Tribunal de Justiça da Paraíba
PJe - Processo Judicial Eletrônico

29/10/2020

Número: **0816847-52.2020.8.15.0001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**
Órgão julgador: **6ª Vara Cível de Campina Grande**
Última distribuição : **08/09/2020**
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
LUCINALDO BARROS DOS SANTOS (AUTOR)	**FABIO MARACAJA DE ALMEIDA CARNEIRO (ADVOGADO)**
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
36068418	29/10/2020 11:25	2760283_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos

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

Rio de Janeiro, 22 de Abril de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200151890 **Vítima: LUCINALDO BARROS DOS SANTOS**

Data do Acidente: 07/01/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LUCINALDO BARROS DOS SANTOS

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

Pag. 00059/00060 - carta_01 - INVALIDEZ

00020030

Carta nº 15716321

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

Rio de Janeiro, 08 de Maio de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200151890 **Vítima: LUCINALDO BARROS DOS SANTOS**

Data do Acidente: 07/01/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LUCINALDO BARROS DOS SANTOS

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: **LUCINALDO BARROS DOS SANTOS**
Valor: **R$ 1.687,50**
Banco: **104**
Agência: **000000041**
Conta: **00000449478-0**
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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Seguradora LÍDER

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: 0118243-00 | CPF da vítima: 108.411.184-50 | Nome completo da vítima: Lucinaldo Ramos do Santos

DADOS CADASTRAIS

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

Nome completo: Lucinaldo Ramos do Santos | CPF: 108.411.184-50

Profissão: Rural | Endereço: Rua Maria Morais | Número: 45 | Complemento:

Bairro: Centro | Cidade: Lagoa de Roça | Estado: PB | CEP: 58119-000

E-mail: | Tel.(DDD): (83) 98805-6654

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R$1.000,00 ☐ R$3.001,00 ATÉ R$5.000,00 ☐ 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)

AGÊNCIA: 0041 ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: 449478 0 (Informar o dígito se existir)

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

Nome do BANCO: _____

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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ 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: Vivos: Falecidos: | 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: João Pessoa, 20/04/20

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Lucinaldo R. Santos

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.

SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
2ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Central de Polícia Civil de Campina Grande - Setor de Boletim de Ocorrência

POLÍCIA CIVIL PARAÍBA

GOVERNO DA PARAÍBA
Secretaria de Estado da Segurança e da Defesa Social

BOLETIM DE OCORRÊNCIA
Nº05598.01.2019.2.00.401

10ª DELEGACIA SECCIONAL SETOR DE OCORRÊNCIA C. GRANDE-PB

OCORRÊNCIA(S)

Suposto(s) Autor(es):
Tipificação 1: LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO
Data da Ocorrência: 07/01/2019 **Hora:** 12:03:00
Forma da Comunicação: Verbal
Endereço: Br Duzentos e Trinta, São José da Mata, Campina Grande, PB.
Ponto de referência: Em Frente Ao Quinta da Colina

PARTE(S)

VITIMA

Nome: Lucinaldo Barros dos Santos
Conhecido por: Não informado
Filiação: Maria de Barros Santos e Adauto Jose dos Santos
Idade: 33 **Data de Nascimento:** 13/01/1986 **Identidade de Gênero:** masculino
Nacionalidade: brasileira **Naturalidade:** Olivedos
Estado Civil: solteiro(a)
Escolaridade: Ensino fundamental completo **Profissão:** Agreicultor
Cargo: Não informado **Matrícula:** Não informado
Documentos(s) de Identificação: RG nº 2965786 SSDS/PB, CPF nº 108.411.184-50
Endereço: Vila Ipuarana, s/n, [indeterminado], Lagoa Seca, PB
Complemento: Não informado
Ponto de referência: Lar do Garoto
Telefone: (83) 99830-9642

TESTEMUNHA

Nome: Dayane Martins da Silva
Conhecido por: Não informado
Filiação: Maria da Penha Matins Costa e Jose Inácio da Silva
Idade: 18 **Data de Nascimento:** 06/09/2000 **Identidade de Gênero:** feminino
Nacionalidade: brasileira **Naturalidade:** Lagoa Seca
Estado Civil: solteiro(a)
Escolaridade: Ensino fundamental incompleto **Profissão:** Agricultora
Cargo: Não informado **Matrícula:** Não informado
Documentos(s) de Identificação: RG nº 4709906 SSDS/PB, CPF nº 096.775.284-16
Endereço: Augusto Felix Barros, [indeterminado], Lagoa Seca, PB
Complemento: Não informado
Ponto de referência: Bela Vista Ruinas
Telefone: (83) 99132-3331

TESTEMUNHA

Nome: Marines Ferreira Brito
Conhecido por: Não informado
Filiação: Maria Nazaré Ferreira Brito e Jose Ferreira Brito
Idade: 38 **Data de Nascimento:** 27/10/1980 **Identidade de Gênero:** feminino
Nacionalidade: brasileira **Naturalidade:** Pocinhos
Estado Civil: solteiro(a)
Escolaridade: Ensino fundamental completo **Profissão:** Agricultora
Matrícula: Não informado
Cargo: Não informado
Documentos(s) de Identificação: CNH nº 03713539200, CPF nº 050.379.364-70
Endereço: Sitio Barro Vermelho, [indeterminado], Puxinanã, PB
Complemento: Não informado
Ponto de referência: Antiga Casa de Show For Hall
Telefone: (83) 98670-7243

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

(1) Moto, marca Honda/Cg, modelo 150 titan, tipo de veiculo particular, cor cinza, ano 2008, placa MNV-1054, chassi 9c2kc08108r172358, renavam 00961323337, caracteristicas gerais: Licenciado Em Nome de Matheus Ewerton da Cruz Alves

DILIGÊNCIAS ADOTADAS/EXAMES REQUISITADOS

HISTÓRICO

Informa o comunicante/vítima, que no dia, hora e local já descritos, conduzia o Ciclomotor Honda/CG modelo 150 titan, cor cinza, ano 2008, placa MNV-1054/PB, chassi 9c2kc08108r172358, renavam 00961323337, licenciado em nome de Matheus Ewerton da Cruz Alves, quando trafegava na BR 230, bairro São Jose da Mata, nesta cidade, momento em que o condutor de um Veículo de Sinais e condutor não identificado, vinha na mesma mão da via colidiu na traseira do ciclomotor em que o comunicante trafegava; que com o impacto a vítima caiu ao solo e sofreu fratura do Politrauma: Fratura Bimaleolar no tornozelo esquerdo, conforme prontuário, em anexo e Atestado Médico CID S82-5 + S82-6 + T93, em anexo, sendo socorrida pelo SAMU e encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma, nesta cidade, conforme Declaração de Atendimento. Na ocasião do acidente o tempo apresentava-se bom, com via seca e boa visibilidade, não se encontrando o envolvido sob a influência de bebidas alcoólicas. Não compareceram os Policiais Militares do CPTRAN, razão pela qual não foi elaborado o Boletim de Acidente de Trânsito. Afirma a vítima não ter o desejo de Representar Criminalmente contra o condutor do veículo causador do acidente.

ADENDOS:

Usuário: Junia Barbosa Luz do Rêgo
Data e Hora: 21/05/2019 14:00
Delegacia: Central de Polícia Civil de Campina Grande - Setor de Boletim de Ocorrência
Descrição: LEIA-SE A DATA DE NASCIMENTO 14/01/2019 E A PROFISSÃO AGRICULTOR

Usuário: Avelina Maria de Oliveira Mello
Data e Hora: 22/05/2019 14:38
Descrição: INFORMAR QUE A DATA DE SEU ANIVERSÁRIO ESTÁ DIGITADA ERRADA; QUE NASCEU, EM 14/01/1986.

Nada mais disse. Encerrado está o presente termo.

Procedimento Policial: 05598.01.2019.2.00.401

SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
2ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Central de Polícia Civil de Campina Grande - Setor de Boletim de Ocorrência

POLÍCIA CIVIL PARAÍBA

GOVERNO DA PARAÍBA
Secretaria de Estado da Segurança e da Defesa Social

Campina Grande/PB, 20 de maio de 2019.

