



22/09/2020

Número: **0807045-30.2020.8.15.0001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **5ª Vara Cível de Campina Grande**

Última distribuição : **13/04/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes                          |                    | Procurador/Terceiro vinculado                 |                   |
|---------------------------------|--------------------|-----------------------------------------------|-------------------|
| EVERTON GILSON DA SILVA (AUTOR) |                    | FABIO MARACAJA DE ALMEIDA CARNEIRO (ADVOGADO) |                   |
| BRADESCO SEGUROS S/A (REU)      |                    |                                               |                   |
| Documentos                      |                    |                                               |                   |
| Id.                             | Data da Assinatura | Documento                                     | Tipo              |
| 34591<br>827                    | 22/09/2020 11:05   | <a href="#">2750483_CONTESTACAO_Anexo_02</a>  | Outros Documentos |



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

|                                                                                                                                |                          |                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Nº do sinistro ou ASL:                                                                                                         | CPF da vítima:           | Nome completo da vítima: |
| 0024738120                                                                                                                     | 085.357.924-57           | Everton Gilson da Silva  |
| REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012 |                          |                          |
| Nome completo:                                                                                                                 | CPF:                     |                          |
| Everton Gilson da Silva                                                                                                        | 085.357.924-57           |                          |
| Profissão:                                                                                                                     | Endereço:                | Número:                  |
| Relevo                                                                                                                         | Rua Major Angélio Xavier | 58                       |
| Bairro:                                                                                                                        | Cidade:                  | Estado:                  |
| Pradinegal                                                                                                                     | Campina Grande           | PB                       |
| E-mail:                                                                                                                        | CEP:                     |                          |
|                                                                                                                                | 58428-480                |                          |
|                                                                                                                                | Tel. (DDD) nº:           |                          |
|                                                                                                                                | (57) 98805.6654          |                          |

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

### DADOS CADASTRAIS

#### REDA MENSAL:

- ☒ RECLUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00
- ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0041

(Informar o dígito se existir)

CONTA: 469671

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

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

### 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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

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

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

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

Assinatura digital da vítima/beneficiário ou representante

Local e Data: São Paulo, 17/06/2020

Nome: Everton Gilson da Silva

CPF:

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

#### TESTEMUNHAS

1ª | Nome:

CPF:

Assinatura

2ª | Nome:

CPF:

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

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



# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 27/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EVERTON GILSON DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00041

CONTA: 000000469671-4

---

---

Nr. da Autenticação C57BFE8DF71608DF



# BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda via de conta.

Recibo para simples pagamento da nota fiscalizada de energia elétrica.

Nº 005.557.821



ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Av. Dep. Raimundo Asfora, 4799 - BR 230 - KM 158 - Três Irmãs  
Campina Grande / PB - CEP 58423-700  
CNPJ 06.826.596/0001-95 Insc.Est. 15.303.639-1

## DADOS DO CLIENTE

ADEILDA DA SILVA  
RUA MAJOR ANGELINO XAVIER 59  
CAMPINA GRANDE

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

4/32777-5

| REFERÊNCIA | APRESENTAÇÃO | CONSUMO | VENCIMENTO | TOTAL A PAGAR |
|------------|--------------|---------|------------|---------------|
| JAN/2020   | 13/01/2020   | 110     | 20/01/2020 | R\$ 62,08     |

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

|                                                                                                      |                 |                 |                    |                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-----------------|--------------------|--------------------|
| BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL                                           |                 |                 |                    |                    |
| 00190.00009 03149.036000 01087.689178 7 814000000006208                                              |                 |                 |                    |                    |
| Pagador: ADEILDA DA SILVA CNPJ/CPF: 931.467.284-00                                                   |                 |                 |                    |                    |
| RUA MAJOR ANGELINO XAVIER 59 - PEDREGAL - CAMPINA GRANDE / PB - CEP 00000-000                        |                 |                 |                    |                    |
| Nosso-Número                                                                                         | Nr Documento    | Data Vencimento | Valor do Documento | Valor Pago         |
| 31490360001087689                                                                                    | 000032777202001 | 20/01/2020      | R\$ 62,08          |                    |
| BENEFICIÁRIO:ENERGISA BORBOREMA DISTRIB DE ENERGIA SA                                                |                 |                 |                    | 08.826.596/0001-95 |
| AV DEPUTADO RAIMUNDO ASFORA, 4799 - BR 230 KM 158 - TRES IRMAS - CAMPINA GRANDE / PB - CEP 58423-700 |                 |                 |                    |                    |
| Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2057-5                                                      |                 |                 |                    |                    |



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/09/2020 11:05:04

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092211050375700000033074104>

Número do documento: 20092211050375700000033074104

06/07/2019

HTCCG-Painel Administrativo

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



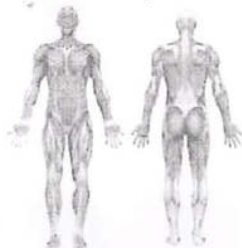
ATENDIMENTO URGÊNCIA  
PRONT (B.E) Nº:1937343 CLASS. DE RISCO: VERMELHO  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES - CNPJ: 08.778.268/0038-52  
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-609 Data: 06/07/2019  
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: acolhimento

PACIENTE: EVERTON GILSON DA SILVA  
Endereço: RUA MAJOR ANGELINO XAVIER  
Cidade: Campina Grande  
Nome da Mãe: ADEILDA DA SILVA  
Responsável:  
Estado Civil: Solteiro(a)  
Motivo: ACIDENTE DE MOTO MOTO X CARRO  
OBS FLS: 4A:  
MECANISMOS DO TRAUMA  
LOCAL DA LESÃO (Identifique o local com o número correspondente ao lado)

OBS FLS: 4A:

MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO (Identifique o local com o número correspondente ao lado)



1. Abrasão
2. Amputação
3. Avulsão
4. Contusão
5. Crepitação
6. Dor
7. Edema
8. Empalhamento
9. Erisipela subcutânea
10. Esmagamento
11. Equimose
12. F. Arma branca
13. F. Arma de fogo
14. F. Cortante
15. F. Cortante
16. F. Corto-contuso
17. F. Perfuro-contuso
18. F. Perfuro-cortante
19. Fratura óssea fechada
20. Fratura óssea aberta
21. Hematoma
22. Injurgimento Venoso
23. Laceração
24. Lesão tendinosa
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento torácico paradoxal
28. Objeto Encaixado
29. Otorragia
30. Paralisia
31. Paralisia
32. Paratetania
33. Queimadura
34. Rinoorragia
35. Sinais de isquemia
- 36.

OBS:

QUEIMADURA:  
Superfície corporal lesada = \_\_\_\_\_ % Grau ( ) 1º Grau ( ) 2º Grau ( ) 3º Grau  
DIAGNÓSTICO / CID:

Queda de moto. / Fx múltipla (7) (8) (9) (10) (11) (12) (13) (14) (15) (16) (17) (18) (19) (20) (21) (22) (23) (24) (25) (26) (27) (28) (29) (30) (31) (32) (33) (34) (35) (36)

EXAME PRIMÁRIO - OS CLÍNICOS

Paciente vítima de queda de moto com escoriações em M.I.E. e fratura fechada de M.I.E. pé direito, com fratura e abstenção sem alterações

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS ( ) Fotorreagentes ( ) Isocóricas ( ) Anisocóricas  
Glasgow \_\_\_\_\_ PA \_\_\_\_\_ HGT: \_\_\_\_\_

EXAMES SOLICITADOS:

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

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: ORTOPEDIA, \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ Dia 07/19  
Especialista: \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ Dia 06/19

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

| Nº | PRESCRIÇÕES E CONDUTAS       | HORÁRIO REALIZADO |
|----|------------------------------|-------------------|
| 1  | Tratamento de fratura M.I.E. |                   |
| 2  | Tratamento de fratura M.I.E. |                   |
| 3  |                              |                   |
| 4  |                              |                   |
| 5  |                              |                   |
| 6  |                              |                   |

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Dr. Suelio Moreira Torres  
ORTOPEDIA  
CRM/PB 11997  
+ De Braso

stohtcglimpreclassi.php?contar=1937343&amp;dataatend=2019-07-06&amp;horaatend=12:17:06

1/3



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/09/2020 11:05:04

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092211050375700000033074104

Número do documento: 20092211050375700000033074104

Num. 34591827 - Pág. 4



06/07/2019

GOVERNO  
DA PARAIBAHOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES - CNPJ: 08.778.268/0038-52  
Av. Mai. Floriano Peixoto, 4700 - Moinhos, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809  
Data: 06/07/2019

Data: 06/07/2019

Paciente: EVERTON GILSON DA SILVA Idade: 021 N° ATEND: 1937343

ACIDENTE DE TRABALHO : NAO  
DATA: 06/07/2019 HORA : 12:17:06

ESPECIALIDADE: CIRURGIA

MOTIVO : ACIDENTE DE MOTO  
ESPECIFICAÇÃO DO MOTIVO : MOTO X CARROSINAIS VITAIS  
HGT: SAT O2: PA: TEMP: FC: FR: PESO:DIABETES ( ) SIM (X) NÃO HAS ( ) SIM (X) NÃO  
DEF. MOTORA ( ) SIM (X) NÃOALERGIAS : NEGA  
MEDICAÇÃO EM USO :  
ESTADO GERAL : BOM  
AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA( ) CONVULSÃO ( ) INCONSCIENTE (X) CONSCIENTE (X) ORIENTADO  
( ) DESORIENTADO ( ) AGITADO ( ) COOPERATIVO ( ) DEPRESSIVO ( ) APÁTICO  
( ) IRRITADO ( ) DIMINUIÇÃO DE FORÇA MOTORA

## SINTOMAS REFERIDOS

( ) FEBRE ( ) VÔMITO ( ) DIARRÉIA ( ) EXANTEMA  
( ) PRURIDO ( ) DISPNEIA (X) DOR ( ) INAPETÊNCIA ( ) ALTERAÇÕES VISUAL  
( ) ANAFLAXIA ( ) FLEBITE ( ) INAPETÊNCIA ( ) ALTERAÇÕES VISUAL  
( ) EPIGASTRALGIA ( ) CONSTIPAÇÃO ( ) MELENA ( ) SIBILOS ( ) TOSSE

## Escala de Intensidade da Dor



ESCALA DE DOR: DOR MODERADA

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO :  
VERMELHO

HTCG-Painel Administrativo

## CONTROLE DOS SINAIS VITAIS:

| HORA | PA | TEMP | FC | FR | DIURESE | ASSINATURA<br>ENFERMEIRO/COREN | DO |
|------|----|------|----|----|---------|--------------------------------|----|
|      |    |      |    |    |         |                                |    |
|      |    |      |    |    |         |                                |    |
|      |    |      |    |    |         |                                |    |
|      |    |      |    |    |         |                                |    |
|      |    |      |    |    |         |                                |    |
|      |    |      |    |    |         |                                |    |
|      |    |      |    |    |         |                                |    |
|      |    |      |    |    |         |                                |    |
|      |    |      |    |    |         |                                |    |

OBS: SAMU - CG  
ENFERMEIRO/COREN  
acolhimento



Homework 4

Paralelo e paralelo externo em  
face posterior de perna (E) infra-  
orbital + 2<sup>a</sup> rama TN2 (C) +  
Ectonervos em colúmbio (D) e joelho

EF. cotovels si limitari  
 Per 1 ziua 70%  $\odot$  111/14.  
 Formula 2 la cm Infrapla  $\odot$   
 Ap. cl. pe maleda lateral  $\odot$  c/clusiv  
 - acutiv.

2. Suture + Drabbing

☐ Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL \_\_\_\_\_

(10) bito

Arack Raimundo de Silva  
Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

BMF Parvul rufus de melle  
06/07/13 de melle, opulenta  
perda lante e intensa no  
região submandibular,  
e sinais de fadiga  
do sistema de fadiga  
M. B. B. B.

## #ontgenie

foruz el piquon Aboune de pines.

Ed: Infans pl. gingivae to TNZ  
qss liberare pte cir. perf.

[illegible]

| CÓDIGO/PROCEDIMENTO |   |
|---------------------|---|
| 11                  | 1 |

Abolition: physics, then a lot of political evolution.

CU Abide through change

[illegible]

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 | 39 | 40 | 41 | 42 | 43 | 44 | 45 | 46 | 47 | 48 | 49 | 50 | 51 | 52 | 53 | 54 | 55 | 56 | 57 | 58 | 59 | 60 | 61 | 62 | 63 | 64 | 65 | 66 | 67 | 68 | 69 | 70 | 71 | 72 | 73 | 74 | 75 | 76 | 77 | 78 | 79 | 80 | 81 | 82 | 83 | 84 | 85 | 86 | 87 | 88 | 89 | 90 | 91 | 92 | 93 | 94 | 95 | 96 | 97 | 98 | 99 | 100 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 | 39 | 40 | 41 | 42 | 43 | 44 | 45 | 46 | 47 | 48 | 49 | 50 | 51 | 52 | 53 | 54 | 55 | 56 | 57 | 58 | 59 | 60 | 61 | 62 | 63 | 64 | 65 | 66 | 67 | 68 | 69 | 70 | 71 | 72 | 73 | 74 | 75 | 76 | 77 | 78 | 79 | 80 | 81 | 82 | 83 | 84 | 85 | 86 | 87 | 88 | 89 | 90 | 91 | 92 | 93 | 94 | 95 | 96 | 97 | 98 | 99 | 100 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|

|| || || || || || || || || || || || || || || || || || || || ||

[illegible]

1999

Dr. Rona  
Lina M. A.  
V. Garai

*[Signature]*

\_\_\_\_\_

2/20/2020 11:05:04

2/09/2020 11:05:04

w.seam?x=20092211050375700000033074104



JOSE DA SILVA FRAZ  
GOKEN-PR 552016-TE





|                          |  |           |  |         |  |                              |  |            |  |                                 |  |
|--------------------------|--|-----------|--|---------|--|------------------------------|--|------------|--|---------------------------------|--|
| NOME: Everson Gilden     |  | IDADE: 51 |  | SEXO: M |  | DATA DE NASCIMENTO: 16/07/19 |  | SETOR: UTI |  | DIAGNOSTICO MEDICO: Hipertensão |  |
| ALERGIAS:                |  | SIM       |  | NÃO     |  | QUAIS:                       |  | SIM        |  | NÃO                             |  |
| MEDICAÇÃO CONTINUA:      |  | SIM       |  | NÃO     |  | QUAIS:                       |  | SIM        |  | NÃO                             |  |
| DOENÇA CRÔNICA:          |  | SIM       |  | NÃO     |  | QUAIS:                       |  | SIM        |  | NÃO                             |  |
| PRESSÃO DE ESCARA:       |  | SIM       |  | NÃO     |  | LOCAL:                       |  | SIM        |  | NÃO                             |  |
| PRESSÃO ARTERIAL:        |  | SIM       |  | NÃO     |  | HIPOTENSO                    |  | SIM        |  | NÃO                             |  |
| SISTEMA NEUROLÓGICO:     |  | SIM       |  | NÃO     |  | CONSCIENTE                   |  | SIM        |  | NÃO                             |  |
| SISTEMA RESPIRATORIO:    |  | SIM       |  | NÃO     |  | DISPNEICO                    |  | SIM        |  | NÃO                             |  |
| SIST. GENITOURINARIO:    |  | SIM       |  | NÃO     |  | NORMAL                       |  | SIM        |  | NÃO                             |  |
| MOBILIDADE:              |  | SIM       |  | NÃO     |  | DUSORIA                      |  | SIM        |  | NÃO                             |  |
| SIST. GAS. ROINTEATINAL: |  | SIM       |  | NÃO     |  | TETRAPLEGIA                  |  | SIM        |  | NÃO                             |  |
| ESTADO NUTRICIONAL:      |  | SIM       |  | NÃO     |  | NUTRIDO                      |  | SIM        |  | NÃO                             |  |
| DADOS VITAIS:            |  | SIM       |  | NÃO     |  | T                            |  | SIM        |  | NÃO                             |  |
| PA:                      |  | SIM       |  | NÃO     |  | FR:                          |  | SIM        |  | NÃO                             |  |
| FC:                      |  | SIM       |  | NÃO     |  | PESO:                        |  | SIM        |  | NÃO                             |  |
| CAQUETICO                |  | SIM       |  | NÃO     |  | OBESO                        |  | SIM        |  | NÃO                             |  |
| S/ DEFICITE MOTOR        |  | SIM       |  | NÃO     |  | ACAMADO                      |  | SIM        |  | NÃO                             |  |
| S/ DEFICITE MOTOR        |  | SIM       |  | NÃO     |  | PAREIA                       |  | SIM        |  | NÃO                             |  |
| S/ DEFICITE MOTOR        |  | SIM       |  | NÃO     |  | SNE                          |  | SIM        |  | NÃO                             |  |
| S/ DEFICITE MOTOR        |  | SIM       |  | NÃO     |  | SNG                          |  | SIM        |  | NÃO                             |  |
| S/ DEFICITE MOTOR        |  | SIM       |  | NÃO     |  | DEAMBULA C/APOIO             |  | SIM        |  | NÃO                             |  |
| S/ DEFICITE MOTOR        |  | SIM       |  | NÃO     |  | HEMAPLEGIA                   |  | SIM        |  | NÃO                             |  |
| S/ DEFICITE MOTOR        |  | SIM       |  | NÃO     |  | SNG                          |  | SIM        |  | NÃO                             |  |
| S/ DEFICITE MOTOR        |  | SIM       |  | NÃO     |  | DEAMBULA C/APOIO             |  | SIM        |  | NÃO                             |  |
| S/ DEFICITE MOTOR        |  | SIM       |  | NÃO     |  | HEMAPLEGIA                   |  | SIM        |  | NÃO                             |  |
| S/ DEFICITE MOTOR        |  | SIM       |  | NÃO     |  | SNG                          |  | SIM        |  | NÃO                             |  |
| S/ DEFICITE MOTOR        |  | SIM       |  | NÃO     |  | DEAMBULA C/APOIO             |  | SIM        |  | NÃO                             |  |
| S/ DEFICITE MOTOR        |  | SIM       |  | NÃO     |  | HEMAPLEGIA                   |  | SIM        |  | NÃO                             |  |
| S/ DEFICITE MOTOR        |  | SIM       |  | NÃO     |  | SNG                          |  | SIM        |  | NÃO                             |  |
| S/ DEFICITE MOTOR        |  | SIM       |  | NÃO     |  | DEAMBULA C/APOIO             |  | SIM        |  | NÃO                             |  |
| S/ DEFICITE MOTOR        |  | SIM       |  | NÃO     |  | HEMAPLEGIA                   |  | SIM        |  | NÃO                             |  |
| S/ DEFICITE MOTOR        |  | SIM       |  | NÃO     |  | SNG                          |  | SIM        |  | NÃO                             |  |
| S/ DEFICITE MOTOR        |  | SIM       |  | NÃO     |  | DEAMBULA C/APOIO             |  | SIM        |  | NÃO                             |  |
| S/ DEFICITE MOTOR        |  | SIM       |  | NÃO     |  | HEMAPLEGIA                   |  | SIM        |  | NÃO                             |  |
| S/ DEFICITE MOTOR        |  | SIM       |  | NÃO     |  | SNG                          |  | SIM        |  | NÃO                             |  |
| S/ DEFICITE MOTOR        |  | SIM       |  | NÃO     |  | DEAMBULA C/APOIO             |  | SIM        |  | NÃO                             |  |
| S/ DEFICITE MOTOR        |  | SIM       |  | NÃO     |  | HEMAPLEGIA                   |  | SIM        |  | NÃO                             |  |
| S/ DEFICITE MOTOR        |  | SIM       |  | NÃO     |  | SNG                          |  | SIM        |  | NÃO                             |  |
| S/ DEFICITE MOTOR        |  | SIM       |  | NÃO     |  | DEAMBULA C/APOIO             |  | SIM        |  | NÃO                             |  |
| S/ DEFICITE MOTOR        |  | SIM       |  | NÃO     |  | HEMAPLEGIA                   |  | SIM        |  | NÃO                             |  |
| S/ DEFICITE MOTOR        |  | SIM       |  | NÃO     |  | SNG                          |  | SIM        |  | NÃO                             |  |
| S/ DEFICITE MOTOR        |  | SIM       |  | NÃO     |  | DEAMBULA C/APOIO             |  | SIM        |  | NÃO                             |  |
| S/ DEFICITE MOTOR        |  | SIM       |  | NÃO     |  | HEMAPLEGIA                   |  | SIM        |  | NÃO                             |  |
| S/ DEFICITE MOTOR        |  | SIM       |  | NÃO     |  | SNG                          |  | SIM        |  | NÃO                             |  |
| S/ DEFICITE MOTOR        |  | SIM       |  | NÃO     |  | DEAMBULA C/APOIO             |  | SIM        |  | NÃO                             |  |
| S/ DEFICITE MOTOR        |  | SIM       |  | NÃO     |  | HEMAPLEGIA                   |  | SIM        |  | NÃO                             |  |
| S/ DEFICITE MOTOR        |  | SIM       |  | NÃO     |  | SNG                          |  | SIM        |  | NÃO                             |  |
| S/ DEFICITE MOTOR        |  | SIM       |  | NÃO     |  | DEAMBULA C/APOIO             |  | SIM        |  | NÃO                             |  |
| S/ DEFICITE MOTOR        |  | SIM       |  | NÃO     |  | HEMAPLEGIA                   |  | SIM        |  | NÃO                             |  |
| S/ DEFICITE MOTOR        |  | SIM       |  | NÃO     |  | SNG                          |  | SIM        |  | NÃO                             |  |
| S/ DEFICITE MOTOR        |  | SIM       |  | NÃO     |  | DEAMBULA C/APOIO             |  | SIM        |  | NÃO                             |  |
| S/ DEFICITE MOTOR        |  | SIM       |  | NÃO     |  | HEMAPLEGIA                   |  | SIM        |  | NÃO                             |  |
| S/ DEFICITE MOTOR        |  | SIM       |  | NÃO     |  | SNG                          |  | SIM        |  | NÃO                             |  |
|                          |  |           |  |         |  |                              |  |            |  |                                 |  |

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

SECRETARIA DO ESTADO DE SAUDE  
HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA  
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

GOVERNO  
DA PARALBA



GOVERNO  
DA PARAÍBA

SECRETÁRIA DE SAÚDE DO ESTADO  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMATISMO DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

## REQUISIÇÃO DE EXAME

NOME: *Inverton Gilson da Silva*

PRONTUÁRIO:  
DATA DE NASCIMENTO:

| IDADE: | SEXO: | COR: | PESO: | ALTURA: | CLÍNICA: | ENF: | LEITO: |
|--------|-------|------|-------|---------|----------|------|--------|
|--------|-------|------|-------|---------|----------|------|--------|

DADOS CLÍNICOS:

*lós - op.*

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAME SOLICITADO:

*Rx Tornozelo @ - AP + Perfil*

**RAIO X  
REALIZADO EM:**  
*19/07/19*

|                                    |                                  |
|------------------------------------|----------------------------------|
| URGÊNCIA: <input type="checkbox"/> | ROTINA: <input type="checkbox"/> |
| DATA:<br><i>19/07/19</i>           | HORA DA SOLICITAÇÃO:             |

Dra. Ana Maria da S. Anselmo  
MR. Ortopedia - Traumatologia  
CRM-PB 7825

RESPONSÁVEL PELA SOLICITAÇÃO



**MATERIAL UTILIZADO EM CIRURGIA**

0019

Hospital: Inst. Am. em Pradópolis Código: \_\_\_\_\_  
Procedimento: Inst. 3a. em Pradópolis Cód. Procedimento: \_\_\_\_\_  
Paciente: Evanton G. Silva  
Data da Cirurgia: 01/07/17 Nº prontuário: 134343 Convênio: \_\_\_\_\_  
Cirurgião: Dr. G. Silva Código: \_\_\_\_\_ ☒ Reposição ( ) Caixa Pronta

**DESCRIÇÃO DE PRODUTOS UTILIZADOS**

| Qtd. | Descrição                      | Cód. Produto | Valor Unit. | Valor Total |
|------|--------------------------------|--------------|-------------|-------------|
| 01   | Placa 1/3 Tubo<br>35x10x1.5 mm |              |             |             |
|      |                                |              |             |             |
|      |                                |              |             |             |
|      |                                |              |             |             |
|      |                                |              |             |             |
|      |                                |              |             |             |
|      |                                |              |             |             |
|      |                                |              |             |             |

**ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS**

|                                         |      |      |    |    |    |  | Valor Unit. | Valor Total |
|-----------------------------------------|------|------|----|----|----|--|-------------|-------------|
| Parafuso Cortical<br>(3.5) mm           | Nº   | 14   | 15 | 24 | 45 |  |             |             |
|                                         | Qtd. | 03   | 03 | 03 | 03 |  |             |             |
|                                         | Cód. |      |    |    |    |  |             |             |
| Parafuso Cortical<br>( ) mm             | Nº   |      |    |    |    |  |             |             |
|                                         | Qtd. |      |    |    |    |  |             |             |
|                                         | Cód. |      |    |    |    |  |             |             |
| Parafuso Esponjoso<br>4.0 mm            | Nº   | 3040 |    |    |    |  |             |             |
|                                         | Qtd. | 01   |    |    |    |  |             |             |
|                                         | Cód. |      |    |    |    |  |             |             |
| Parafuso Esponjoso<br>6.5 mm R/16 Curta | Nº   |      |    |    |    |  |             |             |
|                                         | Qtd. |      |    |    |    |  |             |             |
|                                         | Cód. |      |    |    |    |  |             |             |
| Parafuso Esponjoso<br>6.5 mm R/32 Longa | Nº   |      |    |    |    |  |             |             |
|                                         | Qtd. |      |    |    |    |  |             |             |
|                                         | Cód. |      |    |    |    |  |             |             |
| Parafuso Maleolar<br>4.5 mm             | Nº   |      |    |    |    |  |             |             |
|                                         | Qtd. |      |    |    |    |  |             |             |
|                                         | Cód. |      |    |    |    |  |             |             |

OBS.: O PREENCHIMENTO DO PRONTUÁRIO É OBRIGATÓRIO.

**PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO CONSULTOR DE VENDAS**

Condições de Pagamento: \_\_\_\_\_  
Faturar N.F. para: \_\_\_\_\_  
Cód. do consultor: \_\_\_\_\_ Total: \_\_\_\_\_  
Cód. Instrumentador: \_\_\_\_\_

**Anotações do Médico**

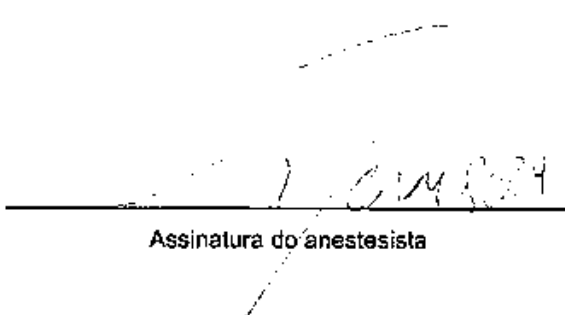
Bio Implants Comércio de Materiais Médicos Cirúrgicos Ltda. - Av. Teodorico Teles, 245B - São Miguel - Crato - CE - CNPJ: 10.323.929/0001-05  
Fone/Fax: (88) 3521.4801 - www.bioimplants.com.br





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

| <b>Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico</b>                                                                          | <b>Hora entrada</b> | <b>Hora saída</b> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|-------------------|
| Nenhum Movimento = 0<br>Movimenta 2 membros = 1<br>Movimenta 4 membros = 2                                                               |                     | 2                 |
| Apnéia = 0<br>Respiração Limitada, Dispnéia = 1<br>Respiração profunda e tosse = 2                                                       |                     | 2                 |
| PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0<br>PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1<br>PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2 |                     | 2                 |
| Sat O <sub>2</sub> < 90 com oxigênio = 0<br>Sat O <sub>2</sub> > 90 com oxigênio = 1<br>Sat O <sub>2</sub> > 92% sem oxigênio = 2        |                     | 2                 |
| Não responde ao chamado = 0<br>Despertado ao chamado = 1<br>Completamente acordado = 2                                                   |                     | 2                 |
| <b>TOTAL DE PONTOS:</b>                                                                                                                  |                     | 6                 |

  
Assinatura do anestesista



| BOLETIM DE ENFERMAGEM                                                                                                                |                                                                                                                                                                            |                                                                                           |                                                                   |                                                                                       |          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| NOME:                                                                                                                                | Evelton Selson do Silva                                                                                                                                                    |                                                                                           |                                                                   |                                                                                       |          |
| IDADE:                                                                                                                               | 21                                                                                                                                                                         | SEXO:                                                                                     | M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>  | DATA DE NASCIMENTO:                                                                   | / / às h |
| SETOR:                                                                                                                               | Oritopatia II                                                                                                                                                              | LEITO:                                                                                    | 8-3                                                               |                                                                                       |          |
| DIAGNÓSTICO MÉDICO:                                                                                                                  | Fx de Tornozelo                                                                                                                                                            |                                                                                           |                                                                   |                                                                                       |          |
| ALERGIAS:                                                                                                                            | SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                       | QUAIS:                                                                                    |                                                                   |                                                                                       |          |
| MEDICAÇÃO CONTÍNUA:                                                                                                                  | SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                       | QUAIS:                                                                                    |                                                                   |                                                                                       |          |
| DOENÇA CRÔNICA:                                                                                                                      | SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                       | QUAIS:                                                                                    |                                                                   |                                                                                       |          |
| PRESENÇA DE ESCARA:                                                                                                                  | SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                       | LOCAL:                                                                                    |                                                                   |                                                                                       |          |
| PRESSÃO ARTERIAL:                                                                                                                    | HIPOTENSO <input type="checkbox"/> NORMOPOTENSO <input checked="" type="checkbox"/> HIPERTENSO <input type="checkbox"/>                                                    |                                                                                           |                                                                   |                                                                                       |          |
| SISTEMA NEUROLÓGICO:                                                                                                                 | CONSCIENTE <input checked="" type="checkbox"/> INCONSCIENTE <input type="checkbox"/> ORIENTADO <input checked="" type="checkbox"/>                                         |                                                                                           |                                                                   |                                                                                       |          |
| SISTEMA RESPIRATÓRIO:                                                                                                                | DISPNEICO <input type="checkbox"/> TAQUIPNEICO <input type="checkbox"/> EUPNEICO <input checked="" type="checkbox"/> BRADIPNEICO <input type="checkbox"/>                  |                                                                                           |                                                                   |                                                                                       |          |
| SIST. GENITOURINÁRIO (DIURESE)                                                                                                       | NORMAL <input checked="" type="checkbox"/> POLÚRIA <input type="checkbox"/> OLIGÚRIA <input type="checkbox"/> ANÚRIA <input type="checkbox"/> SVD <input type="checkbox"/> |                                                                                           |                                                                   |                                                                                       |          |
| MOBILIDADE:                                                                                                                          | DEÂMBULA <input checked="" type="checkbox"/> TETRAPLEGIA <input type="checkbox"/>                                                                                          | DEÂMBULA C/ APOIO <input checked="" type="checkbox"/> HEMIPLEGIA <input type="checkbox"/> | ACAMADO <input type="checkbox"/> PARESIA <input type="checkbox"/> | S/ DEFICITE MOTOR <input type="checkbox"/> RESTRITO NO PEITO <input type="checkbox"/> |          |
| SIST. GAS. ROINTEATINAL (DIETA)                                                                                                      | VO <input checked="" type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/>                                                                           |                                                                                           |                                                                   |                                                                                       |          |
| ESTADO NUTRICIONAL:                                                                                                                  | NUTRIDO <input checked="" type="checkbox"/> DESNUTRIDO <input type="checkbox"/> OBESO <input type="checkbox"/> CAQUÉTICO <input type="checkbox"/>                          |                                                                                           |                                                                   |                                                                                       |          |
| DADOS VITAIS:                                                                                                                        | PA:                                                                                                                                                                        | T:                                                                                        | FR:                                                               | FC:                                                                                   | PESO:    |
| <b>DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM</b>                                                                                                     |                                                                                                                                                                            |                                                                                           |                                                                   |                                                                                       |          |
| <input type="checkbox"/> RISCO DE QUEDA                                                                                              | CD/FR:                                                                                                                                                                     |                                                                                           |                                                                   |                                                                                       |          |
| <input type="checkbox"/> RISCO DE ASPIRAÇÃO                                                                                          | CD/FR:                                                                                                                                                                     |                                                                                           |                                                                   |                                                                                       |          |
| <input checked="" type="checkbox"/> RISCO DE INFECÇÃO                                                                                | CD/FR: procedimento invasivo                                                                                                                                               |                                                                                           |                                                                   |                                                                                       |          |
| <input type="checkbox"/> RISCO DE DESEQUILÍBRIO DA TEMPERATURA CORPORAL                                                              | CD/FR:                                                                                                                                                                     |                                                                                           |                                                                   |                                                                                       |          |
| <input type="checkbox"/> RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL                                                                                  | CD/FR:                                                                                                                                                                     |                                                                                           |                                                                   |                                                                                       |          |
| <input type="checkbox"/> RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA                                                                                  | <input type="checkbox"/> RETENÇÃO URINÁRIA                                                                                                                                 | CD/FR:                                                                                    |                                                                   |                                                                                       |          |
| <input type="checkbox"/> RISCO DE SANGRAMENTO                                                                                        | CD/FR:                                                                                                                                                                     |                                                                                           |                                                                   |                                                                                       |          |
| <input type="checkbox"/> NAUSEA                                                                                                      | CD/FR:                                                                                                                                                                     |                                                                                           |                                                                   |                                                                                       |          |
| <input type="checkbox"/> DOR AGUDA                                                                                                   | <input type="checkbox"/> DOR CRÔNICA                                                                                                                                       | CD/FR:                                                                                    |                                                                   |                                                                                       |          |
| <input type="checkbox"/> PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ                                                                                | CD/FR:                                                                                                                                                                     |                                                                                           |                                                                   |                                                                                       |          |
| <input type="checkbox"/> MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA                                                                             | CD/FR:                                                                                                                                                                     |                                                                                           |                                                                   |                                                                                       |          |
| <input type="checkbox"/> DÉFICIT NO AUTO CUIDADO                                                                                     | <input type="checkbox"/> ALIMENTAR-SE                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> PARA BANHO                                                       | CD/FR:                                                            |                                                                                       |          |
| <input type="checkbox"/> INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA                                                                             | CD/FR:                                                                                                                                                                     |                                                                                           |                                                                   |                                                                                       |          |
| <input type="checkbox"/> RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA                                                                            | CD/FR:                                                                                                                                                                     |                                                                                           |                                                                   |                                                                                       |          |
| <input type="checkbox"/> RISCO DE SÍNDROME DO DESUSO                                                                                 | CD/FR:                                                                                                                                                                     |                                                                                           |                                                                   |                                                                                       |          |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                             | CD/FR:                                                                                                                                                                     |                                                                                           |                                                                   |                                                                                       |          |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                             | CD/FR:                                                                                                                                                                     |                                                                                           |                                                                   |                                                                                       |          |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                             | CD/FR:                                                                                                                                                                     |                                                                                           |                                                                   |                                                                                       |          |
| Karine Pontes dos S. Lima<br>RGREN - 25.528.295 - ENF                                                                                |                                                                                                                                                                            |                                                                                           | CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA<br>FR: FATOR RELACIONADO            |                                                                                       |          |
| ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL                                                                                                 |                                                                                                                                                                            |                                                                                           |                                                                   |                                                                                       |          |
| <b>PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM</b>                                                                                                      |                                                                                                                                                                            |                                                                                           | <b>APRAZAMENTO</b>                                                | <b>ASSINATURA</b>                                                                     |          |
| <input checked="" type="checkbox"/> MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS.                                                                    |                                                                                                                                                                            |                                                                                           | 12/12                                                             |                                                                                       |          |
| <input type="checkbox"/> REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR.                                                                      |                                                                                                                                                                            |                                                                                           |                                                                   |                                                                                       |          |
| <input type="checkbox"/> ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA.                                                         |                                                                                                                                                                            |                                                                                           |                                                                   |                                                                                       |          |
| <input type="checkbox"/> INSTALAR CATÉTER DE O <sub>2</sub> A DL/MIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA.                                  |                                                                                                                                                                            |                                                                                           |                                                                   |                                                                                       |          |
| <input type="checkbox"/> AVALIAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA (RUIDOS, ESTERTORES E BATIMENTOS DA ASA DO NARIZ).             |                                                                                                                                                                            |                                                                                           |                                                                   |                                                                                       |          |
| <input type="checkbox"/> ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS.                                                                                   |                                                                                                                                                                            |                                                                                           |                                                                   |                                                                                       |          |
| <input type="checkbox"/> POSICIONAR O PACIENTE EM DECUBITO DE 45°.                                                                   |                                                                                                                                                                            |                                                                                           |                                                                   |                                                                                       |          |
| <input type="checkbox"/> MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA, QUANDO RECOMENDADO.                                               |                                                                                                                                                                            |                                                                                           |                                                                   |                                                                                       |          |
| <input checked="" type="checkbox"/> MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO (EDMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR, HIPEREMIA).              |                                                                                                                                                                            |                                                                                           | ampu                                                              |                                                                                       |          |
| <input checked="" type="checkbox"/> ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO.                                                                      |                                                                                                                                                                            |                                                                                           | contínuo                                                          |                                                                                       |          |
| REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE                                                                    |                                                                                                                                                                            |                                                                                           |                                                                   |                                                                                       |          |
| <input checked="" type="checkbox"/> RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, ÀS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E ÀS REPOSTAS DO PACIENTE. |                                                                                                                                                                            |                                                                                           | bombe                                                             |                                                                                       |          |

1400 134





Data de internação: 06/07/2019 Hora: 16:50:49

|                                                                                                            |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>SUS</b><br>Sistema Nacional de Saúde                                                                    |  |
| <b>AUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR</b>                                       |  |
| 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: <b>HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES</b> |  |
| 2 - CNES: <b>2362856</b>                                                                                   |  |
| 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: <b>HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES</b>  |  |
| 4 - CNES: <b>2362856</b>                                                                                   |  |
| Identificação do Paciente                                                                                  |  |
| 1 - NOME DO PACIENTE: <b>EVERTON GILSON DA SILVA</b>                                                       |  |
| 2 - CARTÃO DO SUS: <b>70006616866909</b>                                                                   |  |
| 10 - DATA DE NASCIMENTO: <b>09/12/1997</b>                                                                 |  |
| 11 - TIPO DE SEXO: <b>M</b>                                                                                |  |
| 12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): <b>RUA MAJOR ANGELINO XAVIER, 59, PEDREGAL</b>                            |  |
| 13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: <b>Campina Grande</b>                                                        |  |
| 14 - COLOCAÇÃO NO SUS: <b>15 - UF: PB</b>                                                                  |  |
| 16 - CEP: <b>58400002</b>                                                                                  |  |
| 17 - ENDEREÇO DO CONSULTÓRIO: <b>88936144</b>                                                              |  |
| 18 - DATA DE SOLICITAÇÃO: <b>06/07/2019</b>                                                                |  |
| 19 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: <b>YVARY DE PAIVA CAMARA</b>                             |  |
| 20 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: <b>700501777865557</b>                                   |  |
| 21 - CNES: <b>02</b>                                                                                       |  |
| 22 - CLÍNICA: <b>02</b>                                                                                    |  |
| 23 - CARTÃO DA INTERNAÇÃO: <b>02</b>                                                                       |  |
| 24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO:                                                                 |  |
| 25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:                                                                               |  |
| 26 - CID TO PRINCIPAL:                                                                                     |  |
| 27 - CID TO SECUNDÁRIO:                                                                                    |  |
| 28 - CID TO CAUSAS ASSOCIADAS:                                                                             |  |
| 29 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS/RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS:                         |  |
| 30 - DIAGNÓSTICO INICIAL:                                                                                  |  |
| 31 - CID TO PRINCIPAL:                                                                                     |  |
| 32 - CID TO SECUNDÁRIO:                                                                                    |  |
| 33 - CID TO CAUSAS ASSOCIADAS:                                                                             |  |
| 34 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:                                                                |  |
| 35 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS/RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS:                         |  |
| 36 - CID TO PRINCIPAL:                                                                                     |  |
| 37 - CID TO SECUNDÁRIO:                                                                                    |  |
| 38 - CID TO CAUSAS ASSOCIADAS:                                                                             |  |
| 39 - CID TO PRINCIPAL:                                                                                     |  |
| 40 - CID TO SECUNDÁRIO:                                                                                    |  |
| 41 - CID TO CAUSAS ASSOCIADAS:                                                                             |  |
| 42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:                                                                            |  |
| 43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:                                                                            |  |
| 44 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:                                                                            |  |
| 45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:                                                                            |  |
| 46 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:                                                                            |  |
| 47 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:                                                                            |  |
| 48 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:                                                                            |  |
| 49 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:                                                                            |  |
| 50 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:                                                                            |  |
| 51 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:                                                                            |  |
| 52 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:                                                                            |  |
| 53 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:                                                                            |  |
| 54 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:                                                                            |  |
| 55 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:                                                                            |  |
| 56 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:                                                                            |  |
| 57 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:                                                                            |  |
| 58 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:                                                                            |  |
| 59 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:                                                                            |  |
| 60 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:                                                                            |  |
| 61 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:                                                                            |  |
| 62 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:                                                                            |  |
| 63 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:                                                                            |  |
| 64 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:                                                                            |  |
| 65 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:                                                                            |  |
| 66 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:                                                                            |  |
| 67 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:                                                                            |  |
| 68 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:                                                                            |  |
| 69 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:                                                                            |  |
| 70 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:                                                                            |  |
| 71 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:                                                                            |  |
| 72 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:                                                                            |  |
| 73 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:                                                                            |  |
| 74 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:                                                                            |  |
| 75 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:                                                                            |  |
| 76 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:                                                                            |  |
| 77 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:                                                                            |  |
| 78 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:                                                                            |  |
| 79 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:                                                                            |  |
| 80 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:                                                                            |  |
| 81 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:                                                                            |  |
| 82 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:                                                                            |  |
| 83 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:                                                                            |  |
| 84 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:                                                                            |  |
| 85 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:                                                                            |  |
| 86 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:                                                                            |  |
| 87 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:                                                                            |  |
| 88 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:                                                                            |  |
| 89 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:                                                                            |  |
| 90 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:                                                                            |  |
| 91 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:                                                                            |  |
| 92 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:                                                                            |  |
| 93 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:                                                                            |  |
| 94 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:                                                                            |  |
| 95 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:                                                                            |  |
| 96 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:                                                                            |  |
| 97 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:                                                                            |  |
| 98 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:                                                                            |  |
| 99 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:                                                                            |  |
| 100 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:                                                                           |  |

Data da Internação: 06/07/2019 Hora: 16:50:49

SUS  
Sistema Único de Saúde

LAUD-3 PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

2362856  
2362856

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

2362856  
2362856

Identificação do Paciente

EVERTON GILSON DA SILVA

1937522

700006616866909

09/12/1997

Form 0

ADILDA DA SILVA

88336144

RUA MAJOR ANGELINO XAVIER, 59, PEDREGAL

Campina Grande

250400 PB 58400002

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Paralelismo de fratura da mão c/  
fratura em Jollo, para Tmz @ +  
colarinho @ + ombro @  
no c/ fr Tmz @

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Necessidade de Tmz cirurgia

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS REALIZADAS DE EXAMES REALIZADOS

fratura + 84 + 120

fr Tmz @

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

fr Tmz @

26 - CLÍNICA

02

29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPS) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

700501777865557

06/07/2019

WVRY DE PAIVA CAMARA

27 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

33 - 1 ACIDENTE DE TRANSITO

34 - 1 ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - 1 ACIDENTE TRABALHO TRAJECTO

36 - VINCULO COM A PREVIDENCIA

37 - EMPREGADOR

38 - AUTÔNOMO

39 - EMPREGADO

40 - APOSENTADO

41 - NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

42 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

43 - DOB, ORGÃO EMISSOR

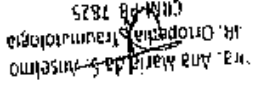
44 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

46 - N°

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| 19/07/2019                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                    |
|  GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO<br>HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA (HET) - CAMPUS I - PIA<br>Av. Mal. Rondon Furtado, 4700 - Malvinas, Caminho Curvo - PII<br>Nome: Ana Maria Da Silva Anselmo<br>CNPJ: 08.778.268/0038-52<br>Data: 19/07/2019                                                   |                                    |
| Número do Atendimento: 1937522                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Clin: ORTOPEDIA 2 / Enf: 8 / Le: 1 |
| <b>DESCRIÇÃO CIRÚRGICA</b><br>Nome do Paciente: EVERTON GILSON DA SILVA<br>Data da Internação: 06/07/2019                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                    |
| Atendimento: 1937522                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                    |
| Diagnóstico Pré-Operatório: FRATURA TORNOZELO ESQUERDO<br>Diagnóstico Pós-Operatório:                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                    |
| Cirurgia: TRATAMENTO CIRÚRGICO FRATURA TORNOZELO ESQUERDO<br>da Cirurgia: 19/07/2019                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                    |
| Equipe:<br>Cirurgião: RICARDO AMORIM FILHO<br>Aux 1: JOAO PAULO OLIVEIRA NUNES<br>Aux 2: EVERLAN DA SILVA MEIRA<br>Aux 3:<br>Instrumentador: NORMA<br>Anestesiista: RICARDO JOSE RAMOS LOUREIRO<br>Tipo de anestesia: RAQUIANESTESIA                                                                                                                                                   |                                    |
| Relatório Imediato do Patologista: NÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                    |
| Exame Radiológico no Ato: SIM                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                    |
| Acidente Durante Operação: NÃO OCORREU                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                    |
| Descrição da Operação: 1 - PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA<br>2 - ASSEPISA + ANTISSEPISA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS<br>3 - INCISÃO EM FACE LATERAL DO TORNOZELO ESQUERDO + DILATAÇÃO POR<br>PLANOS + HEMOSTASIA<br>4 - REDUÇÃO CRUENTA DA FRATURA + FIXAÇÃO COM PLACA 1/3 CANULAR 7 F +<br>PARAFUSOS CORTICAIS<br>5 - LAVADO DE FO CM SF<br>6 - SUTURA<br>7 - CURATIVO<br>8 - A URPA. |                                    |
| Data 19/07/2019<br>Assinatura/Cartão<br>Ana Maria Da Silva Anselmo<br><br>19. Ortopedia, Traumatologia<br>CRM-PB 1825                                                                                                                                                                                 |                                    |

19/07/2019

HTCG-Painel Administrativo

CNPJ: 08.778.268/0038-52

Data: 19/07/2019

 GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
 HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA (HET) - CAMPUS I - PIA  
 Av. Mal. Rondon Furtado, 4700 - Malvinas, Caminho Curvo - PII  
 Nome: Ana Maria Da Silva Anselmo


Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/09/2020 11:05:04

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092211050375700000033074104

Número do documento: 20092211050375700000033074104

## NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

|                                                             |                          |                                            |                           |
|-------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------------------------|---------------------------|
| PACIENTE: <b>Everton Gilson da Silva</b> DN <b>09-12-97</b> |                          | GOVERNO DA PARAIBA                         |                           |
| QI                                                          | LEITE                    | CONVENIO                                   | IDADE                     |
|                                                             |                          | <b>SUS</b>                                 |                           |
| CIRURGIA <b>Frot. cirurg. c/fix de</b>                      |                          | CIRURGIÃO <b>Dr. João Paulo de Evandro</b> |                           |
| ANESTESIA <b>Rafael</b>                                     |                          | ANESTESIA <b>Dr. Ricardo</b>               |                           |
| INSTRUMENTADORA                                             |                          | DATA                                       | FIM                       |
| <b>Norma</b>                                                |                          | <b>14-07-19</b>                            | <b>11:20</b>              |
| Qtd.                                                        | MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS | Qtd.                                       | FIOS                      |
|                                                             | Adrenalina amp.          |                                            | Calgut cromado Serlix     |
|                                                             | Atropina amp.            |                                            | Calgut cromado Serlix     |
|                                                             | Diazepam amp.            |                                            | Calgut cromado Serlix     |
| 03                                                          | Dimorf. amp.             |                                            | Calgut Simples            |
|                                                             | Dolantina amp.           |                                            | Calgut Simples Serlix     |
|                                                             | Efrane ml                |                                            | Calgut Simples Serlix     |
|                                                             | Fenegam amp.             |                                            | Calgut Simples Serlix     |
|                                                             | Fentanil ml              |                                            | Cera p/ osso              |
|                                                             | Inova ml                 |                                            | Ethibond                  |
|                                                             | Ketalar ml               |                                            | Ethibond                  |
| 01                                                          | Machina                  |                                            | Ethibond                  |
|                                                             | Nubahin amp.             |                                            | Fio de Algodão Serlix     |
|                                                             | Pavulon amp.             |                                            | Fio de Algodão Serlix     |
|                                                             | Proglumina amp.          |                                            | Fio de Algodão Sutupak    |
|                                                             | Protóxido I/m            |                                            | Fio de Algodão Sutupak    |
|                                                             | Quelçin ml               |                                            | Fila cardíaca             |
|                                                             | Rapifen amp.             |                                            | Mononylon                 |
|                                                             | Thionembutal ml          |                                            | Mononylon                 |
|                                                             | Tracrium amp.            |                                            | Prolene Serlix            |
| Qtd.                                                        | MEDICAÇÕES               | Qtd.                                       | SOROS                     |
|                                                             | Água Destilada amp.      |                                            | SG Normotérmico fr 500 ml |
| 01                                                          | Decadron amp.            |                                            | SG Gelado fr 500 ml       |
| 02                                                          | Dipirona amp.            |                                            | SG Hipotérmico fr 500 ml  |
|                                                             | Flaxidol amp.            |                                            | SG Ringer fr 500 ml       |
|                                                             | Flebocortid amp.         |                                            | SG fr 500 ml              |
|                                                             | Geramicina amp.          |                                            |                           |
|                                                             | Glicose amp.             |                                            |                           |
|                                                             | Glucon de Cálcio amp.    |                                            |                           |
|                                                             | Haemacel ml.             |                                            |                           |
|                                                             | Heparoma ml.             |                                            |                           |
|                                                             | Kanakion amp.            |                                            |                           |
|                                                             | Lasix amp.               |                                            |                           |
| 01                                                          | Medrolinazol.            |                                            |                           |
|                                                             | Painexil amp.            |                                            |                           |
|                                                             | Prolamina                |                                            |                           |
|                                                             | Revivan amp.             |                                            |                           |
|                                                             | Siluplanon amp.          |                                            |                           |
|                                                             | Cefalotina 1g            |                                            |                           |
| Qtd.                                                        | MATERIAIS / SOLUÇÕES     | Qtd.                                       | EQUIPAMENTOS              |
| 01                                                          | Agulha desc. 25 x 7      |                                            | (X) Oxímetro de Pulso     |
|                                                             | Agulha desc. 28 x 28     |                                            | ( ) Serra                 |
|                                                             | Agulha desc. 3 x 4,5     |                                            | ( ) Desfibrilador         |
|                                                             | Agulha p/ raque nº       |                                            | (X) Foco Frontal          |
| 01                                                          | Alcool de Enfermagem     |                                            | ( ) Fonte de Luz          |
|                                                             | Alcool todado ml         |                                            | ( ) Foco Auxiliar         |
| 02                                                          | Ataduras de Crepon       |                                            | ( ) Eletrocautério        |
|                                                             | Ataduras de Gessada      |                                            | ( ) Oxícapógrafo          |
|                                                             | Azul metileno amp.       |                                            | (X) Cardiomonitor         |
|                                                             | Betadine ml              |                                            | (X) Perfurador Elétrico   |
| CIRCUJANTE RESPONSÁVEL                                      |                          |                                            |                           |





## Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

|               |                                          |           |                       |             |
|---------------|------------------------------------------|-----------|-----------------------|-------------|
| Paciente:     | Joaquim Gilson da Silva                  |           | Idade:                |             |
| Convênio:     | Bris                                     |           | Data:                 |             |
| Procedimento: | Trat. Luxação el. fix. de Fract. femoral |           |                       |             |
| Cirurgião:    | Dr. João Paulo                           | Auxiliar: | Anestesista:          | Dr. Ricardo |
| Início:       | 10:00                                    | Término:  | 11:20 Anestesia Raquí |             |

[illegible][illegible][illegible]

### Relatório de Operação

500 105





## PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 1937522 Paciente: EVERTON GILSON DA SILVA Idade: 021 Sexo: M  
 Nome da Mãe: ADEILDA DA SILVA Data de Nascimento: 09/12/1997 Admissão: 06/07/2019 DI - 12

Clinica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 8 Letto: 1 Diagnóstico: FX TNZ E

DIA 18/07/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE: Crismarcos Rodrigues da Silva /

| Indicação                                                                                                                    | Prescrição       | Apazamento |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|------------|
| 1. DIPIRONA SODICA 500 MG V.O. 1COMP. 8h/8h<br>FAZER SE NECESSARIO<br>RATOMAX 1000 1000MG 1X POR DIA<br>CURATIVOS 1X POR DIA | 7h 00m<br>7h 00m | CS         |

DIURESE: + EVACUAÇÕES: ++

EXAMES OK

FERIM NA PERNA SEM SINAIS DE INFECÇÃO EM CICATRIZAÇÃO.

CD:VPM  
 AGUARDA CIRURGIA TNZ

ASSINATURA + CARIMBO

Crismarcos Rodrigues da Silva

Crismarcos Rodrigues da Silva  
 MÉDICO - CRM 3335

① 15M 2m + 1m 00:00

Dr. Wagner Luiz Filho de Mello  
 MR. ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA  
 CRM / PS 8926

PA-90/50  
 P-69  
 T-36,9

Elaide S. Romão  
 TEG. ENFERM.  
 COREN-PB 387.050

GOVERNO DA PARAIBA



CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 18/07/2019

Horas: 06:20:01

Médico (a) Diarista: Crismarcos Rodrigues da Silva





GOVERNO  
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 17/07/2019

Horas: 07:55:16

Médico (a) Diarista : Crismarcos Rodrigues da Silva

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

### DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1937522 Paciente: EVERTON GILSON DA SILVA Idade: 021 Sexo: M

Nome da Mãe: ADEILDA DA SILVA Data de Nascimento: 09/12/1997 Admissão: 06/07/2019

Clinica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 8 Leito: 1 Diagnóstico: FX TNZ E

DIA 17/07/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Crismarcos Rodrigues da Silva /

| Item | Prescrição                                                                     | Aprazamento |
|------|--------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| 1    | DIETA LIVRE                                                                    | rt          |
| 2    | SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. 1FRASCO, 8h/8h                                | rt          |
| 3    | DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h                             | 12/18 24/6  |
| 4    | TENOXCAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h<br>Reconstituir 2ML ABD.    | 18/6        |
| 5    | ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO<br>8/8H | rt          |
| 6    | CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS                                                | rt          |
| 7    | CURATIVOS 1X POR DIA                                                           | rt          |

### EVOLUÇÃO

DATA: 17/07/2019 HORA: 07:55:01

FRAT TORN ESQ + FERI EXTENSO PERNA

BEG, ESTÁVEL

DIURESE: + EVACUAÇÕES: +

EXAMES OK

FERIM NA PERNA SEM SINAIS DE INFECÇÃO EM FASE DE CICATRIZAÇÃO.

CD: VPM

AGUARDA CIRURGIA TNZ

ASSINATURA + CARIMBO  
Crismarcos Rodrigues da Silva

CRISMARCOS RODRIGUES DA SILVA  
MÉDICO(A) ASSISTENTE  
17/07/2019

P.A P R T<sup>c</sup>  
110x90 76 19 36,7





GOVERNO  
DA PARÁ

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 16/07/2019

Horas: 07:29:17

Médico (a) Diarista : Crismarcos Rodrigues da Silva

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

### DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1937522 Paciente: EVERTON GILSON DA SILVA Idade: 021 Sexo: M

Nome da Mãe: ADEILDA DA SILVA Data de Nascimento: 09/12/1997 Admissão: 06/07/2019

Clinica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 8 Leito: 1 Diagnóstico: FX TNZ E

DIA 16/07/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Crismarcos Rodrigues da Silva /

| Item | Prescrição                                                                                                             | Aprazamento    |
|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|
| 1    | DIETA LIVRE                                                                                                            |                |
| 2    | SORO FISIOLÓGICO 0.9% 500ML E.V. 1FRASCO, 8h/8h                                                                        | 14 22/06       |
| 3    | CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. 1FRA AMP, 12h/12h<br>Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF | 18 06/06       |
| 4    | DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h                                                                     | 12 18 06/06    |
| 5    | TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h<br>Reconstituir 2ML ABD,                                           | 18 06/06       |
| 6    | ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO<br>8/8H                                         | SNX. sem dor   |
| 7    | TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 8h/8h<br>+ 100ML SF, LENTO                                           | 4 pol. sem dor |
| 8    | CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS                                                                                        | cliente        |
| 9    | CURATIVOS 1X POR DIA                                                                                                   | cliente        |

### EVOLUÇÃO

DATA: 16/07/2019 HORA: 07:28:20

FRAT TORN ESQ + FERI EXTENSO PERNA

BEG, ESTÁVEL

DIURESE: + EVACUAÇÕES: +

EXAMES OK

FERIM NA PERNA SEM SINAIS DE INFECÇÃO EM FASE DE CICATRIZAÇÃO.

CD: VPM

AGUARDA CIRURGIA TNZ

ASSINATURA + CARIMBO  
Crismarcos Rodrigues da Silva



15/07/2019

HPM-Painel Administrativo

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 15/07/2019

Horas: 07:31:14

Médico (a) Diarista : Crismarcos Rodrigues da Silva

GOVERNO  
DA PARAÍBA

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

## DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1937522 Paciente: EVERTON GILSON DA SILVA Idade: 021 Sexo: M

Nome da Mãe: ADEILDA DA SILVA Data de Nascimento: 09/12/1997 Admissão: 06/07/2019

Clínica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 8 Leito: 1 Diagnóstico: FX TNZ E

DIA 15/07/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Crismarcos Rodrigues da Silva /

| Item | Prescrição                                                                                                             | Apazamento   |
|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| 1    | DIETA LIVRE (Dieta zero a partir de 12:00h (16/07/19))                                                                 | SND          |
| 2    | SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. 1FRASCO, 8h/8h                                                                        | X            |
| 3    | CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. 1FRA AMP, 12h/12h<br>Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF | 18 26        |
| 4    | DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h                                                                     | 18 26 26 26  |
| 5    | TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h<br>Reconstituir 2ML ABD,                                           | 18 26        |
| 6    | ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO<br>8/8H                                         |              |
| 7    | TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 8h/8h<br>+ 100ML SF, LENTO                                           | (14) 22 (06) |
| 8    | CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS                                                                                        | che          |
| 9    | CURATIVOS 1X POR DIA                                                                                                   | che          |

## EVOLUÇÃO

DATA: 15/07/2019 HORA: 07:29:41

FRAT TORN ESQ + FERI EXTENSO PERNA

BEG. ESTÁVEL

DIURESE: + EVACUAÇÕES: +

EXAMES OK

CD: VPM

AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO  
Crismarcos Rodrigues da Silva



GOVERNO  
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 14/07/2019

Horas: 10:40:07

Médico (a) Diarista : Ana Maria Da Silva Anselmo

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

### DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1937522 Paciente: **EVERTON GILSON DA SILVA** Idade: 021 Sexo: M

Nome da Mãe: ADEILDA DA SILVA Data de Nascimento: 09/12/1997 Admissão: 06/07/2019

Clínica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 8 Leito: I Diagnóstico: FX TNZ E

DIA 14/07/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Ana Maria Da Silva Anselmo /

| Item | Prescrição                                                                                                             | Aprazamento |
|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| 1    | DIETA LIVRE                                                                                                            |             |
| 2    | SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. 1FRASCO, 8h/8h                                                                        | 11 22 06    |
| 3    | CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. 1FRA AMP, 12h/12h<br>Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF | 15 25 06    |
| 4    | DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h                                                                     | 15 18 21 06 |
| 5    | TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h<br>Reconstituir 2ML ABD,                                           | 15 25 06    |
| 6    | ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO<br>8/8H                                         | 30          |
| 7    | TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 8h/8h<br>+ 100ML SF, LENTO                                           | 14 22 06    |
| 8    | CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS                                                                                        | ciente      |
| 9    | CURATIVOS 1X POR DIA                                                                                                   | ciente      |

### EVOLUÇÃO

DATA: 14/07/2019 HORA: 10:39:55

BEG, ESTÁVEL, SEM DISTÚRBIOS NAS ÚLTIMAS 24H

DIURESE: + EVACUAÇÕES: +

CD: VPM

AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO  
Ana Maria Da Silva Anselmo

Dia. Ana Maria Da Silva Anselmo  
Méd. Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PA 7825





GOVERNO  
DO ESTADO DA PARAÍBA

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

## DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1937522 Paciente: EVERTON GILSON DA SILVA Idade: 021 Sexo: M

Nome da Mãe: ADELDA DA SILVA Data de Nascimento: 09/12/1997 Admissão: 06/07/2019

Clínica: AMARELA Enfermaria: 10 Leito: 1 Diagnóstico: EX TNZ E

90x

DIA 06/07/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Ywry De Paiva Camara /

| Item | Prescrição                                                                                                               | Aprazamento |
|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| 1    | DIETA LIVRE                                                                                                              |             |
| 2    | SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. 1FRASCO, 8h/8h                                                                          | 2x. ok      |
| 3    | CLIFARTAXONA SÓDICA 1 G INTRAVENOSO INTRAMUSCULAR E.V. 1FRA AMP, 12h/12h<br>2, constituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF | 1x. ok      |
| 4    | DIPYRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 0h/6h                                                                       | 1x. ok - 06 |
| 5    | TENOVICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h<br>Reconstituir 2ML ABD.                                             | 1x. ok      |
| 6    | ONDANSSETRONA CLORIDRATO 2 MG ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO<br>8-8H                                          | CT          |
| 7    | TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 8h/8h<br>= 100ML SF, LENTO                                             | 2x. ok      |
| 8    | DECEBITO MUDANÇA<br>27H                                                                                                  | CT          |
| 9    | CLUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS                                                                                         | CT          |
| 10   | CURATIVOS 1X POR DIA                                                                                                     | CT          |

## EVOLUÇÃO

DATA: 06/07/2019 HORA: 16:57:00

##### ADMISSÃO #####

Paciente vítima de acidente de moto com trauma em MIE e Cotovelo D, e cotovelo D.  
Dor + desconforto em TNZ E, hem como ferimento extenso e profundo em face anterior  
de Perna Esquerda, sangrante com exposição muscular.  
Raio X evidência fratura de TNE Esquerda com abertura de Pinça tibial E.  
Nega alergias, HAS ou DM2.

S:

1. LMC + Sutura de Ferimentos
2. Imobilização de TNE com Gata Bota MIE
3. Solicita pra operatório
4. Internar para cirurgia eletiva

ASSINATURA CARIMBO  
Ywry De Paiva Camara

12/07/2019

HPM-Painel Administrativo

GOVERNO  
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 12/07/2019

Horas: 07:40:03

Médico (a) Diarista : Crismarcos Rodrigues da Silva

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

### DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1937522 Paciente: EVERTON GILSON DA SILVA Idade: 021 Sexo: M

Nome da Mãe: ADEILDA DA SILVA Data de Nascimento: 09/12/1997 Admissão: 06/07/2019

Clínica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 8 Leito: 1 Diagnóstico: FX TNZ E

DIA 12/07/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Crismarcos Rodrigues da Silva /

| Item | Prescrição                                                                                                             | Aprazamento |
|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| 1    | DIETA LIVRE                                                                                                            | RT          |
| 2    | SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. 1FRASCO, 8h/8h                                                                        | 14 2A 8     |
| 3    | CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. 1FRA AMP. 12h/12h<br>Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF | 18 6        |
| 4    | DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h                                                                     | 12 18 8A 8  |
| 5    | TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP. 12h/12h<br>Reconstituir 2ML ABD.                                           | 18 6        |
| 6    | ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO<br>8/8H                                         | RT          |
| 7    | TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 8h/8h<br>+ 100ML SF, LENTO                                           | 14 2A 8     |
| 8    | CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS                                                                                        | RT          |
| 9    | CURATIVOS 1X POR DIA                                                                                                   | RT          |

### EVOLUÇÃO

DATA: 12/07/2019 HORA: 07:39:39

Diagnóstico: FX TNZ E + FERIMENTO EXTENSO PERNA ESQ Data de Internamento: 06/07/2019

DIH 7

BEG, ESTÁVEL, SEM DISTERMIAS

EXAMES OK

COM TALA GESSADA MIE

CD: VPM

AGUARDA TRAT CIRURGICO TNZ

ASSINATURA + CARIMBO  
Crismarcos Rodrigues da SilvaDr. Crismarcos Rodrigues da Silva  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
MÉDICO - CRM 3342



GOVERNO  
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 13/07/2019

Horas: 08:17:43

Médico (a) Diarista : Everlan Da Silva Meira

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

### DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1937522 Paciente: EVERTON GILSON DA SILVA Idade: 021 Sexo: M

Nome da Mãe: ADEILDA DA SILVA Data de Nascimento: 09/12/1997 Admissão: 06/07/2019

Clinica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 8 Leito: 1 Diagnóstico: FX TNZ E

DIA 13/07/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Everlan Da Silva Meira /

| Item | Prescrição                                                                                                             | Apazamento |
|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 1    | DIETA LIVRE                                                                                                            | et         |
| 2    | SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. 1FRASCO, 8h/8h                                                                        | et         |
| 3    | CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. 1FRA AMP, 12h/12h<br>Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF | et         |
| 4    | DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h                                                                     | et         |
| 5    | TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h<br>Reconstituir 2ML ABD,                                           | et         |
| 6    | ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO<br>8/8H                                         | et         |
| 7    | TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 8h/8h<br>+ 100ML SF, LENTO                                           | et         |
| 8    | CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS                                                                                        | et         |
| 9    | CURATIVOS 1X POR DIA                                                                                                   | et         |

### EVOLUÇÃO

DATA: 13/07/2019 HORA: 08:17:37

BEG, ESTÁVEL, SEM DISTÚRBIOS NAS ÚLTIMAS 24H

DIURESE: + EVACUAÇÕES: +

CD: VPM

AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO  
Everlan Da Silva Meira





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

REGISTRO DE IDENT. N.º 234

*EVERTON GILSON DA SILVA*

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.095.146 DATA DE EMISSÃO 14/09/2012

NOME EVERTON GILSON DA SILVA

FILIAÇÃO GILSON RAIMUNDO DA SILVA ADEILDA DA SILVA

NATURALIDADE CAMPINA GRANDE-PB DATA DE NASCIMENTO 09/12/1997

DOC. ORIGEM NASC. N.º 72.489 FLS. 03V LIV. A/64 CARTÓRIO 2 CAMPINA GRANDE-PB

CPF

Assinatura do Diretor

LEI Nº 7.118 DE 29/06/83

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de Inscrição

085 357.924-57

Nome

EVERTON GILSON DA SILVA

Nascimento



**SEGUROADORA LIDER - DPVAT**  
 OSF 08.348.508/0001-04  
 53362-1109517-20171109

**PREMIO TARIFARIO**

|                        |                        |                        |
|------------------------|------------------------|------------------------|
| CLASSIFICACAO DO RISCO | CLASSIFICACAO DO RISCO | CLASSIFICACAO DO RISCO |
| CLASSIFICACAO DO RISCO | CLASSIFICACAO DO RISCO | CLASSIFICACAO DO RISCO |
| CLASSIFICACAO DO RISCO | CLASSIFICACAO DO RISCO | CLASSIFICACAO DO RISCO |

**PREMIO TARIFARIO**

CLASSIFICACAO DO RISCO: 1/SHINERNA-KV000 PHOENIX  
 VALOR DO PREMIO: 00911023402  
 DATA DO PAGAMENTO: 09/11/2017

**CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA**  
 PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
 AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  
 www.seguradoralider.com.br  
 SAC DPVAT 0800 022 1204

**PB Nº 013748873157 BILHETE DE SEGURO**

**SEGUROADORA LIDER - DPVAT**  
 OSF 08.348.508/0001-04  
 53362-1109517-20171109

**PREMIO TARIFARIO**

|                        |                        |                        |
|------------------------|------------------------|------------------------|
| CLASSIFICACAO DO RISCO | CLASSIFICACAO DO RISCO | CLASSIFICACAO DO RISCO |
| CLASSIFICACAO DO RISCO | CLASSIFICACAO DO RISCO | CLASSIFICACAO DO RISCO |
| CLASSIFICACAO DO RISCO | CLASSIFICACAO DO RISCO | CLASSIFICACAO DO RISCO |

**PREMIO TARIFARIO**

CLASSIFICACAO DO RISCO: 1/SHINERNA-KV000 PHOENIX  
 VALOR DO PREMIO: 00911023402  
 DATA DO PAGAMENTO: 09/11/2017

**CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA**  
 PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
 AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  
 www.seguradoralider.com.br  
 SAC DPVAT 0800 022 1204

**PB Nº 013748873157 BILHETE DE SEGURO**



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200029102 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** EVERTON GILSON DA SILVA **Data do acidente:** 06/07/2019 **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 21/01/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DISTAL DE TÍBIA ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS). ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE TORNOZELO 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 MODERADO DE TORNOZELO ESQUERDO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** PÁG. 12\_CIRURGIA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### DANOS

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



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0024718/20

**Vítima:** EVERTON GILSON DA SILVA

**CPF:** 085.357.924-57

**Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

**Data do acidente:** 06/07/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** EVERTON GILSON DA SILVA

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT

**EVERTON GILSON DA SILVA : 085.357.924-57**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### 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](http://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: 17/01/2020  
Nome: EVERTON GILSON DA SILVA  
CPF: 085.357.924-57

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/01/2020  
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA  
CPF: 614.058.096-04

\_\_\_\_\_  
EVERTON GILSON DA SILVA

\_\_\_\_\_  
SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA





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

Rio de Janeiro, 21 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200029102

Vítima: EVERTON GILSON DA SILVA

Data do Acidente: 06/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EVERTON GILSON DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 15398152





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

**Rio de Janeiro, 31 de Janeiro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200029102**

**Vítima: EVERTON GILSON DA SILVA**

**Data do Acidente: 06/07/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), EVERTON GILSON DA SILVA**

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

**Recebedor: EVERTON GILSON DA SILVA**

**Valor: R\$ 1.687,50**

**Banco: 104**

**Agência: 000000041**

**Conta: 00000469671-4**

**Tipo: CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 00303/00304 - carta\_15R - INVALIDEZ

00030152







## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

|                                                                                                                                |                          |                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Nº do sinistro ou ASL:                                                                                                         | CPF da vítima:           | Nome completo da vítima: |
| 0024738120                                                                                                                     | 085.357.924-57           | Everton Gilson da Silva  |
| REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012 |                          |                          |
| Nome completo:                                                                                                                 | CPF:                     |                          |
| Everton Gilson da Silva                                                                                                        | 085.357.924-57           |                          |
| Profissão:                                                                                                                     | Endereço:                | Número:                  |
| Prelo                                                                                                                          | Rua Major Angélio Xavier | 58                       |
| Bairro:                                                                                                                        | Cidade:                  | Estado:                  |
| Pradinegal                                                                                                                     | Campina Grande           | PB                       |
| E-mail:                                                                                                                        | CEP:                     |                          |
|                                                                                                                                | 58428-480                |                          |
|                                                                                                                                | Tel. (DDD) nº:           |                          |
|                                                                                                                                | (57) 98805.6654          |                          |

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

### DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:

☒ RECLUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0041

(Informar o dígito se existir)

CONTA: 469671

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

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

### 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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

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

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

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

Assinatura digital da vítima/beneficiário ou representante

Local e Data: São Paulo, 17/06/2020

Nome: Everton Gilson da Silva

CPF:

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

### TESTEMUNHAS

1ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura: \_\_\_\_\_

2ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura: \_\_\_\_\_

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

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





GOVERNO  
DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA  
DEFESA SOCIAL  
8ª DELEGACIA DISTRITAL,



## CERTIDÃO

CERTIFICO em razão do meu cargo e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo o livro de ocorrências desta Delegacia, às fls. ocorrência de nº 40 /2019, na mesma continha o seguinte teor: quinta-feira, 9 de janeiro de 2020, nesta cidade de João Pessoa e na 8ª Delegacia Distrital, onde presente se encontra o Delegado Jorge Rodrigues da Costa, às 11:50 horas, compareceu o Sr. **Everton Gilson da Silva**, portador da cédula de identidade nº 4.095.146 Seds/PB, CPF nº 085.357.924 - 57, brasileira, natural de Campina Grande/PB, solteiro, com 22 anos de idade, filho de Gilson Raimundo da Silva e de Adeilda da Silva, Atendente, residente à rua Major Angelino Xavier nº 59, bairro do Pedregal, Campina Grande-PB, o qual notificou que, No início da tarde do dia 06 de julho de 2019, se conduzia na motocicleta Shineray Phoenix, ano e modelo 2012, cor vermelha, placa QFL 8628/PB e identificada pelo chassi nº LXYXCBL08DO534218, cadastrada em nome de Djailson Sousa Silva, pela avenida João Moura, quando foi surpreendido por um veículo cruzando a sua frente e assim, mesmo tendo tentado livrá-lo, não conseguiu, colidiu na lateral do veículo e acidentou-se, consequentemente, foi socorrido ao Hospital de Traumas Dom Luiz Gonzaga Fernandes, conforme laudo Médico apresentado. Diante o exposto, solicita providências. O referido é verdade. Dou fé. Eu Everaldo Martins da Costa, Escrivão que o digitei.

João Pessoa, quinta-feira, 9 de janeiro de 2020.

*Everaldo Martins da Costa*  
Escrivão de Polícia Civil

*Everton Gilson da Silva.*

