



Número: **0832658-03.2019.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **11ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **18/06/2019**

Valor da causa: **R\$ 12.656,25**

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
GETSON FEITOSA DOS SANTOS (AUTOR)		JULIANA BRAVO DE ARRUDA SCHERMANN (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
34040732	08/09/2020 09:44	2748060_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos

Rio de Janeiro, 02 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **GETSON FEITOSA DOS SANTOS**

Nº Sinistro: **3180292206**

Vítima: **GETSON FEITOSA DOS SANTOS**

Data do Acidente: **15/01/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180292206**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13032788

Pag. 01929/01930 - carta_01 - INVALIDEZ



Rio de Janeiro, 04 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: GETSON FEITOSA DOS SANTOS

Sinistro: 3180292206

Vítima: GETSON FEITOSA DOS SANTOS

Data do Acidente: 15/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180292206** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00491/00492 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 13047349



Rio de Janeiro, 20 de Julho de 2018

Carta nº: 13118627

A/C: GETSON FEITOSA DOS SANTOS

Nº Sinistro: 3180292206
Vitima: GETSON FEITOSA DOS SANTOS
Data do Acidente: 15/01/2018
Cobertura: INVALIDEZ

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: GETSON FEITOSA DOS SANTOS

Valor: R\$ 843,75

Banco: 237

Agência: 000003433-9

Conta: 000000205167-2

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros 25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 =	R\$	843,75
--	-----	--------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01229/01230 - carta_15R - INVALIDEZ

00030615



Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3180292206**
Nome do(a) Examinado(a): **GETSON FEITOSA DOS SANTOS**
Endereço do(a) Examinado(a): **RUA PROJETADA nº 102 - HEITEL SANTIAGO - SANTA RITA/PB**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 22414232 - SSP**
Data e local do acidente: **15/01/2018 JOAO PESSOA/PB**
Data e local do exame: **13/07/2018 JOAO PESSOA/PB**

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA DO ÚMERO PROXIMAL ESQUERDO

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

FRATURA DO ÚMERO PROXIMAL ESQUERDO TRATADA CIRURGICAMENTE COM REDUÇÃO ABERTA E FIXAÇÃO INTERNA COM FIOS DE KIRSCHNER E FISIOTERAPIA. APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA MEDINDO CERCA DE 13 CM EM FACE INTERNA ANTERIOR DO BRAÇO ESQUERDO, LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE ELEVAÇÃO, ABDUÇÃO E ADUÇÃO DO OMBRO ESQUERDO.

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

CICATRIZ CIRÚRGICA MEDINDO CERCA DE 13 CM EM FACE INTERNA ANTERIOR DO BRAÇO ESQUERDO, LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE ELEVAÇÃO, ABDUÇÃO E ADUÇÃO DO OMBRO ESQUERDO.

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

☒ SIM ☐ NÃO

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

☒ SIM ☐ NÃO

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

DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO OMBRO ESQUERDO

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

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

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

☐ Vítima em tratamento

☐ Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal(Sequela): **OMBRO ESQUERDO**

☐ 10% ☒ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

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

REVISOR CONCORDA COM AS CONCLUSÕES DO MÉDICO EXAMINADOR -

Médico Perito: JOAO FERNANDES DE SOUZA CRM:2732 PB/PB



Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com nome e CRM





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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

048.551.884-84

GETSON FEITOSA DOS SANTOS

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo GETSON FEITOSA DOS SANTOS	CPF titular da conta 048.551.884-84	Profissão AGENTE SÓCIO EDUCATIVO
Endereço RUA RIO DETADA	Número 102	Complemento A
Bairro HOTEL SANTIAGO	Cidade SANTA RITA	Estado PB
Email	CEP 58.300-000	Telefone (DDD) 98843.6659

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR	☐ SEM RENDA	☐ ATÉ R\$ 1.000,00	☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00	
☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341) ☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (000)		☒ CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NÚMERO []		BANCO Nome BRABRASIL	
AGÊNCIA NÚMERO []		AGÊNCIA NÚMERO 3433	
[]		D/V 9	
[]		CONTA NÚMERO 0205167	
[]		D/V 2	

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

JEAN PEREIRA, 23 de JUNHO de 2018
Local e Data

Getson Feitos dos Santos
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01049.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01049.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 16:02 horas do dia 01 de junho de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigação, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu **Getson Feitosa dos Santos**, CPF nº 048.551.884-84, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Agente Sócio Educativo, filho(a) de Maria Jose Feitosa dos Santos e Normando José do Santos Bezerra, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 12/11/1978 (39 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Projetada, Nº 102A, bairro Heitel Santiago, tendo como ponto de referência Ponto Final, na cidade de Santa Rita/PB, telefone(s) para contato (83) 98843-6659.

Dados do(s) Fatos:

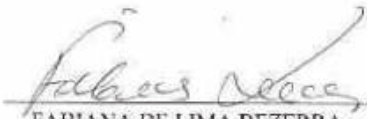
Local: Rua Alfredo Ferreira da Rocha, Próximo a Praça do Coqueiral, João Pessoa/PB, bairro Mangabeira; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 15/01/18 06:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que conduzia a MOTOCICLETA HONDA/CG 160 START, PRETA, 2017/2018, PLACA QFZ7004/PB, CHASSI 9C2KC2500JR000245, registrada em nome do noticiante, quando ao passar por uma curva perdeu o controle vindo a cair ao solo e lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. ELIVALDO SALES DE TOLEDO, CRM 1873/PB/PB, DATADO DE 09.05.2018, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, para onde foi socorrido pelo SAMU; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

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

João Pessoa/PB, 01 de junho de 2018.


FABIANA DE LIMA BEZERRA
Agente de Investigação


GETSON FEITOSA DOS SANTOS
Noticiante



Procedimento Policial: 01049.01.2018.1.00.420



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima

GETSON FEITOSA SANTOS

CPF da Vítima

048.553.884 - 84

Data do Acidente

15.01.2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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

JOÃO PESSOA, 21 de JUNHO de 2018

Local e Data

Getson Feitosas Santos
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Boletim de Atendimento: 1055643



Identificação do paciente						
ID 1251719	Nome GETSON FEITOSA DOS SANTOS	Sexo Masculino				
Data de nascimento 12/11/1978	Idade 39 anos 2 meses 3 dias	Estado civil	Religião	Prontuário		
Mãe MARIA JOSE FEITOSA DOS SANTOS	Pai NORMANDO JOSE DOS SANTOS BEZERRA					
Escolaridade	Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)					
DDD Móvel 83	Fone Móvel 96762866	DDD Fixo	Fone Fixo			
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 2241423	Nº Cns				
Local de procedência MANGABEIRA	Tipo BAIRRO		UF PB			
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R				
Endereço						
CEP 58057455	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro Carmem Coeli C. Moreira			
Número SWN	Complemento	Bairro Mangabeira				
Admissão						
Data e Hora 15/01/2018 07:03:41	Número da pulseira 100006177309	Convênio SUS				
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica					
Classificação de risco	Origem do paciente RUA					
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS				
Indicadores e Transporte						
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não			
Meio de transporte SAMU	Quem transportou					
Sinais Vitais						
PA X mmHg	Pulso	Temperatura				
Exames complementares						
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos <i>Paciente vítima de acidente de moto, refere que em primeiro momento sofreu lesão</i>						
Diagnóstico						
Atendido por KELLY DE SOUZA BARBOSA						



CID
Tempo
58seg

Sebastião Henrique Pereira Jr.
Enfermeiro
GOREN 1400.952



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 18/07/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GETSON FEITOSA DOS SANTOS

BANCO: 237

AGÊNCIA: 03433-9

CONTA: 000000205167-2

Nr. Autenticação

BRADESCO180720180500000000002370343300000020516784375 PAGO



CAGEPA
COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA, INFORME ESTE NÚMERO

MATRÍCULA
71989072

DATA DE EMISSÃO
ABR/2018

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA E SERVIÇOS

GETSON FETOSA DOS SANTOS
RUA VIA LOCAL 02 ST. 15, 102 - A - HETEL
SANTIAGO SANTA RITA PB 58.000-000

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Público	
003.015.220.0146.000	000	1	0	0	0	

Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto
Y17E510233	28/09/2017	EXTERNA - RUA 15	POTENCIAL	POTENCIAL

ANTERIOR - ATUAL - CONSUMO (M3) - PERÍODO DE 01/01 - PRÓXIMA LEITURA

6	15	9	21	29/05/2018
HIST. DE CONS. / ANOR. LEIT. E QUALID. DA ÁGUA DECRETO 2.914/2011 MS.				
MAR/2018	2	8	PARÂMETROS	CONFORMES
FEV/2018	2	17	PHOSFÓRICO	0
JAN/2018	2	0	CLORO	0
DEZ/2017	3	0	COL. TOTAIS	0
NOV/2017	2	0	COL. TOTAIS	0
OUT/2017	3	0	COL. TOTAIS	0
SETEMB/17	3	0	COL. TOTAIS	0

PARÂMETROS DE QUALIDADE DA ÁGUA DECRETO 2.914/2011 MS.

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
25 JUN. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA





LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE GETSON FEITOSA DOS SANTOS
DATA DE NASCIMENTO 12/11/78
NOME DA MÃE MARIA JOSE FEITOSA DOS SANTOS

DADOS EXTRAÍDOS DO PRONTUÁRIO

PRONTUÁRIO N.º 106598
BOLETIM DE ENTRADA N.º 1055643
DATA DO ATENDIMENTO 15/01/18
HORA DO ATENDIMENTO 07:03
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S) FRATURA DA EXTREMIDADE SUPERIOR DO UMEROS
CID 10 S42.2

AVALIAÇÃO INICIAL:

PACIENTE DEU ENTRADA NESTE SERVIÇO, REFERINDO DOR E LIMITAÇÃO FUNCIONAL NO OMBRO ESQUERDO. PRESENÇA DE ESCORIAÇÕES NA MÃO ESQ. AVALIADO PELA CIRURGIA GERAL, ORTOPEDIA.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX OMBRO ESQUERDO,
TC DE OMBRO ESQUERDO

RESULTADOS DOS EXAMES:

RX OMBRO ESQ. - FRATURA DE TUBEROSIDADE MAIOR DE UMEROS ESQ.



TRATAMENTO:

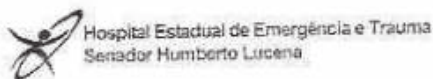
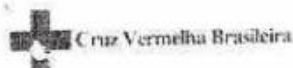
TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA LUXAÇÃO DE UMEROS ESQUERDO

ALTA HOSPITALAR: 25/01/18
DATA DA EMISSÃO: 09/05/18

Elivaldo Soares de Toledo
Cirurgião Geral
CRM 1873/PB
Dr. ELIVALDO SOARES DE TOLEDO
CRM: 1873/PB

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





AREA AMARELA

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

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente GETSON FEITOSA DOS SANTOS	BAE 1055643	Data/Hora Entrada 15/01/2018 07:03:41	Data Baixa
Data de nascimento 12/11/1978	Idade 39	Sexo Masculino	CNS
Mãe MARIA JOSE FEITOSA DOS SANTOS			Telefone de Contato (83) 96762866
Endereço Carmem Coeli C. Moreira, SWN	Bairro Mangabeira	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional PEDRO ROMAO DANTAS	Nº Cons. Regional 9799/PB
Data/Hora Classificação 15/01/2018 07:03:41		Data/Hora Prescrição 15/01/2018 11:17:59	
Convênio SUS	Nº Matrícula		Senha

Anamnese

1 de redução incruenta de fratura-luxação de humero proximal esquerdo;
cd; internação para realizar procedimento cirurgico no segundo tempo

DIETA

DIETA LIVRE, VIA ORAL

MEDICAÇÃO

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H, 0.0 (MGTSM)

Diluir

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 6/6H

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 8/8H, 0.0 (MGTSM)

Diluir

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

1PTOPRIL 25 MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 1,0 COMPRIMIDO VIA ORAL, AGORA, (OBSERVAÇÕES: SE PAS > 160 OU PAD > 100); AVISAR 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 2,0 CÁPSULA VIA ORAL, 1X AO DIA, (OBSERVAÇÕES: EM JEJUM, PELA MANHÃ)

GLICOSE 50% SOLUÇÃO INJETAVEL (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 INJETAVEL (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

CUIDADOS

CURATIVO, (OBSERVAÇÕES: DIÁRIO)

HGT 6/6HS

Receita registrada por: KEILY DE SOUZA BARBOSA em 15/01/2018 07:04:39

FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIO E MOTORA

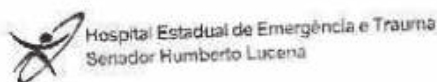
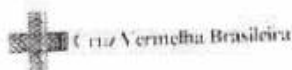


INSULINA REGULAR CONFORME HGT	
SSVV + CCGG	
SO...CITAÇÃO DE PARECER DA CARDIOLOGIA, (OBSERVAÇÕES: RISCO CIRURGICO)	
EXAME LABORATORIAL	
HEMOGRAMA	
COAGULOGRAMA COMPLETO	
EXAME DE IMAGEM	
ELETROCARDIOGRAMA	
Conduta	
Internar Paciente	

GETSON FEITOSA DOS SANTOS

PEDRO ROMAO DANTAS
(: 9799/PB)





AREA LARANJA UDC
Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700
CNES: 2458276

Paciente GETSON FEITOSA DOS SANTOS	BAE 1055643	Data/Hora Entrada 15/01/2018 07:03:41	Data Baixa
Data de nascimento 12/11/1978	Idade 39	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 96762866
Mãe MARIA JOSE FEITOSA DOS SANTOS		CNS	Prontuário
Endereço Carmem Coeli C. Moreira, SWN	Bairro Mangabeira	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional CARLOS ALBERTO MARQUES VIEIRA	Nº Cons. Region 6902/PB
Data/Hora Classificação 15/01/2018 07:03:41		Data/Hora Prescrição 15/01/2018 08:39:26	
Convênio SUS	Nº Matrícula		Senha

Anamnese

IENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO. RELATA DOR E LIMITAÇÃO FUNCIONAL NO OMBRO
ESQUERDO. APRESENTA ESCORIAÇÕES NA MÃO ESQUERDA

NEUROVASCULAR NORMAL. RADIOGRAFIAS EVIDENCIAM FRATURA-LUXAÇÃO GLENO-UMERAL ESQUERDA
CD: TRAMAL E AO BLOCO CIRÚRGICO PARA PROCEDIMENTO DE REDUÇÃO DA FRATURA-LUXAÇÃO

MEDICAÇÃO

TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA, (OBSERVAÇÕES: ANALGESIA)

CID10

Código	Descrição
S43.0	Luxação da articulação do ombro

Conduta

Em observação

GETSON FEITOSA DOS SANTOS

CARLOS ALBERTO MARQUES VIEIRA
(CRM: 6902/PB)



Bolletim registrado por: KELLY DE SOUZA BARBOSA em 15/01/2018 07:04:39





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente GETSON FEITOSA DOS SANTOS		BAE 1055643	Data/Hora Entrada 15/01/2018 07:03:41	Data Baixa
Data de nascimento 12/11/1978	Idade 39	Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato (83) 96762866
Mãe MARIA JOSE FEITOSA DOS SANTOS				Prontuário
Endereço Carmem Coeli C. Moreira, SWN		Bairro Mangabeira	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional GILSON MARCELO PEREIRA DE MELO		Nº Cons. Regional 3448/PB
Data/Hora Classificação 15/01/2018 07:03:41		Data/Hora Prescrição 15/01/2018 07:21:25		
Convênio SUS		Nº Matricula		Senha

Anamnese

ciente vítima de acidente de motocicleta (queda), trazido pelo SAMU com quadro de dor à mobilização de ombro
uerdo.

CONDUTA: Solicito raio x da articulação de ombro esquerdo. Parecer da Ortopedia. Alta da Cirurgia Geral. Aos
cuidados da Ortopedia.

CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA, (OBSERVAÇÕES: DOR EM OMBRO ESQUERDO)

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO ESQUERDO(TRES POSICOES), (INDICAÇÕES CLÍNICAS: DOR)

CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

Gilson Marcelo P. de Melo
Cirurgia Geral
CRM 3448

GETSON FEITOSA DOS SANTOS

GILSON MARCELO PEREIRA DE MELO
(: 3448/PB)



Boletim registrado por: KELLY DE SOUZA BARBOSA em 15/01/2018 07:04:38



	Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)	Folha 1/2
Identificação do Estabelecimento de Saúde				
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE			2 - CNES	
H.E.T.S.H.L				
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE			4 - CNES	
Identificação do Paciente				
5 - NOME DO PACIENTE			6 - N° DO PRONTUÁRIO	
Geison Fátima dos Santos			105 5643	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)			8 - DATA DE NASCIMENTO	
9 - NOVA DA MÃE OU RESPONSÁVEL			10 - SEXO	
			Masculino ☒ 1 Feminino ☐ 2	
11 - ENDEREÇO (RUA, N° BAIRRO)			12 - TELEFONE DE CONTATO	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA			14 - COD. IBGE - MUNICÍPIO	
15 - UF			16 - CEP	
17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)				
MUDANÇA DE PROCEDIMENTO				
18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR			19 - COD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR	
20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA			21 - COD. 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 - COD. 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 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
31 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			32 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
33 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			34 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			36 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
37 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO				
Antecedente 01 - Fio de Kirschmmer 3.5 02 - Fios de Kirschmmer 2.0				
PROFISSIONAL SOLICITANTE				
38 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE			39 - DATA DA SOLICITAÇÃO	
40 - DOCUMENTO			41 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
42 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)			43 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
AUTORIZAÇÃO				
44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			45 - COD. ÓRGÃO EMISSOR	
46 - DOCUMENTO			47 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)			49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	





RELATÓRIO DE CIRURGIA



Nome: Gotson Farias da Silva BE/Prontuário: _____
Idade: _____ Sexo: () Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 12/01/18
Clínica/Setor: Ortopedia EMP: _____ LR: _____
Cirurgia: Tratamento de Fr. de Ulna proximal
Cirurgião: Dr. Santiago 1º Assistente: Dr. João
2º Assistente: Dr. Victor 3º Assistente: _____
Instrumentador: _____ Anestesista: _____
Tipo de Anestesia: _____ Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fratura de</u>	
<u>Ulna proximal de Noon</u>	
<u>do Ulna esquerda</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Tratamento</u>	
<u>de Fratura de</u>	
<u>Ulna proximal</u>	

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

Biopsia de Congelação: () Sim () Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

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

Médico/CRM: _____

João Pessoa, 12/01/18

F(NG).ASCTR.009-1





Nota de Sala Cirúrgica

NOME DO PACIENTE **Carlinhos Feitosa dos Santos**
 IDADE **39** SEXO **M** NÚMERO DO CARTÃO **1055443** ENFERMARIA **14** LEITO **03**
 CIRURGIÃO **Dr. Cirurgião** FRAÇÃO **União Paço Real Esportes**
 ANESTESISTA **Dr. Santos** 1º **Dr. Santos** 2º **Dr. Victor**
 ANESTESISTA **Dr. Abdon**

INSTRUMENTADOR
 DATA **24/01/18** TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA INÍCIO **13:30** FIM **16:30**

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

ASA 1 ASA 2 ASA 3 ASA 4 ASA 5

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

MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS QTD.

ALFENTANIL	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.	FIO	QTD.
BUPIVACAÍNA ISOBARICA	3 R. 1.500	JELCO Nº 8		FIO CAT GUT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA PESADA	5.7 100	JELCO Nº 20		FIO CAT GUT CROMADO Nº	
CETAMINA	5 R. 500ML	JELCO Nº 22		FIO DE AÇO Nº	
DROPERIDOL	1 na mesa	JELCO Nº 24		FIO DE AÇO Nº	
ETOMIDATO		KIT SIST DREN TORAXICA Nº		FIO DE NYLON Nº	
FENOBARBITAL	SOLUÇÕES	LÂMINA BISTURI Nº 11		FIO DE NYLON Nº	
FENTANILA	ALCOOL ETILICO 70%	LÂMINA BISTURI Nº 13		FIO DE NYLON Nº	3-0 FT
FLUMAZENIL	PVPi DEGERMANTE	LÂMINA BISTURI Nº 15		FIO DE NYLON Nº	
ISOFLURANO	PVPi TINTURA	LÂMINA BISTURI Nº 17		FIO POLIGLACTINA Nº	1 FT
LEVOBUPIVACAÍNA C/VASO	PVPi TOPICO	LÂMINA DE DERMATOMO		FIO POLIGLACTINA Nº	
LEVOBUPIVACAÍNA S/VASO	SABÃO ANTISÉPTICO	LÂMINA DE ENXERTO		FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAÍNA C/VASO	MATERIAIS	LUVA DE PROCEDIMENTO PAR		FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAÍNA S/VASO	AGULHA 31X4,5	LUVA ESTÉRIL Nº 7,0		FIO POLIPROPILENO Nº	
MODAZOLAM	AGULHA 33X07	LUVA ESTÉRIL Nº 7,5		FIO POLIGLACTAPRONE Nº	
MORFINA	AGULHA 35X08	LUVA ESTÉRIL Nº 8,0		FIO SEDA Nº	
NIMBILIM	AGULHA 40X12	LUVA ESTÉRIL Nº 8,5		FITA CARDIACA	
PANCRURÔNIO	AGULHA PERIDURAL Nº 16	MÁSCARA CIRÚRGICA		MATERIAL ESPECIAL	QTD.
PETIDINA	AGULHA PERIDURAL Nº 17	MULTIVIAS		CATETER DE PIC	
PROPORFOL	AGULHA PERIDURAL Nº 18	PERFORADOR DE SORO		CIMENTO CIRÚRGICO	
RAMEFENTANILA	AGULHA RAQUI Nº 25G	SCALP Nº 9		CL. Antisséptico	
ROCURÔNIO	AGULHA RAQUI Nº 26G	SCALP Nº 11		FIO DE KIRSCHNER Nº	3,5
SEVOFLURANO	AGULHA RAQUI Nº 27G	SERINGA 1ML		FIO DE KIRSCHNER Nº	3,0
SUXAMETÔNIO	ALGODÃO ORTOPÉDICO	SERINGA 5ML		FIO STEINMAN Nº	
TIOPENTAL	ATADURA DE CREPON	SERINGA 10ML		FIO STEINMAN Nº	
	ATADURA GESSADA	SERINGA 20ML		GRAMPEADOR CIRÚRGICO	
MEDICAÇÕES	QTD.	BOLSA P/ COLOSTOMIA		HEMOST ASSORVIVEL	
ADRENALINA		CÂNULA P/ TRAQUEOSTOMIA Nº		KIT DERIVA VENTRICULAR	
ÁGUA DESTILADA		CATETER DE OXIGÊNIO		PROTESE VASCULAR	
ATROPINA		CATETER EMBOLEC ARTERIAL Nº		KIT PAM	
BEXTRA		CATETER EPIDURAL Nº 16		FIXADOR EXTERNO	
CEFALOXINA		CATETER EPIDURAL Nº 17			
DEXAMETASONA		CATETER EPIDURAL Nº 18			
DIPIRONA SÓDICA		CERA PARA OSSO			
EFEDRINA		COLET URINA FECHADO			
FUROSEMIDA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS			
GLICOSE 50%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS			
GLUCONATO DE CÁLCIO		DRENO DE PENROSE			
HIDROCORTISONA		DRENO DE SUÇÃO			
LIDOCAÍNA GELISA		ELETRODOS			
ONDASENTRONA		EQUIPO MACROGOTAS			
PLASIL		EQUIPO TRANS SANGUE			
PROSTIGMINE		EQUIPO MICROGOTAS			
PROTAMINA		ESPONJA DE PVPi			
TENOXICAN		ESPARADRAPO			
Comitin		GAZES			
		GAZES ALGODADAS			
		GEL ELETROLÍTICO			
		JELCO Nº 14			
		JELCO Nº 16			

COMPREV PREVIDENÇA
 25 JUN 2018
 PROTOCOLO
 JOÃO DE

Carlinhos
 Prop. de
 01 Agulha A.50 (Viyon)

EQUIPAMENTOS
 X ASPIRADOR
 X BISTURI ELÉTRICO
 X CARDIOMONITOR
 X FOCO AUXILIAR
 X FOCO CENTRAL
 X FOCO COPIO
 X MONITRIZ DE PULSO
 X P.A. INVASIVA INVASIVA
 X PERFORADOR ELÉTRICO
 X P.A. Cirúrgico
 CIRCULANTE
 X P.A. Cirúrgico
 X P.A. Cirúrgico
 X P.A. Cirúrgico



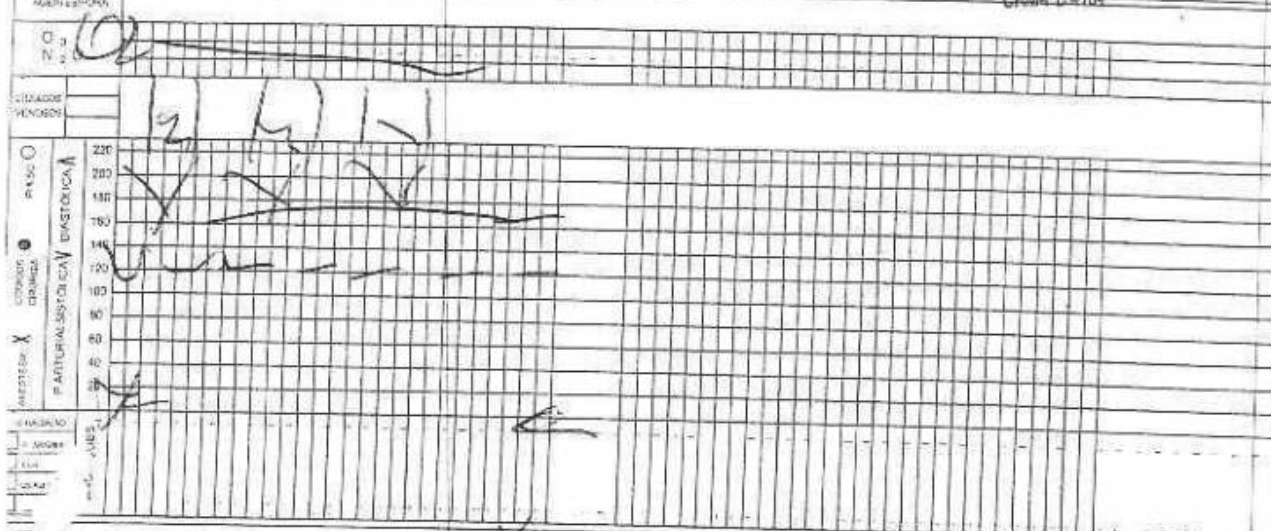


FICHA DE ANESTESIA

DATA: 24/06/18

PRONTUÁRIO:

PACIENTE: GETSON FELTOSO DOS SANTOS	SEXO: M	COR: B	IDADE: 39
PRESSÃO ARTERIAL: 120/80	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO
ESTADO GERAL: BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO	RISCO CIRÚRGICO: BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO	GRUPO SANGÜÍNEO	
EXAMES COMPLEMENTARES			
AP. RESPIRATÓRIO		AP. CIRCULATÓRIO	
AP. DIGESTIVO		ESTADO MENTAL	
PRE-ANESTÉSICO		DROGAS EM USO	
DOSE/HORA		ESTADO FÍSICO (ASA)	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: FATOR DE UNHA MAXILAR			
CIRURGIA REALIZADA: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FATOR DE UNHA			
CIRURGIAO: SANTOS			
AUXILIARES			
INÍCIO DA ANESTESIA: 1320		TÉRMINO DA ANESTESIA: 1630	
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		DURAÇÃO DA ANESTESIA: 3h	
QUANT. DE CH.		VALORES RS	
ANESTESIA: SIST. ABDO. M. LUSO		Dr. Abdon Moreira Lustosa Médico Anestesiologista CRM-PB 4184	



ANESTESIA GERAL	RAQUIDIANA	EPIDURAL	BLOQ. PLEXO	BLOQ. NERVOS	OUTROS
Medicamentos e materiais usados no ato anestésico					
1	Lidocaína 2%				
2	Propofol 1%				
3	Fentanyl 100mcg/ml				
4	Atrofin 1mg/ml				
5	Diluição 1:1000				
6	Ceftriaxona				
7					
8					
9					
10					

COMPREV
COMPREV
25 JUN. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES
Dr. Abdon Moreira Lustosa
Médico Anestesiologista
CRM-PB 4184



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA
Posição e Preparo: 1) DDH 1da Amortecida 2) Cerebrais, Anteriores 3) CCE
Incisão: 1) Vira do Acervo Delapetrol 2) Vira do Acervo Delapetrol 3) Vira do Acervo Delapetrol
Achados: 1) Enxerto de Tuberculose 2) Não da imagem
Conduta: 1) Resumo Unento 2) Exatidão com a F. 01 3) Exatidão com a F. 01 4) Exatidão com a F. 01 5) Exatidão com a F. 01
Fechamento: 1) Exatidão com a F. 01 2) Exatidão com a F. 01
Observação:



João Pessoa, 24/07/17

Médico/CRM:

F(NG).ASCIR.009-1





RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: Getson Feltoro da Silva BE/Prontuário: _____
Idade: 1 Sexo: () Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 15/01/18
Clínica/Setor: Ortopedia EMP: _____ LR: _____
Cirurgia: Redução e encurtamento do fratura bacia - os da esquerda
Cirurgião: Dr. Roberto Siqueira 1º Assistente: _____
2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____
Instrumentador: _____ Anestesista: _____
Tipo de Anestesia: _____ Horário: Início _____: _____ Término _____: _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fratura bacia - os da esquerda</u>	
<u>Redução e encurtamento do fratura bacia - os da esquerda</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Redução e encurtamento do fratura bacia - os da esquerda</u>	
<u>Redução e encurtamento do fratura bacia - os da esquerda</u>	

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

Biopsia de Congelação: () Sim () Não

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:

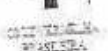
() Enfermaria () Terapia Intensa () Residência () Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM: _____

João Pessoa, 15/01/18

F(NG).ASCIR.009-1





SPAD-02

FIND AS FOR 221-1



FICHA DE ANESTESIA

DATA: 15/1/18

PRONTUÁRIO:

COR:

IDADE: 39a.

PACIENTE: GRTSON HEITOSA DOS SANTOS (M)	RESPIRAÇÃO EUP	TEMPERATURA	PESO	GRUPO SANGÜÍNEO
PRESSÃO ARTERIAL	PULSO 78mm	ESTADO GERAL	(X) BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO	RISCO CIRÚRGICO (X) BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO
EXAMES COMPLEMENTARES	UPM	AP. RESPIRATÓRIO	NON	AP. CIRCULATÓRIO UPM
AP. DIGESTIVO	UPEM	ESTADO MENTAL	ONIRIADO	DROGAS EM USO UPM
PRE-ANESTESIA				
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO				
CIRURGIA REALIZADA	REDUÇÃO TUMOR EUTR			
CIRURGIÃO DR.		AUXILIARES		
INÍCIO DA ANESTESIA 9:30		TÉRMINO DA ANESTESIA 10:15		DURAÇÃO DA ANESTESIA 25min
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		QUANT. DE CH.		VALORES RS
ANESTESISTA				CRM-PB

25/1/18	10:15	10:30	10:45	11:00	11:15	11:30	11:45	12:00	12:15	12:30	12:45	13:00	13:15	13:30	13:45	14:00	14:15	14:30	14:45	15:00	15:15	15:30	15:45	16:00	16:15	16:30	16:45	17:00	17:15	17:30	17:45	18:00	18:15	18:30	18:45	19:00	19:15	19:30	19:45	20:00	20:15	20:30	20:45	21:00	21:15	21:30	21:45	22:00	22:15	22:30	22:45	23:00	23:15	23:30	23:45	24:00	24:15	24:30	24:45	25:00	25:15	25:30	25:45	26:00	26:15	26:30	26:45	27:00	27:15	27:30	27:45	28:00	28:15	28:30	28:45	29:00	29:15	29:30	29:45	30:00	30:15	30:30	30:45	31:00	31:15	31:30	31:45	32:00	32:15	32:30	32:45	33:00	33:15	33:30	33:45	34:00	34:15	34:30	34:45	35:00	35:15	35:30	35:45	36:00	36:15	36:30	36:45	37:00	37:15	37:30	37:45	38:00	38:15	38:30	38:45	39:00	39:15	39:30	39:45	40:00	40:15	40:30	40:45	41:00	41:15	41:30	41:45	42:00	42:15	42:30	42:45	43:00	43:15	43:30	43:45	44:00	44:15	44:30	44:45	45:00	45:15	45:30	45:45	46:00	46:15	46:30	46:45	47:00	47:15	47:30	47:45	48:00	48:15	48:30	48:45	49:00	49:15	49:30	49:45	50:00	50:15	50:30	50:45	51:00	51:15	51:30	51:45	52:00	52:15	52:30	52:45	53:00	53:15	53:30	53:45	54:00	54:15	54:30	54:45	55:00	55:15	55:30	55:45	56:00	56:15	56:30	56:45	57:00	57:15	57:30	57:45	58:00	58:15	58:30	58:45	59:00	59:15	59:30	59:45	60:00	60:15	60:30	60:45	61:00	61:15	61:30	61:45	62:00	62:15	62:30	62:45	63:00	63:15	63:30	63:45	64:00	64:15	64:30	64:45	65:00	65:15	65:30	65:45	66:00	66:15	66:30	66:45	67:00	67:15	67:30	67:45	68:00	68:15	68:30	68:45	69:00	69:15	69:30	69:45	70:00	70:15	70:30	70:45	71:00	71:15	71:30	71:45	72:00	72:15	72:30	72:45	73:00	73:15	73:30	73:45	74:00	74:15	74:30	74:45	75:00	75:15	75:30	75:45	76:00	76:15	76:30	76:45	77:00	77:15	77:30	77:45	78:00	78:15	78:30	78:45	79:00	79:15	79:30	79:45	80:00	80:15	80:30	80:45	81:00	81:15	81:30	81:45	82:00	82:15	82:30	82:45	83:00	83:15	83:30	83:45	84:00	84:15	84:30	84:45	85:00	85:15	85:30	85:45	86:00	86:15	86:30	86:45	87:00	87:15	87:30	87:45	88:00	88:15	88:30	88:45	89:00	89:15	89:30	89:45	90:00	90:15	90:30	90:45	91:00	91:15	91:30	91:45	92:00	92:15	92:30	92:45	93:00	93:15	93:30	93:45	94:00	94:15	94:30	94:45	95:00	95:15	95:30	95:45	96:00	96:15	96:30	96:45	97:00	97:15	97:30	97:45	98:00	98:15	98:30	98:45	99:00	99:15	99:30	99:45	100:00	100:15	100:30	100:45	101:00	101:15	101:30	101:45	102:00	102:15	102:30	102:45	103:00	103:15	103:30	103:45	104:00	104:15	104:30	104:45	105:00	105:15	105:30	105:45	106:00	106:15	106:30	106:45	107:00	107:15	107:30	107:45	108:00	108:15	108:30	108:45	109:00	109:15	109:30	109:45	110:00	110:15	110:30	110:45	111:00	111:15	111:30	111:45	112:00	112:15	112:30	112:45	113:00	113:15	113:30	113:45	114:00	114:15	114:30	114:45	115:00	115:15	115:30	115:45	116:00	116:15	116:30	116:45	117:00	117:15	117:30	117:45	118:00	118:15	118:30	118:45	119:00	119:15	119:30	119:45	120:00	120:15	120:30	120:45	121:00	121:15	121:30	121:45	122:00	122:15	122:30	122:45	123:00	123:15	123:30	123:45	124:00	124:15	124:30	124:45	125:00	125:15	125:30	125:45	126:00	126:15	126:30	126:45	127:00	127:15	127:30	127:45	128:00	128:15	128:30	128:45	129:00	129:15	129:30	129:45	130:00	130:15	130:30	130:45	131:00	131:15	131:30	131:45	132:00	132:15	132:30	132:45	133:00	133:15	133:30	133:45	134:00	134:15	134:30	134:45	135:00	135:15	135:30	135:45	136:00	136:15	136:30	136:45	137:00	137:15	137:30	137:45	138:00	138:15	138:30	138:45	139:00	139:15	139:30	139:45	140:00	140:15	140:30	140:45	141:00	141:15	141:30	141:45	142:00	142:15	142:30	142:45	143:00	143:15	143:30	143:45	144:00	144:15	144:30	144:45	145:00	145:15	145:30	145:45	146:00	146:15	146:30	146:45	147:00	147:15	147:30	147:45	148:00	148:15	148:30	148:45	149:00	149:15	149:30	149:45	150:00	150:15	150:30	150:45	151:00	151:15	151:30	151:45	152:00	152:15	152:30	152:45	153:00	153:15	153:30	153:45	154:00	154:15	154:30	154:45	155:00	155:15	155:30	155:45	156:00	156:15	156:30	156:45	157:00	157:15	157:30	157:45	158:00	158:15	158:30	158:45	159:00	159:15	159:30	159:45	160:00	160:15	160:30	160:45	161:00	161:15	161:30	161:45	162:00	162:15	162:30	162:45	163:00	163:15	163:30	163:45	164:00	164:15	164:30	164:45	165:00	165:15	165:30	165:45	166:00	166:15	166:30	166:45	167:00	167:15	167:30	167:45	168:00	168:15	168:30	168:45	169:00	169:15	169:30	169:45	170:00	170:15	170:30	170:45	171:00	171:15	171:30	171:45	172:00	172:15	172:30	172:45	173:00	173:15	173:30	173:45	174:00	174:15	174:30	174:45	175:00	175:15	175:30	175:45	176:00	176:15	176:30	176:45	177:00	177:15	177:30	177:45	178:00	178:15	178:30	178:45	179:00	179:15	179:30	179:45	180:00	180:15	180:30	180:45	181:00	181:15	181:30	181:45	182:00	182:15	182:30	182:45	183:00	183:15	183:30	183:45	184:00	184:15	184:30	184:45	185:00	185:15	185:30	185:45	186:00	186:15	186:30	186:45	187:00	187:15	187:30	187:45	188:00	188:15	188:30	188:45	189:00	189:15	189:30	189:45	190:00	190:15	190:30	190:45	191:00	191:15	191:30	191:45	192:00	192:15	192:30	192:45	193:00	193:15	193:30	193:45	194:00	194:15	194:30	194:45	195:00	195:15	195:30	195:45	196:00	196:15	196:30	196:45	197:00	197:15	197:30	197:45	198:00	198:15	198:30	198:45	199:00	199:15	199:30	199:45	200:00	200:15	200:30	200:45	201:00	201:15	201:30	201:45	202:00	202:15	202:30	202:45	203:00	203:15	203:30	203:45	204:00	204:15	204:30	204:45	205:00	205:15	205:30	205:45	206:00	206:15	206:30	206:45	207:00	207:15	207:30	207:45	208:00	208:15	208:30	208:45	209:00	209:15	209:30	209:45	210:00	210:15	210:30	210:45	211:00	211:15	211:30	211:45	212:00	212:15	212:30	212:45	213:00	213:15	213:30	213:45	214:00	214:15	214:30	214:45	215:00	215:15	215:30	215:45	216:00	216:15	216:30	216:45	217:00	217:15	217:30	217:45	218:00	218:15	218:30	218:45	219:00	219:15	219:30	219:45	220:00	220:15	220:30	220:45	221:00	221:15	221:30	221:45	222:00	222:15	222:30	222:45	223:00	223:15	223:30	223:45	224:00	224:15	224:30	224:45	225:00	225:15	225:30	225:45	226:00	226:15	226:30	226:45	227:00	227:15	227:30	227:45	228:00	228:15	228:30	228:45	229:00	229:15	229:30	229:45	230:00	230:15	230:30	230:45	231:00	231:15	231:30	231:45	232:00	232:15	232:30	232:45	233:00	233:15	233:30	233:45	234:00	234:15	234:30	234:45	235:00	235:15	235:30	235:45	236:00	236:15	236:30	236:45	237:00	237:15	237:30	237:45	238:00	238:15	238:30	238:45	239:00	239:15	239:30	239:45	240:00	240:15	240:30	240:45	241:00	241:15	241:30	241:45	242:00	242:15	242:30	242:45	243:00	243:15	243:30	243:45	244:00	244:15	244:30	244:45	245:00	245:15	245:30	245:45	246:00	246:15	246:30	246:45	247:00	247:15	247:30	247:45	248:00	248:15	248:30	248:45	249:00	249:15	249:30	249:45	250:00	250:15	250:30	250:45	251:00	251:15	251:30	251:45	252:00	252:15	252:30	252:45	253:00	253:15	253:30	253:45	254:00	254:15	254:30	254:45	255:00	255:15	255:30	255:45	256:00	256:15	256:30	256:45	257:00	257:15	257:30	257:45	258:00	258:15	258:30	258:45	259:00	259:15	259:30	259:45	260:00	260:15	260:30	260:45	261:00	261:15	261:30	261:45	262:00	262:15	262:30	262:45	263:00	263:15	263:30	263:45	264:00	264:15	264:30	264:45	265:00	265:15	265:30	265:45	266:00	266:15	266:30	266:45	267:00	267:15	267:30	267:45	268:00	268:15	268:30	268:45	269:00	269:15	269:30	269:45	270:00	270:15	270:30	270:45	271:00	271:15	271:30	271:45	272:00	272:15	272:30	272:45	273:00	273:15	273:30	273:45	274:00	274:15	274:30	274:45	275:00	275:15	275:30	275:45	276:00	276:15	276:30	276:45	277:00	277:15	277:30	277:45	278:00	278:15	278:30	278:45	279:00	279:15	279:30	279:45	280:00	280:15	280:30
---------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------



RELATÓRIO DE CIRURGIA

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA
Posição e Preparo: - Paciente em 77H sob sedação
Incisão: - Sem Incisão
Achados: - Fratura - luxação de úmero proximal (C)
Condutas: - Redução proximal de fratura-luxação - Alinhamento do eixo de úmero proximal - (C) com tração de tração - tração
Fechamento: - Sem fechamento
Observação:

COMPREV
25 JUN. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

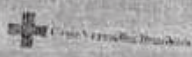
Dr. Suelio Torres
CRM: 10.101/18

João Pessoa, 15/01/18

Médico/CRM:

F(NG).ASCIR.009-1



  **GOVERNO DA PARAÍBA**

Documento de Alta

Nome: GETÍLIO FERREIRA DOS SANTOS		Número Prontuário: 300598	
Data de: 18/11/1978	Sexo: Masculino	Data de Internação: 15/01/2018 12:16:14	Data de Alta: 25/01/2018 04:45:56
Motivo da alta: ALTA HOSPITALAR			
Conduta: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA LUXAÇÃO DE OMBRO ESQUERDO. FO EM BOM ESTADO NEUROVASCULAR OK. IDEN. ALTA HOSPITALAR ORIENTADA POR DR. UMBERTO JANZEN			
Resumo da Internação: SEM INTERCORRÊNCIAS			
Resultado de Exames: REF. RX			
Tratamento: REDUÇÃO INCIPIENTE DE LUXAÇÃO NO DIA 18/01 POR DR. ROBERTO SANTOS. TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE TUBEROSIDADE MAIOR DE OMBRO ESQUERDO NO DIA 25/01/18 POR DR. SANTINO			
Diagnóstico: S42.2 - Fratura da extremidade superior do úmero			
Recomendações: RETORNO AO AMBULATÓRIO DO HTOP EM 15 DIAS (31/01/2018) PARA MARCAR RETORNO			

Data: 25/01/2018

PEDRO HENRIQUE DUTRERRE VARGAS FREITAS
CRM 15575-PB



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CRIMINAL

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

L-235




Getson Feitosa dos Santos

CARTERIA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.241.423 - 2ª VIA

DATA DE EMISSÃO 28/03/2016

NOME GETSON FEITOSA DOS SANTOS

FILIAÇÃO NORMANDO JOSÉ DOS SANTOS BEZERRA

MARIA JOSÉ FEITOSA DOS SANTOS

NATURALIDADE

JOÃO PESSOA-PB

DOC ORIGINAL

CERT. CAS. Nº4243 - LV-B-AUX.19 - FLS.43 - CARTORIO 13º JOÃO PESSOA-PB

DOB 05/11/1978

DATA DE NASCIMENTO 12/11/1978

SEXO M

CLASSIFICAÇÃO DE RACIA 8+

COMPREV

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

25 JUN. 2018

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE

SUS

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

898 0032 3337 6261

Nome: GETSON FEITOSA SANTOS

Data de Nascimento: 12/11/1978

Sexo: M Data de emissão: 05/12/2011

Município de residência: JOAO PESSOA - PB UF: PB



CERTIFICADO DE REGISTRO E DENOMINADO DE VEICULO

VIA 0113194190-7 COD. RENAVAM 00/0000000000 EXERCICIO 2017

GETSON FEITOSA DOS SANTOS NOME

04855188484 CPF/CNPJ PLACA QFZ7004/PB

NOVO ANT./UF PB CHASSI 9CZKC25000R000245

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC COMBUSTIVEL GASOLINA

HONDA/CG 160 MOD. SPART ANO PAS 2017 ANO MOD 2018

CAR. / PT. / CL 2 P / 162 / CL CATEGORIA PARTIC COR. PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA 00/00/0000 1ª VENC. / COTAS

IPVA 0 PARCELAMENTO / COTAS 2ª 3ª

PREMIO TABELARIO (R\$) 0 DE (R\$) 0 PREMIO TOTAL (R\$) 0 DATA DE PAGAMENTO 24/04/2018

SEGUR P A G O

OBSERVAÇÕES

A.F. ADM DE CONC NACION HONDA LTDA

0

JOAO PESSOA-PB DATA 24/04/2018

909670



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180292206 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GETSON FEITOSA DOS SANTOS **Data do acidente:** 15/01/2018 **Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/07/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA NO OMBRO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: DEPENDE DE PERICIA MEDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NO PROCESSO NÃO FORAM PERTINENTES PARA QUE O EXAMINADOR VALORASSE COM SEGURANÇA POSSÍVEIS SEQUELAS ADQUIRIDAS

DANOS

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

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: PAULO ARTUR DE ARAUJO AMORIM

CRM do médico: 52.86271-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180292206 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GETSON FEITOSA DOS SANTOS **Data do acidente:** 15/01/2018 **Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO ÚMERO PROXIMAL ESQUERDO.

Descrição do exame médico pericial: DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO OMBRO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: FRATURA DO ÚMERO PROXIMAL ESQUERDO TRATADA CIRURGICAMENTE COM REDUÇÃO ABERTA E FIXAÇÃO INTERNA COM FIOS DE KIRSCHNER E FISIOTERAPIA. APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA MEDINDO CERCA DE 13 CM EM FACE INTERNA ANTERIOR DO BRAÇO ESQUERDO, LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE ELEVAÇÃO, ABDUÇÃO E ADUÇÃO DO OMBRO ESQUERDO. CICATRIZ CIRÚRGICA MEDINDO CERCA DE 13 CM EM FACE INTERNA ANTERIOR DO BRAÇO ESQUERDO, LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE ELEVAÇÃO, ABDUÇÃO E ADUÇÃO DO OMBRO ESQUERDO.

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 13/07/2018

Conduta mantida:

Observações: - REVISOR CONCORDA COM AS CONCLUSÕES DO MÉDICO EXAMINADOR.

Médico examinador: JOAO FERNANDES DE SOUZA

CRM do médico: 2732 PB

UF do CRM do médico: PB

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: JANICE DE ALMEIDA PINTO MIGUEZ

CRM do médico: 52.63583-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