JOSEFA ALVES DE ASSIS
Delegado(a) de Polícia Civil

Lucinaldo Barros dos Santos
LUCINALDO BARROS DOS SANTOS
Noticiante

AVELINA MARIA DE OLIVEIRA MELLO
Técnico de Nivel Médio

Procedimento Policial: 05598.01.2019.2.00.401

Seguradora LÍDER

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:
0118243-00	108.411.184-50	Lucinaldo Ramos dos Santos

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

DADOS CADASTRAIS

Nome completo: Lucinaldo Ramos dos Santos — CPF: 108.411.184-50

Profissão: Rural — Endereço: Rua Maria Morais — Número: 45 — Complemento:

Bairro: Centro — Cidade: Lagoa de Roça — Estado: PB — CEP: 58119-000

E-mail: — Tel.(DDD): (83) 98805-6654

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R$1.000,00 ☐ R$3.001,00 ATÉ R$5.000,00 ☐ 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)

AGÊNCIA: 0041 ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: 449478 0 (Informar o dígito se existir)

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

Nome do BANCO: _____

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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ 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: Vivos: Falecidos: — 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, João Pessoa, 20/04/20

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Lucinaldo R. Santos

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: 04/05/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*******TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LUCINALDO BARROS DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00041

CONTA: 000000449478-0

Nr. da Autenticação 499BD8459831B9A9

07/01/2019 HTCG-Painel Administ[illegible]o

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

ATENDIMENTO URGÊNCIA

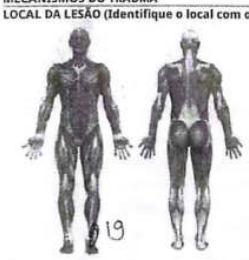
PRONT (B.E) Nº:1808647 [redacted]

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: 58432-809 Data: 07/01/2019
Boletim de Emergência (B.E) – Modelo 07 Atendente : Joice Da Silva Oliveira

PACIENTE: LUCINALDO BARROS DOS SANTOS (14-01-86) sj da mata

Endereço:	CEP:	Nascimento:31/12/1969
Cidade:	Sexo:	Telefone:
Nome da Mãe:	Idade:02019	Bairro:
Responsável:	RG:	Nº:0
Estado Civil:	CPF:	Profissão:
Motivo: QUEDA DE MOTO	Data de Atend:07/01/2019	CNS:
Médico:	Hora: 12:51:53	CONVÊNIO:SUS
	CRM:	Especialidade:

OBS FICHA: SEM DOCUMENTOS
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. Enfisêma subcutâneo
10. Esmagamento
11. Equimose
12. F. Arma branca
13. F. Arma de fogo
14. F. Corituso
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. Ingurgitamento Venoso
23. Laceração
24. Lesão tendínia
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento torácico paradoxal
28. Objeto Encravado
29. Otorragia
30. Paralisia
31. Paresia
32. Parestesia
33. Queimadura
34. Rinorragia
35. Sinais de Isquemia
36.

RADIO X REALIZADO EM: 07/01/19

OBS:

QUEIMADURA:
Superfície corporal lesada = _____ % Grau ( ) 1º Gr. ( ) 2º Grau ( ) 3º Grau

DIAGNÓSTICO / CID: POLITRAUMA.

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

Cirurgião

paciente trazido pelo SAMU queda de moto ± 1 hora atrás, nega perda de consciência, vômitos, tontura, dor auditiva, rinorreia, sangramento ou perda, relata apenas dor em perna e braço esquerdo.
- vítima alerta, orientada, cooperativa, ACOLOR
- tórax: simétrico, sem evidências de lesões
- ABD: plano, DEPRESSÍVEL, ↓ GRAU, sem evidência

ALERGIA: NEGA
- pulsos cheios, simétricos.

MEDICAMENTOS: NEGA
- [illegible] sem grandes alterações
- fratura fechada de braço esq (E)

PATOLOGIAS: NEGA
- pulso ↓ acolor, estável.
- SNC: LOTE, NEGAMNIA, todos os movimentos (+)

EXAME FÍSICO

PUPILAS (+) Fotorreagentes (+) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( ) _____

Glasgow 15 PA _____ HGT: _____ Sat02 _____

AV: AVM, ↓SI, BRE, ↓IS, FC: 80 bpm
AR: MVUD EM AHT, ↓IM, FR: 16 ipm.

EXAMES SOLICITADOS:
( ) Laboratoriais
( ) Gasometria arterial
( ) Tomografia Computadorizada
(+) Ultrassonografia: _____
(+) Radiografias: _____
( ) _____

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: Ortopedia / _____ às 13:00 Dia 07/01/19.

Especialista: _____ / _____ às ____:____ Dia ___/___/___

MÉDICO SOLICITANTE _____

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	SNL 1000 EV	
2	Dipirona 2g + AD EV	13:20
3	Tiatyl 20 mg + AD EV.	
4	RE AVALIAÇÃO APÓS EXAME	
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Dr. Flávio Daniel
MÉDICO
CIRURGIA GERAL
CRM/PB - 9549

Imprimir: [illegible]
TAC [illegible]
COREN-PB

8/projetohtcg/impreurgencia.php?contar=1808647 1/2

Estado da Paraíba
Prefeitura Municipal de Campina Grande-PB
Secretaria de Saúde do Município
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAMU Regional CG - 192

SAMU 192
CAMPINA GRANDE - PB

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

ATO Declaratório

Declaramos para os devidos fins de direito que o **SAMU REGIONAL CG – 192** foi solicitado para prestar atendimento médico pré-hospitalar de urgência ao paciente conforme dados a seguir:

DATA: 7/1/2019	**HORA:** 12:03 HRS	**ID Nº:** 1748714	
NOME:	LUCINALDO BARROS SANTOS		
QUEIXA:	ACIDENTE DE TRÂNSITO		
LOCAL:	BR 230 - SÃO JOSE DA MATA		
COMPLEMENTO:	EM FRENTE AO QUINTA DA COLINA		
CIDADE:	CAMPINA GRANDE / PB		
DADOS DA REMOÇÃO			
Paciente removido para o Hospital de Emergencia e Trauma			

Campina Grande, 25 de janeiro de 2019.

P/

Deoclecio F Nascimento
Coordenação Administrativa
SAMU REGIONAL CG - 192

SAMU 192 (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência)
Rua: Almeida Barreto, 428 São José CEP: 58400-328 Campina Grande-PB
Fone: (83) 3322-5207 / 3322-5191

GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

TERMO DE RESPONSABILIDADE

O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente _____
dá plena autorização aos médicos do Hospital _____ que o assistirem, para fazerem as investigações julgadas necessárias ao diagnóstico e para a execução do tratamento, comprometendo-se a respeitar todas as disposições gerais contidas nos regulamentos do estabelecimento.

Em, _____ de _____ de _____

_____
Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente Lucinildo Barros dos Santos
reconhece que o mesmo deixou o hospital contra o parecer dos médicos deste estabelecimento, assumindo inteira responsabilidade por sua decisão.

Ident. 2.826.855-SSP-PB

Em 09 de Janeiro de 2019

_____
Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: L. Marina F Brito

O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente _____
certifica que o mesmo teve alta do hospital por ter infringido o regulamento deste estabelecimento.

Em, _____ de _____ de _____

_____
Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente _____
réconhece que a mesma está em condições de acordo e declara pela presente que nenhum médico ou qualquer outro membro do hospital contribuiu intencionalmente para a indução do mesmo

Em, _____ de _____ de _____

_____
Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
CAMPINA GRANDE - PARAÍBA

PACIENTE:	LUCINALDO BARROS DOS SANTOS
DATA DO EXAME:	**07/01/2019 (13:11)**

ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL – "FAST"

METODOLOGIA:
Exame realizado em modo bidimensional com equipamento dinâmico na frequência de 4,0 MHz.

ANÁLISE:

Não identificamos sinais de líquido livre intra-abdominal ou derrame pleural no presente estudo.

Não foram evidenciadas lesões viscerais relacionadas ao trauma.

Observação: Ressaltamos a baixa sensibilidade da ultrassonografia na detecção de lesões em órgãos sólidos e vísceras ocas, assim como de hemoretroperitônio, não havendo critérios ecográficos seguros para indicação de alta hospitalar baseando-se apenas no resultado negativo da ultrassonografia.

Observação: Salientamos ainda que o método considerado padrão-ouro para avaliação de pacientes vítimas de trauma abdominal fechado, estáveis hemodinamicamente, é a tomografia computadorizada de abdômen com contraste, ficando a necessidade de sua solicitação a cargo do médico assistente.

Dr. Péricles Almeida da Costa
Médico Radiologista
CRM-PB: 8620

Data da Internação: 07/01/2019 Hora: 14:01:25

SUS Sistema Único de Saúde — Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES
2 - CNES: 2362856
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES
4 - CNES: 2362856

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: LUCINALDO BARROS DOS SANTOS (1
6 - Nº DO PRONTUÁRIO: 1808691
7 - CARTÃO DO SUS:
8 - DATA DE NASCIMENTO: 31/12/1969
9 - SEXO: Masc [X] Fem [ ]
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL:
11 - TELEFONE DE CONTATO: DDD Nº DE TELEFONE
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): , 0 ,
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA:
14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO: 0
15 - UF:
16 - CEP:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: Paciente vítima de acidente de trânsito acima de moto

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: Fratura diafisária de fêmur

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): RCO

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL: Fratura diafisária de fêmur
21 - CID 10 PRINCIPAL:
22 - CID 10 SECUNDÁRIO:
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: Intervenção p/ o fratura cirúrgica
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:
26 - CLÍNICA:
27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: 02
28 - DOCUMENTO: (X) CNS ( ) CPF
29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: 203834510720009
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: BRUNO DA COSTA LIMA
31 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 07/01/2019
32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO
34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA:
37 - CAT:
38 - SÉRIE:
39 - CNPJ EMPRESA:
40 - CNAE DA EMPRESA:
41 - CBOR:

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:
44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR:
45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR:
46 - DOCUMENTO: ( ) CNS ( ) CPF
46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: / /
48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):

GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

REQUISIÇÃO DE EXAM

NOME: LUCI MALDO BARROS DOS SANTOS					PRONTUÁRI
IDADE:	SEXO M ☐ F ☐	COR: B ☐ P ☐ A ☐	PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF.:	LEIT

DADOS CLÍNICOS:

RAIO X
REALIZADO EM: 07/01/19

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:
- mão x torax ap
- mão x perna (D) ap lp
- mão x tornozelo (D) ap lp.

URGÊNCIA: ☐ ROTINA: ☐

DATA: 07/01/19. HORA DA SOLICITAÇÃO:

Dr. Flávio Daniel
MÉDICO
CIRURGIA GERAL
CRM/PB - 9549

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

13:57 Paciente consciente, orientado, sem queixas em fossa ilíaca direita, sem sinais, flatulência, ausência de outros sintomas. Recusa VO. Pede sem alteração.

Cl.: Alta de Cirurgia Geral.

Dr. Jaime Sales Coury
CRM 2158-PB
Cirurgião Geral

Ortopedia: Paciente sobe de acordo do mesmo com hora espera no ambulatório

Realizado punho fratura dimalleolar de tornozelo e

Conduta: Gesso pelo Pronto Atendimento

Dr. [illegible]
Ortopedista
CRM: 527
CRM: 173

DESTINO DO PACIENTE ____/____/____ às ____:____ hs.

( )Centro cirúrgico _____

( )Internação (setor) _____ ( )Alta hospitalar ( )Reversão

( )Tranferência a outro SETOR ou HOSPITAL _____ ( )Decisão Médica

( )Óbito

Ass. do paciente ou resposável(quando necessário)

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO	CBO	IDADE

Data da Internação: 07/01/2019 Hora: 14:01:25

SUS — Sistema Único de Saúde — Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES
2 - CNES: 2362856
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES
4 - CNES: 2362856

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: LUCINALDO BARROS DOS SANTOS (1
6 - Nº DO PRONTUÁRIO: 1808691
7 - CARTÃO DO SUS:
8 - DATA DE NASCIMENTO: 31/12/1969
9 - SEXO: Masc [ ] Fem [ ]
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL:
11 - TELEFONE DE CONTATO: DDD Nº TELEFONE
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): 0
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA:
14 - CÓDIGO MUNICÍPIO: 0
15 - UF:
16 - CEP:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: Paciente vítima de entre choque acidente de moto

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: Fratura bimaleolar de tornozelo

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): Raio-x

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL: Fratura bimaleolar de tornozelo
21 - CID 10 PRINCIPAL:
22 - CID 10 SECUNDÁRIO:
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: Internação para tratamento cirúrgico
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:
26 - CLÍNICA:
27 - CARATER DA INTERNAÇÃO: 02
28 - DOCUMENTO: (X) CNS ( ) CPF
29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: 203834510720009
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: BRUNO DA COSTA LIMA
31 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 07/01/2019
32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO
34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO
36 - CNPJ DA SEGURADORA:
37 - Nº BILHETE:
38 - SÉRIE:
39 - CNPJ EMPRESA:
40 - CNAE DA EMPRESA:
41 - CBOR:
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:
44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR:
45 - DOCUMENTO: ( ) CNS ( ) CPF
46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: / /
48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):
49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR:

GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
CAMPINA GRANDE - PARAIBA

PACIENTE: LUCINALDO BARROS DOS SANTOS
DATA DO EXAME: 07.01.2019
RADIOGRAFIA DE PERNA

- Fratura bimaleolar sem desvios significativos.
- Partes moles sem alterações.
- Relações articulares conservadas.

RADIOGRAFIA DE TORNOZELO

91

- Fratura bimaleolar sem desvios significativos.
- Partes moles sem alterações.
- Relações articulares conservadas.

RADIOGRAFIA DE TÓRAX

- Transparência pulmonar normal.
- Mediastino e seios costofrênicos sem alterações.
- Coração de dimensões normais.

Dr. Raiff R Cavalcanti	Dra. Miriam Albino	Dra. Marcella Farias	Dr. Rafael Borges	Dr. Ramonitê Miranda	Dr Péricles A Costa
CRM/PB: 6320	CRM/PB 6435	CRM/PB 6560	CRM/PB: 6485	CRM/PB: 8220	CRM/PB 8620

PA: 140x70
Recurso conhecido
Orientado em
Venceder pelas
psicologica presente
segue os cuidados
dos equipes

Maria José Dourado Rodrigues
CORREN-Especialista-TE

GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

(8)

Paciente | Alojamento | Leito | Convênio

Data	Prescrição Médica			Horário				Evolução Médica
07.01.19	① Dieta oral livre							
	② SG 0,9% 500ml ev 6/6h							
	③ Dipirona 2g ev 6/6h							
	④ aumentar 40mg de furosemida							
	⑤ retirar sondas							
	⑥ Dieta branda							
	⑦ SVD							

Dr. Arturo Vinícius Lima Bragança
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 7960-JE

GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Ficha de Acolhimento

SIC

Nome: Lucimaldo Barros dos Santos

End: Bairro: São José da

Data de Nascimento: 12.01.86 Documento de Identificação: mata.

Queixa: Queda Data do Atend.: 07.01.19 Hora: 12:51 Documento:

Acidente de trabalho? ( ) Sim (x) Não

de moto

Classificação de Risco

Nível de consciência: ( ) Bom ( )Regular ( ) Baixo **Aspecto:** ( ) Calmo ( ) Fáceis de dor ( ) Gemente

Frequência respiratória: **Frequência cardiaca:**

Pressão arterial: **Temperatura axilar:**

Dosagem de HGT: **Mucosas:** ( ) Normocorada ( ) Pálida

Deambulação: ( ) Livre ( ) Cadeira de rodas ( ) Maca

Estratificação

MOD. 110

cirurgião

(✓) Vermelho - atendimento imediato
( ) Verde - atendimento até 4 horas
( ) Amarelo - atendimento até 1 hora
( ) Azul - atendimento ambulatorial

Herlé Hardda S. Cavalc
COREN-PB 142.67

Assinatura e carimbo do profissional

Estado da Paraíba
Prefeitura Municipal de Campina Grande-PB
Secretaria de Saúde do Município
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAMU Regional CG - 192

SAMU 192 CAMPINA GRANDE - P

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Declaramos para os devidos fins de direito que o **SAMU REGIONAL CG – 192** foi solicitado para prestar atendimento médico pré-hospitalar de urgência ao paciente conforme dados a seguir:

DATA: 7/1/2019	**HORA:** 12:03 HRS	**ID Nº:** 1748714	
NOME:	LUCINALDO BARROS SANTOS		
QUEIXA:	ACIDENTE DE TRÂNSITO		
LOCAL:	BR 230 - SÃO JOSE DA MATA		
COMPLEMENTO:	EM FRENTE AO QUINTA DA COLINA		
CIDADE:	CAMPINA GRANDE / PB		
DADOS DA REMOÇÃO			
Paciente removido para o Hospital de Emergencia e Trauma			

Campina Grande, 25 de janeiro de 2019.

P/

Deoclecio F Nascimento
Coordenação Administrativa
SAMU REGIONAL CG - 192

SAMU 192 (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência)
Rua: Almeida Barreto, 428 São José CEP: 58400-328 Campina Grande-PB
Fone: (83) 3322-5207 / 3322-5191

Data	Hora	PA
08/05/19	8:00	120X60

Paciente consciente orientado medicado conforme a prescrição medica e segue aos cuidados de enfermagem Rosa

Centro Hospitalar João XXIII — Sistema de Assistência Social e de Saúde (SAS)

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: Lucimaldo Barros Santos

CONVÊNIO: Particular

SOLICITAÇÃO PROVISORIA ENFERMAGEM — Nº DO ATENDIMENTO

DE ACORDO COM A PRESCRIÇÃO MEDICA ANTERIOR Nº

Nº — DATA 11.01.19 — HORA: — QUARTO/LEITO:

QUANT	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO					
	(1) Dieta livre à partir dia 21h.						
	(2) SF 0,9% 1000ml ev, 24h						
	RL 1000 ml						
	(3) Cefuroxima 1g + AD, EV, 6/6h						
	(4) Dipirona 2g + AD, EV, 6/6h						
	(5) Nauseden 4mg + AD, EV, 8/8h						
	(6) Tramal 100mg + SF 0,9% 100ml, EV (SN)						
	(7) Tylate 40mg + AD, EV, 12/12h						
	(8) SVV + CCG 6V						
	12/01/19 - ALTA HOSPITALAR						

ASS. E CARIMBO DO ENFERMEIRO (A) — DESTINO: 100 — RECEBIDO POR:

Dr. Felipe Guedes

PRESCRIÇÃO MÉDICA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: Lucimaldo Barros Santos

CONVÊNIO: Particular

Nº PRONTUÁRIO: 38088

Nº: — DATA: 09/01/19 — HORA: — QUARTO/LEITO: 103

QUANTIDADE	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
10/01/19	1) Dieta por VO livre	
	2) SF 0,9% 1000ml EV 24h	08
	3) Dipirona 1g + AD EV 6/6h - 1/IV	
	4) tibatil 40mg + AD EV 1x/dia	
	5) Nauseden 4mg + AD EV 8/8h 3/IV	
	6) SVV + CCG	

ASS. E CARIMBO DO MÉDICO: — DESTINO: — RECEBIDO POR:

1ª VIA - PRONTUÁRIO — 2ª VIA - FARMÁCIA

SISTEMA DE ASSIST. SOCIAL E DE SAUDE HOSPITAL JOAO XXIII
SISTEMA DE CONTROLE CLÍNICO
REGISTRO DE INTERNAÇÃO

DATA: 09/01/2019
HORA: 16:36:13

71514

Prontuário	Nome do Paciente	Nascimento	Idade	Sexo	Cor	Naturalidade	Religião
38088	LUCINALDO BARROS SANTOS	14/01/1986	32	M			1-CATOLICA

Estado Civil	CPF	RG	Grau de Instrução	Profissão	Fone Residencial	Fone Trabalho
-	108.411.184-50	2955786 SSP PB			986707243	

Filiação
Mãe: MARIA DE BARROS SANTOS Pai: ADALTON JOSE DOS SANTOS

Complemento Endereço

Endereço
R.MARIA MOARES,45 - LAGOA DE ROCA, CAMPINA GRANDE-PB CEP:

Atendimento	Data/Hora Atend.	Data/Hora Prev.	Setor	Tipo Atendimento
71514	09/01/2019 16:44	10/01/2019 10:00	121710-RECEPÇÃO EMERGÊNCIA / ELETIVA - CNV	5-INTERNACAO CIRURGICA

Médico Atendente
311138-JOSE FELIPE GUEDES

Motivo Atendimento
4-INTERNACAO/URGENCIA

Plano / Convênio	Nº Carteira	Validade	Nº CNS
0-PARTICULAR/0-PARTICULAR			

Posto	Acomodação	Leito
POSTO 100	121813 POSTO 100 - APTO 103	APT-103 1

Guia	Procedimento
INTERNACAO	90995866 INTERNACAO

38088

TERMO DE RESPONSABILIDADE

O paciente (ou responsável), Sr(a) LUCINALDO BARROS SANTOS , aqui declarado, dá plena autorização ao seu médico assistente _____, CRM _____, Estado do(a) PB para fazer as investigações necessárias ao diagnóstico, e executar tratamentos, operações, anestesias, transfusões de sangue, ou outras condutas médicas que venham de encontro às necessidades clínico-cirúrgicas do caso, bem como comprometendo-se a respeitar as instruções que lhe forem fornecidas, inclusive quanto a imprevistos oriundos da eventualidade ou da não observância das orientações médicas.
Estou ciente das complicações inerentes ao ato cirúrgico abaixo.

1) _____

2) _____

3) _____

Responsável: LUCINALDO BARROS SANTOS
Endereço: R MARIA MOARES, 45 Bairro LAGOA DE ROCA, CAMPINA GRANDE-PB
Telefone: 986707243

CAMPINA GRANDE , 09 de Janeiro de 2019

FRANCIANE ARAUJO PEREIRA
Responsável pelo Atendimento

LUCINALDO BARROS SANTOS
Responsável pelo Paciente

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

DIAGNÓSTICO

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Lucivaldo	Alojamento:	Leito		Convênio	

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
08/01	1.Dieta livre		
	2.SRL 1500ml EV/24h		
	3.Dipirona 02ML+ AD EV 06/06h	12 18 24 06	
	4. Tiatil 20mg + AD EV 12/12h	12 24	
	5. Omeprazol 40mg EV/jejum	06	
	6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN		
	7.Nausedron 01 FA + AD EV 8/8h SN		
	8. Clexane 40mg SC/dia		
	9.SSVV + CCGG		

Dr. Wagner Falcão
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 8643

Dr. Wagner Falcão
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 8643

12/01/19

Centro Hospitalar João XXIII (SAS)

MATERIAL DESCARTÁVEIS POSTO 100

PACIENTE Jovina M. B. Fontes Santos	CONVÊNIO Part.		APTO 103
MATERIAIS	**MANHÃ**	**TARDE**	**NOITE**	**AUDITOR**
Frasco para dienta				
Agulha de Insulina				
Agulha desc.p/glicemia				
Algodão Ortopédico				
Bolsa de colostomia				
Bureta (microfix)				
Cateter nasal				
Coletor de urina (sist. Fechado)				
Coletor de urina (para incont. Masculina)				
Equipo de Macrogotas				
Equipo de Microgotas				
Equipo de PVC (prvenofix)				
Equipo Fotossensível (branco/Laranja)				
Esparadrapo 30 cm	02			
Faixa Crepon (10cm)				
Faixa Crepon (15cm) 30 cm	01			
Tira p/glicemia Advantage II				
Gaze (pacote)	06			
Intracath				
Jelco (angiocath)				
Luva estéril				
Luva Procedimento	02			
Micropore				
Scalp 19,021 e 23				
Seringa descartável (3ml)				
Seringa descartável (5ml)				
Seringa descartável (10 ml)				
Seringa descartável (20 ml)				
Seringa de Insulina				
Sonda Enteral				
Sonda Foley				
Sonda nasogástica				
Sonda Retal				
Sonda uretral				
Torneira de 3 vias				
Água oxigenada (curativo/lavagem)				
Vaselina				
Soro fisiológico (para curativo) 100 ml	01			
Xilocaina Gel (p/sonda)				
Xilocaina (p/sonda p/ passar cateter)				
Tubo endotraqual nº				
Fio de Sutura nº				
Fio para tubo				
Faixa p/tubo				
outros				

Centro Hospitalar João XXIII (SAS)
Sistema de Assistência Social e de Saúde

NOTA DE SALA RJ7154

Paciente: Lucimaldo Barros Santos
Leito: 103-1 Convênio: Particular Idade: 32 Registro 38088
Cirurgia: Ostomia de transição Anestesia: Raqui
Cirurgião: Dr. João Felipe Guedes Anestesista: Dr. Tavares
Instrumentador(a): Andre

Data 11-01-19 Início 16:30h Término 19:20h

QTD	MED. ANESTESICAS	QTD	MEDICAÇÕES		
	ALPENTANILA 5ML #		NEOSTIGMINA 5MG/ML		SONDA FOLEY 3V Nº
	ATRACURIO 10MG 2,5ML #		NITROGLICERINA 25MG		SONDA NASOGASTRICA LONGA Nº
01	BUPIVACAINA+GLICOSE 0,5% PESADA 4ML		OMEPRAZOL 40MG		SONDA URETRAL Nº
	CETAMINA 50MG 10ML #	01	ONDANSETRONA 4MG 2ML		TORNEIRINHA TRÊS VIAS
	CISATRACURIO 10MG 5ML		PROTAMINA 1000UI/ML 5ML	QTD	FIOS
	CLONIDINA 150MCG/1ML		RANITIDINA 50MG/ML 2ML		ACIPLEX S W4810050X4
	ETOMIDATO 2MG 10ML #		SOLUÇÃO CARDIOPLÉGICA 10ML		CERA P/OSSO WAXB1025B
01	FENTANILA 50MCG 2ML #		SULFATO DE MAGNÉSIO 10%10ML		ETHIBOND 0 PEV05A45
	FENTANILA 50MCG 10ML #		SUXAMETONIO 100MG 5ML		ETHIBOND 2-0 PEV202MR22T
	FENTANILA+DROPERIDOL 2ML(NILFERIDOL) #	02	TENOXICAM 20MG		ETHIBOND 2-0 C/AG. 2,0 PEV202MR20
04	MIDAZOLAM 15MG 3ML #		TROMETAMOL 30MG/ML		ETHIBOND 5-0 C/AG4,7 PEV54NTC480
	MIDAZOLAM 50MG 10ML #	200	CLORHEXIDINA ALCOÓLICA		LIGA CLIP 100(1201)
01	MORFINA 1MG 2ML #	300	CLORHEXIDINA DEGERMANTE 4%		LIGA CLIP 200(2200)
	MORFINA 0,2MG 1ML #	QTD	MATERIAL		MONONYLON 3-0 C/AG 3,0 NL30CT30S3
	NALOXONA 0,4MG 1ML #	02	AGULHA DESC.13X4,5	03	MONONYLON 3-0 C/AG 2,4 NL30CT24S3 2-0
	PANCURONIO 2MG 2ML #		AGULHA DESC.25X7,0		MONONYLON 4-0 NL40CT30S3
	PROPOVAN 1% 20ML #	02	AGULHA DESC.40X12		POLYCOT 0 C/AG. 3,0 AA0CR30G
	ROCURONIO 10MG 5ML #		AGULHA PERIDURAL Nº		POLYCOT 1 AA05A45
	SEVOFLURANO 100% 250ML #		AGULHA RAQUE Nº		POLYCOT 2-0 AA20CR30G
	TRAMADOL 100MG 2ML #	03	ATADURA DE CREPOM Nº15		POLYCOT 3-0 S/AG. AA30SA45
	TRAMADOL 50MG 1ML #		ATADURA GESSADA Nº		POLYCOT 3-0 C/AG.3,0 AA30CR30G
QTD	MEDICAÇÕES		BOLSA COLOSTOMIA 30MM		PROLENE 4-0 PL402MR22AP
	ACIDO TRANEXAMICO 250MG 5ML		BORRACHA SILICONE Nº204 MT		PROLENE 5-0 PL502MR17AP
	AMINOFILINA 24MG/ML 10ML	01	CATETER P/02		PROLENE 7-0 PL702CR10AP
03	AGUA DESTILADA 10ML		CATETER PERIDURAL Nº		PROLENE 8-0 SE6680/2-45H
	ATROPINA 0,25MG/ML 1ML	02	CAMPO OPERATORIO GRANDE UND.		VICRYL 0 C/AG.4,0 G4091-75H
	BICARBONATO DE SODIO 8,4% 10ML	04	COMPRESSA DE GAZE ENV.C/10UNDS		VICRYL 2-0 PGLA20MB48ER
	ESMOLOL 10MG/10ML		COLETOR DE URINA SISTEMA FECHADO		VICRYL 3-0 C/AG.1,9 PB19303-BH
02	CEFAZOLINA 1GR		DRENO Nº		VICRYL 3-0 C/AG.2,5 ABS30MR26G
	CEFALOTINA 1GR	05	ELETRODO DESCARTÁVEL		
	CEFTRIAXONA 1GR		EQUIPO MACRO GOTAS C/INJETOR		
	CLORETO DE CÁLCIO 10%10ML		EQUIPO MICRO GOTAS C/INJETOR		SOROS
	CLORETO DE POTASSIO 19,1% 10ML		EQUIPO P/ARTROSCOPIA 4VIAS		SF 100ML / SF 250ML / SF 500ML
	CLORIDRATO DE PAPAVERINA 100MG 2ML		ESPARADRAPO		SG100ML / SG 250ML / SG 500ML
	CETOPROFENO 100MG IV		FILTRO P/RESPIRADOR C/TRAQUÉIA		SORO RINGER C/LACTATO 500ML
01	DEXAMETASONA 4MG/ML 2,5ML		FITA MICROPORE		ORTESE E PROTESE
02	DIPIRONA SODICA 2ML 500MG/ML		GELCO Nº		
	DIMENID+PIRIDOX+GLICOSE+FRUT B6 EV DL		INTRACATH ADULTO Nº		
	EFEDRINA 50MG 1ML		LAMINA DE BISTURI Nº11		
	ESCOPOLAMINA SIMPLES 20MG 1ML		LAMINA DE BISTURI Nº15		
	ESCOPOLAMINA+DIPIRONA 5ML	01	LAMINA DE BISTURI Nº23		
	EPINEFRINA 1MG/ML 1ML	03	LUVA DE PROCEDIMENTO TAM M par		
	FITOMONEDIONA 10MG/1ML EV	01	LUVA ESTERIL Nº6,5		
	FUROSEMIDA 20MG 2ML		LUVA ESTERIL Nº7,0		
	GENTAMICINA 80MG 2ML	02	LUVA ESTERIL Nº7,5		
	GLICOSE 50% 10ML	02	LUVA ESTERIL Nº8,0		EQUIPAMENTOS
	HEPARINA 5000UI 5ML		LUVA ESTERIL Nº8,5		( ) Oxímetro pulso ( ) Foco Auxiliar
	HIDROCORTISONA 100MG		SERINGA DESC.C/AG.1ML		( ) Serra ( ) Eletrocautório
	HIDROCORTISONA 500MG		SERINGA DESC.C/AG.3ML		( ) Desfibilador ( ) Oxicapnógafico
	HISOCEL SOL.DE GELATINA 3,5% 500ML	03	SERINGA DESC.C/AG.5ML		( ) Foco Cirúrgical ( ) Cardiomonitor
	LEVOBUPIVACAINA 0,5% C/VASO	03	SERINGA DESC.C/AG.10ML		( ) Fonte de Luz ( ) Perfurador Elétrico
	LEVOBUPIVACAINA 0,5% S/VASO		SERINGA DESC.C/AG.20ML	02	Tempo de Oxigênio: 2L p/min
	LIDOCAINA COM VASO 2% 20ML		SERINGA DESC. 60ML BICO LONGO		
	LIDOCAINA SEM VASO 2% 20ML		SONDA ENDOTRAQUEAL C/NL Nº		
	METRONIDAZOL 500MG 0,5%		SONDA FOLEY 2V Nº		Joelma B. S. Lima
	METOCLOPRAMIDA 10MG 2ML		Alojado p.cm		Circulante de Sala COREN-PB
					Joelma

Centro Hospitalar João XXIII SAS
Sistema de Assistência Social e de Saúde

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME DO PACIENTE:

QURTO/LEITO	**DATA ADMISS.:**	**CONVÊNIO**	**PRONTUÁRIO:**

DATA	HORAS	PA(mmHg)	T C	R(irp)	P(bpm)	SPO2	DIETA	DIURESE	FEZES	HGT	V.INSULINA	DRENO	ASS.TEC ENFERM+COREN
09/01	17h	120x80	—	20	64	99%	Zero	+					
09-01	22H	120x80	36	20	72	97%	Liberada VO						Vanda [illegible]
10.01	0800	120x80	36²	20	80								
10.01	22:00	120x80			60	100%							[illegible]
11/01	08hs	120x80	36,2	20	58	97%	+	+	+				Nayara - 1205145
11/01	14 hs	120x80	36,6	20	76	97%	jejum	+	+				Patricia Danielle
11-01	22h	120x80	36	20	76		Liberado						Vanda [illegible]
12/01	16hs	120x80					VO						

CONTROLTE DE OXIGÊNIO

CONTÍNUO ( )				CONTÍNUO ( )				CONTÍNUO ( )				CONTÍNUO ( )			
\	DATA	HORAS	LTS	\	DATA	HORAS	LTS	\	DATA	HORAS	LTS	\	DATA	HORAS	LTS
LIGADO				LIGADO				LIGADO				LIGADO			
DESLIG:				DESLIG:				DESLIG:				DESLIG:			
\	DATA	HORAS	LTS	\	DATA	HORAS	LTS	\	DATA	HORAS	LTS	\	DATA	HORAS	LTS
LIGADO				LIGADO				LIGADO				LIGADO			
DESLIG:				DESLIG:				DESLIG:				DESLIG:			
\	DATA	HORAS	LTS	\	DATA	HORAS	LTS	\	DATA	HORAS	LTS	\	DATA	HORAS	LTS
LIGADO				LIGADO				LIGADO				LIGADO			
DESLIG:				DESLIG:				DESLIG:				DESLIG:			

DATA:	HORAS:	EVOLUÇÃO (ASS. DO TÉC. DE ENFERMAGEM + CARIMBO
		Paciente admitido para mb sueltos - rea limpeza (Perna direita) Alecia Alencar
08.01	20:00	Paciente pós cirurgia [illegible] Dr. Felipe [illegible] Liberado bom [illegible] - [illegible] a [illegible] [illegible] Copa [illegible]
10.01	08:00	Pcr. Evolui consciente orientado, eupneico, afebril em dieta livre, [illegible] provável [illegible] hoje a noite, segue em Prescrição + [illegible] cuidados da enfermagem.
10.01.19	22:00	Paciente [illegible] (Cirurgia [illegible] (Ortopedia) [illegible] (11.01.19) [illegible] segue [illegible] cuidados da [illegible]
11/01	08h	Paciente evolui consciente e orientado, SSVV alterados, eupneico, normotenso, afebril, aceita dieta via segunda ordem, eliminações presentes, aguarda cirurgia ortopédica em [illegible] e segue aos cuidados da enfermagem. Navara - COREN
11/01	19h	Paciente evolui consciente e orientado normotenso, afebril, segue em hemodiálise em jejum desde ontem às 23:00 hs no pré-operatório, segue sem queixas até o momento, aceitando SSVV, [illegible] e segue aos cuidados de Enfermagem.
11.01	22h	Paciente [illegible] pós cirurgia de Fratura de Tornozelo [illegible] [illegible] consciente orientado, [illegible] [illegible] Vanderlei [illegible] C.H. [illegible]

FICHA DE ANESTESIA

ANESTESIOLOGISTA: Damião Silveira G. Neto
CPF [ ] CRM 6536
ANESTESIOLOGISTA AUXILIAR:
CPF [ ] CRM [ ]

HOSPITAL: João XXIII
DATA: 11/01/19
CONVÊNIO: Particular
NÚMERO DA CARTEIRA
GUIA DE INTERNAÇÃO:
SENHA:

PACIENTE: Leonardo Barros Santos
IDADE: 32 SEXO: MAS [ ] FEM. [ ] APTO [ ] ENF. [ ] UTI [ ]
IMC: ___ PESO: ___ ALTURA: ___ ASA: E-I-II-III-IV-V-VI
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura de tornozelo E

INÍCIO: 18:30 TÉRMINO: 19:20
HORÁRIO ESPECIAL: SIM [ ] NÃO [ ]

CIRURGIÃO: Dr. Felipe Gaudi 1º AUX.: 2º AUX.:

CÓDIGOS	PROCEDIMENTOS	VIA%
1		
2	Osteossíntese de tornozelo	
3		
4		
5		
6		
7		
8		

HORA:

AG. INAL.: O2 2L/m

LÍQUIDOS

S. Glicosado 5%:
S. Fisiológico 0,9%: [x]
Ringer Lactato:
Conc. de Hemácias:
TOTAL =

230 220 210 200 190 180 170 160 150 140 130 120 110 100 90 80 70 60 50 40 30 20 10 0

ECG = RS

OXIMETRIA: 100 - 100 - 100
CAPNOGRAFIA
DIURESE: 1ª HORA = 2ª HORA = 3ª HORA = 4ª HORA = T =

MONITORIZAÇÃO: [ ] PAM [x] PANI [x] ECG [ ] PVC [ ] TNM [ ] Esteto. Esofágico [ ] Esteto. Precordial [ ] BIS [ ] AN. Gases [x] SpO2 [ ] [ ]

DROGAS UTILIZADAS

1 - Midazolam 6mg	9 - Propofol 2g	17 - Neurocalm 4mg	25 -
2 -	10 -	18 -	26 -
3 - Fentanil 60mcg	11 - Tylatil 40mcg	19 -	27 -
4 -	12 -	20 -	28 -
5 - Dexmed 80mcg	13 - Tracrium 10mcg	21 -	29 -
6 -	14 -	22 -	30 -
7 - Nacrim p 18mg	15 - Tracrium 2g	23 -	31 -
8 -	16 -	24 -	32 -

Transferido para: [x] RPA [ ] UTI [ ] APTO. [ ] ENF. [ ] ___

INDUÇÃO: [ ] Endovenosa [ ] Inalatória
INTUBAÇÃO: [ ] Orotraqueal [ ] Nasotraqueal Nº.: ___
[ ] M. LARÍNGEA Nº.: ___
SISTEMA: [ ] Aberto [ ] Fechado [ ] C/ Absorção

BLOQUEIOS: [x] Raquianestesia [ ] Peridural [ ] Simples [ ] Contínua [ ] Caudal
Agulha Nº 25 Local de Punção ___
Nível da Anestesia ___

Técnica/ Observações:

Dr. Damião Silveira G. Neto
Anestesiologista
CRM 6536

Centro Hospitalar João XXIII (SAS)
Sistema de Assistência Social e de Saúde

EVOLUÇÃO MÉDICA

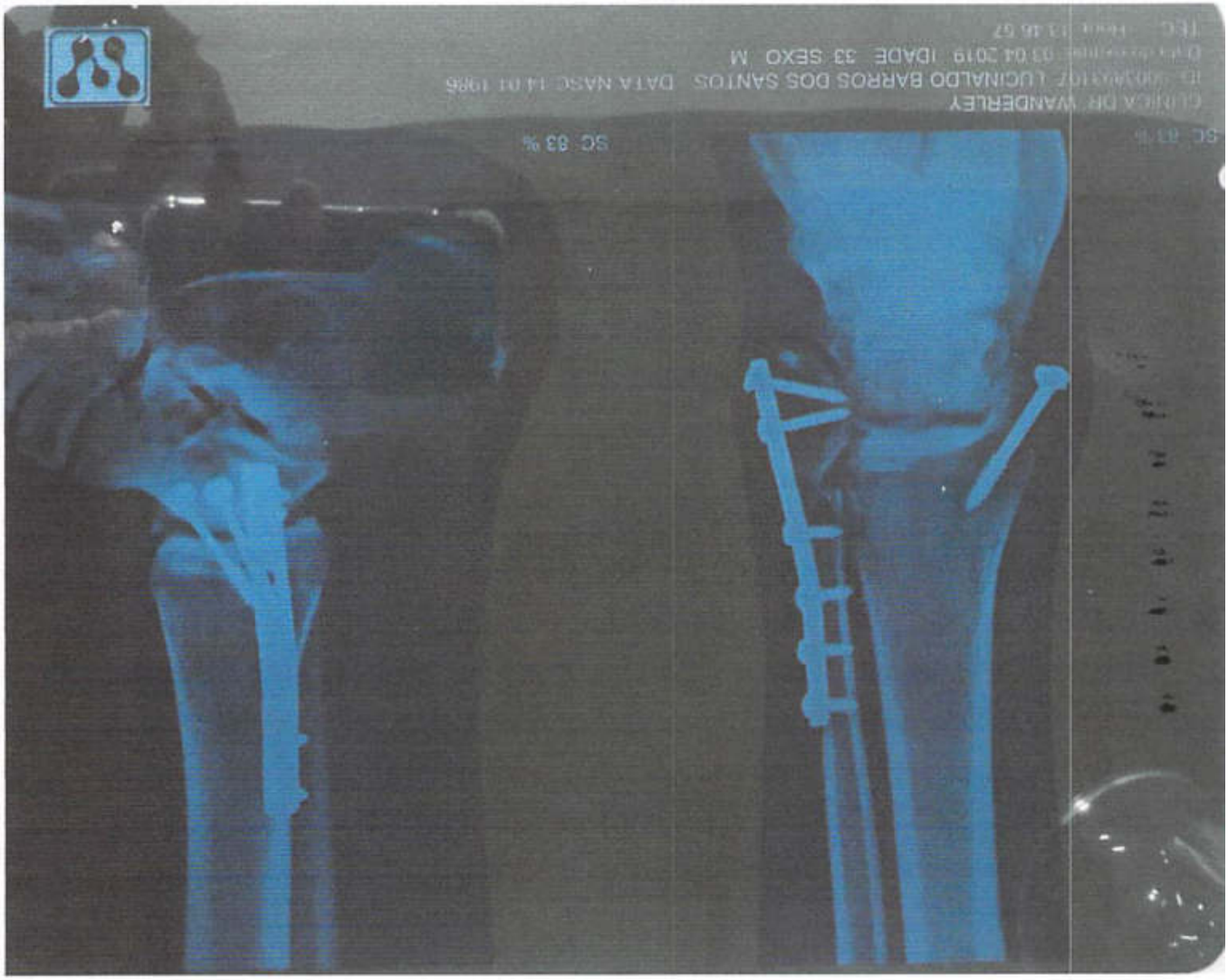
NOME DO PACIENTE	
QUARTO/LEITO	DATA DE ADMISSÃO
CONVÊNIO	PRONTUÁRIO

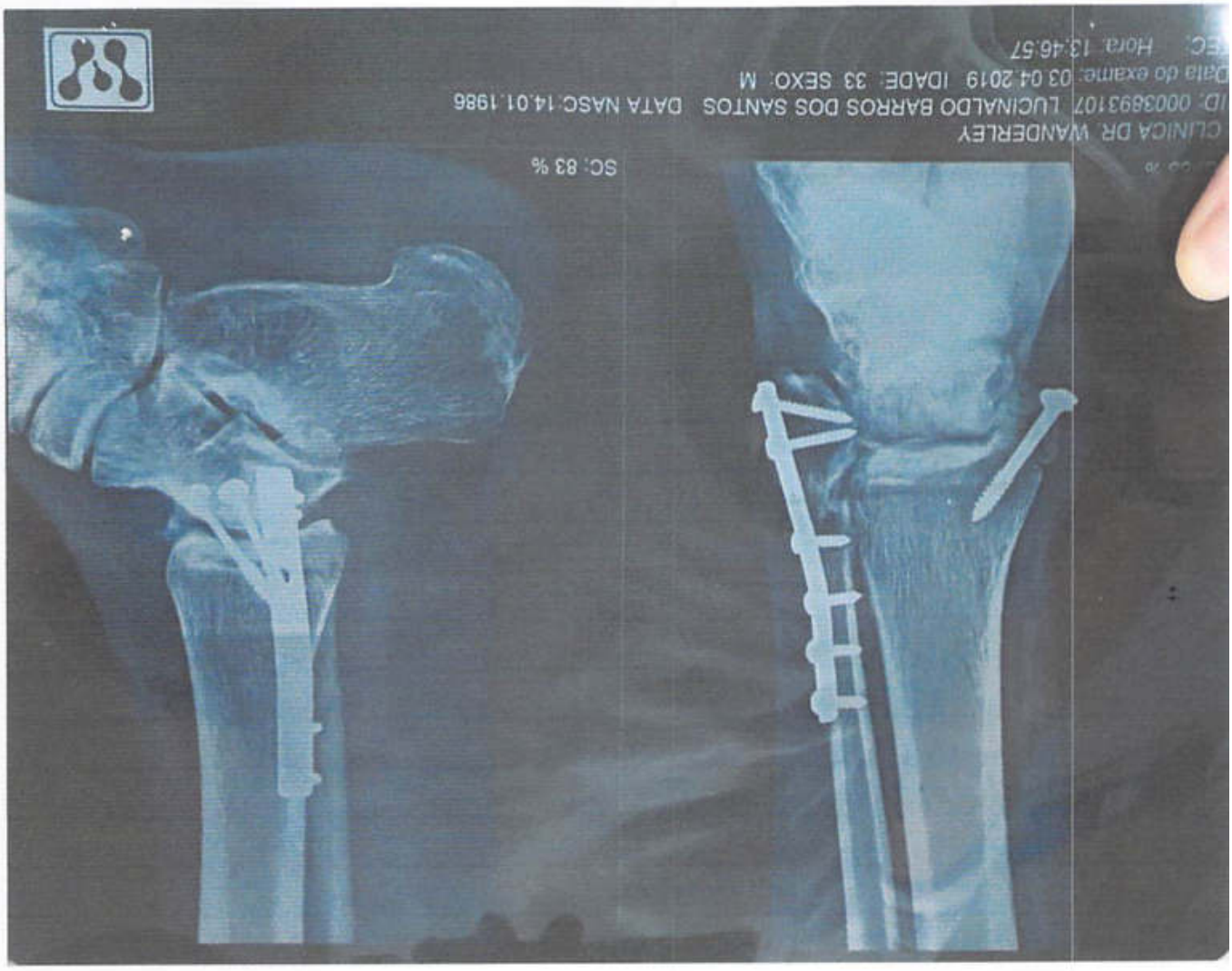
DATA	EVOLUÇÃO
10/01/19	Dr. Jorge A
	Pte admitido para tratamento cirúrgico
	de fraturas do tornozelo. Sem queixas.
	Cir. VPM
	Dr. Felipe Cu[illegible] Ortopedia e Traumatologia CRM-PE [illegible]
12/01/19	PO.
	Pte, evolui sem queixas nas últimas 24h
	Lf. [illegible] de bom aspecto
	NV mantido em MSE
	Cir: Alta Hospitalar
	Fisio motora
	Alta ortopedia + [illegible]
	Analgesia [illegible]
	Dr. Felipe [illegible] Ortopedia e Traumatologia CRM-PE [illegible]

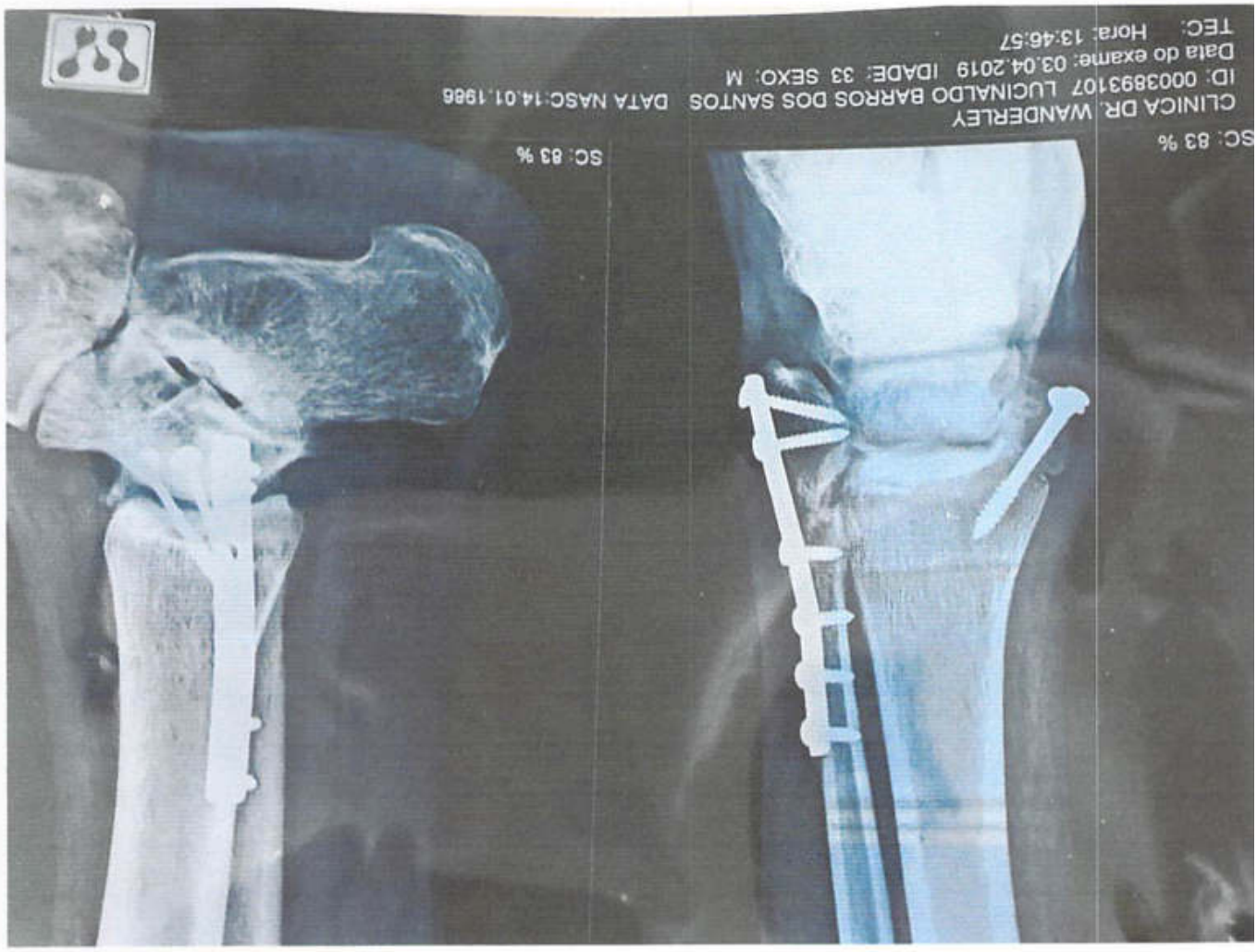
Centro Hospitalar João XXIII (SAS)

MATERIAL DESCARTÁVEIS POSTO 100 10-01-19

PACIENTE: Guilherme Ramos Santos	CONVÊNIO			APTO
MATERIAIS	**MANHÃ**	**TARDE**	**NOITE**	**AUDITOR**
Frasco para dieta				
Agulha de Insulina				
Agulha desc.p/glicemia				
Algodão Ortopédico				
Bolsa de colostomia				
Bureta (microfix)				
Cateter nasal				
Coletor de urina (sist. Fechado)				
Coletor de urina (para incont. Masculina)				
Equipo de Macrogotas				
Equipo de Microgotas				
Equipo de PVC (prvenofix)				
Equipo Fotossensivel (branco/Laranja)				
Esparadrapo				
Faixa Crepon (10cm)				
Faixa Crepon (15cm)				
Tira p/glicemia Advantage II				
Gaze (pacote)				
Intracath				
Jelco (angiocath)				
Luva estéril				
Luva Procedimento	02	03		
Micropore				
Scalp 19,021 e 23				
Seringa descartável (3ml)				
Seringa descartável (5ml)				
Seringa descartável (10 ml)				
Seringa descartável (20 ml)				
Seringa de insulina				
Sonda Enteral				
Sonda Foley				
Sonda nasogástica				
Sonda Retal				
Sonda uretral				
Torneira de 3 vias				
Água oxigenada (curativo/lavagem)				
Vaselina				
Soro fisiológico (para curativo)				
Xilocaina Gel (p/sonda)				
Xilocaina (p/sonda p/ passar cateter)				
Tubo endotraqual nº				
Fio de Sutura nº				
Fio para tubo				
Faixa p/tubo				
outros				







Centro Hospitalar João XXIII
Sistema de Assistência Social e de Saúde
SAS

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

	NOME: Lucimid. Bano. Santos LEITO: 103
08.01.19 17:00	Pac. [illegible] cirurgia (ortopedia), encontra-se [illegible] consciente, [illegible] dos de enfermagem. Germana Paiva COREN: 119390.
09/01/19	Paciente em EGE, consciente, orientado, eupneico, foi liberado dieta diabético a noite, pos ordem fornecida, o mesmo fica em jejum pela manhã para realizar procedimento cirurgico. Morgleyde Alves ENFERMEIRA COREN 375.656
10.01.19	Paciente aguarda procedimento cirurgico em HTE. Consciente, orientado. Diurese e fezes presentes e espontâneas. AVP em MSE. Sem queixas, aos cuidados de enfermagem. Dieta (almoço) foi liberada por ordem médica, provável cirurgia hoje à noite, aguarda resposta médica. Renaly Maia Brasileiro COREN-PB 544.646-ENF
10.01.19 14hs.	Pac. c/ EGE regular, aguardando realizar cirurgia (ortopedia) HTE, segue consciente, orientado, afebril, eupneico, normotenso, o mesmo encontra-se em jejum após almoço, segue sob os cuidados de enfermagem. Germana Paiva COREN: 119390.
15hs.	Pac. c/ dieta liberada pela anestesista, irá realizar a cirurgia amanhã (11.01) pela manhã, jejum após às 22hs. Germana Paiva COREN: 119390.
11.01.19	Paciente aguarda procedimento cirurgico, consciente, orientado, eupneico, afebril. Em jejum desde as 22hs. Eliminações vesicais e fisiológicas presentes e espontâneas. Com AVP em MSE. Sem queixas, aos cuidados da equipe de enfermagem. Renaly Maia Brasileiro COREN-PB 544.646-ENF

11/01/18

Centro Hospitalar João XXIII — SAS — 11-01

MATERIAL DESCARTÁVEIS POSTO 100

PACIENTE Lucinaldo Barros Santos		CONVÊNIO Part.		APTO 103
MATERIAIS	**MANHÃ**	**TARDE**	**NOITE**	**AUDITOR**
Frasco para dienta				
Agulha de Insulina				
Agulha desc.p/glicemia				
Algodão Ortopédico				
Bolsa de colostomia				
Bureta (microfix)				
Cateter nasal				
Coletor de urina (sist. Fechado)				
Coletor de urina (para incont. Masculina)				
Equipo de Macrogotas				
Equipo de Microgotas				
Equipo de PVC (prvenofix)				
Equipo Fotossensivel (branco/Laranja)				
Esparadrapo				
Faixa Crepon (10cm)				
Faixa Crepon (15cm)				
Tira p/glicemia Advantage II				
Gaze (pacote)				
Intracath				
Jelco (angiocath)				
Luva estéril				
Luva Procedimento	01	03		
Micropore				
Scalp 19,021 e 23				
Seringa descartável (3ml)				
Seringa descartável (5ml)				
Seringa descartável (10 ml)				
Seringa descartável (20 ml)				
Seringa de Insulina				
Sonda Enteral				
Sonda Foley				
Sonda nasogástica				
Sonda Retal				
Sonda uretral				
Torneira de 3 vias				
Água oxigenada (curativo/lavagem)				
Vaselina				
Soro fisiológico (para curativo)				
Xilocaina Gel (p/sonda)				
Xilocaina (p/sonda p/ passar cateter)				
Tubo endotraqual nº				
Fio de Sutura nº				
Fio para tubo				
Faixa p/tubo				
outros				

Centro Hospitalar João XXIII
Sistema de Assistência Social e da Saúde
SAS

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

	NOME: Lucinaldo Ramos Santos LEITO: 103
11.01.19 14:20	Pac. encontra-se em ffm p/ realizar cirurgia (ortopedia), consciente, orientado, afebril, eupneico, normotenso, alerta sob os cuidados de enfermagem. — Germana Rocha COREN: 119390
11.01.19	Paciente evoluindo em estado geral regular, orientado, [illegible] VOI em TNZ sem queixas e segue com cuidados de enfermagem. — Severina Raquel A. da Silva Ferreira COREN-PB 391273-ENF

Centro Hospitalar João XXIII (SAS) 09-12-20

MATERIAL DESCARTÁVEIS POSTO 100

PACIENTE		CONVÊNIO		APTO
MATERIAIS	MANHÃ	TARDE	NOITE	AUDITOR
Frasco para dienta				
Agulha de Insulina				
Agulha desc.p/glicemia				
Algodão Ortopédico				
Bolsa de colostomia				
Bureta (microfix)				
Cateter nasal				
Coletor de urina (sist. Fechado)				
Coletor de urina (para incont. Masculina)				
Equipo de Macrogotas				
Equipo de Microgotas				
Equipo de PVC (prvenofix)				
Equipo Fotossensivel (branco/Laranja)				
Esparadrapo				
Faixa Crepon (10cm)				
Faixa Crepon (15cm)				
Tira p/glicemia Advantage II				
Gaze (pacote)				
Intracath				
Jelco (angiocath)				
Luva estéril				
Luva Procedimento				
Micropore				
Scalp 19,021 e 23				
Seringa descartável (3ml)				
Seringa descartável (5ml)				
Seringa descartável (10 ml)				
Seringa descartável (20 ml)				
Seringa de Insulina				
Sonda Enteral				
Sonda Foley				
Sonda nasogástica				
Sonda Retal				
Sonda uretral				
Torneira de 3 vias				
Água oxigenada (curativo/lavagem)				
Vaselina				
Soro fisiológico (para curativo)				
Xilocaina Gel (p/sonda)				
Xilocaina (p/sonda p/ passar cateter)				
Tubo endotraqual nº				
Fio de Sutura nº				
Fio para tubo				
Faixa p/tubo				
outros				

Centro Hospitalar João XXIII

Sistema de Assistência Social e de Saúde

SAS

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

PACIENTE: Leonaldo Barros	CONVÊNIO: Particular	AP/ENF:	LEITO:
DATA: 11.01.19	CIRURGIÃO: Dr Felipe Gadu		
1º AUXILIAR:	2º AUXILIAR:		
3º AUXILIAR:	INSTRUMENTADOR: Ancelí		
ANESTESISTA: Dra. Damiana	TIPO DE ANESTESIA: Raqui + sedação		

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura de Tornozelo

TIPO DE CIRURGIA: Osteossíntese de MIE

USO DO OPME: sim

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRICO: O mesmo

ACIDENTE CIRÚRGICO: não

RELATÓRIO DE PATOLOGIA: —

EXAME RADIOLÓGICO NO ATO: sim

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

DESCRIÇÃO OPME

DESCRIÇÃO DOS ITENS UTILIZADOS E AS RESPECTIVAS QUANTIDADES

1) Kit anestesia raqui + sob sedação
2) Anestesia tópica local
3) Incisão lateral p/ acesso ao tornozelo
4) Drenagem por planos + redução de fratura cominutiva + fixação com placas e parafusos
5) Incisão medial + redução de fratura + fixação com
6) Raspa em JKOPX
7) Limpeza + curativo

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 29/10/2020 11:25:34
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102911253332100000034442089
Número do documento: 20102911253332100000034442089

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.965.786 -2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 10/10/2017

NOME LUCINALDO BARROS DOS SANTOS

FILIAÇÃO ADAUTO JOSÉ DOS SANTOS
MARIA DE BARROS SANTOS

NATURALIDADE
OLIVEDOS-PB

DATA DE NASCIMENTO
14/01/1986

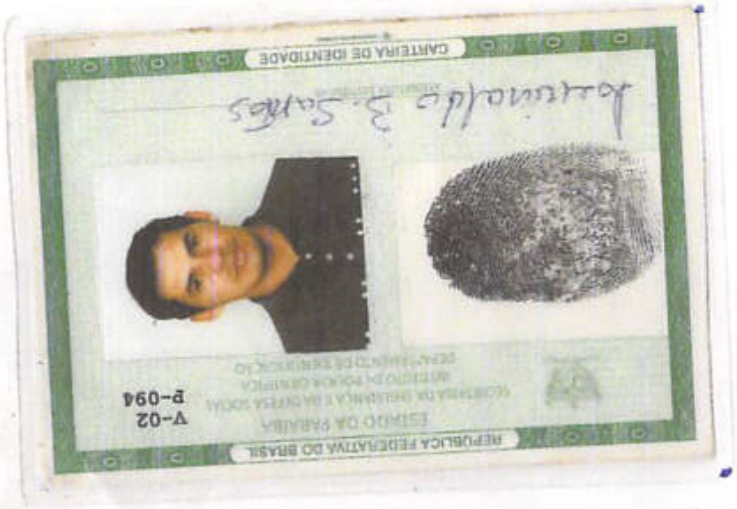
DOC ORIGEM
NASC.N.1792 FLS.52/V LIV.A/3
CARTORIO OLIVEDOS-PB

CPF
108.411.184-50

O +

Marcus A. S. Lacet Jr.
Chefe do Núcleo de
Mat. Civ. e Cidadania

29/08/20

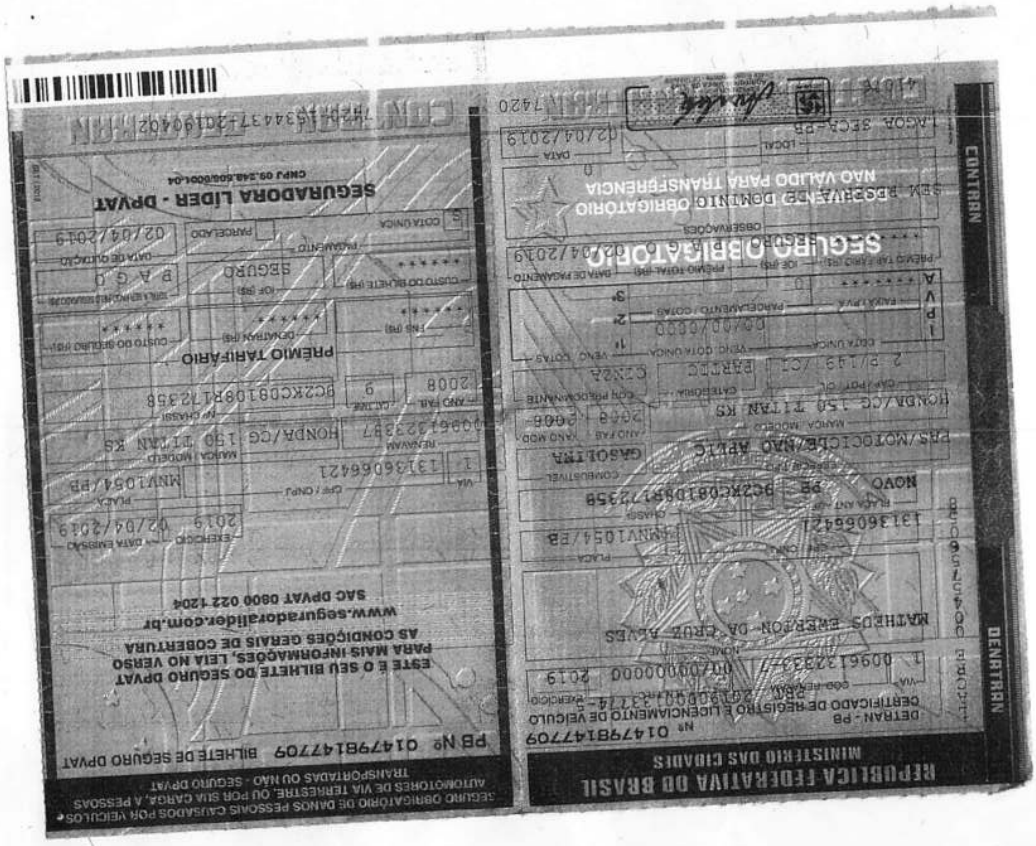


CARTEIRA DE IDENTIDADE

Lucinaldo B. Santos

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DA POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

V-02
P-094



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200151890 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: LUCINALDO BARROS DOS SANTOS **Data do acidente:** 07/01/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA BIMALEOLAR DO TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO 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 DO TORNOZELO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0118243/20

Vítima: LUCINALDO BARROS DOS SANTOS

Data do acidente: 07/01/2019

CPF: 108.411.184-50

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LUCINALDO BARROS DOS SANTOS

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

LUCINALDO BARROS DOS SANTOS : 108.411.184-50

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 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	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da apresentação: 20/04/2020 Nome: LUCINALDO BARROS DOS SANTOS CPF: 108.411.184-50	Data do cadastramento: 20/04/2020 Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA CPF: 614.058.096-04
LUCINALDO BARROS DOS SANTOS	SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA