.015.823-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 018.727.871
Cód. para Déb. Automático: 00011566346

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

Conta referente a

Apresentação

Data prevista da
próxima leitura

CPF/ CNPJ/ RANI

Jan / 2019

17/01/2019

15/02/2019

688.963.984-04

Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora):

5/1156634-6

Canal de contato

Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei
nº 10.438, de 26 de abril de 2002.

Quer reduzir a conta de luz? Adote hábitos conscientes: não deixe
a porta da geladeira aberta sem necessidade, lave e passe o
máximo de roupas possível de uma só vez e não se esqueça de
apagar as luzes ao sair dos ambientes.



Rio de Janeiro, 26 de setembro de 2019
Circular DIREG – 015/2019

Aos
Corretores Parceiros

REF: Revisão dos documentos de Sinistros DPVAT - Registro de Ocorrência, Comprovante de Ato Declaratório, Comprovante de Residência, Declaração de Proprietário, Boletim de Atendimento Médico, Laudo do IML, Declaração de Inexistência do Laudo do IML e Pedido do Seguro DPVAT-testemunhas.

Com objetivo de simplificar o processo dos sinistros administrativos, novos procedimentos devem ser observados, conforme o quadro a seguir:

Documento:	De:	Para:
Registro de Ocorrência Policial	Original ou cópia autenticada	Cópia simples
Comprovante do Ato Declaratório	Exigido para acidentes declarados com data superior a 30 dias	Exclusão da lista de documentos de regulação.
Comprovante de Residência	Contas de consumo emitidas em até 180 dias	Qualquer comprovante de residência, sem prazo de validade
Declaração de Proprietário de Veículo	Exigido para coberturas DAMS e Invalidez com acidentes envolvendo motocicletas	Exclusão da lista de documentos de regulação.
Boletim de Atendimento Médico	Emitido no dia do acidente	Emitido em até 72 horas da data do acidente
Laudo do IML	Original ou cópia autenticada	Cópia simples
Declaração de Inexistência do Laudo do IML	03 opções de motivos para não apresentação do Laudo no Pedido do Seguro DPVAT	Opção única de motivo para não apresentação do Laudo no Pedido do Seguro DPVAT

Os novos procedimentos passam a vigorar para sinistros avisados:

- a) A partir do dia 30/09/2019; ou
- b) Anteriores a 30/09/2019 (novos pendenciamentos).

Todas as comunicações relacionadas aos documentos e procedimentos aqui citados ficam alteradas ou revogadas quanto à sua forma e seu conteúdo, conforme a seguir:



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE Daijon Douglas Fernandes de Brito Filho
DATA DE NASCIMENTO 30/11/98
NOME DA MÃE Maria do Livramento Pequeno dos Santos

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º 113538
BOLETIM DE ENTRADA N.º 1137047
DATA DO ATENDIMENTO 19/01/19
HORA DO ATENDIMENTO 20:54
MOTIVO DO ATENDIMENTO Acidente de moto
DIAGNÓSTICO (S) Fratura exposta de fêmur E e tibia E
CID 10 S72.3 S82.2

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de acidente de moto, com TCE, fratura exposta do fêmur e tibia, ferimentos em região frontal, couro cabeludo, região zigomático-maxilar E. Avaliado pela Neurocirurgia, BMF, Traumatologia e internado para tratamento cirúrgico.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC de crânio
RX face, cervical, tórax, coxa E, perna E
USG(fast)

RESULTADOS DOS EXAMES:

Tc: sem anormalidades
RX: fratura de fêmur e tibia esquerdos.



TRATAMENTO:

Sutura de múltiplos ferimentos na face (19/01/19) Limpeza mecânico-cirúrgica + fixação externa MIE (realizado em 20/01/19). Retirada de fixador externo em fêmur E (realizado em 30/01/19). Tratamento cirúrgico de fratura de fêmur E (realizado em 07/02/19). Retirada de fixador externo em perna E (realizado em 11/02/19). Osteossíntese de fratura de tibia esquerda (realizado em 18/02/19)

ALTA HOSPITALAR: 19/02/19
DATA DA EMISSÃO: 10/05/19

Dr. Juan Jaime Alcoba Arce
CRM: 3323/PB



Paraná Paraíba

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, s/n - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1137047



Identificação do paciente

ID 1387778	Nome DALTON DOUGLAS FERNANDES DE BRITO FILHO		Sexo Masculino	
Data de nascimento 30/12/1995	Idade 20 anos 20 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe MARIA DO LIVRAMENTO PEQUENO DOS SANTOS	Pai DALTON DOUGLAS FERNANDES DE BRITO			
Educacionalidade	Responsável (Parentesco) DANUZA DEBORA DE BRITO VIEIRA - IRMÃO(A)			
DDD Móvel 83	Fone Móvel 993004433	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo de documento	Número documento	Nº Cns		
Local de procedência LAGOA DE DENTRO	Tipo MUNICIPIO		UF PB	
E-mail	Naturalidade RIO DE JANEIRO	CBO/R		
Endereço				
CEP 58250200	Município de residência LAGOA DE DENTRO	UF PB	Logradouro SAO PEDRO	
Número SN	Complemento	Bairro CENTRO		
Admissão				
Data e Hora 19/01/2019 20:54:08	Número da pulseira 1000007163769	Convênio SUS		
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica			
Classificação de risco	Origem do paciente RUA			
Caráter do atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO		

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Modo de transporte SAMU	Quem transportou		
Sinais Vitais			
PA 93/0	x	87	mmHg
Pulso	Temperatura		

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Líquor []	ECG []	Ultrassonografia []
Dados clínicos Paciente vítima de acidente de moto, suspenso de prateleira da equipe, segue abalado, e endos ado cunhado						
Diagnóstico						CID
Atendido por THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA						Tempo 24seg

Imprimir





draft female
0102 (3 MAY)
DE
NS) de
FA

not for exhibition
1102 (4 MAY)

DE
NS) de
FA

future fee
18/01/19
DE
NS) ok
FA

20/01/19
2 MC + fix tibia
DC
NS) ok
FA

relinquished for. attend

draft bat
18/02 (5 MAY)

DE
NS
FA) ok
FA

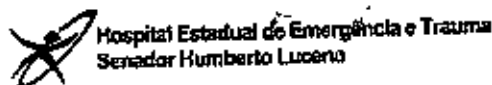
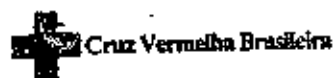
relinquished for. attend

30/01/19

DE
NS) ok
FA







AREA AMARELA

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

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente DALTON DOUGLAS FERNANDES DE BRITO FILHO	BAE 1137047	Data/Hora Entrada 19/01/2019 20:54:08	Data Baixa
Data de nascimento 30/12/1996	Idade 20a 21d	Sexo Masculino	CNS
MBa MARIA DO LIVRAMENTO PEQUENO DOS SANTOS			Telefone de Contato (83) 983004433
Endereço SAO PEDRO, SN	Bairro CENTRO	Município LAGOA DE DENTRO	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional BRUNO DE LUNA ROMA	Nº Cons. Regional 10075/PB
Data/Hora Classificação 19/01/2019 20:54:08		Data/Hora Prescrição 20/01/2019 00:46:12	

Anamnese

Tratamento cirúrgico da fratura exposta de fêmur e tibia esquerdos - fixador externo feito por Dr. Tibério

solcito rai x controle
Internação hospitalar para procedimento cirúrgico
orientado por Dr. Tibério

DIETA

DIETA LIVRE, VIA ORAL

MEDICAÇÃO

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

Diluir

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

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 8/8H

Diluir

ONDANSETRONA 8MG/4ML (AMPOLA 4ML), ADMINISTRAR 8,0 ML VIA E.V., 8/8H, SE NECESSÁRIO SE NAUSEAS (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 24,0)

PTOPRIL 25 MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 25,0 MG VIA ORAL, AGORA, (OBSERVAÇÕES: SE PAS > 160 OU PAD > 110 ; VISAR PLANTONISTA DE PAS > 200)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 2000,0 ML VIA E.V., 24H, 0,0 (MGTSM)

OMEPRAZOL 20MG CÁPSULA, ADMINISTRAR 40,0 MG VIA ORAL, 1X AO DIA, (OBSERVAÇÕES: EM JEJUM, PELA MANHÃ)

GLICOSE 50% SOLUÇÃO INJETÁVEL (AMPOLA 10ML), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., AGORA, 0,0 (MGTSM) (OBSERVAÇÕES: SE HGT <60)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V., 8/8H, 0,0 (MGTSM)

Diluir

TRAMADOL 50MG /ML INJETÁVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 8/8H, SE NECESSÁRIO SE DOR INTENSA (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 6,0)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V., 12/12H, 0,0 (MGTSM)

Diluir

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., 12/12H

CEFALOTINA 1G (FRASCO-AMPOLA), ADMINISTRAR 1000,0 MG VIA E.V., 6/6H, POR 7 DIA(S)

GENTAMICINA 80MG/2ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 6,0 ML VIA E.V., 1X AO DIA, POR 7 DIA(S)

HEPARINA SODICA 5000UI/25ML (AMPOLA 0,25 A 0,30ML) - ALTO RISCO, ADMINISTRAR 0,25 ML VIA S.C., 12/12H, 0,0 (MGTSM)



CUIDADOS

CURATIVO, (OBSERVAÇÕES: DIÁRIO)

HGT 6/6HS

FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIO E MOTORA

INSULINA REGULAR CONFORME HGT

SSVV + CCGG

EXAME LABORATORIAL

COAGULOGRAMA COMPLETO

CREATININA

GLICOSE

HEMOGRAMA COMPLETO

TGO (ASPARTATO AMINOTRANFERASE/AST)

TGP (ALANINA AMINOTRANFERASE/ALT)

IONOGRAMA

UREIA

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE COXA ESQUERDA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: AP/P)

RADIOGRAFIA DE PERNA ESQUERDA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: AP/P)

Conduta

Internar Paciente

Dr Bruno de Luna Roma
MEDICO
CRM: 10075

DALTON DOUGLAS FERNANDES DE BRITO FILHO

BRUNO DE LUNA ROMA
(CRM: 10075/PB)

SALA DE OBSERVAÇÃO ÁREA VERDE

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

Tel: 32165700

CNES: 2778696

Paciente DAIJON DOUGLAS FERNANDES DE BRITO FILHO	BAE 1137047	Data/Hora Entrada 19/01/2019 20:54:08	Data Baixa
Data de nascimento 30/12/1998	Idade 20a 21d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 993004433
Mãe MARIA DO LIVRAMENTO PEQUENO DOS SANTOS			Prontuário
Endereço SAO PEDRO, SN	Bairro CENTRO	Município LAGOA DE DENTRO	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional JOSE MANGUEIRA RAMALHO	Nº Cons. Regional 1399/PB
Data/Hora Classificação 19/01/2019 20:54:08		Data/Hora Prescrição 19/01/2019 21:20:49	

Anamnese

PACIENTE DEU ENTRADA NESTE SERVIÇO VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO APRESENTANDO POLITRAUMATISMO COM TCE FRATURA EXPOSTA DO FEMUR E TIBIA RELATA DOR COM LIMITAÇÃO EM AMBULAR CONSCIENTE ORIENTADO MUCOSAS DESCORADAS ESTADO GERAL COMPROMETIDO.

SOLICITO PARECER DA ORTOPEDIA, NEURO, VASCULAR E BUCO

MEDICAÇÃO

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 1,0 MG VIA E.V., AGORA, (OBSERVAÇÕES: SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100 ML)

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

RADIOGRAFIA DE OSSOS DA FACE (MN + LATERAL + HIRTZ)

RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL PERFIL

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)

ULTRASSONOGRAFIA - FAST

RADIOGRAFIA DE COXA ESQUERDA

RADIOGRAFIA DE PERNA ESQUERDA

CID10

Código	Descrição
T07	Traumatismos múltiplos não especificados

Conduta

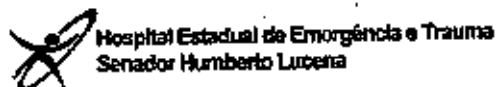
Em observação



DAIJON DOUGLAS FERNANDES DE BRITO FILHO

Dr. José Mangueira Ramalho
033 993004433
Hospital
JOSE MANGUEIRA RAMALHO
(1399/PB)





CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

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

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente DAJON DOUGLAS FERNANDES DE BRITO FILHO	BAE 1137047	Data/Hora Entrada 18/01/2019 20:54:08	Data Baixa
Data de nascimento 30/12/1998	Idade 20a 21d	Sexo Masculino	CNS
Mãe MARIA DO LIVRAMENTO PEQUENO DOS SANTOS			Telefone de Contato (83) 993004433
Endereço SAO PEDRO, SN	Bairro CENTRO	Município LAGOA DE DENTRO	Promitório
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional LEONARDO COSTA DE ALMEIDA PAIVA	UF PB
Data/Hora Classificação 19/01/2019 20:54:08		Data/Hora Prescrição 20/01/2019 09:16:23	Nº Cons. Regional 4550/PB

Anamnese

Paciente submetido a suturas múltiplas de face sob anestesia geral, em caráter de urgência, sem intercorrências.
 Exame físico, FCC em frontal, couro cabeludo e complexo zigomático maxilar-esquerdo.
 Exame tomográfico de CRÂNIO, sem sinais de fratura do terço médio e superior de face.
 Solicito nova avaliação após melhora de quadro clínico.

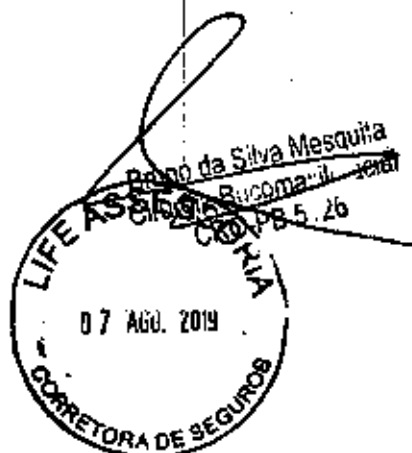
CD.

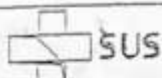
- 1- Sutura de ferimentos
- 2- Reavaliação pós melhora do quadro.

Conduta

Em observação

DAJON DOUGLAS FERNANDES DE BRITO FILHO

LEONARDO COSTA DE ALMEIDA PAIVA
(: 4550/PB)



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

H.E.C.T. S.H.L

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

H.E.C.T. S.H.L

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Daipen Douglas Fernandes de Brito Filho

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

1137047

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

1/Ass: ☒ 1

9 - SEXO

Fem: ☐ 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

DDD

11 - TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

19 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

21 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

22 - DIAGNÓSTICO INICIAL

23 - CID 10 PRINCIPAL

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

27 - CÓD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO I

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO II

29 - DESCRIÇÃO

Lote: 003395 Código: F08 2 209

SISTEMA DE FIXAÇÃO OSSEA

SARTORI - LINEFIX FEMUR T

350 - ESTERIL

32 - DESCRIÇÃO

Fab.: 03/10/2018 Val.: 10/2023

Registro Anvisa Nº 80083650031

Material ACO INOX/ALUMINIO

3 - DESCRIÇÃO

Luiz Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP

CNPJ: 04.861.623/0001-00 - Rio Claro/SP

Tel: +55 19 3538-1910 info@sartori.ind.br

Lote: 003395 Código: F08 2 209

SISTEMA DE FIXAÇÃO OSSEA

SARTORI - LINEFIX FEMUR T

350 - ESTERIL

Fab.: 03/10/2018 Val.: 10/2023

Registro Anvisa Nº 80083650031

Material ACO INOX/ALUMINIO

Luiz Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP

CNPJ: 04.861.623/0001-00 - Rio Claro/SP

Tel: +55 19 3538-1910 info@sartori.ind.br

Lote: 002095 Código: AF35 8 680

PINO INTRAMEDULAR OSSEO - R

X C X 4,5 X 200 X T

Fab.: 14/09/2018 Val.: 09/2023

Registro Anvisa Nº 80083650026

Material ACO INOX F138

Luiz Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP

CNPJ: 04.861.623/0001-00 - Rio Claro/SP

Tel: +55 19 3538-1910 info@sartori.ind.br

Lote: 002095 Código: AF35 8 680

PINO INTRAMEDULAR OSSEO - R

X C X 4,5 X 200 X T

Fab.: 14/09/2018 Val.: 09/2023

Registro Anvisa Nº 80083650026

Material ACO INOX F138

Luiz Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP

CNPJ: 04.861.623/0001-00 - Rio Claro/SP

Tel: +55 19 3538-1910 info@sartori.ind.br

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Fixador externo (2)
Pino intramedular osseo (2)
Aguilha de flexão A-100 (1)

PROFISSIONAL SOLICITANTE

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

41 - DOCUMENTO

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

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

() CNS () CPF

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

47 - DOCUMENTO

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

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

() CNS () CPF



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: Paizon Douglas Pinheiro de Azevedo Filho BE/Prontuário: 1137042
 Idade: 20 Sexo: ☒ Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 18/02/19
 Clínica/Setor: Ortopedia EMP: _____ LR: _____
 Cirurgia: osteomíntese de fratura de tíbia (E)
 Cirurgião: Dr. Luciano Vitor 1º Assistente: Dr. Milton Lins
 2º Assistente: Dr. Romanos 3º Assistente: Dr. Natan MP2
 Instrumentador: _____ Anestesista: _____
 Tipo de Anestesia: Rapenidol Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
(E) Fratura de Fêmur distal (E)	
(E) Fratura Diáfise de tíbia (E)	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
Osteomíntese de fratura de tíbia (E) com haste intramedular, 09x340 mm	

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. Matheus Pinheiro
 Ortopedia e Traumatologia
 Médico
 CRM-PE 10204

João Pessoa, 18/02/19

Médico/CRM: _____

Nota de Sala Cirúrgica

॥५॥

[illegible]



FICHA DE ANESTESIA

DATA: 18/02/19

PRONTUÁRIO: 113704

COR: BRN IDADE: 20

PACIENTE: DAISON DOUGLAS FERREIRA DE B. FILHO

PRE-ANESTESIA: PULSO 100b RESPIRAÇÃO TEMPERATURA: PESO GRUPO SANGÜÍNEO
ESTADO GERAL (X) BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO RISCO CIRÚRGICO () BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO

EXAMES COMPLEMENTARES: URM

AP. RESPIRATÓRIO: URM

AP. CIRCULATÓRIO: URM

AP. DIGESTIVO: LOTE - URM

DROGAS EM USO: URM

ESTADO FÍSICO (ASA): II

PRE-ANESTESICO

DOSE/HORA

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO

CIRURGIA REALIZADA

CIRURGIÃO

INÍCIO DA ANESTESIA

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

ANESTESISTA

AGENTES

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA



ANESTESIA GERAL (X) RACIOMAN () EPIDURAL () BLOQ PLEXO () BLOQ NERVOS () OUTROS

TECNICA: MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

1	DEPERALINA 4	11
2	DIAMORFAM 5mg + 15mg + 35mg	12
3	DIAMORFAM 100 mg	13
4	DIAMORFAM 20	14
5	DIAMORFAM 10	15
6	DIAMORFAM 15mg	16
7	DIAMORFAM 100mg	17
8	DIAMORFAM 15mg	18
9	DIAMORFAM 100mg	19
10	DIAMORFAM 15mg	20

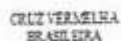
ANESTESIA GERAL (X) RACIOMAN () EPIDURAL () BLOQ PLEXO () BLOQ NERVOS () OUTROS
ANESTESIA GERAL (X) RACIOMAN () EPIDURAL () BLOQ PLEXO () BLOQ NERVOS () OUTROS
ANESTESIA GERAL (X) RACIOMAN () EPIDURAL () BLOQ PLEXO () BLOQ NERVOS () OUTROS
ANESTESIA GERAL (X) RACIOMAN () EPIDURAL () BLOQ PLEXO () BLOQ NERVOS () OUTROS
ANESTESIA GERAL (X) RACIOMAN () EPIDURAL () BLOQ PLEXO () BLOQ NERVOS () OUTROS
ANESTESIA GERAL (X) RACIOMAN () EPIDURAL () BLOQ PLEXO () BLOQ NERVOS () OUTROS
ANESTESIA GERAL (X) RACIOMAN () EPIDURAL () BLOQ PLEXO () BLOQ NERVOS () OUTROS
ANESTESIA GERAL (X) RACIOMAN () EPIDURAL () BLOQ PLEXO () BLOQ NERVOS () OUTROS
ANESTESIA GERAL (X) RACIOMAN () EPIDURAL () BLOQ PLEXO () BLOQ NERVOS () OUTROS
ANESTESIA GERAL (X) RACIOMAN () EPIDURAL () BLOQ PLEXO () BLOQ NERVOS () OUTROS

ANESTESIA GERAL (X) RACIOMAN () EPIDURAL () BLOQ PLEXO () BLOQ NERVOS () OUTROS

ANESTESIA GERAL (X) RACIOMAN () EPIDURAL () BLOQ PLEXO () BLOQ NERVOS () OUTROS

ANESTESIA GERAL (X) RACIOMAN () EPIDURAL () BLOQ PLEXO () BLOQ NERVOS () OUTROS

ANESTESIA GERAL (X) RACIOMAN () EPIDURAL () BLOQ PLEXO () BLOQ NERVOS () OUTROS



HEETSL

11/02/2019

Laiana ~~da~~ Dantas Barreto
MÉDICA
CRM: 3411

五五

CIRCULANTE
Lana 2A. Feltura
0452 - 324

HISTÓRICO

FICHA DE ANESTESIA

DATA: 11/02/19

PRONTUÁRIO: 1137047

PACIENTE: Daíson Douglas Fernandes

SEXO: M. COR: Brnco. IDADE: 20

PRESSÃO 100/70 PULSO 76 RESPIRAÇÃO TEMPERATURA PESO GRUPO SANGÜÍNEO

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

EXAMES COMPLEMENTARES UPM

AP. RESPIRATÓRIO *supremo* AP. CIRCULATÓRIO *ESTÁVEL HEMODINAMICAMENTE*AP. DIGESTIVO *φ* ESTADO MENTAL *LOTE* DROGAS EM USOPRÉ-ANESTÉSICO *mo* ESTADO FÍSICO *ASA I*DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO *Fratura Tibia, E*CIRURGIA REALIZADA *Reborda Fixador E*CIRURGIÃO *Dr. Luciano* AUXILIARESINÍCIO DA ANESTESIA *07:50* TÉRMINO DA ANESTESIA *08:05* DURAÇÃO DA ANESTESIA

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO QUANT. DE CH. VALORES RS

ANESTESISTA *Fabrizio* CPF CRM-PB

ANESTESIA

LÍQUIDOS VENOSOS

PARÂMETRO	VALOR	UNIDADE	COMENTÁRIOS
TEMPERATURA	36,5	°C	
PULSO	76	bpm	
PRESSÃO	100/70	mmHg	
RESPIRAÇÃO	16	rpm	
ESTADO GERAL	BOM		
ESTADO FÍSICO	ASA I		

ANESTESIA	VALOR	UNIDADE	COMENTÁRIOS
ANESTESIA	0,5	mg/kg	
ANESTESIA	0,5	mg/kg	

ANESTESIA GERAL ☐ RAQUIDIANA ☐ EPIDURAL ☐ BLOC PLEXO ☐ BLOC NERVOS ☐ OUTROS *sedação**Paciente monitorado, ventilar pulmão com MSO*

MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

QUANTIDADE	USADO	RESIDUO
1	Propofol 30mg	11
2	Morfin 5mg	12
3	Fentanyl 100mcg	13
4	Repiran 2g	14
5		15
6		16
7		17
8		18
9		19
10		20

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES



Assinatura P. Pereira
 Médico Anestesiologista
 CRM-PB 5072
 CPF 030.433.234-07

RELATÓRIO DE CIRURGIA



HISTÓRIA

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- 1 Paciente em DDH sob anestesia
- 2 Anestesia e Antineum
- 3 Apoiar de campos estéril

Início:

- 4 Iniciar transplante patchay (E)
- 5 Anestesia Distal de nervos por planos anestesia
- 6 Introdução de injeção de
- 7 Passagem de fio guia sob auxílio de escopo

Ações:

- 8 Furação do canal medular
- 9 Redução Fechada (A) Fixação com haste intra medular 9x340 mm
- 10 Bloqueio proximal sob auxílio de guia

Condução:

- e escopo, com parafusos 4,5mm cortical nº 45 e 40
- 11 Bloqueio distal com mais haste com parafusos 4,5 mm cortical nº 40 e 35 mm
 - 12 Lavagem extensa com SF 0,9%
 - 13 Remoção de Hemostáticos
 - 14 Fechamento por planos anatômicos com reparo de tendões patelares
 - 15 curativo

Fechamento:

- 16 Rx de controle



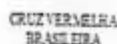
Observação:

Dr. [Signature]
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PS 10204

João Pessoa, 18/02/19

Médico/CRM:

Dr. [Signature]
Ortopedia e Traumatologia
Médico
CRM-PS 10204



HEETSHL

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	
PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA	
ASSEPSIA E ANTISSEPSIA	
APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS	
Conduta:	
RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO DE PERNA ESQUERDA	
CURETAGEM DE LOCAL DOS PINOS	
CURATIVOS ESTÉREIS	
RAIO-X DE CONTROLE	
TALA BOTA EM PERNA ESQUERDA	
Fechamento:	
Observação:	

Laiana Dantas Barreto
MÉDICA
CRM: 4491

João Pessoa,

11/02/2019

AV. ORESTES LISBOA, S/n - PEDRO GONDIM
CNES: 445365 - Tel.: 8332165700Impresso por: LAIANA
KAREN DANTAS BARRETO
Em: 29/01/2019 08:30:44

Nome DANON DOUGLAS FERNANDES DE BRITO FILHO		Boleim de Atendimento 1137047	Data/Hora Entrada 19/01/2019 20:54:08	Data/Hora Saída
Data de nascimento 30/12/1998	Idade 20	Sexo Masculino	CNS 702604342272233	Prontuário 113538
Tempo de internação		Convênio SUS		Plantão DIURNO
Data de Entrada 19/01/2019 20:54:08	Data Internação 20/01/2019 06:28:43	Permanência na Unidade: 9d 11h 38min		Permanência no Leito: 3d 17h 14min

EVOLUÇÃO MEDICA (LAIANA KAREN DANTAS BARRETO - 29/01/2019 08:30:29)**EVOLUÇÃO****PROCEDIMENTO:****DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:****ORTOPEDIA**9º DPO DE FIXAÇÃO EXTERNA (fixador externo transarticular em mie)
FRATURA DE FEMUR E PERNA ESQUERDA**DOR TESTICULAR**ESTÁVEL NO LEITO, NEUROVASCULAR DE MMII PRESERVADO, FO SEM SINAIS DE INFECÇÃO E COM
PEQUENO SANGRAMENTO PELOS PINOS

EXAMES OK

PARECER DO UROLOGISTA = ANALGESIA E OBSERVAÇÃO HOSPITALAR QUANTO A DOR TESTICULAR

CD: VPM

Seção: POSTO IB - ENF 14 Leito: 0003 - ORTOPIEDIA
Profissional responsável pela Informação: LAIANA KAREN DANTAS BARRETO

Número Conselho: 8491


Laiana Karen Dantas Barreto
MEDICA
CRM: 8491

AV. ORESTES LISBOA, S/n - PEDRO GONDIM
CNES: 445365 - Tel.: 8332165700Impresso por: LAIANA
KAREN DANTAS BARRETO
Em: 28/01/2019 07:43:55

Nome DAIJON DOUGLAS FERNANDES DE BRITO FILHO		Boletim de Atendimento 1137047	Data/Hora Entrada 19/01/2019 20:54:08	Data/Hora Saída
Data de nascimento 30/12/1998	Idade 20	Sexo Masculino	CNS 702504342272233	Prontuário 113538
Tempo de Internação		Convênio SUS	Plantão DIURNO	
Data de Entrada 19/01/2019 20:54:08	Data Internação 20/01/2019 06:28:43	Permanência na Unidade: 8d 10h 49min	Permanência no Leito: 2d 15h 27min	

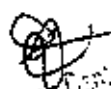
EVOLUÇÃO MEDICA (LAIANA KAREN DANTAS BARRETO - 28/01/2019 07:34:32)**EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

ORTOPEDIA**8º DPO DE FIXAÇÃO EXTERNA (fixador externo transarticular em mie)
FRATURA DE FEMUR E PERNA ESQUERDA****DOR TESTICULAR****ESTÁVEL NO LEITO, NEUROVASCULAR DE MMII PRESERVADO, FO SEM SINAIS DE INFECÇÃO E COM
PEQUENO SANGRAMENTO PELOS PINOS****EXAMES OK****CD: VPM****AGUARDO PARECER DO UROLOGISTA
SOLICITO NOVOS RAIOS-X**Seção: POSTO IB - ENF 14 Leito: 0003 - ORTOPEDIA
Profissional responsável pela Informação: LAIANA KAREN DANTAS BARRETO

Número Conselho: 8491


Laiana Karen Dantas Barreto
MEDICA
CRM - 2401

AV. ORESTES LISBOA, Sn - PEDRO GONDIM
CNES: 445365 - Tel: 8332165700Impresso por: LAIANA
KAREN DANTAS BARRETO
Em: 24/01/2019 13:32:14

Nome DAJON DOUGLAS FERNANDES DE BRITO FILHO		Boletim de Atendimento 1137047	Data/Hora Entrada 19/01/2019 20:54:00	Data/Hora Saída
Data de nascimento 30/12/1998	Idade 20	Sexo Masculino	CNS 702904342272233	Prontuário 113538
Tempo de internação		Convênio SUS	Plantão DIURNO	
Data de Entrada 19/01/2019 20:54:00	Data Internação 20/01/2019 06:28:43	Permanência na Unidade: 4d 16h 38min	Permanência no Leito: 2d 2h 50min	

EVOLUÇÃO MEDICA (LAIANA KAREN DANTAS BARRETO - 24/01/2019 13:31:58)**EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

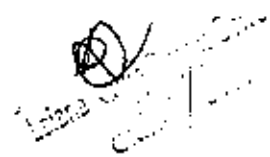
DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

- 1º DPO DE FIXAÇÃO EXTERNA (fixador externo transarticular em mie) DE FRATURA DE FEMUR E PERNA ESQUERDA
- SEM QUEIXAS
ESTÁVEL NO LEITO, NEUROVASCULAR DE MMII PRESERVADO
FO SEM SINAIS DE INFECÇÃO

CD: VPM

Seção: BLOCO - URPA ENF 41 | Leito: LEITO URPA - 9004
Profissional responsável pela Informação: LAIANA KAREN DANTAS BARRETO

Número Conselho: 8491





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, S/N -
CNES: 454554 - Tel: 8332165700

Impresso por: TOMAS
CATAO MONTE RASO
Em: 24/01/2019 10:00:03

Nome: DANON DOUGLAS FERNANDES DE BRITO FILHO		Boletim de Atendimento 1137047	Data/Hora Entrada 19/01/2019 20:54:08	Data/Hora Saída
Data de nascimento 30/12/1998	Idade 20	Sexo Masculino	CNS 702504342272233	Prontuário 113538
Tempo de Internação		Convênio SUS	Plantão DIURNO	
Data de Entrada 19/01/2019 20:54:08	Data Internação 20/01/2019 08:28:43	Permanência na Unidade: 4d 13h 6min	Permanência no Leito: 1d 23h 18min	

EVOLUÇÃO MÉDICA (TOMAS CATAO MONTE RASO - 24/01/2019 09:59:47)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

##NCIR##

- HED LAMINAR DE POLO TEMP ESQ

EVOL:

SEM INTERCORRENCIAS NEUROLÓGICAS

ECG 15

CONSCIENTE, ORIENTADO

SEM DÉFICITS

CD: TCC DE CONTROLE PARA AVALIAR ALTA DA NCR

Seção: BLOCO - URPA ENF 41 Leito: LEITO URPA - 9004
Profissional responsável pela informação: TOMAS CATAO MONTE RASO

Número Conselho: 7742

Tomas Cação Monte Raso
Neurocirurgia
CRM/PA 7742



Nome		DALTON DOUGLAS FERNANDES DE SAITO FILHO	
Boleim de Alandamento		1137047	
Data/Hora Entrada		19/01/2019 20:54:08	
Data/Hora Saída			
Idade		20	
Sexo		Masculino	
Convênio		SUS	
Permanência na Unidade:		2d 13h 5min	
Tempo de Internação		Data Internação	
30/12/1988		20/01/2019 06:28:43	
Data de Nascimento		Data de Entrada	
19/01/2019 20:54:08		19/01/2019 20:54:08	
Permanência no Leito:		2d 2h 35min	
Plantão		DIURNO	
Prontuário		113538	
Data/Hora Saída			

EVOLUÇÃO
PROCEDIMENTO:
DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:
#NEUROCIRURGIA#

#POLITRUMA - ADMISSÃO 19/01/2019
#HEDA LAMINAR TEMPORAL À ESQUERDA
#AMNÉSIA GLOBAL TRANSITÓRIA

PACIENTE EVOLUI MANTENDO QUADRO NEUROLÓGICO
AO EXAME: CONSCIENTE, ALERTA, CONFUSO
SEM DÉFICITS APARENTES
ESCORIAÇÕES EM HEMIFACE À ESQUERDA
GCS 14

TC CONTROLE - 21/01/2019 - PEQUENO HEDA LAMINAR TEMPORAL À ESQUERDA + PNEUMOENCEFALO

CD: REPETIR TCC 24/01/2019 PARA AVALIAR ALTA PELA NEUROCIRURGIA
OBSERVAÇÃO NEUROLÓGICA
EM CASO DE REBAIXAMENTO SENSORIAL COMUNICAR IMEDIATAMENTE A NEUROCIRURGIA DE PLANTÃO

Sigla: AREA LARANJA - UDC B Leito: LEITO EXTRA 02
Profissional responsável pela informação: JIM UMBERTO CANTISANI NETO

Número Conselho: 7765

Dr. JIM U. CANTISANI NETO
Neurologia - C.R. de LARANJA
CRM - 7765



URPA, S/N - NDA
CNES: 1256678 - Tel.:Impresso por: LEONARDO
PEREIRA DA COSTA MATIAS
Em: 21/01/2019 19:06:45

Nome DALTON DOUGLAS FERNANDES DE BRITO FILHO		Boletim de Atendimento 1137047	Data/Hora Entrada 19/01/2019 20:54:08	Data/Hora Saída
Data de nascimento 30/12/1998	Idade 20	Sexo Masculino	CNS	Prontuário 113538
Tempo de Internação		Convênio SUS	Plantão NOTURNO	
Data de Entrada 19/01/2019 20:54:08	Data Internação 20/01/2019 08:28:43	Permanência na Unidade: 1d 22h 12min		Permanência no Leito: 1d 12h 38min

EVOLUÇÃO MEDICA (LEONARDO PEREIRA DA COSTA MATIAS - 21/01/2019 19:01:38)**EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

NEUROCIRURGIA:

PACIENTE DE 20 ANOS, ADMITIDO EM 19/01, VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO APRESENTANDO POLITRAUMATISMO COM TCE FRATURA EXPOSTA DO FÊMUR E TÍBIA.

AO EXAME: GLASGOW 13, PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES, MOVIMENTANDO OS 4 MEMBROS.

TC DE CRÂNIO (19/01): Lesão de partes moles parietal direita e frontal esquerda com solução de continuidade e exposição óssea.

Fratura dos seios frontais, células etmoidais, esfenóide e teto da órbita esquerda.

Focos de pneumoencefalo.

Estruturas cerebrais de morfologia e coeficiente de atenuação normais.

Cerebelo e demais estruturas da fossa posterior sem evidências de alterações.

Sulcos corticais, fissuras e cisternas encefálicas de padrão habitual para a idade.

Sistema ventricular de morfologia e dimensões normais.

Ausência de calcificações patológicas intra-cranianas.

Não há desvios das estruturas que compõem a linha média.

CD: SUPORTE CLÍNICO + OBSERVAÇÃO NEUROLÓGICA.
SOL. TC DE CRÂNIO DE CONTROLE.

Seção: ÁREA LARANJA - UDC B Leito: LEITO EXTRA 02
Profissional responsável pela Informação: LEONARDO PEREIRA DA COSTA MATIAS

Leonardo P. da Costa Matias
Neurocirurgia
CRM: 93.8028 CRL: 32019
Número Conselho: 8028



Nome		DALLON DOUGLAS FERNANDES DE BRITO FILHO	
Data de nascimento	30/12/1998	Idade	20
Sexo		Masculino	
Comunidade		RUS	
Permanência na Unidade:		1d 11h 30min	
Permanência no Leito:		1d 11h 30min	
Data/Hora Entrada		18/01/2019 20:54:05	
Data/Hora Saída			
Prontuário		113536	
Plantão		DIURNO	

EVOLUÇÃO MÉDICA (ELZIMAR MAGALHÃES LEITE - 21/01/2019 08:23:23)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

PLANTÃO ANESTESIOLOGIA#####

##FRATURA EXPOSTA DE FEMUR E =TÍBIA E

TRAUMA DE FACE COM SUTURA EM HEMIFACE ESQ.

PACIENTE ESTÁVEL, CONSCIENTE, ORIENTADO, MUCOSAS HIPOCORADAS, HIPOHIDRATADO, BOA SATURAÇÃO, DIURESE PRESENTE, ESPONTANEA

AO EXAME: ACR =BNF EM 2 TEMPO

AP= MV+ S/RA
PA=130X80MMHG

SPO2 = 97%

AVP = MSD

ABD. = PLANO, FLACIDO

SUTURA EM HEMI FACE E, PALPEBRA E, O QUE DIFICULTA ATIVIDADE EM ABERTURA PALPEBRAL

FIXADOR EXTERNO EM MIE

COND. PACIENTE ESTÁVEL, MONITORIZADO, COM ALTA DA ANESTESIA AGUARDANDO VAGA EM ENFERMARIA

SOLICITO EX. LABORATORIOS

PENDENTE TC DE FACE SOLICITADO ONTEM.

Setor: ARRA LARANJA - UDC B
Leito: LEITO EXTRA 02
Profissional responsável pela informação: ELZIMAR MAGALHÃES LEITE

Assinatura: Dr. Maria Elzimar P. M. Leite
Número de registro: 2292





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

Impresso por: ANA KARINA
DE MEDEIROS TORMES
Em: 22/01/2019 11:01:53

Nome DAJON DOUGLAS FERNANDES DE BRITO FILHO		Boletim de Atendimento 1137047	Data/Hora Entrada 19/01/2019 20:54:08	Data/Hora Saída
Data de nascimento 30/12/1998	Idade 20	Sexo Masculino	CNS	Prontuário 113538
Tempo de Internação		Convênio SUS		Plantão DIURNO
Data de Entrada 19/01/2019 20:54:08	Data Internação 20/01/2019 06:28:43	Permanência na Unidade: 2d 14h 7min		Permanência no Leito: 19min

EVOLUÇÃO MEDICA (ANA KARINA DE MEDEIROS TORMES - 22/01/2019 11:01:34)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:
DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

BMF

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE AUTO X MOTO SUBMETIDO A SUTURA DE MULTIPLOS FERIMENTOS EM FACE E FRATURA DE FEMUR EM CARATER DE URGENCIA. EVOLUI EM BEG, EUPNEICO EM AR AMBIENTE, ORIENTADO, CONTACTUANTE, DESCORADO. MULTIPLOS FERIMENTOS EM FACE COM SUTURA EM POSICAO SEM SANGRAMENTO ATIVO OU SINAIS FLOGISTICOS, BOA ABERTURA BUCAL, OCLUSAO ESTAVEL, PTOSE DE PALPEBRA SUPERIOR ESQ, NEGA ALTERACAO DA AV, AUSENCIA DE DEGRAU OSSEO PALPAVEL EM FACE. TC DE FACE SEM SINAIS DE FRATURA.

CD: ALTA DA BMF
SEGUE AOS CUIDADOS DA ORTOPEDIA E NCR

Seção: BLOCO - URPA ENF 41 Leito: LEITO URPA - 9004
Profissional responsável pela informação: ANA KARINA DE MEDEIROS TORMES

Número Conselho: 5724



AV. ORESTES LUSOIA, S/N - PEDRO GONDIM
CNES: 6121221 - Tel.:Impresso por: ALEXANDRE
MEDEIROS DOS SANTOS
Em: 21/01/2019 20:59:04

Nome DAIJON DOUGLAS FERNANDES DE BRITO FILHO		Boletim de Atendimento 1137047	Data/Hora Entrada 19/01/2019 20:54:08	Data/Hora Saída
Data de nascimento 30/12/1998	Idade 20	Sexo Masculino	CNS	Prontuário 113538
Tempo de Internação		Convênio SUS		Plantão NOTURNO
Data de Entrada 19/01/2019 20:54:08	Data Internação 20/01/2019 06:28:43	Permanência na Unidade: 2d 5min		Permanência no Leito: 1d 14h 31min

EVOLUÇÃO MEDICA (ALEXANDRE MEDEIROS DOS SANTOS - 21/01/2019 20:58:50)**EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

cirurgia vascular : paciente vítima de trauma em mie ha 2 dias ,no momento apresentando todos os pulsos presentes em mie,sensibilidade e motricidade presente em pododactilos
conduta : á traumatologia

Seção: AREA LARANJA - UDC/B Leito: LEITO EXTRA 02
Profissional responsável pela informação: ALEXANDRE MEDEIROS DOS SANTOS

Número Conselho: 5148


033005148
Alexandre M. D. Santos



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

H.C.C.T. S.H.L.

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

H.C.C.T. S.H.L.

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Daipm Douglas Fernandes de Brito Filho

6 - Nº de prontuário

1137047

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - Faml

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - Cód. IBGE - MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

19 - Cód. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

21 - Cód. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

22 - DIAGNÓSTICO INICIAL

23 - CID 10 PRINCIPAL

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

27 - Cód. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO I

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO II

29 - DESCRIÇÃO

Lote: 003395 Código: F08 2 209

SISTEMA DE FIXAÇÃO OSSEA
SARTORI - LINEFIX FEMUR T
350 - ESTERIL

32 - DESCRIÇÃO

Feb.: 03/10/2018 Val.: 10/2023
Registro Anvisa Nº 80083650031
Material ACO INOX/ALUMINIO

35 - DESCRIÇÃO

Luiz Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP
CNPJ: 04.861.623/0001-00 - Rio Claro/SP
Tel: +55 19 3538-1910 info@sartori.ltd.br

Lote: 003395

Código: F08 2 209

SISTEMA DE FIXAÇÃO OSSEA
SARTORI - LINEFIX FEMUR T
350 - ESTERIL

Feb.: 03/10/2018 Val.: 10/2023
Registro Anvisa Nº 80083650031
Material ACO INOX/ALUMINIO

Luiz Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP
CNPJ: 04.861.623/0001-00 - Rio Claro/SP
Tel: +55 19 3538-1910 info@sartori.ltd.br

Lote: 002095 Código: AF35 8 680
PINO INTRAMEDULAR OSSEO - R
X C X 4,5 X 200 X T

Feb.: 14/09/2018 Val.: 09/2023
Registro Anvisa Nº 80083650026
Material ACO INOX F118

Luiz Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP
CNPJ: 04.861.623/0001-00 - Rio Claro/SP
Tel: +55 19 3538-1910 info@sartori.ltd.br

Lote: 002095 Código: AF35 8 680
PINO INTRAMEDULAR OSSEO - R
X C X 4,5 X 200 X T

Feb.: 14/09/2018 Val.: 09/2023
Registro Anvisa Nº 80083650026
Material ACO INOX F118

Luiz Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP
CNPJ: 04.861.623/0001-00 - Rio Claro/SP
Tel: +55 19 3538-1910 info@sartori.ltd.br

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Fixador externo (2)
Pino intramedular osseo (2)
Aguilha de flexão A-100 (1)

PROFISSIONAL SOLICITANTE

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

41 - DOCUMENTO

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

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

() CNS () CPF

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

45 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

47 - DOCUMENTO

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

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

() CNS () CPF

07 AGO, 2019

CORRETORES DE SEGUROS



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEETSHL

44/03

NOME: **DAIJON DOUGLAS FERNANDES DE BRITO FILHO** 1137047
IDADE: **20** SEXO: ☒ MASC ☐ FEM COR: P DATA: **30/1/2019**
CLÍNICA /SETOR: **ORTOPEDIA** EMP: LR:
CIRURGIA: **RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO DA COXA ESQUERDA**
CIRURGIÃO: **DR EDSON TINOCO** 1º ASS: **DR EVERTON**
2º ASS: **MR1 FRANCINELIO** 3º ASS:
INSTRUMENTADOR: ANESTESISTA:
TIPO DE ANESTESIA: **SEDAÇÃO** HORÁRIO INÍCIO: **10 20** TÉRMINO: **11 00 H**

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO	CID
FRATURA DO FEMUR ESQUERDO	

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	CÓDIGO
RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO DO FEMUR ESQUERDO	

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO: ☐ SIM ☒ NÃO
DESCRIÇÃO:
BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO: ☐ SIM ☒ NÃO



ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:
_____ ENFERMARIA ☒ TERAPIA INTENSIVA
_____ RESIDÊNCIA _____ ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM: **DR. MILTON LINHARES** DATA: **30/1/2019**

Dr Francinelo
Médico
CRM PB 9503
CNS 703404579057800



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA
Posição e Preparo:
PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA
ASSEPSIA E ANTISSEPSIA
COLOCACAO DE CAMPOS OPERATORIOS
Incisão:
Achados:
FRATURA DO FEMUR ESQUERDO
Conduta:
RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO DO FEMUR ESQUERDO
Fechamento:
CURATIVOS ESTÉREIS
Observação:
RX DE CONTROLE

Médico/CRM:

~~DR. MILTON LINHARES~~

João Pessoa,

30/1/2019

Dr Francinello Freitas
Médico
CRM PB 9603
CNS 703404579057800



HE 1570FOIA b 7 - D

FICHA DE ANESTESIA

1137047

DATA: 21/11/19

PRONTUÁRIO:

PACIENTE: Daryon Douglas Fernandes

SEXO: M

COR:

IDADE: 20

PRÉ-ANESTÉSICO: PULSO: 70 RESPIRAÇÃO: TEMPERATURA: PESO: 70 GRUPO SANGÜÍNEO:

ESTADO GERAL (1) BOM (2) REGULAR (3) MAU (4) PÉSSIMO RISCO CIRÚRGICO (1) BOM (2) REGULAR (3) MAU (4) PÉSSIMO

EXAMES COMPLEMENTARES: M

AP. RESPIRATÓRIO: Pulmões

AP. CARDÍACO: 21 MM Hg

AP. DIGESTIVO:

ESTADO MENTAL: 20/10

DROGAS EM USO:

PRÉ-ANESTÉSICO: ROSE/ALCOA

ESTADO GERAL: 4

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

CIRURGIA: Retirado de Material

CIRURGIÃO: G. S. S.

AUXILIAR:

INÍCIO DA ANESTESIA:

TÉRMINO DA ANESTESIA:

DURAÇÃO DA ANESTESIA:

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:

QUANT. DE CH:

VALORES RS:

ANESTESISTA: Serres

CPF:

CRM-PB:

Dany Kehrvald
Ate 9 Ago
CRM 7119

TENSÃO:

FREQ.:

PULSO:

TEMP.:

PULSO:

TEMP.:

PULSO:

TEMP.:

PULSO:

TEMP.:

PULSO:

TEMP.:

PULSO:

TEMP.:

PULSO:

TEMP.:

PULSO:

TEMP.:

PULSO:

TEMP.:

PULSO:

TEMP.:

PULSO:

TEMP.:

PULSO:

TEMP.:

PULSO:

TEMP.:

PULSO:

TEMP.:

PULSO:

TEMP.:

PULSO:

TEMP.:

PULSO:

TEMP.:

PULSO:

TEMP.:

PULSO:

TEMP.:

PULSO:

TEMP.:

PULSO:

TEMP.:

ANESTESIA GERAL

INTRA-VEINOSA

ENDURAL

BLOQUEIO

BLOQUEIO

OUTROS

Ata de Anestesia 21/11/19, CIRURGIA: AG 26 Q.

MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

QUANT.

NOME

SANGUE

SANGUE

TOTAL

OBSERVAÇÕES

AP+ ENFERMAGEM

UTI RESIDÊNCIA

OUTROS

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

1 Bupivacaína 10mg
2 Morfina 20mg
3 Diprivena 2g
4 Celogolus 2g
5 Decameton 10mg



Assinatura do Anestesiologista

P. 001/2019 026-1

RELATÓRIO DE CIRUR

Nome: DANILAN AUGUSTO FERNANDES BE/Prontuário: _____
 Idade: _____ Sexo: ☒ Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 19/01/19
 Clínica/Setor: ORTOPEDIA EMP: _____ LR: _____
 Cirurgia: _____
 Cirurgião: DR TEÓFILO 1º Assistente: DR TIBENIO
 2º Assistente: DR YURY 3º Assistente: _____
 Instrumentador: _____ Anestesista: _____
 Tipo de Anestesia: _____ Horário: Início 23:00 Término 00:50

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>FX EXPOSTA DE FEMUR E TÍBIA</u>	
<u>CONTAMINADA</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>LUC E FIXAÇÃO EXTERNA</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. Yury Cordeiro
 Ortopedia e Traumatologia
 GRAPE - FIMOT

Médico/CRM: _____

João Pessoa, 20/01/19

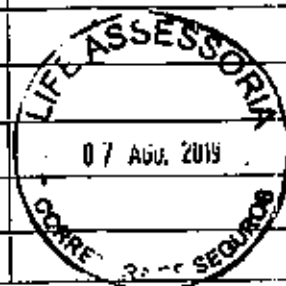
RELATÓRIO DE CIRURGIA

Dr.

Nome: Dr. Sr. Douglas Fernandes BE/Prontuário: 1157047
 Idade: 20 Sexo: ☒ Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 18/01/18
 Clínica/Setor: Bloco 1 CTBMT EMP: _____ LR: _____
 Cirurgia: Suturas Musculares do Pêlo
 Cirurgião: Dr. Leonardo Pava 1º Assistente: Dr. Bruno Mesquita
 2º Assistente: Dr. Téo Lima 3º Assistente: _____
 Instrumentador: _____ Anestesista: Dr. Carlos
 Tipo de Anestesia: Local Horário: Início 23:00 Término 00:00

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Suturas Musculares do Pêlo</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Suturas Musculares do Pêlo</u>	



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

Biopsia de Congelação: () Sim (x) Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico: _____

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

Médico/CRM: Bruno da Silva Mesquita
CRM-PB/5 40

João Pessoa, 18/01/18

Dr. Carlos
Fernandes (CFE)

Nota de Sala Cirúrgica



NOME DO PACIENTE Daniel Douglas Fernandes de Melo Filho

IDADE 32 **SEXO** M **QUARTÃO** 01 **ENFERMARIA** 01 **LEITO** 01

CIRURGIÃO Dr. Tadeu + Dr. Tadeu + Dr. Tadeu **ANESTESISTA** Dr. Tadeu

DIAGNÓSTICO Fratura exposta de fêmur direita @ fixação externa

ANESTESIA geral **ANESTESISTA** Dr. Tadeu

INSTRUMENTADOR Dr. Tadeu

DATA 10/11/19 **TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA INICIA** 22:135 **CIRURGIÃO INICIA** 00:45

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

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	
CETAMINA		JELCO Nº24		FIO DE AÇO Nº	
DROPERIDOL		KIT SIST. DREN. TORÁCICA Nº		FIO DE NYLON Nº	
ETOMIDATO		LÂMINA BISTURI Nº11		FIO DE NYLON Nº	
FEVOBARBITAL		LÂMINA BISTURI Nº15		FIO DE NYLON Nº	
FENTANILA		LÂMINA BISTURI Nº23		FIO POLIGLACTINA Nº	
FLUMAZENIL		LÂMINA BISTURI Nº24		FIO POLIGLACTINA Nº	
ISOFLURANO		LÂMINA DE DERMATOMO		FIO POLIGLACTINA Nº	
ROBUPVACAÍNA C/ VASO		LÂMINA DE ENXERTO		FIO POLIPROPILENO Nº	
ROBUPVACAÍNA S/ VASO		LUVA DE PROCEDIMENTO PAR.		FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAÍNA C/ VASO		AGULHA 13X4,5		FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAÍNA S/ VASO		AGULHA 25X07		FIO POLIGLECAPRONE Nº	
MIDAZOLAN		AGULHA 25X08		FIO SEDA Nº	
MORFINA		AGULHA 40X12		FITA CARDÍACA	
NIMBUM		AGULHA PERIDURAL Nº16		MATERIAL ESPECIAL	
PANCURÔNIO		AGULHA PERIDURAL Nº17		CATETER DE PIC	
PETIDINA		AGULHA PERIDURAL Nº18		CIMENTO CIRÚRGICO	
PROPOFOL		AGULHA RAQUI Nº23G		CLIP TITÂNIO LIGADURA	
RAMIFENTANILA		AGULHA RAQUI Nº26G		FIO DE KIRSCHNER Nº	
ROCURÔNIO		AGULHA RAQUI Nº27G		FIO DE KIRSCHNER Nº	
SEVOFLURANO		ALGODÃO ORTOPÉDICO		FIO STERNMAN Nº	
SUXAMETÔNIO		ATADURA DE CREPOM		FIO STERNMAN Nº	
TIOPENTAL		ATADURA GESSADA		GRANDEADOR CIRÚRGICO	
MEDICAÇÕES	QTD.	BOLSA P/ COLOSTOMIA		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº8	
ADRENALINA		CÂNULA P/ TRAQUEOSTOMIA Nº		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº10	
ÁGUA DESTILADA		CATETER DE OXIGÊNIO		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº12	
ATROPINA		CATETER EMBOLEC ARTERIAL Nº		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº14	
BEXTRA		CATETER EPIDURAL Nº16		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº16	
CEFAZOLINA		CATETER EPIDURAL Nº17		SONDA FOLEY 2VIAS Nº12	
DEXAMETASONA		CATETER EPIDURAL Nº18		SONDA FOLEY 2VIAS Nº14	
IRONA SÓDICA		CERA PARA OSSO		SONDA NASOG. CURTA	
LIDEDINA		COLET. URINA FECHADO		SONDA NASOG. LONGA	
FIROSEMIDA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS		SONDA URETRAL Nº	
GLICOSE 50%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS		TORNEIRINHA	
GLUCONATO DE CÁLCIO		DRENO DE PENROSE		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	
HIDROCORTISONA		DRENO DE SUÇÃO		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	
LIDOCAÍNA GELÉIA		ELETRODOS		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	
ONDASENTRONA		EQUIPO MACROGOTAS		TUBO SILICONE (LATEX)	
PLASIL		EQUIPO TRANSF. SANGUE		Górgias	
PROSTIONME		EQUIPO MICROGOTAS		Proprio	
PROTAMINA		ESPONJA DE PVPI		FIOS	
TENOXICAN		ESPARADRAPO		QTD.	
CISAPRACINO		GAZES (PAC) 10/10/10		FIO ALGODÃO S/A Nº	
GENTAMICINA		GAZES ALGODADAS		FIO ALGODÃO S/A Nº	
		GEL ELETROLÍTICO		FIO ALGODÃO C/A Nº	
		JELCO Nº14		FIO ALGODÃO C/A Nº	
		JELCO Nº16			
		Agulha de Bore A-100			

EQUIPAMENTOS

- () ASPIRADOR
- () BISTURI ELÉTRICO
- () CAPNÓGRAFO
- () CARDIOMONITOR
- () DESFIBRILADOR
- () FOCO AUXILIAR
- () FOCO CENTRAL
- () MICROSCÓPIO
- () OXÍMETRO DE PULSO
- () A 133/133/133 INVASIVA
- () PERFURADOR ELÉTRICO
- () SERRA
- () CIRCULANTE

ASSINATURA DO ANESTESISTA Dr. Tadeu

ASSINATURA DO CIRURGIÃO Dr. Tadeu

ASSINATURA DO INSTRUMENTADOR Dr. Tadeu

RELATÓRIO DE CIRURGIA



HCT/SBL

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- 1 Paciente em DDA sob anestesia geral
- 2 Antissepsia com PVP 10%
- 3 Irrigação com S.F. B. após os campos cirúrgicos
- 4 Sutura dos Ferimentos com VICRYL 3-0, VCRYL 4-0

Incisão:

- 5 Níon 5-0 • Níon 3-0
- 6 Irrigação com S.F. 0.5%

Achados:

Conduta:

Fechamento:

Observação:



Bruno da Silva Mesquita
Cirurgião Plástico - ICL
CRM-PB 5.26

João Pessoa,

12/01/19

Médico/CRM:

RELATÓRIO DE CIRURGIA



RECIBO

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

PACIENTE em PDH SOB ANESTESIA

ASSEPSIA + ANTISEPSIA

POSICIONAMENTO DE CAMPOS ESTÉRIL

Incisão:

LONGITUDINAL em PENHA. @. Por CHANOS.
ATE FOCO. FX

Achados:

FX EXPOSTA DE FÊMUR e TÍBIA

Conduta:

LIMPEZA EXAUSTIVA COM SFO, PPA

DESBRIDAMENTO DE TECIDOS DESVITALIZADOS

REALIZAÇÃO MANOBRAS DE REDUÇÃO em FÊMUR.

APOSICÃO DE FIXADOR EXTERNO em FÊMUR ANTERIO
LATERAL.

REALIZAÇÃO MANOBRAS DE REDUÇÃO em TÍBIA

APOSICÃO DE FIXADOR EXTERNO em TÍBIA ANTERIO.

FIXAÇÃO TRANS ARTICULAR.

SUTURA DE PEE.

CURATIVO.

em CONTROLE.



Fechamento:

Observação:

NÃO HÁ NECESSIDADE DE NOVA LIMPEZA em
48 hs.

Dr. Yuri Cordeiro
Ortopr
CRM-PA 11507

João Pessoa, 20/01/19.

Médico/CRM:

AV. ORESTES LISBOA, S/n - PEDRO GONDIM
CNPJ: 445365 - Tel.: 8332185700Impresso por: LAIANA KAREN
DANTAS BARRETO
Em: 10/02/2019 06:49:56

14103

Nome	DALTON DOUGLAS FERNANDES DE BRITO FILHO			Boletim de Atendimento	Data/Hora Entrada	Data/Hora Saída
				1137047	19/01/2019 20:54:08	
Data de nascimento	Idade	Sexo	CNS	Procurador		
30/12/1998	20	Masculino	702504342272233	113538		
Tempo de internação				Convênio		
21d 21min				SUS		
Data de Entrada	Data Internação	Permanência na Unidade:			Permanência no Leito:	
19/01/2019 20:54:08	20/01/2019 06:28:43	21d 9h 35min			15d 15h 33min	

EVOLUÇÃO MEDICA (LAIANA KAREN DANTAS BARRETO - 10/02/2019 06:49:22)**EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

ORTOPEDIADPO DE RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO DA COXA ESQUERDA
3o DPO DE FRATURA DE FEMUR ESQUERDA
PERNA ESQUERDA EM USO DE FIXADOR EXTERNO

QUEIXA-SE DE DOR EM COXA ESQUERDA

EFO: NEUROVASCULAR DE MIE PRESERVADO COM FERIDA OPERATÓRIA SANGRANDO BASTANTE

EXAMES OK

CD: VPM

AGENDAR RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO DE PERNA ESQUERDA

Seção: POSTO IB - ENF 14 Lato: 0003 - ORTOPEDIA

Profissional responsável pela informação: LAIANA KAREN DANTAS BARRETO

Número Conselho: 6491


Laiana Karen Dantas Barreto
MÉDICA
CRM: 6491

AV. ORESTES LISBOA, S/n - PEDRO GONDIM
CNES: 445385 - Tel.: 8332165700Impresso por: LAIANA
KAREN DANTAS BARRETO
Em: 09/02/2019 09:21:24

34103

Nome DAJON DOUGLAS FERNANDES DE BRITO FILHO		Boletim de Atendimento 1137047	Data/Hora Entrada 19/01/2019 20:54:08	Data/Hora Saída
Data de nascimento 30/12/1998	Idade 20	Sexo Masculino	CNS 702504342272233	Prontuário 113538
Tempo de Internação 20d 2h 53min		Convênio SUS		Plantão DIURNO
Data de Entrada 19/01/2019 20:54:08	Data Internação 20/01/2019 06:28:43	Permanência na Unidade: 20d 12h 27min		Permanência no Leito: 14d 18h 5min

EVOLUÇÃO MEDICA (LAIANA KAREN DANTAS BARRETO - 09/02/2019 09:21:10)**EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

ORTOPEDIA

DPO DE RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO DA COXA ESQUERDA
2o DPO DE FRATURA DE FEMUR ESQUERDA
PERNA ESQUERDA EM USO DE FIXADOR EXTERNOQUEIXA-SE DE DOR EM COXA ESQUERDA
EFO: NEUROVASCULAR DE MIE PRESERVADO COM FERIDA OPERATÓRIA SANGRANDO BASTANTE

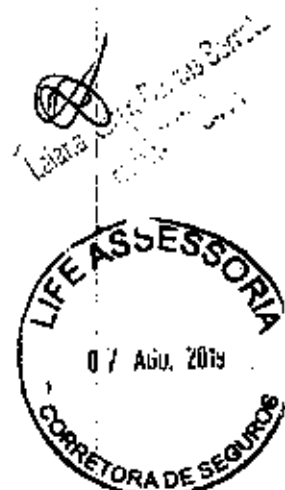
EXAMES OK

CD: VPM

AGENDAR RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO DE PERNA ESQUERDA

Seção: POSTO IB - ENF 14 Leito: 0003 - ORTOPEDIA
Profissional responsável pela informação: LAIANA KAREN DANTAS BARRETO

Número Conselho: 8481





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBAAV. ORESTES LISBOA, S/n - PEDRO GONDIM
CNES: 446365 - Tel.: 8332165700Impresso por: LAIANA KAREN
DANTAS BARRETO
Em: 08/02/2019 07:38:17

Nome DALTON DOUGLAS FERNANDES DE BRITO FILHO	Boletim de Atendimento 1137047	Data/Hora Entrada 19/01/2019 20:54:08	Data/Hora Saída
Data de nascimento 30/12/1998	Idade 20	Sexo Masculino	CNS 702504342272233
Tempo de Internação 19d 1h 10min	Convênio SUS	Plantão DIURNO	Permanência no Leito: 13d 16h 22min
Data de Entrada 19/01/2019 20:54:08	Data Internação 20/01/2019 08:28:43	Permanência na Unidade: 19d 10h 44min	

EVOLUÇÃO MEDICA (LAIANA KAREN DANTAS BARRETO - 08/02/2019 07:37:52)**EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

ORTOPEDIA

DPO DE RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO DA COXA ESQUERDA
1o DPO DE FRATURA DE FEMUR ESQUERDA
PERNA ESQUERDA EM USO DE FIXADOR EXTERNO

QUEIXA-SE DE DOR EM COXA ESQUERDA

EFO: NEUROVASCULAR DE MIE PRESERVADO COM FERIDA OPERATÓRIA SANGRANDO BASTANTE

CD: SOLICIT HEMOGRAMA

AGENDAR RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO DE PERNA ESQUERDA

Seção: POSTO B - ENF 14 Leito: 0003 - ORTOPEDIA

Profissional responsável pela Informação: LAIANA KAREN DANTAS BARRETO

Número Conselho: 8491


 Laiana Karen Dantas Barreto
 MÉDICA
 CRM- 8491




Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DO PARÁAV. ORESTES LISBOA, S/n - PEDRO GONDIM
CNPJ: 445365 - Tel.: 8332165700Impressão por: LAIANA KAREN
DANTAS BARRETO
Em: 06/02/2019 08:31:01

Nome DAJON DOUGLAS FERNANDES DE BRITO FILHO		Boletim de Atendimento 1137647	Data/Hora Entrada 19/01/2019 20:54:06	Data/Hora Saída
Data de nascimento 30/12/1998	Idade 20	Sexo Masculino	CNS 70250434227233	Prontuário 113538
Tempo de Internação 17d 2h 3min		Convênio SUS	Plantão DIURNO	
Data de Entrada 19/01/2019 20:54:06	Data Informação 20/01/2019 06:28:43	Permanência na Unidade: 17d 11h 37min	Permanência no Leito: 11d 17h 16min	

EVOLUÇÃO MEDICA (LAIANA KAREN DANTAS BARRETO - 06/02/2019 08:30:41)**EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

ORTOPEDIA7º DPO DE RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO DA COXA ESQUERDA
FRATURA DE FEMUR E PERNA ESQUERDA
EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM PERNA ESQUERDA

SEM QUEIXAS

ESTÁVEL NO LEITO, NEUROVASCULAR DE MMII PRESERVADO, FO SEM SINAIS DE INFECÇÃO

EXAMES OK

CD: VPM

AGENDAR PROCEDIMENTO CIRURGICO PARA QUINTA-FEIRA

SOLICITO RX

Seção: POSTO IB - EMF 14 Leito: 0003 - ORTOPEDIA

Profissional responsável pela informação: LAIANA KAREN DANTAS BARRETO

Número Conselho: 8491


 Laiana Karen Dantas Barreto
 MÉDICA
 CRM- 8491




GOVERNO DA PARAIBA

Impresso por: LAIANA
KAREN DANTAS BARRETO
Em: 05/02/2019 08:27:05

Nome DALTON DOUGLAS FERNANDES DE BRITO FILHO		Boletim de Atendimento 1137047	Data/Hora Entrada : 18/01/2019 20:54:06	Data/Hora Saida
Data de nascimento 30/12/1998	Idade 20	Sexo Masculino	CNS 702504342272233	Prontuário 113538
Tempo de Internação 16d 1h 50min		Convênio SUS		Plantão DIURNO
Data de Entrada 18/01/2019 20:54:06	Data Internação 20/01/2019 06:28:43	Permanência na Unidade: 16d 11h 33min		Permanência no Leito: 16d 17h 11min

EVOLUÇÃO MEDICA (LAIANA KAREN DANTAS BARRETO - 05/02/2019 08:26:54)



Número de entrada: 141


Laiana Aren Dantas Barreto
MED. - 04/11
CARI

AV. ORESTES LISBOA, Sn - PEDRO GONDIM
CNES: 445365 - Tel.: 8332165700Impresso por: LAIANA
KAREN DANTAS BARRETO
Em: 04/02/2019 07:16:01

Nome DAJON DOUGLAS FERNANDES DE BRITO FILHO	Boletim de Atendimento 1137047	Data/Hora Entrada 19/01/2019 20:54:08	Data/Hora Saída
Data de nascimento 30/12/1998	Idade 20	Sexo Masculino	CNS 702904342272233
Tempo de Internação 15d 48min	Convênio SUS	Plantão DIURNO	Prontuário 113538
Data de Entrada 19/01/2019 20:54:08	Data Internação 20/01/2019 08:28:43	Permanência na Unidade: 15d 10h 22min	Permanência no Leito: 5d 16h

EVOLUÇÃO MEDICA (LAIANA KAREN DANTAS BARRETO - 04/02/2019 07:15:53)**EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

ORTOPEDIA5o DPO DE RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO DA COXA ESQUERDA
FRATURA DE FEMUR E PERNA ESQUERDA
EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM PERNA ESQUERDA

SEM QUEIXAS

ESTÁVEL NO LEITO, NEUROVASCULAR DE MMII PRESERVADO, FO SEM SINAIS DE INFECÇÃO

EXAMES OK

CD: VPM

AGENDAR PROCEDIMENTO CIRURGICO PARA QUINTA-FEIRA
RETIRAR PONTOSSeção: POSTO IB - ENF 14 Leito: 0003 - ORTOPEDIA
Profissional responsável pela informação: LAIANA KAREN DANTAS BARRETO

Número Conselho: 8491


Laiana Karen Dantas Barreto
MÉDICA
CRM: 34571



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBAAV. ORESTES LISBOA, S/n - PEDRO GONDIM
CNS: 445365 - Tel.: 8332165700Impresso por: LAIANA
KAREN DANTAS BARRETO
Em: 01/02/2019 07:27:10

Nome DAIJON DOUGLAS FERNANDES DE BRITO FILHO	Sistema de Atendimento 1137047	Data/Hora Entrada 19/01/2019 20:54:08	Data/Hora Saída
Data de nascimento 30/12/1998	Idade 20	Sexo Masculino	CNS 702504342272233
Tempo de Internação 12d 59min		Convênio SUS	Plantão DIURNO
Data de Entrada 19/01/2019 20:54:08	Data Internação 20/01/2019 08:28:43	Permanência na Unidade: 12d 10h 33min	Permanência no Leito: 6d 16h 11min

EVOLUÇÃO MEDICA (LAIANA KAREN DANTAS BARRETO - 01/02/2019 07:27:01)**EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

ORTOPEDIA12º DPO DE FIXAÇÃO EXTERNA (fixador externo transarticular em mie)
2o DPO DE RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO DA COXA ESQUERDA
FRATURA DE FEMUR E PERNA ESQUERDA**SEM QUEIXAS**

ESTÁVEL NO LEITO, NEUROVASCULAR DE MMII PRESERVADO, FO SEM SINAIS DE INFECÇÃO

EXAMES OK

CD: VPM

Seção: POSTO IB - ENF 14 Leito: 0003 - ORTOPEDIA
Profissional responsável pela Informação: LAIANA KAREN DANTAS BARRETO

Número Conselho: 8491

Laiana Karen Dantas Barreto
MEDICA
CRM- 8491

AV. ORESTES LISBOA, S/n - PEDRO GONDIM
CNES: 445385 - Tel.: 8332165700Impresso por: LAIANA
KAREN DANTAS BARRETO
Em: 31/01/2019 11:51:34

Nome DALION DOUGLAS FERNANDES DE BRITO FILHO	Boletim de Atendimento 1137047	Data/Hora Entrada 19/01/2019 20:54:08	Data/Hora Saída
Data de nascimento 30/12/1998	Idade 20	Sexo Masculino	CNS 702504342272233
Tempo de Internação 11d 9h 23min		Convênio SUS	Prontuário 113538
Data de Entrada 18/01/2019 20:54:08	Data Internação 20/01/2019 08:28:43	Permanência na Unidade: 11d 14h 57min	Plantão DIURNO
			Permanência no Leito: 5d 20h 35min

EVOLUÇÃO MEDICA (LAIANA KAREN DANTAS BARRETO - 31/01/2019 11:51:20)**EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

ORTOPEDIA11º DPO DE FIXAÇÃO EXTERNA (fixador externo transarticular em mie)
1º DPO DE RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO DA COXA ESQUERDA
FRATURA DE FEMUR E PERNA ESQUERDA

SEM QUEIXAS

ESTÁVEL NO LEITO, NEUROVASCULAR DE MMII PRESERVADO, FO SEM SINAIS DE INFECÇÃO

EXAMES OK

CD: VPM

Seção: POSTO IB - ENF 14 Leito: 0003 - ORTOPEDIA
Profissional responsável pela informação: LAIANA KAREN DANTAS BARRETO

Número Conselho: 8491



INTERNO, S/N -
CNES: 454546 - Tel.:Impresso por: ANA KARINA
DE MEDEIROS TORMES
Em: 31/01/2019 07:24:39

Nome DAIJON DOUGLAS FERNANDES DE BRITO FILHO	Boletim de Atendimento 1137047	Data/Hora Entrada 19/01/2019 20:54:08	Data/Hora Saída
Data de nascimento 30/12/1998	Idade 20	Sexo Masculino	CNS 702504342272233
Tempo de Internação 11d 58min	Convênio SUS	Plantão DIURNO	Promitório 113538
Data de Entrada 18/01/2019 20:54:08	Data Internação 20/01/2019 06:28:43	Permanência na Unidade: 11d 10h 30min	Permanência no Leito: 5d 16h 8min

EVOLUÇÃO MEDICA (ANA KARINA DE MEDEIROS TORMES - 31/01/2019 07:24:00)**EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

BMF

PACIENTE SUBMETIDO A SINTESE DE MULTIPLOS FERIMENTOS EM FACE NO DIA 22/01, SEM FRATURAS NA TC DE FACE. SUTURAS EM POSICAO SEM SINAIS FLOGISTICOS.

CD: SOLICITO REMOCAO DE PONTOS. SEQUE DE ALTA DA BMF E AO CUIDADOS DA ORTOPEDIA

Seção: POSTO IB - ENF 14 Leito: 0003 - ORTOPEDIA
Profissional responsável pela informação: ANA KARINA DE MEDEIROS TORMES

Número Conselho: 5724

Ana Karina M. Tormes
C. BULIMAXILOFACIAL/DTM-DOF
5724



INTERNO, S/N -
CNES: 454547 - Tel.:Impresso por: ELISIANE
CALEONES DO
NASCIMENTO
Em: 10/02/2019 13:43:10

Nome DAIJON DOUGLAS FERNANDES DE BRITO FILHO	Boletim de Atendimento 1137047	Data/Hora Entrada 19/01/2019 20:54:08	Data/Hora Saída
Data de nascimento 30/12/1998	Idade 20	Sexo Masculino	CNS 702504342272233
Tempo de Internação 21d 7h 15min		Convênio SUS	Plantão DIURNO
Data de Entrada 19/01/2019 20:54:08	Data Internação 20/01/2019 06:28:43	Permanência na Unidade: 21d 16h 48min	Permanência no Leito: 15d 22h 27min

DIAGNÓSTICO ENFERMAGEM (ELISIANE CALEONES DO NASCIMENTO - 10/02/2019 13:41:20)**AValiação INICIAL**

DIAGNÓSTICO: SINAIS DE INFECÇÃO

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

DIAGNÓSTICO: DOR

REGULAÇÃO TÉRMICA

DIAGNÓSTICO: RISCO PARA ALTERAÇÃO DA TEMPERATURA CORPORAL

INTEGRIDADE FÍSICA

DIAGNÓSTICO: INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA

SONO E REPOUSO

DIAGNÓSTICO: DISTÚRPIO NO PADRÃO DE SONO

ATIVIDADE FÍSICA

DIAGNÓSTICO: ATIVIDADE FÍSICA PREJUDICADA

Seção: POSTO IB - ENF 14 Leito: 0003 - ORTOPEDIA
Profissional responsável pela informação: ELISIANE CALEONES DO NASCIMENTO

Número Conselho: 389925



389925

**SUS**Sistema
Único de
SaúdeMinistério
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

HEGTSHL

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HEGTSHL

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Douglas Fernandes de Azeite Filho

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

137047

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

Masc. ☒ 1Fem. ☐ 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

BOD

11 - TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

19 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

21 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

22 - DIAGNÓSTICO INICIAL

23 - CID 10 PRINCIPAL

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

27 - CÓD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE☐ DIÁRIA DE UTI TIPO I☐ DIÁRIA DE UTI TIPO II☐ DIÁRIA DE UTI TIPO III

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

30 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL



TMC-

EX. DAS/DCS 01 N:03

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

EX. 4.5 N:03 01

Parafuso deslizante N: 70 01

01 Parafuso esferoide N: 65

Pino de compressão 01

Parafusos verticais sendo: (01) N: 32, (04) N: 34, (01) N: 40,

Placa DCS 135° 14 Furos (Avaliação)

(01) N: 52, (01) N: 64

Agulha de Ponto A 400 01

Fio de Kirschner N: 2,5 02 (usados para guia)

PROFISSIONAL SOLICITANTE

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

40 - DATA DA SOLICITAÇÃO

41 - DOCUMENTO

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

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

() CNS () CPF

Dr. ALESSANDRO F. F. VIEIRA
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 69 / CRM-PE 17605
SPOT 12614**AUTORIZAÇÃO**

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

47 - DOCUMENTO

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

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

() CNS () CPF

RELATÓRIO DE CIRURGIA



Nome: Deizon Douglas Fernandes de Melo Filho BE-Prontuário: _____
 Idade: _____ Sexo: (☒) Masculino () Feminino Cor: _____ Data: ____/____/____
 Clínica/Setor: Ortopedia EMP: _____ LR: _____
 Cirurgia: Trocartero cirúrgico fratura diafise fêmur
 Cirurgião: Dr. Alino Velloso 1º Assistente: Dr. Roberto Correia
 2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____
 Instrumentador: _____ Anestesista: _____
 Tipo de Anestesia: _____ Horário: Início ____:____ Término ____:____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fratura diafise de fêmur esquerdo</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Trocartero cirúrgico fratura diafise fêmur esquerdo</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. Deizon Douglas Fernandes de Melo Filho
 Médico
 CRM 10975

João Pessoa, 09/02/2019

Médico/CRM: _____

Nota de Sala Cirúrgica

REV 15/11

NOME DO PACIENTE: Douglas Fernandes de Brito Filho

IDADE: 20 SEX: M PRONTUÁRIO: 1137047 ENFERMARIA: 3 LEITO: 10

CIRURGIA: Int. cirúrgica de fratura diafrágica de rim (S)

QUIRÚRGICO: Dr. Roberto Barreira + Dr. Alexson

ANESTESIA: Raqui

ANESTESISTA: Dr. Roberto

INSTRUMENTADOR: Elvira

DATA: 07/02/19 TEMPO CIRÚRGICO: 08:30 ANESTESIA INÍCIO: 08:30 FIM: 10:00 CIRURGIA INÍCIO: 08:30 FIM: 10:00

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

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

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

MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.
ALFENTANIL		JELCO Nº12		FIO CAT GUT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA ISOBÁRICA	01	JELCO Nº10		FIO CAT GUT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA PESADA		JELCO Nº11		FIO DE AÇO Nº	
CETAMINA		JELCO Nº14		FIO DE AÇO Nº	
ROPERIDOL		KIT SIST. DREN. TORÁCICA Nº		FIO DE NYLON Nº	30 01
ETOMIDATO		SOLUÇÕES	QTD.	FIO DE NYLON Nº	
ENOBARSITAL		ALCOOL ETILICO 70%	100 ml	FIO DE NYLON Nº	
ENTANILA	01	PVP DEGERMANTE	100 ml	FIO POLIGLACTINA Nº	
FLUMAZENIL		PVP TINTURA	100 ml	FIO POLIGLACTINA Nº	
ISOFLURANO		PVP TÓPICO		FIO POLIGLACTINA Nº	
LEVOSUPIVACAÍNA C/ VASO		SABÃO ANTISÉPTICO		FIO POLIPROPILENO Nº	
LEVOSUPIVACAÍNA S/ VASO		MATERIAIS	QTD.	FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAÍNA C/ VASO		AGULHA 18X4,5		FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAÍNA S/ VASO		AGULHA 25X07	03	FIO POLIGLACTINA Nº	
MEDAZOLAN	01	AGULHA 25X08		FIO SEDA Nº	
MORFINA	01	AGULHA 40X12	01	FITA CARDÍACA	
NDMGUM		AGULHA PERIDURAL Nº16		MATERIAL ESPECIAL	QTD.
PARACURÔNIO		AGULHA PERIDURAL Nº17		CATETER DE FIC	
PETIDINA		AGULHA PERIDURAL Nº18		CIMENTO CIRÚRGICO	
PROPORFOL		AGULHA RAQUI Nº250	01	CLIP TITÂNIO LIGADURA	
ROCURÔNIO		AGULHA RAQUI Nº260		FIO DE KIRSCHNER Nº	2-5
SEVOFLURANO		ALGODÃO ORTOPÉDICO		FIO DE KIRSCHNER Nº	
SLXAMETÔNIO		ATADURA DE CREPON	01	FIO STEINMAN Nº	
TIOPENTAL		ATADURA GESSADA		FIO STEINMAN Nº	
MEDICAÇÕES	QTD.	BOLSA P/ COLOSTOMIA		GRAMPEADOR CIRÚRGICO	
ADRENALINA		CÂNULA 2/ TRAQUEOSTOMIA Nº		HEMOST. ASSORVÍVEL	
ÁGUA DESTILADA		CATETER DE OXIGÊNIO	01	KIT DERRIVA VENTRICULAR	
ATROPINA	03	CATETER EMBOLEC ARTERIAL Nº		PRÓTESE VASCULAR	
ATRA		CATETER EPIDURAL Nº16		KIT PAN	
CEFAZOLINA	03	CATETER EPIDURAL Nº17		PARAFUSO EXTERNO	
DEXAMETASONA	01	CATETER EPIDURAL Nº18		COMPRESSA	
DIPTRONA SÓDICA	03	CERA PARA OSO		PARAFUSOS CORTICIAIS	
EFEEDINA	01	COLET. URINA FECHADO		PARAFUSOS CORTICIAIS	
FUROSEMIDA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	06	PARAFUSOS ESPONJOSOS	
Glicosose 30%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS		PARAFUSOS ESPONJOSOS	
GLUCONATO DE CÁLCIO		DRENO DE FENIOSE		PARAFUSOS MALHAR	
HIDROCORTISONA		DRENO DE SUÇÃO		PLACA - C/	
LIDOCAÍNA GELITA		ELETRODOS	05	PLACA - C/	
ONDASENTRONA	01	EQUIPO MACROGOTAS	01		
PLASIL		EQUIPO TRANSF. SANGUE			
PROFINGINE		EQUIPO MICROGOTAS			
PROTADINA		ESPONJA DE PVP	03		
TENOXICAN		ESPARADRAPO	01		
Clonazepam	01	GAZES			
		GAZES ALGODOADAS			
		GEL ELETROLÍTICO	500 ml		
		JELCO Nº11			
		JELCO Nº12			

Parafusos de 40ml 01

Parafusos de 40ml 01

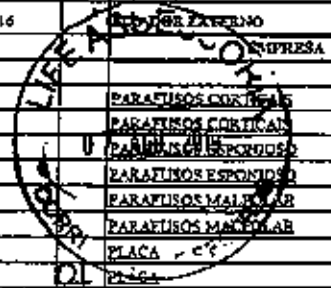
Parafusos de 40ml 01

Parafusos de 40ml 01

Parafusos de 40ml 01

Parafusos de 40ml 01

Parafusos de 40ml 01



2

Allyr Eugênio Siqueira
Cirurgião Geral
R. Ascensor 01-1

RELATÓRIO DE CIRURGIA



MÉDICA

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em D.O.H. sob anestesia
Gerais + antiespasmódica
Após a limpeza da área

Incisão:

Incisão na linha inguinal
Parelha por plano
Cuidado de hemostase

Achados:

Conduta:

Redução direta da fratura
Fixação com placa DCS + parafusos
articular e espongiosa + parafuso central
Preenchimento da medula óssea

Fechamento:

Limpeza abundante com SPA, 91
Sutura por planos
Curativos e drenos

Observação:

Peso 2 kg



Dr. André
CRM 10074

João Pessoa,

09/02/2019

Médico/CRM:

F(NG).ASCTR.009-1



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

RELATÓRIO DE CIRURGIA

24/03 fixa externa

HEE TSHL

NOME: **DAIJON DOUGLAS FERNANDES DE BRITO FILHO** 1137047
IDADE: **20** SEXO: ☒ MASC ☐ FEM COR: P DATA: **30/1/2019**
CLÍNICA /SETOR: **ORTOPEDIA** EMP: LR:
CIRURGIA: **RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO DA COXA ESQUERDA**
CIRURGIÃO: **DR EDSON TINOCO** 1º ASS: **DR EVERTON**
2º ASS: **MR1 FRANCINELIO** 3º ASS:
INSTRUMENTADOR: ANESTESISTA:
TIPO DE ANESTESIA: **SEDAÇÃO** HORÁRIO INÍCIO: **10 20** TÉRMINO: **11 00 H**

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO	CID
FRATURA DO FEMUR ESQUERDO	

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	CÓDIGO
RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO DO FEMUR ESQUERDO	

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO: ☐ SIM ☒ NÃO

DESCRIÇÃO:

BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO: ☐ SIM ☒ NÃO

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

☐ ENFERMARIA

☒ X

TERAPIA INTENSIVA

☐ RESIDÊNCIA

☐ ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM:

DR. MILTON LINHARES

DATA:

30/1/2019

Dr. Francinelo
Médico
CRM PB 9683
CNS 703404579057900



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P-917



Douglas Douglas Fernandes de Brito
FILHO

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

CAIXA DA MOEDA DO BRASIL



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

4.473.362

DATA DE
EXPEDIÇÃO

04/08/2017

NOME

DAIJON DOUGLAS FERNANDES DE BRITO

FILHO

FILIAÇÃO

DAIJON DOUGLAS FERNANDES DE BRITO
MARIA DO LIVRAMENTO PEQUENO DOS
SANTOS

NATURALIDADE

RIO DE JANEIRO-RJ

DATA DE NASCIMENTO

30/11/1998

DOC ORIGEM

NASC.N.201080 FLS. 78 LIV. 1051A
CARTORIO 5ª RIO DE JANEIRO-RJ

João Pessoa - PB

0 +

[Handwritten signature]
Assinatura do Autor
Assinatura do Registrante

Chancelado Nesta Data 29/08/83

Ident. Civil e Criminal





VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

dígito verificador: 00

às 10:51:55 do dia 29/04/2019, (hora e data de Brasília)

Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil



CÓDIGO DE CONTROLE
5424.7ECD.6C86.3B3D

Nascimento
30/11/1998

Nome
DAJON DOUGLAS FERNANDES DE BRITO FILHO

Número
718.598.574-93

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Ministério da Fazenda

Receita Federal



IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Maíson Douglas Fernandes de Brito
 DATA DO ACIDENTE 29/01/2019 CPF DA VÍTIMA 718.598.541-93
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____
 ENDEREÇO DO PORTADOR São Pedro
 Nº 316 COMPLEMENTO - BAIRRO centro
 CIDADE Chagas de São Paulo UF RS CEP 53050-000
 E-MAIL _____ TELEFONE (51) 991928649

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- (X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 (X) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 (X) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 (X) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
 (X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 (X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 (X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIREM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
 () NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIREM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO
 • MORTE = R\$ 13.500,00
 • INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00, ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 • DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO), ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 07-08-2019

IDENTIDADE 4473.362

ASSINATURA

Maíson Douglas F. de B. Brito

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA

NOME

ASSINATURA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190467003 **Cidade:** Lagoa de Dentro **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DAIJON DOUGLAS FERNANDES DE BRITO FILHO **Data do acidente:** 19/01/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DIAFISÁRIA DE FÊMUR E TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO/PLACA E PARAFUSOS/LIMPEZA CIRÚRGICA). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG. 15 À 24 / 34 À 44 / 56 À 61 _CIRURGIA

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190467003 **Cidade:** Lagoa de Dentro **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DAIJON DOUGLAS FERNANDES DE BRITO FILHO **Data do acidente:** 19/01/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DIAFISÁRIA DE FÊMUR E TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO/PLACA E PARAFUSOS/LIMPEZA CIRÚRGICA). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG. 15 À 24 / 34 À 44 / 56 À 61 _CIRURGIA

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0268689/19

Vítima: DAIJON DOUGLAS FERNANDES DE BRITO

CPF: 718.598.574-93

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 19/01/2019

Titular do CPF: DAIJON DOUGLAS
FERNANDES DE BRITO
FILHO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

DAIJON DOUGLAS FERNANDES DE BRITO FILHO : 718.598.574-93

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: 07/08/2019
Nome: DAIJON DOUGLAS FERNANDES DE BRITO FILHO
CPF: 718.598.574-93

DAIJON DOUGLAS FERNANDES DE BRITO FILHO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/08/2019
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0268689/19

Número do Sinistro: 3190467003

Vítima: DAIJON DOUGLAS FERNANDES DE BRITO

CPF: 718.598.574-93

CPF de: Próprio

Data do acidente: 19/01/2019

Titular do CPF: DAIJON DOUGLAS FERNANDES DE BRITO FILHO

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Declaração do Proprietário do Veículo

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 10/10/2019

Nome: DAIJON DOUGLAS FERNANDES DE BRITO FILHO

CPF: 718.598.574-93

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/10/2019

Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA

CPF: 614.058.096-04

DAIJON DOUGLAS FERNANDES DE BRITO FILHO

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA