

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180403071 **Cidade:** Riachão do Poço **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CARLA INACIO DA SILVA **Data do acidente:** 17/03/2018 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DISTAL DO FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM 2 ABORDAGENS (FIXADOR EXTERNO, PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE O MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:
Observações:

DANOS

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

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: KARLA SUELY MALHAES DE SOUZA

CRM: 5252099-1

UF do CRM: RJ

Assinatura:

Karla Souza

Rio de Janeiro, 04 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **CLEONICE SEVERINA DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180403071**

Vitima: **CARLA INACIO DA SILVA**

Data do Acidente: **17/03/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180403071**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13327505



Rio de Janeiro, 04 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: CLEONICE SEVERINA DA SILVA

Nº Sinistro: 3180403071

Vitima: CARLA INACIO DA SILVA

Data do Acidente: 17/03/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180403071**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Boletim de ocorrência não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





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

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

706 858 454 - 35

Nome completo da vítima

CARLA INÁCIO DA SILVA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo CLEONICE SEVERINA DA SILVA		CPF titular da conta 874 323 744 - 49	Profissão AGRICULTORA
Endereço SÍTIO PRIMAVERA		Número SN	Complemento
Bairro ÁREA RURAL	Cidade RIACHÃO DO POÇO	Estado PB	CEP 58348-000
Email cleonice@meuemail.com			Telefone (DDD) (83) 99369-8095

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

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

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. 0922 DV 489 22 DV 5
 (Informar dígito se existir)

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

BANCO Nome NRO.

AGÊNCIA NRO. DV CONTA NRO. DV
 (Informar dígito se existir)

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

SAPÊ-PB, 09 de AGOSTO de 2018

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



603689 0010 70213 4172

CLEONICE SEVERINA DA SILVA

VALID
THRU 10/24

0922 013 00048922-5

mastercard



NA PUREZA: ACIDENTE DE TRÂNSITO

Certidão nº 1299/2018

Aos (16) dezesseis dias do dia do mês de julho, do ano de dois mil e dezoito, nesta cidade de Sapé/PB, e na Delegacia de Polícia Civil, onde presente se encontrava a Autoridade Policial, **Dr. FREDERICO CLAUDIO DE MÉLO MAGALHÃES**, comigo Escrivão, do seu cargo, no final declarado e assinado, às 11h:15min, compareceu **CLEONICE SEVERINA DA SILVA**, brasileira, união: estável, com 44 anos de idade, nascida aos 28/11/1973. Alfabetizada, funcionária publica filha de Clovis Inácio da Silva e de Cleonice Severina da Silva, residente no Sítio Primavera, perto do campo de Futebol de João de tinner, zona rural de Riachão do Poço/PB. A QUAL FEZ O SEGUINTE REGISTRO: QUE, é mãe da adolescente **CARLA INÁCIO DA SILVA**, brasileira, solteira, com 14 anos de idade, nascida aos 13/07/2004, CPF de nº 706.858.454-35, filha de Clovis Inácio da Silva e de Cleonice Severina da Silva, residente no Sítio Primavera, zona rural de Riachão do Poço/B. QUE, no dia 17 de maio de 2018, CARLA vinha na garupa de uma moto **HONDA 150 TITAN**, DE COR VERMELHA, PLACA MNM 4432/PB, conduzida pelo namorado da mesma, o jovem **JOSIEL DE FREITAS ALEXANDRE**, e na entrada que dá acesso a cidade Riachão do Poço, na curva da localidade Areia de Sobrado, cidade de Sobrado, **JOSIEL** veio a colidir com outra moto **HONDA 150**, DE COR VERMELHA, DE PLACA MOQ 8130/PB, a qual era conduzida pelo senhor **JOSIVALDO FRANCISCO DA SILVA**; QUE, no acidente faleceram no local **JOSIEL** e **JOSIVALDO**, e sua filha **CARLA** foi socorrida para o Hospital de Trauma, e passou vinte e nove dias; QUE, **CARLA** foi submetida a cirurgia. Era o que havia para Certificar. Ciente o declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 (Falsidade Ideológica) do Código Penal, depois de lido e achado conforme, expeço a presente Certidão. O referido é verdade e dou fé.

Sapé, 16 de julho de 2018.

Notificante: Cleonice Severina da Silva



Feliciano da Silva
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL

Autentico a presente cópia, reprodução fiel do original

apresentado. Em testemunho da verdade:

Sapé-PB 09/08/2018 14:18:15

Maria de Lourdes Castro Gusmão - Escrevente

[2018-006118] EMIL:R\$ 2.37 FAX:R\$ 0.20 FEPJ:R\$ 0.40

SELO DIGITAL: 44407871-MDPA

Confira a autenticidade em <https://selodigital.tiob.vie.br>

Rua: Com. Renato Ribeiro Coutinho, 1740
Paraíba - CEP 58.340-000 Fone: (83) 3283-5949
Severina Lúcia Mallier
Tabela

CARTÓRIO UNICO
Severina Lúcia M. Feliciano Sá
Tabela Substituto
Maria de Lourdes Castro Gusmão
Escrevente
Rua: Com. Renato Ribeiro Coutinho, 1740
Fone: (83) 3283-2341/9313-3133
CEP 58.340-000-Sapé-PB

16-08-2018 14:23 502917 V1
SERVIDORA LIDER DPVOT 092



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL
5ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE SAPÉ
Telefone: (83) 3283-5949

NATUREZA: ACIDENTE DE TRÂNSITO

Certidão de Ocorrência nº 1864/2018

Aos (05) CINCO dias do mês de OUTUBRO (10) do ano de dois mil e dezoito, nesta cidade de Sapé/PB, e na Delegacia de Polícia Civil, onde presente se encontrava a Autoridade Policial, **Dr. FREDERICO CLAUDIO DE MELO MAGALHÃES**, comigo Escrivão, do seu cargo, no final declarado e assinado, às 11h:15min, compareceu **CLEONICE SEVERINA DA SILVA**, brasileira, união estável, com 44 anos de idade, nascida aos 28/11/1973. Alfabetizada, funcionária publica filha de Clovis Inácio da Silva e de Cleonice Severina da Silva, residente no Sítio Primavera, perto do campo de Futebol de João de tinner, zona rural de Riachão do Poço/PB. **A QUAL FEZ O SEGUINTE REGISTRO:** QUE, é mãe da adolescente **CARLA INÁCIO DA SILVA**, brasileira, solteira, com 14 anos de idade, nascida aos 13/07/2004, CPF de nº 706.858.454-35, filha de Clovis Inácio da Silva e de Cleonice Severina da Silva, residente no Sítio Primavera, zona rural de Riachão do Poço/B; QUE, no dia 17 de março de 2018, por volta das 17:40 min, sua filha **CARLA INÁCIO DA SILVA**, transitiva na garupa da MOTO HONDA 150 TITAN ANO e MODELO 2007, DE COR VERMELHA, PLACA MNM 4432/PB, CHASSI: 9C2KC08107R115908 EM NOME DE JOSE CARLOS DE FREITAS, quando na ocasião a Motocicleta em epigrafe era conduzida pelo namorado da mesma, o jovem **JOSIEL DE FREITAS ALEXANDRE**, fato ocorrido na Rodovia PB 073, que liga a cidade de Sobrado/PB e Riachão do Poço/PB, quando em uma na curva nas imediações da localidade Areia de Sobrado, Zona Rural de Sobrado/PB, **JOSIEL** veio a colidir com outra moto HONDA 150, DE COR VERMELHA, DE PLACA MOQ 8130/PB, a qual era conduzida pelo senhor **JOSIVALDO FRANCISCO DA SILVA**; QUE, no acidente faleceram no local **JOSIEL DE FREITAS ALEXANDRE** e **JOSIVALDO FRANCISCO DA SILVA**; Que sua filha menor **CARLA INACIO DA SILVA** foi socorrida pelo SAMU para o Hospital de Emergência e Trauma, na cidade de João Pessoa/PB e passou (29) vinte e nove dias internada; QUE, em virtude do acidente, sua filha **CARLA** sofreu ferimento + hematoma em coxa distal direita, com dor, edema e deformidade em joelho e coxa esquerda, ferimento com sangramento ativo em joelho e pulsos distais presentes, e que resultou na fratura de fêmur esquerdo; Que sua filha **CARLA** passou por tratamento cirúrgico de fratura de fêmur esquerdo, com fixador externo (realizado em 17/03/18), retirada de fixador externo (realizado em 29/03/18), e tratamento cirúrgico de fratura de fêmur esquerdo com fixação (realizado em 06/04/18); Que **CARLA** teve alta hospitalar em 16/04/18. Era o que havia para Certificar. Ciente o declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 (Falsidade Ideológica) do Código Penal, depois de lido e achado conforme, expeço a presente Certidão. O referido é verdade e dou fé.



Feliciano da Silva

Serviço Notarial e Registral

Autentico a presente como: reprodução fiel do original
apresentado. Em testemunho da verdade.

Sapé-PB 09/10/2018 14:51:23

Maria de Lourdes Castro Gusmão - Escrevente

(2018-007453) ENL:R\$ 2,37 FAPEN:R\$ 0,20 FEPJ:R\$ 0,47

SELO DIGITAL: 44F25692-04E6

Confira a autenticidade em <https://selodigital.tibc.us>

Parabéns! Você recebeu o seu documento digitalizado.
Rua Gen. Renato Ribeiro da Silva, 1746 - Centro - Sapé - PB
Parabéns! Você recebeu o seu documento digitalizado.
Sapé - PB, 09/10/2018 14:51:23
Sapé - PB, 09/10/2018 14:51:23

UNICO
Tabela de Valores
de Lavoura - Castro Gusmão
Escrevente

Parabéns! Você recebeu o seu documento digitalizado.
Rua Gen. Renato Ribeiro da Silva, 1746 - Centro - Sapé - PB
Parabéns! Você recebeu o seu documento digitalizado.
Sapé - PB, 09/10/2018 14:51:23
Sapé - PB, 09/10/2018 14:51:23

Parabéns! Você recebeu o seu documento digitalizado.
Rua Gen. Renato Ribeiro da Silva, 1746 - Centro - Sapé - PB
Parabéns! Você recebeu o seu documento digitalizado.
Sapé - PB, 09/10/2018 14:51:23
Sapé - PB, 09/10/2018 14:51:23

Sapé/PB, 05 de Outubro de 2018.

Parabéns! Você recebeu o seu documento digitalizado.
Rua Gen. Renato Ribeiro da Silva, 1746 - Centro - Sapé - PB
Parabéns! Você recebeu o seu documento digitalizado.
Sapé - PB, 09/10/2018 14:51:23
Sapé - PB, 09/10/2018 14:51:23

Notificante:

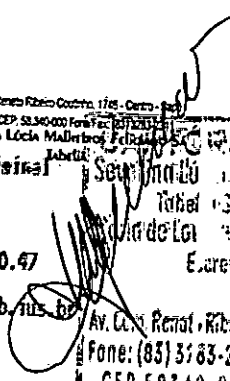
Feliciano Salvina da Silva

Paulo Roberto P. M.

Agente/Escrivão

Mat. 182.021-4

 **Feliciano da Silva**
Serviço Notarial e Registral
Autentico a presente cópia, reunida em fiel do original
apresentado. Em testemunho da verdade.
Sane-PB 09/10/2018 14:51:23
Maria de Lourdes Castro Gusmão - Escrevente
[2018-007454] EML-R\$ 2.37 FAPEN-R\$ 0.28 FEPO-R\$ 0.47
SELO DIGITAL: HP25693-2F8
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tiob.us.br>


Rua Com Raimundo Ribeiro Coutinho, 1740 - Centro - PB
Ponte - CEP 58340-000 Fone: (85) 3183-2341/9313-3163
Servidora Lúcia M. de F. Feliciano da Silva
Selo Único
Sane-PB 09/10/2018 14:51:23
Maria de Lourdes Castro Gusmão - Escrevente
Av. Com Raimundo Ribeiro Coutinho, 1740
Fone: (85) 3183-2341/9313-3163
CEP 58340-000-Supe-PB

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Conla Inacio da Silva, portador da carteira de identidade nº _____ e inscrito no CPF/MF sob o nº 706.858.454-35, residente e domiciliado na Sítio Primavera - Zona Rural, Cidade Rio das Ostras, Estado Pernambuco, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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

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

Alexsandro Selenina da Silva

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

SAFE - PB 09/08/2018

Local e data

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

DISTRITO DE RIACHÃO DO POÇO

Oficial Titular do Registro Civil

Official

R-50 FLG. PAPEL OFF SET 7A GRAMZ ENOM - 2000000000

[illegible]

COD. 8560

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: 22/11/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CLEONICE SEVERINA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00922

CONTA: 000000048922-5

Nr. da Autenticação FA930309A6C7C427

Comprovação de ato declaratório



PREFEITURA MUNICIPAL DE SAPÉ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 DE SAPÉ



PREFEITURA
MUNICIPAL DE SAPÉ
O futuro se faz agora

FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

18:20

Data 14/03/18	ID da Ocorrência 204309	☐ USB ☒ USA	Nº / Equipe 47	Plantão: ☒ Dia ☐ Noite	Hora de Saída da Base 17:56 Hs	Hora de Chegada no Local 18:20 Hs
Paciente / Usuário Paula Soraia da Silva				Idade 13 A	Sexo: ☐ Masc ☒ Fem	Telefone:
Local da Ocorrência: ☐ Sapé ☐ Mari ☐ Sobrado ☒ Riachão ☐ Outro:						
Logradouro PB 048 (Entrada de Riachão)				Bairro	Médico Regulador Gulmar	
Quantidade de vítima(s) no local: ☐ Uma ☐ Duas ☐ Três ☐ Mais de três:						
Apoio no Local: ☐ USB ☐ USA ☐ Resgate / Bombeiros ☐ PM ☐ Resgate PRF ☐ SMTRANS ☐ CPTRAN ☐ Outro:						
QTA: ☐ Socorrido por Terceiros ☐ Socorrido pelos Bombeiros ☐ Evadiu-se do Local ☐ Trote ☐ Outro:						

Documento de identificação do paciente:

RG: ; CPF: ; CNS:

NATUREZA DA OCORRÊNCIA

☐ CLÍNICO ☐ PSIQUIÁTRICO ☐ GINECO-OBSTÉTRICO
☒ TRAUMA

Motivo: Colisão moto x moto

ESCALA DE COMA DE GLASGOW

Abertura ocular	Resposta verbal	Resposta motora
☐ Espontânea ☐ A voz ☐ A dor ☐ Nenhuma	☐ Orientada ☐ Confusa ☐ Palavras inapropriadas ☐ Palavras incompreensíveis ☐ Nenhuma	☐ Obedece comandos ☐ Localiza dor ☐ Movimento de retirada ☐ Flexão anormal ☐ Extensão anormal ☐ Nenhuma
4	5	6
15	10	6

TIPO DE AGRAVO

☐ Acidente de Trânsito	☐ Pediátrico
☐ Agressão Física	☐ Psiquiátrico
☐ Desabamento / soterramento	☐ Caso clínico
☐ Eletrocussão	☐ Quase afogamento/ afogamento
☐ F.A. B	☐ Queda _____ metros
☐ F.A.F (P.A.F)	☐ Queimaduras
☐ Gineco - obstétrico	☐ Outros:
☐ Lesões térmicas	

ANTECEDENTES

☐ AIDS	☐ Doença mental
☐ Alcoolismo	☐ Doença renal
☐ AVE	☐ Drogas
☐ Cirurgias Realizadas	☐ Hipertensão arterial
☐ Convulsão	☐ Internamentos Anteriores
☐ Diabetes	☐ Medicamentos
☐ Doença Cardíaca	☐ Problemas respiratórios
☐ Doença Infecto - contagiosa	☐ Outros

TRANSPORTE SECUNDÁRIO - ORIGEM

Serviço Médico HET 3 HL

Responsável:

MOTIVO DO TRANSPORTE

☐ Apoio Diagnóstico ☐ Serviço de maior complexidade ☐ transferência simples ☐ outro:

TRANSPORTE SECUNDÁRIO - DESTINO

Local:

Responsável:

Função:

Exame clínico (principais sintomas/ queixas)

☐ agitação ☐ alergia ☐ Ausência de pulso (central) ☐ Cianose ☐ Convulsão ☐ Diarreia ☐ Dificuldade respiratória ☐ dor local
☐ febre ☐ Inconsciente/ desmaio ☐ Palidez ☐ Sangramento ☐ Vômito ☐ outros:

1. DADOS VITAIS:

PA. Sistólica 160 PA diastólica 100 Pulso: FC: 148 FR: TEMP: °C Glicemia: 120 SPO₂ 100 Glasgow 15

2. VIA AÉREA

☒ Livre ☐ obstruída parcialmente ☐ Obstruída totalmente ☐ Corpo Estranho ☐ Bronco aspiração ☐ Edema de glote ☐ Obs.:

VENTILAÇÃO

☐ Espontânea ☐ Parada respiratória ☒ Assistida ☐ Ritmo irregular:

EXPANSIBILIDADE

☒ Normal ☐ Superficial ☐ Regular ☐ Irregular

ACHADOS

☐ Crepitação ☐ Enfisema subcutâneo ☐ Expectoração ☐ Hemoptise ☐ Hálito etílico ☐ Outro:

3 - CIRCULAÇÃO

☐ Cianose ☐ Fria ☐ Úmida ☒ Normal ☐ Palidez ☐ Querite ☐ Seca ☐ Outros:

EDEMA

Mayara de Andrade Silva
Coordenadora de Saúde
SAPÉ

() Ausente () Palpebral () Membros Superiores () Membros Inferiores () Anasarca
PERFUSÃO

(X) Normal () Retardada (> 2 seg) () Ausente

PULSO

() Regular () Irregular () Fino (X) Cheio () Ausente

EKG

() Normal () Alterado (X) Não realizado

4 - EXAME NEUROLÓGICO

(X) Agitação () Sonolência () Coma () Convulsão () Otorragia () Rigidez () Midríase

5 - EXAME GINECO - OBSTÉTRICO

() Abortamento () Hemorragia vaginal () Normal _____ Semana () Trabalho de parto () outros: _____

6 - DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO MÉDICA:

COLITO MOTOR MOTO? (FIMOM DE FÊMUR (E) + FIMOM DE RÔTUM (E))

7 - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:

(X) Ansiedade () Capacidade adaptativa intracraniana diminuída () Comunicação verbal Prejudicada () Confusão aguda (X) Deambulação prejudicada () Débito cardíaco diminuído () Desobstrução ineficaz de vias aéreas () Disreflexia autonômica () Dor aguda () Hipertermia () Hipotermia () Integridade da pele prejudicada () Integridade tissular prejudicada (X) Medo () Intolerância à atividade () Mucosa oral prejudicada () Padrão respiratório ineficaz () Risco de Perfusão tissular cerebral ineficaz () Perfusão tissular cardiopulmonar ineficaz () Risco de Perfusão tissular gastrointestinal ineficaz () Risco de Perfusão tissular renal ineficaz () Termorregulação ineficaz () Troca de gases prejudicada () Ventilação espontânea prejudicada () Volume de líquidos deficientes () Volume de líquidos excessivo () Náusea () Retenção urinária () Interação social prejudicada () Incontinência intestinal () Eliminação urinária prejudicada () Constipação (X) Outros: dois braços

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM: Verificar SSVV + imobilizações + curativos

INTERVENÇÕES: Realizado exame físico completo
Realizado imobilizações conforme protocolo
Atende aos SSVV

EVOLUÇÃO/INTERCORRÊNCIAS: paciente vítima de acidente motor x moto, apresentando
fractura bilateral de fêmur (dois membros inferiores) + agitação, de
dois membros superiores, realizada imobilização + ACP e após está
estabilizada a lesão, aguarda de ser transferido para tratamento

8 - EVOLUÇÃO/INTERCORRÊNCIAS MÉDICAS: Paciente vítima de acidente motor x moto, apresentando
Fimom de fêmur (E) + fimom de rômulo (E) + ACP. Ao exame: ECG, consciente, orientado,
estável, alimentação, referida dor em MIE.

9 - PROCEDIMENTOS

→ Contato com o HETSML.
() Desobstrução vias aéreas () Intubação naso/orotraqueal () Cânula Orofaringea () Ventilação mecânica (manual AMBU) () Respirador () Inalação de oxigênio (O₂) () Drenagem torácica () Massagem cardíaca externa () Desfibrilação/ cardioversão () Controle de hemorragia () Curativo (X) Punção venosa () Sonda gástrica () Sonda vesical () Sedação (X) Imobilização de membros (X) Colar cervical (X) Talas / tração () Outros: _____

10 - MATERIAL UTILIZADO (ENFERMAGEM): dois pontos de curativos + quatro rolos Henger
+ dois equipamentos + dois jéris

ENCAMINHAMENTO

() Liberdade após atendimento () Recusa o atendimento () Óbito no local () Óbito durante o atendimento () Óbito durante o transporte

POSIÇÃO DE TRANSPORTE

(X) Decúbito dorsal () Decúbito lateral () Decúbito ventral () Sentado () Elevação de cabeça (cabeça)

RECUSO

Nome: _____ R.G. _____
Assinatura: _____

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE

Médico: DR. VESICATIN CRM: _____ MAT: _____
Enfermeiro (a): Guilherme COREN: 304036 MAT: _____
Téc. de Enfermagem: _____ COREN: _____ MAT: _____
Condução: _____ MAT: _____

PERTECES DA VÍTIMA

(X) NÃO

() SIM

Objetos: _____

Mayara de Andrade
Coordenadora Geral
SUMMIT E-PB

Dr. Ubiratan Goldino Pereira
MÉDICO
CRM-PB 8581



Energisa
ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Km 25 - Crisite Redentor - João Pessoa/PB - CEP 58071-680
CNPJ: 09.096.193/0001-40 Insc. Est. 16.015.823-0
Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº008.877.016
Cód. para Déb. Automático: 00011906833

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 008.877.016
Cód. para Déb. Automático: 00011908633

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196

Conta referente a
Jun / 2018

Apresentação
29/06/2018

próxima leitura
31/07/2018

CPF/CNPJ/RAN
87432374449

Unidad Consumidor

Canal de contato

Anterior		Atual		Constante		Consumo		Dif.	
Data	Leitura	Data	Leitura						
30/05/18	15485	28/06/18	15001						
				1					
							118		30
Demonstrativo									
Descrição		Quantidade (m³)		Valor (R\$)		Base Calc. (R\$)		Cobrança (R\$)	
		Tributos Total (R\$)		ICMS (R\$)		PIS/COFINS (R\$)		Outros (R\$)	
0801	Consumo em kWh	84,43	84,43	27	22,80	84,43	0,78	3,50	
0801	Adic. B. Amarela	0,04	0,04	27	0,01	0,04	0,00	0,00	
0801	Adic. B. Vermelha	8,31	8,31	27	2,24	8,31	0,07	0,34	

CCI: Código de Classificação do item: TOTAL

06/07/2015

RS-927A

Histórico de Consumo (kWh)

Historico de Consumo (kWh)													
128	114	138	118	141	130	179	192	151	120	122	147		
Jun/17	Jul/17	Ago/17	Set/17	Out/17	Nov/17	Dez/17	Jan/18	Fev/18	Mar/18	Abr/18	Maio/18		
RESERVAÇÃO DE ENERGIA													

RESERVADO AO FISCO

4edf.e867.53b9.31e3.c779.f1fe.d1cb.4de2.

Indicadores de Qualidade			
	Limite da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	23,89	0,00	NOMINAL
DIC TRIMESTRAL	47,78		220V
DIC ANUAL	7,02		
FIC MENSAL	15,84	0,00	CONTRATADA
FIC TRIMESTRAL	31,28		LIMITE INFERIOR
FIC ANUAL	8,59		LIMITE SUPERIOR
DMC	16,60	0,00	202
DICRI			231

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. de Energia/PB	21,82	23,83
Compra de Energia	31,71	34,18
Serviço de Transmissão	3,36	3,62
Encargos Setoriais	6,07	6,54
Impostos Diretos e Encargos	28,72	32,03
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	92,78	100,00

Valor do EUSD (Ref. 4/2019) R\$ 32,33

Matrícula: 1190663-2018-06-0

836600000000-1.02

19-6



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, JOSÉ CARLOS DE FREITAS,
 RG nº 2.327.271, data de expedição 26/05/2014,
 Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 048.333.864-88, com
 domicílio na cidade de RIACHÃO DO POÇO, no Estado de
PARAIBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
SÍTIO JAQUINDEQUARA, nº S/N,
 complemento ZONA RURAL, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
 mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
 vítima CARLA INACIO DA SILVA, cujo o condutor era
JOSIEL DE FREITAS ALEXANDRE.

Veículo: MOTOCICLETA HONDA
 Modelo: HONDA CG 125 - TITAN XS
 Ano: 2007
 Placa: MNM 4432/PB
 Chassi: 9C2KCP107R115908
 Data do Acidente: 17/03/2018
 Local e Data: SAPE - PB 09/08/2018

José Carlos de Freitas
 Assinatura do Declarante

OBS: FALECIDO - CONDUTOR

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



CARTÓRIO DE REG. CIVIL E TABELIONATO
 Rua Patrício A. Souza, 18, Riachão do Poço - PB

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:
 JOSÉ CARLOS DE FREITAS

Dou fé. Riachão do Poço/PB - 01/08/2018
 Tabelião Bel: Agnito Ferreira Constâncio
 Selo Digital: AHH70840-Y9Y2

Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>
 Emol R\$ 11,38 FARPEN R\$ 0,27 MP R\$ 0,18 FEPJ R\$ 1,73

A





ATESTADO MÉDICO



Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a)
Sr.(a) Carlo Inacio da Silva portador(a)
da identidade RG _____, que o(a)
mesmo(a) foi atendido(a) por mim no dia de hoje, às
_____ horas, portador(a) da patologia CID-
10 572.3, devendo permanecer afastado(a)
de suas atividades laborativas por um período
de 60 (sessenta) dias, a partir
desta data.

João Pessoa, 18/03/18Dr. Pedro Henrique Freitas
Médico Ped. 10575
Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a)AUTORIZAÇÃO

Eu, _____,
autorizo o(a) Dr.(a) _____, a
registrar o diagnóstico codificado CID-10 ou por extenso
neste atestado médico.

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

1ª VIA - PACIENTE

2ª VIA - ANEXA AO PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA

LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE Carla Inacio da Silva
DATA DE NASCIMENTO 13/07/04
NOME DA MÃE Ceonice Severina da Silva

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º 107705
BOLETIM DE ENTRADA N.º 1069749
DATA DO ATENDIMENTO 17/03/18
HORA DO ATENDIMENTO 19:43
MOTIVO DO ATENDIMENTO Acidente de moto
DIAGNÓSTICO (S) Fratura de fêmur distal esquerdo
CID 10 S42.4

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de acidente de moto, trazido pelo SAMU, apresentando ferimento + hematoma em coxa distal direita, com dor edema e deformidade em joelho e coxa esquerda, ferimento com sangramento ativo em joelho E, pulsos distais presentes. Avaliado pela Traumatologia e internado para tratamento cirúrgico.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX coxa E, joelho E, bacua, perna E.

RESULTADOS DOS EXAMES:

RX: fratura de fêmur esquerdo

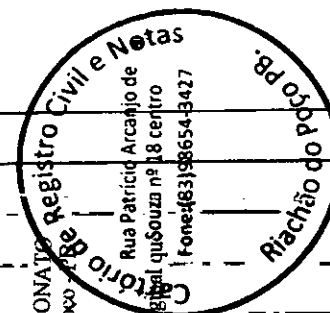
TRATAMENTO:

Tratamento cirúrgico de fratura de fêmur esquerdo, com fixador externo (realizado em 17/03/18). Retirada de fixador externo (realizado em 29/03/18). Tratamento cirúrgico de fratura de fêmur esquerdo com fixação (realizado em 06/04/18)

ALTA HOSPITALAR: 16/04/18
DATA DA EMISSÃO: 09/07/18

Dr. Juan Jaime Alcoba Arce
CRM: 3323/PB

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



CARTÓRIO DE REG. CIVIL E TABELIONATO
Rua Patrício A. Souza, 18, Riachão do Poço - Paraíba

AUTENTICAÇÃO

Certifico que a presente cópia é reprodução fiel do original que se encontra em meu arquivo. Dou fé. (Art. 425-III do CPC).

Riachão do Poço/PB - 01/08/2018

Selo Digital/AHF-10987-0FEE

Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tpb.jus.br>
Email R\$2,84 Fax R\$0,49 MP R\$0,05 Feij R\$0,30



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

RUA PEDRO GONDIM, S/N - - CNES: 11

Boletim de Atendimento: 10

Identificação do paciente					
ID 1271354	Nome CARLA INACIO DA SILVA			Sexo Feminino	
Data de nascimento 13/07/2004	Idade 13 anos 9 meses 4 dias	Estado civil	Religião	Prontuário 107705	
Mãe CLEONICE SEVERINA DA SILVA	Pai CLOVIS INACIO DA SILVA				
Escolaridade	Responsável (Parentesco) CLECIA FERREIRA DA SILVA - IRMAO(A)				
DDD Móvel 83	Fone Móvel 993094728	DDD Fixo	Fone Fixo		
Tipo documento	Número documento		Nº Cns		
Local de procedência RIACHAO	Tipo MUNICIPIO		UF PB		
Email	Naturalidade SAPE		CBO/R		
Endereço					
CEP 58235000	Município de residência RIACHAO	UF PB	Logradouro SITIO PRIMAVERA		
Número S/N	Complemento		Bairro ZONA RURAL		
Admissão					
Data e Hora 17/03/2018 19:43:41	Número da pulseira 1000005998523		Convênio SUS		
Especialidade PEDIATRIA	Clínica				
Classificação de risco	Origem do paciente RUA				
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA		Detalhe do acidente OUTROS		
Indicadores e Transporte					
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não		
Meio de transporte AMU	Quem transportou				
Sinais Vitais					
PA X	mmHg		Pulso	Temperatura	
Exames complementares					
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG [] Ultrasonografia []
Dados clínicos					
Diagnóstico					CID
Atendido por JOSINETE BARBOSA DA CUNHA					Tempo 02min 33seg

Imprimir



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Sérgio Humberto LacerdaGOVERNO
DA PARAÍBA

ÁREA AMARELA

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

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente	CARLA INACIO DA SILVA		BAE	1069749	Data/Hora Entrada	17/03/2018 19:43:41	Data Baixa
Data de nascimento	13/07/2004	Idade	13	Sexo	Feminino	CNS	Telefone de Contato (83) 993094728
Mãe	CLEONICE SEVERINA DA SILVA						Prontuário
Endereço	SÍTIO PRIMAVERA, S/N		Bairro	ZONA RURAL	Município	RIACHÃO	UF PB
Acidente	OUTROS	Motivo	ACIDENTE DE MOTOCICLETA		Profissional	BRUNO DE LUNA ROMA	Nº Cons. Regional 10075/PB
Data/Hora Classificação	17/03/2018 19:43:41				Data/Hora Prescrição	17/03/2018 23:08:03	
Convênio	SUS		Nº Matrícula				Senha

Anamnese

Ex-operatório: paciente submetida a tratamento cirúrgico para fixação de fratura exposta de fêmur distal com fixador externo transarticular. Realizado ampliação do ferimento para limpeza exaustiva da fratura com SF 0,9%
Procedimento sem intercorrência
cd: internamento para posterior tratamento definitivo
início atb

DIETA

DIETA LIVRE, VIA ORAL

MEDICAÇÃO

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

Diluir

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

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

Diluir

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

ÁGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H, 0,0 (MGTSM) (OBSERVAÇÕES: S/N)

Diluir

ONDANSETRONA 2MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 4,0 MG VIA E.V., 6/6H

ÁGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 1X AO DIA, 0,0 (MGTSM) (OBSERVAÇÕES: EM JEJUM)

Diluir

OMEPRAZOL 40MG INJETAVEL COM DILUENTE (FRASCO-AMPOLA), ADMINISTRAR 40,0 MG VIA E.V., 1X AO DIA

CAPTOPRIL 25 MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 1,0 COMPRIMIDO VIA SUBLINGUAL, ACM, SE NECESSÁRIO SE PAD>11MMHG E/OU PAS>16MMHG (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 4,0)

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

ENOXAPARINA SÓDICA 40 MG/0,4ML SERINGA PREENCHIDA, ADMINISTRAR 40,0 MG VIA S.C., 1X AO DIA

GLICOSE 50% SOLUÇÃO INJETAVEL (AMPOLA 10ML), ADMINISTRAR 20,0 ML VIA E.V., ACM, 0,0 (MGTSM) SE NECESSÁRIO SE HGT <60 (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 3,0)

SORO ANTITETANICO 5.000UI (AMPOLA 5ML), ADMINISTRAR 5,0 AMPOLA VIA INTRAMUSCULAR, AGORA, 0,0 (MGTSM)

Boletim registrado por: JOSINETE BARBOSA DA CUNHA em 17/03/2018 19:45:14

17/03/2018

172.16.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&imprimirDadosAnteriores=N&perform=imprimir&id=240763&pesquisa=S&perform=in



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

ÁREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente	CARLA INACIO DA SILVA		BAE	1069749	Data/Hora Entrada	17/03/2018 19:43:41	Data Baixa
Data de nascimento	13/07/2004	Idade	13	Sexo	Feminino	CNS	1
Mãe	CLEONICE SEVERINA DA SILVA		Bairro	ZONA RURAL	Município	RIACHAO	UF
Endereço	SÍTIO PRIMAVERA, S/N				Profissional	EDUARDO MOTTA BRAGA	Nº Cons. Regional
Acidente	OUTROS	Motivo	ACIDENTE DE MOTOCICLETA		Data/Hora Prescrição	17/03/2018 19:54:47	Senha
Data/Hora	Classificação						
17/03/2018	19:43:41						
Convênio	SUS		Nº Matrícula				

Anamnese

COLISAO MOTO X MOTO. TRAZIDA PELO SAMU EM PROTOCOLO DE IMOBILIZAÇÃO COLAR E PRANCHA.
CONSCIENTE E ORIENTADA, NEGA TCE, USAVA CAPACETE
APRESENTANDO FERIMENTO + HEMATOMA EM COXA DISTAL DIREITA

TORAX: NDN
ABD: NDN
EXT: NDN

CD: AVALIAÇÃO ORTOPEDIA
ALTA CIRURGIA GERAL

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE BACIA

RADIOGRAFIA DE COXA ESQUERDA

RADIOGRAFIA DE JOELHO ESQUERDO (AP + LATERAL)

RADIOGRAFIA DE PERNA ESQUERDA

CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

CARLA INACIO DA SILVA

EDUARDO MOTTA BRAGA
(: 7253/PB)

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

Diluir

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

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V. 1X AO DIA, 0,0 (MG TSM)

Diluir

GENTAMICINA 80MG/2ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 0,9 ML VIA E.V. 1X AO DIA, COM INTERVALO DE 1X AO DIA POR 7 DIA(S)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V. 8/8H, 0,0 (MG TSM) (OBSERVAÇÕES: LENTO, SN)

Diluir

TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., 8/8H

CUIDADOS

CURATIVO (OBSERVAÇÕES: DIÁRIO)

FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIO E MOTORA

SSVV + CCGG

EXAME LABORATORIAL

HEMOGRAMA

COAGULOGRAMA COMPLETO

UREIA - SANGUE

CREATININA

Conduta

Internar Paciente

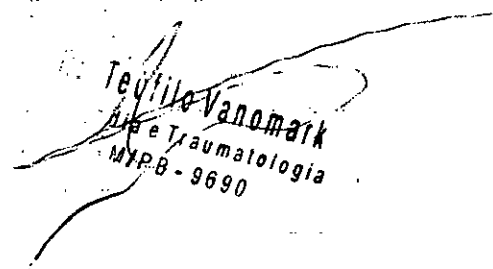
CARLA INACIO DA SILVA

BRUNO DE LUNA ROMA
(CRM: 10075/PB)

Teófilo Vanomark
Clínica de Traumatologia
MYPB - 9690

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V. 12/12H, 0,0 (MGTSM)**Diluir****CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., 12/12H****SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V. 1X AO DIA, 0,0 (MGTSM)****Diluir****GENTAMICINA 80MG/2ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 0,0 ML VIA E.V. 1X AO DIA, COM INTERVALO DE 1X AO DIA POR 7 DIA(S)****SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V. 8/8H, 0,0 (MGTSM) (OBSERVAÇÕES: LENTO, SN)****Diluir****TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., 8/8H****CUIDADOS****CURATIVO (OBSERVAÇÕES: DIARIO)****FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIO E MOTORA****SSVV + CCGG****EXAME LABORATORIAL****HEMOGRAMA****COAGULOGRAMA COMPLETO****UREIA - SANGUE****CREATININA****Conduta****Internar Paciente**

CARLA INACIO DA SILVA

BRUNO DE LUNA ROMA
(CRM: 10075/PB)

Tevile Vanomark
Ortopedia e Traumatologia
MYPB - 9690



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

ÁREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente CARLA INACIO DA SILVA		BAE 1069749	Data/Hora Entrada 17/03/2018 19:43:41	Data Baixa
Data de nascimento 13/07/2004	Idade 13	Sexo Feminino	CNS	Telefone de Contato (83) 993094728
Mãe CLEONICE SEVERINA DA SILVA				Prontuário
Endereço SITIO PRIMAVERA, S/N		Bairro ZONA RURAL	Município RIACHAO	UF PB
Acidente OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional TEOFILO VANOMARK CHAVES BEZERRA		Nº Cons. Regional 9690/PB
Data/Hora Classificação 17/03/2018 19:43:41		Data/Hora Prescrição 17/03/2018 20:19:03		
Convênio SUS		Nº Matrícula		Senha

Anamnese

pcte vítima de acidente motociclistico (motoxmoto), apresentando dor, edema e deformidade em joelho e coxa esq.
apresenta tbm ferimento com sangramento ativo em joelho e escoriações na perna esq.
ao exame: motricidade e pulsos distais +
deformidade + dor + impotencia funcional em joelho es

HD: fx exposta de femur distal?

cd: atb + tramal + sat

rx pacia, coxa, joelho e perna esq

MEDICAÇÃO

CEFALOTINA 1G (FRASCO-AMPOLA), ADMINISTRAR 1,0 G VIA E.V., AGORA, COM INTERVALO DE 6/6 HS POR 7 DIA(S)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V., AGORA, DURANTE 12 HORA(S)

Diluir

TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), DILUIR 100,0 MG

Conduta

Em observação

CARLA INACIO DA SILVA

TEOFILO VANOMARK CHAVES BEZERRA
(CRM: 9690/PB)

atim registrado por: JOSINETE BARBOSA DA CUNHA em 17/03/2018 19:46:14

6.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&imprimirDadosAnteriores=N&perform=imprimir&id=240783&pesquisa=

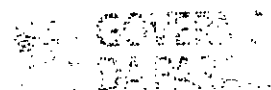


Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Américo de Almeida
Bomfim - Salvador - BA

INTERNO, S.N.
CNES: 454550 - Belo



Impresso por: CONCEICAO
DE MARIA QUEIROZ
FERNANDES DE ALMEIDA
Em: 26/03/2018 08:34:23

Paciente CARLA INACIO DA SILVA		Boletim de Atendimento 1069749		Data/Hora Entrada 17/03/2018 19:43:41		Data Hora Saída	
Data de nascimento 13/07/2004	Idade	Sexo Feminino		CNS		Prontuário 107795	
Tempo de Internação		Convênio SUS				Plantão DIURNO	

EVOLUÇÃO MEDICA (CONCEICAO DE MARIA QUEIROZ FERNANDES DE ALMEIDA - 26/03/2018 08:34:23)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

13 ANOS

PESO: 54Kg

PO FRATURA EXPOSTA DE FEMUR
ANEMIA

PACIENTE ESTÁVEL. EUPNEICA. HIDRATADA.

AP: MV(+) S/RA

ABDOMEN: SP

DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES

MELHORA DO EDEMA E DA DOR EM MIE. COM FIXAÇÃO EXTERNA SEM POSICIONADO. COM FERIMENTOS OK.

CD: aguarda cirurgia

Seção: PEDIATRIA - ENF 26 Leito: 0031 - CIRURGIA GERAL

Profissional responsável pela Informação: CONCEICAO DE MARIA QUEIROZ FERNANDES DE ALMEIDA

Número Conselho: 4541

Dr. CONCEICAO DE MARIA QUEIROZ FERNANDES DE ALMEIDA
MÉDICA PEDIATRA
(01/11/18)

LEONICE SEVERINA DA SILVA

Endereço

SITIO PRIMAVERA, S/N

Bairro

ZONA RURAL

Acidente
OUTROS

Motivo

ACIDENTE DE MOTOCICLETA

Município

RIACHAO

Data/Hora Classificação
17/03/2018 19:43:41

Convênio
SUS

Profissional

TEOFILO VANOMARK CHAVES BEZERRA

Data/Hora Prescrição
17/03/2018 20:19:03

Prontuário

UF
PB

Nº CONS.
9690/PB

Senha

Anamnese

! pte vítima de acidente motociclistico (motoxmoto), apresentando dor, edema e deformidade em joelho e coxa esq.
apresenta tbm ferimento com sangramento ativo em joelho e escoriações na perna esq.
ao exame: motricidade e pulsos distais +
deformidade + dor + impotencia funcional em joelho es

HD: fx exposta de femur distal?

cd: atb + tramal + sat

rx bacia, coxa, joelho e perna esq

MEDICAÇÃO

CEFALOTINA 1G (FRASCO-AMPOLA), ADMINISTRAR 1,0 G VIA E.V., AGORA, COM INTERVALO DE 6/6 HS POR 7 DIA(S)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V, AGORA, DURANTE 12 HORA(S)

Diluir

TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), DILUIR 100,0 MG

Conduta

Em observação

CARLA INACIO DA SILVA

Dr. Teofil Vanomark
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 9690
TEOFILO VANOMARK CHAVES BEZERRA
(CRM: 9690/PB)

ARBOSA DA CUNHA em 17/03/2018 19:46:14

rescricao.do?controle=7&imprimirDadosAnteriores=N&perform=imprimir&Id=...



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Nogueira LimaAV. ORESTES LISBOA, S/N -
CNES: 454556 - Tel.:GOVERNO
DA PARAÍBAImpresso por: CONCEICAO
DE MARIA QUEIROZ
FERNANDES DE ALMEIDA
Em: 25/03/2018 10:18:27

Paciente CARLA INACIO DA SILVA	Boletim de Atendimento 1069749	Data/Hora Entrada 17/03/2018 19:43:41	Data/Hora Saida
Data de nascimento 13/07/2004	Idade	Sexo Feminino	CNS
Tempo de Internação	Convênio SUS	Prontuário 197795	Plantão DIURNO

EVOLUÇÃO MEDICA (CONCEICAO DE MARIA QUEIROZ FERNANDES DE ALMEIDA - 25/03/2018 10:18:21)**EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

13 ANOS

PESO: 54Kg

PO FRATURA EXPOSTA DE FÊMUR
ANEMIA

PACIENTE ESTÁVEL, EUPNEICA, HIDRATADA

AP: MV(+) S/RA

ABDOMEN: SP

DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES

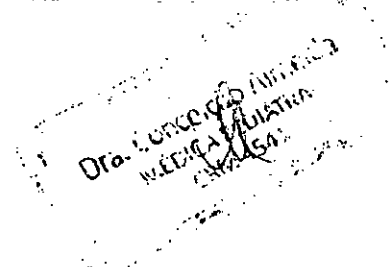
MELHORA DO EDEMA E DA DOR EM MIE. COM FIXADOR EXTERNO BEM POSSICIONADO, COM FERIMENTOS OK.

CD: aguarda cirurgia

Seção: PEDIATRIA - ENF 26 Leito: 0001 - CIRURGIA GERAL

Profissional responsável pela informação: CONCEICAO DE MARIA QUEIROZ FERNANDES DE ALMEIDA

Número Conselho: 4541





Governo de Pernambuco

Hospital de Referência
Secretaria de Saúde - PernambucoGOVERNO
DE PERNAMBUCOAV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNPJ: 2778696 - Tel.: 633216-5700Impresso por: ALISSON
FABIO FERNANDES VIEIRA
Em: 25/03/2018 07:37:53

Paciente CARLA INACIO DA SILVA	Boletim de Atendimento 1069749	Data/Hora Entrada 17/03/2018 08:43:41	Data/Hora Saída
Data de nascimento 13/07/2004	Idade	Sexo Feminino	CNS
Tempo de Internação	Convênio SUS	Prontuário 107705	Plantão DIURNO

EVOLUÇÃO MÉDICA (ALISSON FABIO FERNANDES VIEIRA - 25/03/2018 07:37:54)**EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

13 ANOS

PESO 54Kg

PO FRATURA EXPOSTA DE FÊMUR
ANEMIA

PACIENTE ESTÁVEL, EUPNEICA, HIDRATADA

AP: MY(+) S/R

ABDOMEN: SP

DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES

MELHORA DO EDEMA E DA DOR EM MIE, COM FIXADOR EXTERNO BEM POSSICIONADO, COM FERIMENTOS OK.

CD: aguarda cirurgia

Seção: PEDIATRIA - ENF 26 Leito: 0001 - CIRURGIA GERAL

Profissional responsável pela informação: ALISSON FABIO FERNANDES VIEIRA

Número Conselho: 5913

Dr. ALISSON F. VIEIRA
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PB 69123 / CRM-PE 17606
SBO 12574



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBAINTERNO, S/N -
CNES: 454550 - Tel.:Impresso por: MILTON DA
SILVA LINHARES
Em: 24/03/2018 10:15:23

Paciente		Boletim de Atendimento		Data/Hora Entrada	Data/Hora Saída
CARLA INACIO DA SILVA		1069749		17/03/2018 19:43:41	
Data de nascimento	Idade	Sexo	CNS	Prontuário	
13/07/2004		Feminino		107705	
Tempo de Internação		Convênio			Plantão
		SUS			DIURNO

EVOLUÇÃO MEDICA (MILTON DA SILVA LINHARES - 24/03/2018 10:15:13)**EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

13 ANOS

PESO: 54Kg

PO FRATURA EXPOSTA DE FÊMUR
ANEMIA

PACIENTE ESTÁVEL, EUPNEICA, HIDRATADA

AP: MV(+) S/RA

ABDOMEN: SP

DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES

MELHORA DO EDEMA E DA DOR EM MIE. COM FIXADOR EXTERNO BEM POSSICIONADO, COM FERIMENTOS OK.

CD: MANTIDA.

Seção: PEDIATRIA - ENF 26 Leito: 0001 - CIRURGIA GERAL

Profissional responsável pela informação: MILTON DA SILVA LINHARES

Dr. Milton da Silva Linhares
CRM 4714 TEOT 6115
Ortopedia Traumatologia

Número Conselho: 4714



Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

INTERNO, S/N -
CNES: 454550 - Tel.:

GOVERNO
DO ESTADO
DA PARAIBA

Impresso por: CONCEICAO
DE MARIA QUEIROZ
FERNANDES DE ALMEIDA
Em: 24/03/2018 10:19:08

Paciente	CARLA INACIO DA SILVA		Boletim de Atendimento	Data/Hora Entrada	Data/Hora Saída
			1069749	17/03/2018 19:43:41	
Data de nascimento	Idade	Sexo	CNS	Prontuário	
13/07/2004		Feminino		107705	
Tempo de Internação	Convênio		Plantão		
	SUS		DIURNO		

EVOLUÇÃO MEDICA (CONCEICAO DE MARIA QUEIROZ FERNANDES DE ALMEIDA - 24/03/2018 09:42:36)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

13 ANOS

PESO: 54Kg

PO FRATURA EXPOSTA DE FÊMUR
ANEMIA

PACIENTE ESTÁVEL, EUPNEICA, HIDRATADA

AP: MV(+) S/RA

ABDOME: SP

DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES

MELHORA DO EDEMA E DA DOR EM MID

CD: MANTIDA

Seção: PEDIATRIA - ENF 26 Leito: 0001 - CIRURGIA GERAL

Profissional responsável pela informação: CONCEICAO DE MARIA QUEIROZ FERNANDES DE ALMEIDA

Número Conselho: 4541

Dra. CONCEICAO FERNANDES
MÉDICA PEDIATRA
4541



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBAINTERNO, S/N -
CNES: 454550 - Tel.:Impresso por: CONCEICAO
DE MARIA QUEIROZ
FERNANDES DE ALMEIDA
Em: 23/03/2018 07:54:51

Paciente CARLA INACIO DA SILVA	Boletim de Atendimento 1069749	Data/Hora Entrada 17/03/2018 19:43:41	Data/Hora Saída
Data de nascimento 13/07/2004	Idade	Sexo Feminino	CNS
Tempo de Internação	Convênio SUS	Prontuário 107705	Plantão DIURNO

EVOLUÇÃO MEDICA (CONCEICAO DE MARIA QUEIROZ FERNANDES DE ALMEIDA - 23/03/2018 07:54:43)**EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

13 ANOS

PESO: 54Kg

PO FRATURA EXPOSTA DE FÊMUR
ANEMIA

PACIENTE ESTÁVEL, EUPNEICA, HIDRATADA

AP: MV(+) S/RA

ABDOMEN: SP

DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES

FEZ CONCENTRADO DE HEMÁCIAS ONTEM

CD: SOLICITO HEMOGRAMA DE CONTROLE PÓS TRANSFUSÃO

Seção: PEDIATRIA - ENF 26 Leito: 0001 - CIRURGIA GERAL

Profissional responsável pela informação: CONCEICAO DE MARIA QUEIROZ FERNANDES DE ALMEIDA

Número Conselho: 4541

Dra. Conceição Almeida
MÉDICA PEDIATRA
CRM 4541



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBINTERNO, S/N -
CNES: 454550 - Tel.:Impresso por: CONCEIC
DE MARIA QUEIROZ
FERNANDES DE ALMEIDA
Em: 19/03/2018 08:20:14

Paciente CARLA INACIO DA SILVA	Boletim de Atendimento 1069749	Data/Hora Entrada 17/03/2018 19:43:41	Data/Hora Saída
Data de nascimento 13/07/2004	Idade	Sexo Feminino	CNS
Tempo de Internação	Convênio SUS	Prontuário 107705	Plantão DIURNO

EVOLUÇÃO MEDICA (CONCEICAO DE MARIA QUEIROZ FERNANDES DE ALMEIDA - 19/03/2018 08:20:05)**EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

13 ANOS

PESO: 54Kg

PO FRATURA EXPOSTA DE FÊMUR
ANEMIA

PACIENTE ESTÁVEL, EUPNEICA, HIDRATADA

AP: MV(+) S/RA

ABDOMEN: SP

FEZ CONCENTRADO DE HEMÁCIAS

CD: SOLICITO HEMOGRAMA PÓS TRANSFUSÃO

Seção: PEDIATRIA - ENF 26 Leito: 0001 - CIRURGIA GERAL

Profissional responsável pela informação: CONCEICAO DE MARIA QUEIROZ FERNANDES DE ALMEIDA

Número Conselho: 4541

DIRETORIA DE ATENDIMENTO
MÉDICA PEDIATRA
CRM 4541

22/03/18

Hemograma pós transfusão (19/03/18)

Hb: 7,7 Ht: 24,3

CD: Prescrevo novamente concentrado
de hemáciasDIRETORIA DE ATENDIMENTO
MÉDICA PEDIATRA
CRM 4541



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBAAV. ORESTES LISBOA, S/N -
CNES: 454554 - Tel.: 8332165700Impresso por: JACQUES
PAIVA CAVALCANTI
Em: 18/03/2018 08:37:10

Paciente CARLA INACIO DA SILVA	Boletim de Atendimento 1069749	Data/Hora Entrada 17/03/2018 19:43:41	Data/Hora Saída
Data de nascimento 13/07/2004	Idade	Sexo Feminino	CNS
Tempo de Internação	Convênio SUS		Prontuário 107705
			Plantão DIURNO

EVOLUÇÃO MEDICA (JACQUES PAIVA CAVALCANTI - 18/03/2018 08:37:06)**EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

fratura exposta de fêmur distal esquerdo

PACIENTE BEMCLINICAMENTE

CD/CURATIVO +VPM

PEDIATRIA - ENF 26 Leito: 0001 - CIRURGIA GERAL

Profissional responsável pela informação: JACQUES PAIVA CAVALCANTI

Número Conselho: 7625

Jacques Paiva Cavalcanti
Ortopedia Traumatologia
CRM-PB 7625
CRM-PB 19492



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBAINTERNO, S/N -
CNES: 454550 - Tel.:Impresso por: CONCEICAO
DE MARIA QUEIROZ
FERNANDES DE ALMEIDA
Em: 18/03/2018 07:51:46

Paciente CARLA INACIO DA SILVA	Boletim de Atendimento 1069749	Data/Hora Entrada 17/03/2018 19:43:41	Data/Hora Saída
Data de nascimento 13/07/2004	Idade	Sexo Feminino	CNS
Tempo de Internação	Convênio SUS	Prontuário 107705	Plantão DIURNO

EVOLUÇÃO MEDICA (CONCEICAO DE MARIA QUEIROZ FERNANDES DE ALMEIDA - 18/03/2018 07:43:27)**EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

13 anos

PESO: 54Kg

PO FRATURA EXPOSTA DE FÊMUR ESQ

PACIENTE ESTÁVEL, EUPNEICA, HIDRATADA

AP: MV(+) S/RA

ABDOMEN: PLANO, FLÁCIDO

MIE COM FIXADOR EXTERNO

CD: SOLICITO HMG + PCR

Seção: BLOCO - URPA ENF 41 Leito: LEITO URPA - 9008

Profissional responsável pela informação: CONCEICAO DE MARIA QUEIROZ FERNANDES DE ALMEIDA

Número Conselho: 4541

27.03

Vef: 22,0

Hb: 7,8 (L)

Ht: 14,4

L: 10.000 (2: 1/5 - 39 / L: 5 / M: 5)

PLA: 154.000

PCR: 20,3

TTPA: 27,1/32

TP: 17,6 / 13,5

AP: 62,2 (L)

INR: 1,32 (L)

U: 0,7

U: 16

Condiciona: 1 Inescrever Exat. de Revisões
 1 Inescrever Plasma, Jisco
 1 Inescrever Vit. K.
 1 Inescrever Doxiz.

CONCEICAO Almeida
 MEDICA PEDIATRA
 CRM 4541



Cruz Vermelha
BRASILEIRA

RELATÓRIO DE CIRURGIA



HEETSIL

Nome:

Carla Inês da Silva

BE/Prontuário:

Idade: _____ Sexo: () Masculino () Feminino Cor: _____ Data: ____/____/____

Clínica/Setor: Ortopedia EMP: _____ LR: _____

Cirurgia: Retirada fixador externo

Cirurgião: Dr. Jaques 1º Assistente: Dr. Talarico

2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____

Instrumentador: _____ Anestesista: _____

Tipo de Anestesia: _____ Horário: Início ____:____ Término ____:____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fratura de fêmur distal E</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Retirada de fixador externo</u>	

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

Biopsia de Congelação: () Sim ☒ Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

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

Dr. Fabiano Almeida
Ortopedia - Traumatologia
CRM-68 7296

28 MAR. 2018

João Pessoa, ____/____/____

Médico/CRM: _____



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

RELATÓRIO DE CIRURGIA

HECTSHL

Nome: Carlos Inácio de Silva BE/Prontuário: 1069749

Idade: 132 Sexo: () Masculino ☒ Feminino

Cor: _____ Data: 17/03/18

Clínica/Setor: Ortopedia

EMP: _____ LR: _____

Cirurgia: Fixação externa de fêmur esquerdo

Cirurgião: Dr. Felipe

1º Assistente: Dr. Testilo

2º Assistente: _____

3º Assistente: _____

Instrumentador: _____

Anestesista: _____

Tipo de Anestesia: Raquianestesia

Horário: Início _____

Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório	
Fratura distal de fêmur esquerdo	CID

Procedimentos Cirúrgicos	
- Tratamento cirúrgico de fratura distal de fêmur esquerdo com fixação externa em fêmur esquerdo	Código

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

Biopsia de Congelação: () Sim ☒ Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

(☒) Enfermaria

() Terapia Intensa

() Residência

() Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM: _____

Dr. Carlos Inácio de Silva
CRM 8491

João Pessoa, 17/03/18



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

RELATÓRIO DE CIRURGIA



HEETSHL

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- Paciente em DDH sob anestesia
- Assepsie e antisepsie
- Assepsie de campos cirurgicos

Incisão:

- Em local dos traços dos pinos em lateral do
coxa esquerda

Achados:

- Fratura diafisaria de fêmur esquerdo

Conduta:

- Passagem de pinos de shurz
- Redução imediata com auxílio de escopo
- Colocação do fixador externo

Fechamento:

- Curativos estereis

Observação:

- Rx de controle

Médico/CRM:

Laiza Karen Dantas Barreto
MÉDICA
CRM. 8491

João Pessoa, 17/03/18

NOME DO PACIENTE: **Barbosa Inacio da Silva**
IDADE: **53** ANOS
CIRURGIA: **Prost. Exo. Fleum. Distal Ess. (C)**
CIRURGIÃO: **Derilson Viana + Felipe Botelho + Bruno**
ANESTESIA: **Rolapam + Elipso + Bupr**
ANESTESISTA: **Bruno**
INSTRUMENTADOR: **Bruno**
DATA: **12/03/18** TIPO CIRURGICO: **25** ANESTESIA: **00** INICIO: **22** FIM: **00** CIRURGIA: **22** INICIO: **00**
INDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTE)
ASA 1 () ASA 2 () ASA 3 () ASA 4 () ASA 5 ()
GRAU DE CONTAMINAÇÃO: LIMPA () CONTAMINADA () INFECTADA () POTENCIALMENTE CONTAMINADA ()
MEDICAMENTOS ANESTÉSICOS QTD. MATERIAIS CONT. QTD. FIOS QTD.
ALFENTANILA BUPIVACAÍNA ISOBÁRICA 1 50 500ml 20 JELCO Nº18 FIO CAT GUT CROMADO Nº FIO CAT GUT CROMADO Nº FIO DE AÇO Nº FIO DE AÇO Nº FIO DE NYLON Nº 3 0 F FIO DE NYLON Nº FIO DE NYLON Nº FIO POLIGLACTINA Nº FIO POLIGLACTINA Nº FIO POLIGLACTINA Nº FIO POLIPROPILENO Nº FIO POLIPROPILENO Nº FIO POLIPROPILENO Nº FIO POLIGLACTAPRONE Nº FIO SEDA Nº FITA CARDIACA MATERIAL ESPECIAL QTD.
BUPIVACAÍNA PESADA 500ml 20 JELCO Nº20 JELCO Nº22 JELCO Nº24 KIT SIST. DREN. TORÁNICA Nº LÂMINA BISTURI Nº11 LÂMINA BISTURI Nº15 LÂMINA BISTURI Nº23 LÂMINA BISTURI Nº24 LÂMINA DE DERMATÓMIO LÂMINA DE ENXERTO LUVA DE PROCEDIMENTO PAR LUVA ESTÉRIL Nº7.0 LUVA ESTÉRIL Nº7.5 LUVA ESTÉRIL Nº8.0 LUVA ESTÉRIL Nº8.5 MÁSCARA CIRÚRGICA MULTIVIAS PERFORADOR DE SORO SCALP Nº19 SCALP Nº21 SERINGA 3ML SERINGA 5ML SERINGA 10ML SERINGA 20ML SONDA ASP. TRAQUEAL Nº8 SONDA ASP. TRAQUEAL Nº10 SONDA ASP. TRAQUEAL Nº12 SONDA ASP. TRAQUEAL Nº14 SONDA ASP. TRAQUEAL Nº16 SONDA FOLEY 2VIAS Nº12 SONDA FOLEY 2VIAS Nº14 Sonda NASOG. CURTA Sonda NASOG. LONGA Sonda URETRAL Nº TORNEIRINHA TUBO ENDOTRAQUEAL Nº TUBO ENDOTRAQUEAL Nº TUBO ENDOTRAQUEAL Nº TUBO SILICONE (LATEX) FIOS QTD. EQUIPAMENTOS () ASPIRADOR () BISTURI ELÉTRICO () CAPNÓGRAFO () CARDIOMONITOR () DESFIBRILADOR () FOCO AUXILIAR () FOCO CENTRAL () MICROSCÓPIO () OXÍMETRO DE PULSO () P.A. INVASIVA/NÃO INVASIVA () PERFURADOR ELÉTRICO () SERRA CIRCULANTE
BUPIVACAÍNA C/ VASO 1 50 500ml 20 JELCO Nº18 JELCO Nº20 JELCO Nº22 JELCO Nº24 KIT SIST. DREN. TORÁNICA Nº LÂMINA BISTURI Nº11 LÂMINA BISTURI Nº15 LÂMINA BISTURI Nº23 LÂMINA BISTURI Nº24 LÂMINA DE DERMATÓMIO LÂMINA DE ENXERTO LUVA DE PROCEDIMENTO PAR LUVA ESTÉRIL Nº7.0 LUVA ESTÉRIL Nº7.5 LUVA ESTÉRIL Nº8.0 LUVA ESTÉRIL Nº8.5 MÁSCARA CIRÚRGICA MULTIVIAS PERFORADOR DE SORO SCALP Nº19 SCALP Nº21 SERINGA 3ML SERINGA 5ML SERINGA 10ML SERINGA 20ML SONDA ASP. TRAQUEAL Nº8 SONDA ASP. TRAQUEAL Nº10 SONDA ASP. TRAQUEAL Nº12 SONDA ASP. TRAQUEAL Nº14 SONDA ASP. TRAQUEAL Nº16 SONDA FOLEY 2VIAS Nº12 SONDA FOLEY 2VIAS Nº14 Sonda NASOG. CURTA Sonda NASOG. LONGA Sonda URETRAL Nº TORNEIRINHA TUBO ENDOTRAQUEAL Nº TUBO ENDOTRAQUEAL Nº TUBO ENDOTRAQUEAL Nº TUBO SILICONE (LATEX) FIOS QTD. EQUIPAMENTOS () ASPIRADOR () BISTURI ELÉTRICO () CAPNÓGRAFO () CARDIOMONITOR () DESFIBRILADOR () FOCO AUXILIAR () FOCO CENTRAL () MICROSCÓPIO () OXÍMETRO DE PULSO () P.A. INVASIVA/NÃO INVASIVA () PERFURADOR ELÉTRICO () SERRA CIRCULANTE
BUPIVACAÍNA S/ VASO 1 50 500ml 20 JELCO Nº18 JELCO Nº20 JELCO Nº22 JELCO Nº24 KIT SIST. DREN. TORÁNICA Nº LÂMINA BISTURI Nº11 LÂMINA BISTURI Nº15 LÂMINA BISTURI Nº23 LÂMINA BISTURI Nº24 LÂMINA DE DERMATÓMIO LÂMINA DE ENXERTO LUVA DE PROCEDIMENTO PAR LUVA ESTÉRIL Nº7.0 LUVA ESTÉRIL Nº7.5 LUVA ESTÉRIL Nº8.0 LUVA ESTÉRIL Nº8.5 MÁSCARA CIRÚRGICA MULTIVIAS PERFORADOR DE SORO SCALP Nº19 SCALP Nº21 SERINGA 3ML SERINGA 5ML SERINGA 10ML SERINGA 20ML SONDA ASP. TRAQUEAL Nº8 SONDA ASP. TRAQUEAL Nº10 SONDA ASP. TRAQUEAL Nº12 SONDA ASP. TRAQUEAL Nº14 SONDA ASP. TRAQUEAL Nº16 SONDA FOLEY 2VIAS Nº12 SONDA FOLEY 2VIAS Nº14 Sonda NASOG. CURTA Sonda NASOG. LONGA Sonda URETRAL Nº TORNEIRINHA TUBO ENDOTRAQUEAL Nº TUBO ENDOTRAQUEAL Nº TUBO ENDOTRAQUEAL Nº TUBO SILICONE (LATEX) FIOS QTD. EQUIPAMENTOS () ASPIRADOR () BISTURI ELÉTRICO () CAPNÓGRAFO () CARDIOMONITOR () DESFIBRILADOR () FOCO AUXILIAR () FOCO CENTRAL () MICROSCÓPIO () OXÍMETRO DE PULSO () P.A. INVASIVA/NÃO INVASIVA () PERFURADOR ELÉTRICO () SERRA CIRCULANTE
L. CAÍNA S/ VASO 1 50 500ml 20 JELCO Nº18 JELCO Nº20 JELCO Nº22 JELCO Nº24 KIT SIST. DREN. TORÁNICA Nº LÂMINA BISTURI Nº11 LÂMINA BISTURI Nº15 LÂMINA BISTURI Nº23 LÂMINA BISTURI Nº24 LÂMINA DE DERMATÓMIO LÂMINA DE ENXERTO LUVA DE PROCEDIMENTO PAR LUVA ESTÉRIL Nº7.0 LUVA ESTÉRIL Nº7.5 LUVA ESTÉRIL Nº8.0 LUVA ESTÉRIL Nº8.5 MÁSCARA CIRÚRGICA MULTIVIAS PERFORADOR DE SORO SCALP Nº19 SCALP Nº21 SERINGA 3ML SERINGA 5ML SERINGA 10ML SERINGA 20ML SONDA ASP. TRAQUEAL Nº8 SONDA ASP. TRAQUEAL Nº10 SONDA ASP. TRAQUEAL Nº12 SONDA ASP. TRAQUEAL Nº14 SONDA ASP. TRAQUEAL Nº16 SONDA FOLEY 2VIAS Nº12 SONDA FOLEY 2VIAS Nº14 Sonda NASOG. CURTA Sonda NASOG. LONGA Sonda URETRAL Nº TORNEIRINHA TUBO ENDOTRAQUEAL Nº TUBO ENDOTRAQUEAL Nº TUBO ENDOTRAQUEAL Nº TUBO SILICONE (LATEX) FIOS QTD. EQUIPAMENTOS () ASPIRADOR () BISTURI ELÉTRICO () CAPNÓGRAFO () CARDIOMONITOR () DESFIBRILADOR () FOCO AUXILIAR () FOCO CENTRAL () MICROSCÓPIO () OXÍMETRO DE PULSO () P.A. INVASIVA/NÃO INVASIVA () PERFURADOR ELÉTRICO () SERRA CIRCULANTE
MIDAZOLAN (15) 1 50 500ml 20 JELCO Nº18 JELCO Nº20 JELCO Nº22 JELCO Nº24 KIT SIST. DREN. TORÁNICA Nº LÂMINA BISTURI Nº11 LÂMINA BISTURI Nº15 LÂMINA BISTURI Nº23 LÂMINA BISTURI Nº24 LÂMINA DE DERMATÓMIO LÂMINA DE ENXERTO LUVA DE PROCEDIMENTO PAR LUVA ESTÉRIL Nº7.0 LUVA ESTÉRIL Nº7.5 LUVA ESTÉRIL Nº8.0 LUVA ESTÉRIL Nº8.5 MÁSCARA CIRÚRGICA MULTIVIAS PERFORADOR DE SORO SCALP Nº19 SCALP Nº21 SERINGA 3ML SERINGA 5ML SERINGA 10ML SERINGA 20ML SONDA ASP. TRAQUEAL Nº8 SONDA ASP. TRAQUEAL Nº10 SONDA ASP. TRAQUEAL Nº12 SONDA ASP. TRAQUEAL Nº14 SONDA ASP. TRAQUEAL Nº16 SONDA FOLEY 2VIAS Nº12 SONDA FOLEY 2VIAS Nº14 Sonda NASOG. CURTA Sonda NASOG. LONGA Sonda URETRAL Nº TORNEIRINHA TUBO ENDOTRAQUEAL Nº TUBO ENDOTRAQUEAL Nº TUBO ENDOTRAQUEAL Nº TUBO SILICONE (LATEX) FIOS QTD. EQUIPAMENTOS () ASPIRADOR () BISTURI ELÉTRICO () CAPNÓGRAFO () CARDIOMONITOR () DESFIBRILADOR () FOCO AUXILIAR () FOCO CENTRAL () MICROSCÓPIO () OXÍMETRO DE PULSO () P.A. INVASIVA/NÃO INVASIVA () PERFURADOR ELÉTRICO () SERRA CIRCULANTE
MORFINA 0,2 1 50 500ml 20 JELCO Nº18 JELCO Nº20 JELCO Nº22 JELCO Nº24 KIT SIST. DREN. TORÁNICA Nº LÂMINA BISTURI Nº11 LÂMINA BISTURI Nº15 LÂMINA BISTURI Nº23 LÂMINA BISTURI Nº24 LÂMINA DE DERMATÓMIO LÂMINA DE ENXERTO LUVA DE PROCEDIMENTO PAR LUVA ESTÉRIL Nº7.0 LUVA ESTÉRIL Nº7.5 LUVA ESTÉRIL Nº8.0 LUVA ESTÉRIL Nº8.5 MÁSCARA CIRÚRGICA MULTIVIAS PERFORADOR DE SORO SCALP Nº19 SCALP Nº21 SERINGA 3ML SERINGA 5ML SERINGA 10ML SERINGA 20ML SONDA ASP. TRAQUEAL Nº8 SONDA ASP. TRAQUEAL Nº10 SONDA ASP. TRAQUEAL Nº12 SONDA ASP. TRAQUEAL Nº14 SONDA ASP. TRAQUEAL Nº16 SONDA FOLEY 2VIAS Nº12 SONDA FOLEY 2VIAS Nº14 Sonda NASOG. CURTA Sonda NASOG. LONGA Sonda URETRAL Nº TORNEIRINHA TUBO ENDOTRAQUEAL Nº TUBO ENDOTRAQUEAL Nº TUBO ENDOTRAQUEAL Nº TUBO SILICONE (LATEX) FIOS QTD. EQUIPAMENTOS () ASPIRADOR () BISTURI ELÉTRICO () CAPNÓGRAFO () CARDIOMONITOR () DESFIBRILADOR () FOCO AUXILIAR () FOCO CENTRAL () MICROSCÓPIO () OXÍMETRO DE PULSO () P.A. INVASIVA/NÃO INVASIVA () PERFURADOR ELÉTRICO () SERRA CIRCULANTE
NIMBÍUM 0,2 1 50 500ml 20 JELCO Nº18 JELCO Nº20 JELCO Nº22 JELCO Nº24 KIT SIST. DREN. TORÁNICA Nº LÂMINA BISTURI Nº11 LÂMINA BISTURI Nº15 LÂMINA BISTURI Nº23 LÂMINA BISTURI Nº24 LÂMINA DE DERMATÓMIO LÂMINA DE ENXERTO LUVA DE PROCEDIMENTO PAR LUVA ESTÉRIL Nº7.0 LUVA ESTÉRIL Nº7.5 LUVA ESTÉRIL Nº8.0 LUVA ESTÉRIL Nº8.5 MÁSCARA CIRÚRGICA MULTIVIAS PERFORADOR DE SORO SCALP Nº19 SCALP Nº21 SERINGA 3ML SERINGA 5ML SERINGA 10ML SERINGA 20ML SONDA ASP. TRAQUEAL Nº8 SONDA ASP. TRAQUEAL Nº10 SONDA ASP. TRAQUEAL Nº12 SONDA ASP. TRAQUEAL Nº14 SONDA ASP. TRAQUEAL Nº16 SONDA FOLEY 2VIAS Nº12 SONDA FOLEY 2VIAS Nº14 Sonda NASOG. CURTA Sonda NASOG. LONGA Sonda URETRAL Nº TORNEIRINHA TUBO ENDOTRAQUEAL Nº TUBO ENDOTRAQUEAL Nº TUBO ENDOTRAQUEAL Nº TUBO SILICONE (LATEX) FIOS QTD. EQUIPAMENTOS () ASPIRADOR () BISTURI ELÉTRICO () CAPNÓGRAFO () CARDIOMONITOR () DESFIBRILADOR () FOCO AUXILIAR () FOCO CENTRAL () MICROSCÓPIO () OXÍMETRO DE PULSO () P.A. INVASIVA/NÃO INVASIVA () PERFURADOR ELÉTRICO () SERRA CIRCULANTE
PANCURÔNIO 1 50 500ml 20 JELCO Nº18 JELCO Nº20 JELCO Nº22 JELCO Nº24 KIT SIST. DREN. TORÁNICA Nº LÂMINA BISTURI Nº11 LÂMINA BISTURI Nº15 LÂMINA BISTURI Nº23 LÂMINA BISTURI Nº24 LÂMINA DE DERMATÓMIO LÂMINA DE ENXERTO LUVA DE PROCEDIMENTO PAR LUVA ESTÉRIL Nº7.0 LUVA ESTÉRIL Nº7.5 LUVA ESTÉRIL Nº8.0 LUVA ESTÉRIL Nº8.5 MÁSCARA CIRÚRGICA MULTIVIAS PERFORADOR DE SORO SCALP Nº19 SCALP Nº21 SERINGA 3ML SERINGA 5ML SERINGA 10ML SERINGA 20ML SONDA ASP. TRAQUEAL Nº8 SONDA ASP. TRAQUEAL Nº10 SONDA ASP. TRAQUEAL Nº12 SONDA ASP. TRAQUEAL Nº14 SONDA ASP. TRAQUEAL Nº16 SONDA FOLEY 2VIAS Nº12 SONDA FOLEY 2VIAS Nº14 Sonda NASOG. CURTA Sonda NASOG. LONGA Sonda URETRAL Nº TORNEIRINHA TUBO ENDOTRAQUEAL Nº TUBO ENDOTRAQUEAL Nº TUBO ENDOTRAQUEAL Nº TUBO SILICONE (LATEX) FIOS QTD. EQUIPAMENTOS () ASPIRADOR () B



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBAAV. ORESTES LISBOA, S/N -
CNES: 454554 - Tel.: 8332165700Impresso por: JACQUES
PAIVA CAVALCANTI
Em: 15/04/2018 11:44:09

Paciente CARLA INACIO DA SILVA	Boletim de Atendimento 1069749	Data/Hora Entrada 17/03/2018 19:43:41	Data/Hora Saida
Data de nascimento 13/07/2004	Idade 13	Sexo Feminino	CNS
Tempo de Internação	Convênio SUS		Prontuário 107705
			Plantão DIURNO

EVOLUÇÃO MEDICA (JACQUES PAIVA CAVALCANTI - 15/04/2018 11:44:05)**EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

paciente estavel
segue em curativo
cd: vpmSeção: PEDIATRIA - ENF 26 Leito: 0001 - CIRURGIA GERAL
Profissional responsável pela Informação: JACQUES PAIVA CAVALCANTI

Número Conselho: 7625

Jacques Paiva Cavalcanti
Ortopedia Traumatologia
CRM-PB 7625
CRM-PE 19492



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBAINTERNO, S/N -
CNES: 454550 - Tel.:Impresso por: CONCEICAO
DE MARIA QUEIROZ
FERNANDES DE ALMEIDA
Em: 15/04/2018 07:47:18

Paciente CARLA INACIO DA SILVA	Boletim de Atendimento 1069749	Data/Hora Entrada 17/03/2018 19:43:41	Data/Hora Saída
Data de nascimento 13/07/2004	Idade 13	Sexo Feminino	CNS
Tempo de Internação	Convênio SUS	Prontuário 107705	Plantão DIURNO

EVOLUÇÃO MEDICA (CONCEICAO DE MARIA QUEIROZ FERNANDES DE ALMEIDA - 15/04/2018 07:47:10)**EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

13 anos

peso: 54kg

D6 Ceftriaxona + oxacilina

po fratura exposta de fêmur

anemia

paciente estável, eupneica, hidratada, evolui com queixa de astenia e febre diária, que tem diminuído

ap: mv(+) s/ra

abdome: sp

diurese e evacuações presentes

~~Avaliada pela ortopedia que prescreveu concentrado de hemácias~~

CD: Mantida

Seção: PEDIATRIA - ENF 26 Leito: 0001 - CIRURGIA GERAL
Profissional responsável pela informação: CONCEICAO DE MARIA QUEIROZ FERNANDES DE ALMEIDA

Número Conselho: 4541

Dra. CONCEICAO DE MARIA QUEIROZ FERNANDES DE ALMEIDA
MÉDICA/PEDIATRIA
CRM 4541

10 fratura de fêmur

D7 Ceftriaxona + Oxacilina

Paciente em BCG, eupneica

AP e AC normais

Abdome: sp

CD: Mantida

Dra. CONCEICAO DE MARIA QUEIROZ FERNANDES DE ALMEIDA
MÉDICA/PEDIATRIA
CRM 4541



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBAINTERNO, S/N -
CNES: 454550 - Tel.:Impresso por: CONCEICAO
DE MARIA QUEIROZ
FERNANDES DE ALMEIDA
Em: 14/04/2018 09:20:38

Paciente CARLA INACIO DA SILVA	Boletim de Atendimento 1069749	Data/Hora Entrada 17/03/2018 19:43:41	Data/Hora Saída
Data de nascimento 13/07/2004	Idade 13	Sexo Feminino	CNS
Tempo de Internação	Convênio SUS		Prontuário 107705
			Plantão DIURNO

EVOLUÇÃO MEDICA (CONCEICAO DE MARIA QUEIROZ FERNANDES DE ALMEIDA - 14/04/2018 09:18:13)**EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

13 anos

peso: 54kg

D5 Ceftriaxona + oxacilina

po fratura exposta de fêmur

anemia

paciente estável, eupneica, hidratada, evolui com queixa de astenia e febre diária, que tem diminuído

ap: mv(+) s/ra

abdome: sp

diurese e evacuações presentes

Avaliada pela ortopedia que prescreveu concentrado de hemácias

CD: Mantida

Seção: PEDIATRIA - ENF 26 Leito: 0001 - CIRURGIA GERAL

Profissional responsável pela informação: CONCEICAO DE MARIA QUEIROZ FERNANDES DE ALMEIDA

Número Conselho: 4541

Dra. Conceição Almeida
MÉDICA PEDIATRA
CRM 4541

13/04/2018

172.16.0.6:8080/cvb/pages/atendimento.do?&perform=imprimir&controle=2&id=384145&dataInicial=13/04/2018%2008:02:24&dataFinal=13/04/2018%2008:02:24



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBAImpresso por: CONCEICAO
DE MARIA QUEIROZ
FERNANDES DE ALMEIDA
Em: 13/04/2018 08:02:31INTERNO, S/N -
CNES: 454550 - Tel.:

Paciente CARLA INACIO DA SILVA	Boletim de Atendimento 1069749	Data/Hora Entrada 17/03/2018 19:43:41	Data/Hora Saída
Data de nascimento 13/07/2004	Idade 13	Sexo Feminino	Prontuário 107705
Tempo de internação	Convênio SUS	CNS	Plantão DIURNO

EVOLUÇÃO MEDICA (CONCEICAO DE MARIA QUEIROZ FERNANDES DE ALMEIDA - 13/04/2018 08:02:24)**EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

13 anos

peso: 54kg

D5 Ceftriaxona + oxacilina

po fratura exposta de fêmur
anemia

paciente estável, eupneica, hidratada, evolui com queixa de astenia e febre diária, que tem diminuído

ap: mv(+) s/ra

abdome: sp

diurese e evacuações presentes

Placa exantemática em membro superior dir

cd: Prescrevo polaramine

Seção: PEDIATRIA - ENF 26 Leito: 0001
Profissional responsável pela informação:

CIRURGIA GERAL

CONCEICAO DE MARIA QUEIROZ FERNANDES DE ALMEIDA

Número Conselho: 4541

 Dra. Conceição de Maria Queiroz Fernandes de Almeida
MÉDICA PEDIATRA
CRM 4541

12/04/2018

172.16.0.6:8080/cvb/pages/atendimento.do?&perform=imprimir&controle=2&id=384145&dataInicial=12/04/2018%2009:12:50&dataFinal=12/04/2018%2009:12:57



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBAImpresso por: CONCEICAO
DE MARIA QUEIROZ
FERNANDES DE ALMEIDA
Em: 12/04/2018 09:12:57

Paciente CARLA INACIO DA SILVA		Boletim de Atendimento 1069749	Data/Hora Entrada 17/03/2018 19:43:41	Data/Hora Saída
Data de nascimento 13/07/2004	Idade 13	Sexo Feminino	CNS	Prontuário 107705
Tempo de Internação		Convênio SUS	Plantão DIURNO	

EVOLUÇÃO MEDICA (CONCEICAO DE MARIA QUEIROZ FERNANDES DE ALMEIDA - 12/04/2018 09:12:50)**EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

13 anos

peso: 54kg

D4 Ceftriaxona + oxacilina

po fratura exposta de fêmur
anemia

paciente estável, eupneica, hidratada

ap: mv(+) s/ra

abdome: sp

diurese e evacuações presentes

cd: mantida

Seção: PEDIATRIA - ENF 26 Leito: 0001 - CIRURGIA GERAL
Profissional responsável pela informação: CONCEICAO DE MARIA QUEIROZ FERNANDES DE ALMEIDA

Número Conselho: 4541

Dra. Conceição
MÉDICA PEDIATRA
CRM 4541



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaINTERNO, S/N -
CNES: 454547 - Tel.:GOVERNO
DA PARAÍBAImpresso por: HEISENBERG
BATISTA MEDEIROS DE
ALMEIDA

Em: 11/04/2018 07:06:05

Paciente CARLA INACIO DA SILVA	Boletim de Atendimento 1069749	Data/Hora Entrada 17/03/2018 19:43:41	Data/Hora Saída
Data de nascimento 13/07/2004	Idade 13	Sexo Feminino	Prontuário 107705
Tempo de Internação	Convênio SUS		Plantão DIURNO

EVOLUÇÃO MEDICA (HEISENBERG BATISTA MEDEIROS DE ALMEIDA - 11/04/2018 07:05:59)**EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

PACIENTE RELATA EPISÓDIOS FEBRIS, NÃO VERIFICADO NO MOMENTO
FO LIMPA E SECA SEM SECREÇÃO OU HIPEREMIA
COXA FLACIDA, COM EDEMA LEVE. EM ATB INICIADO
SOLICITO HEMOGRAMA E PCR

Seção: PEDIATRIA - ENF 26 Leito: 0001 - CIRURGIA GERAL
Profissional responsável pela informação: HEISENBERG BATISTA MEDEIROS DE ALMEIDA

Número Conselho: 6229



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBAINTERNO, S/N -
CNES: 454550 - Tel.:Impresso por: CONCEICAO
DE MARIA QUEIROZ
FERNANDES DE ALMEIDA
Em: 09/04/2018 09:11:59

Paciente CARLA INACIO DA SILVA		Boletim de Atendimento 1069749	Data/Hora Entrada 17/03/2018 19:43:41	Data/Hora Saída
Data de nascimento 13/07/2004	Idade 13	Sexo Feminino	CNS	Prontuário 107705
Tempo de Internação		Convênio SUS	Plantão DIURNO	

EVOLUÇÃO MEDICA (CONCEICAO DE MARIA QUEIROZ FERNANDES DE ALMEIDA - 09/04/2018 09:11:53)**EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

13 anos

peso: 54kg

po fratura exposta de fêmur
anemia

paciente estável, eupneica, hidratada

ap: mv(+) s/ra

abdome: sp

diurese e evacuações presentes

Evoluindo com febre

Iniciado ontem ceftriaxona e oxacilina

cd: mantida

Seção: PEDIATRIA - ENF 26 Leito: 0001 - CIRURGIA GERAL
Profissional responsável pela informação:

CONCEICAO DE MARIA QUEIROZ FERNANDES DE ALMEIDA

Número de Registro: 4541
Dra. Conceição Almeida
MÉDICA PEDIATRA
CRM 4541

08/04/2018

172.16.0.6:8080/cvb/pages/atendimento.do?&perform=imprimir&controle=2&id=384145&dataInicial=08/04/2018 11:12:12&dataFinal=08/04/2018 11:12:12



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBAAV. ORESTES LISBOA, S/n - PEDRO GONDIM
CNES: 445365 - Tel.: 8332165700Impresso por: GIORDANO
JOSE MENDONCA TARGINO
Em: 08/04/2018 11:12:34

Paciente CARLA INACIO DA SILVA	Boletim de Atendimento 1069749	Data/Hora Entrada 17/03/2018 19:43:41	Data/Hora Saída
Data de nascimento 13/07/2004	Idade 13	Sexo Feminino	CNS
Tempo de Internação	Convênio SUS		Plantão DIURNO
			Prontuário 107705

EVOLUÇÃO MEDICA (GIORDANO JOSE MENDONCA TARGINO - 08/04/2018 11:12:12)**EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

2o. DPO osteossintese femur distal
febre ontem +acv ok
ar ok
lesao sulco intergluteocd curat comissao de pele
inicio cef e oxaSeção: PEDIATRIA - ENF 26 Leito: 0001 - CIRURGIA GERAL
Profissional responsável pela informação: GIORDANO JOSE MENDONCA TARGINO

Número Conselho: 6199



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBAINTERNO, S/N -
CNES: 454550 - Tel.:Impresso por: CONCEICAO
DE MARIA QUEIROZ
FERNANDES DE ALMEIDA
Em: 05/04/2018 09:41:11

Paciente CARLA INACIO DA SILVA	Boletim de Atendimento 1069749	Data/Hora Entrada 17/03/2018 19:43:41	Data/Hora Saída
Data de nascimento 13/07/2004	Idade 13	Sexo Feminino	CNS
Tempo de Internação	Convênio SUS	Prontuário 107705	Plantão DIURNO

EVOLUÇÃO MEDICA (CONCEICAO DE MARIA QUEIROZ FERNANDES DE ALMEIDA - 05/04/2018 09:41:04)**EVOLUÇÃO**PROCEDIMENTO:
DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:13 anos
peso: 54kgpo fratura exposta de fêmur
anemiapaciente estável, eupneica, hidratada
ap: mv(+) s/ra
abdome: sp
diurese e evacuações presentes
mantem edema e dor em mie.
Clexane em falta
Procedimento cirúrgico programado para amanhã

od: Suspendo clexane da prescrição. Reiniciar após procedimento cirúrgico

Seção: PEDIATRIA - ENF 26 Leito: 0001 - CIRURGIA GERAL
Profissional responsável pela informação: CONCEICAO DE MARIA QUEIROZ FERNANDES DE ALMEIDA Número Conselho: 4541Dra. Conceição Almeida
MÉDICA PEDIATRA
CRM 4541

04/04/2018

172.16.0.6:8080/cvb/pages/atendimento.do?&perform=imprimir&controle=2&id=384145&dataInicial=04/04/2018%2015:43:38&dataFinal=04/04/2018%2015:43:38



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBAAV. ORESTES LISBOA, S/n - PEDRO GONDIM
CNES: 445365 - Tel.: 8332165700Impresso por: GIORDANO
JOSE MENDONCA TARGINO
Em: 04/04/2018 15:43:38

Paciente CARLA INACIO DA SILVA	Bolletim de Atendimento 1069749	Data/Hora Entrada 17/03/2018 19:43:41	Data/Hora Saída
Data de nascimento 13/07/2004	Idade 13	Sexo Feminino	Prontuário 107705
Tempo de Internação	Convênio SUS	CNS	Plantão DIURNO

EVOLUÇÃO MEDICA (GIORDANO JOSE MENDONCA TARGINO - 04/04/2018 15:43:38)**EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

13 anos
peso: 54kgpo fratura exposta de fêmur
anemiapaciente estável, eupneica, hidratada
ap: mv(+) s/ra
abdome: sp
diurese e evacuações presentes
mantem edema e dor em mie.

cd: mantida

Seção: PEDIATRIA - ENF 26 Leito: 8001 - CIRURGIA GERAL
Profissional responsável pela informação: GIORDANO JOSE MENDONCA TARGINO

Número Conselho: 6199



RELATÓRIO DE CIRURGIA



Nome: Camila Inácio da Silva BE/Prontuário: 106972
Idade: 13 Sexo: () Masculino (X) Feminino Cor: _____ Data: 1 / 1 / 1
Clínica/Setor: Ortopedia EMP: _____ LR: _____
Cirurgia: Fratura de Tíbia de Fêmur distal
Cirurgião: Dr. Leobaldo 1º Assistente: Dr. Frederico
2º Assistente: Dr. Aurelio 3º Assistente: _____
Instrumentador: _____ Anestesista: _____
Tipo de Anestesia: _____ Horário: Início _____ : _____ Término _____ : _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fratura de Fêmur distal</u>	
<u>(F)</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Realizada Redução aberta +</u>	
<u>Fixação placa bloqueada</u>	
<u>LISS 4x7</u>	

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

Biopsia de Congelação: () Sim (X) Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

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

Médico/CRM:

Dr. Aurélio de Sá Pinto
CRM 97437/B

João Pessoa, 6 / 12 / 18



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

RELATÓRIO DE CIRURGIA



HEETSIL

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- DDH Sob neuroanestesia
- Antebraço e Antebraço
- Alargação de curvas

Incisão:

Longitudinal infernal em
tênar (E)

Achados:

Fratura de ténar distal

Conduta:

Realizado Redução aberta +
fixação interna com placas
biológicas Liss II ténar distal
Fechamento por planos
Colocação de dren de sucção
curativo

Fechamento:

Observação:

Médico/CRM:

Assinatura

Dr. Augusto de Sá Filho
CRM: 9743/PB

João Pessoa, 06/04/18

ENGLASNR 021-2

	DESCRIÇÃO DA CIRURGIA
Posição e Preparo:	
-	1.º e 2.º em DDP
-	Antesepara + Antepara + Carga
Incisão:	
Achados:	
Conduta:	Retirada do fixador utilizando chave de boca nº 10
Fechamento:	
-	Curalet
-	Tala com protetor
Observação:	

Médico/CRM: _____

João Pessoa, ____/____/____

Nota de Sala Cirúrgica



NOME DO PACIENTE		Paula Inácio da Silva	
IDADE	13	BELEZA	09/04
CIRURGIA	Retorno de ferida externa	ENFERMARIA	06
CIRURGIÃO	Dr. G. G. G.	LEITO	01
ANESTESIA	Sedação	PAUS. Dr. Tiberice	
ANESTESISTA	Dr. Rosana, (Dr. Gessina LP2)		
INSTRUMENTADOR			
DATA	22/03/10	TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA	INÍCIO 07:30 FIM 08:45
ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTE)		CIRURGIA INÍCIO 07:10 FIM 08:15	
ASA 1 () ASA 2 () ASA 3 () ASA 4 () ASA 5 ()			
GRAU DE CONTAMINAÇÃO: () LIMPA () CONTAMINADA () INFECTADA () POTENCIALMENTE CONTAMINADA			
MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS		QTD.	
ALFENTANIL		500.97.5000	1
BUPIVACAÍNA ISOBÁRICA			
BUPIVACAÍNA PESADA			
CETAMINA			
DROPERIDOL			
ETOMIDATO			
FENOBARBITAL			
PENTANIL			
FLUMAZENIL			
CLORANO			
BUPIVACAÍNA C/ VASO			
BUPIVACAÍNA S. VASO			
BUPIVACAÍNA S. VASO			
LIDOCAÍNA S. VASO			
MIDAZOLAN			
MORFINA			
NIMBÍUM			
PANCLORÔNIO			
PETIDINA			
PROPOFOL			
RAMIFENTANIL			
ROCLORÔNIO			
SEVOFLURANO			
SUXAMETÔNIO			
TIOPENTAL			
MEDICAÇÕES		QTD.	
ADRENALINA			
ÁGUA DESTILADA			
ATROPINA			
BENTRA			
CEFAZOLINA			
DEXAMETASONA			
CLORANO SÓDICA			
CLORANO			
FOL. SEMIDA			
GLICOSE 50%			
GLUCONATO DE CÁLCIO			
HIDROCORTISONA			
LIDOCAÍNA GELÉIA			
ONDASENTRONA			
PLASIL			
PROSTIGMINE			
PROTAMINA			
TENOXICAN			
MATERIAIS		QTD.	
AGULHA 13X4.5			
AGULHA 25X07			
AGULHA 25X08			
AGULHA 40X12			
AGULHA PERIDURAL Nº16			
AGULHA PERIDURAL Nº17			
AGULHA PERIDURAL Nº18			
AGULHA RAQUI Nº25G			
AGULHA RAQUI Nº26G			
AGULHA RAQUI Nº27G			
ALGODÃO ORTOPÉDICO			
ATADURA DE CREPOM			
ATADURA GESSADA			
BOLSA P/ COLOSTOMIA			
CÂNULA P/ TRAQUEOSTOMIA Nº			
CATETER DE OXIGÊNIO			
CATETER EMBOLEC. ARTERIAL Nº			
CATETER EPIDURAL Nº16			
CATETER EPIDURAL Nº17			
CATETER EPIDURAL Nº18			
CERA PARA OSSO			
COLET. URINA FECHADO			
COMPRESSAS CIRÚRGICAS			
COMPRESSAS CIRÚRGICAS			
DRENO DE PENROSE			
DRENO DE SUÇÃO			
ELETRODOS			
EQUIPO MACROGOTAS			
EQUIPO TRANSF. SANGUE			
EQUIPO MICROGOTAS			
ESPONJA DE PVPI			
ESPARADRAPO			
GAZES			
GAZES ALGODOADAS			
GEL ELETROLÍTICO			
JELCO Nº14			
JELCO Nº16			
MATERIAIS CONT.		QTD.	
JELCO Nº18			
JELCO Nº20			
JELCO Nº22			
JELCO Nº24			
KIT SIST. DREN. TORÁNICA Nº			
LÂMINA BISTURI Nº11			
LÂMINA BISTURI Nº13			
LÂMINA BISTURI Nº23			
LÂMINA BISTURI Nº24			
LÂMINA DE DERMATÔNIO			
LÂMINA DE ENXERTO			
LUVA DE PROCEDIMENTO PAR			
LUVA ESTÉRIL Nº7.0			
LUVA ESTÉRIL Nº7.5			
LUVA ESTÉRIL Nº8.0			
LUVA ESTÉRIL Nº8.5			
MÁSCARA CIRÚRGICA			
MULTIVIAS			
PERFURADOR DE SORO			
SCALP Nº19			
SCALP Nº21			
SERINGA 3ML			
SERINGA 5ML			
SERINGA 10ML			
SERINGA 20ML			
SONDA ASP. TRAQUEAL Nº5			
SONDA ASP. TRAQUEAL Nº10			
SONDA ASP. TRAQUEAL Nº12			
SONDA ASP. TRAQUEAL Nº14			
SONDA ASP. TRAQUEAL Nº16			
SONDA FOLEY 2VIAS Nº12			
SONDA FOLEY 2VIAS Nº14			
SONDA NASOG. CURTA			
SONDA NASOG. LONGA			
SONDA URETRAL Nº			
TORNEIRINHA			
TUBO ENDOTRAQUEAL Nº			
TUBO ENDOTRAQUEAL Nº			
TUBO ENDOTRAQUEAL Nº			
TUBO SILICONE (LATEX)			
FIOS		QTD.	
FIO ALGODÃO S/A Nº			
FIO ALGODÃO S/A Nº			
FIO ALGODÃO C/A Nº			
FIO ALGODÃO C/A Nº			
FIOS		QTD.	
FIO CAT. GLUT. CROMADO Nº			
FIO CAT. GLUT. CROMADO Nº			
FIO DE AÇO Nº			
FIO DE AÇO Nº			
FIO DE NYLON Nº			
FIO DE NYLON Nº			
FIO DE NYLON Nº			
FIO POLIGLACTINA Nº			
FIO POLIGLACTINA Nº			
FIO POLIGLACTINA Nº			
FIO POLIPROPILENO Nº			
FIO POLIPROPILENO Nº			
FIO POLIPROPILENO Nº			
FIO POLIGLEC. APRONE Nº			
FIO SEDA Nº			
FITA CARDIACA			
MATERIAL ESPECIAL		QTD.	
CATETER DE PIC			
CIMENTO CIRÚRGICO			
CLIP TITÂNIO LIGADURA			
FIO DE KIRSCHNER Nº			
FIO DE KIRSCHNER Nº			
FIO STEINMAN Nº			
FIO STEINMAN Nº			
GRAMPEADOR CIRÚRGICO			
HEMÓST. ABSORVÍVEL			
KIT DERIVA VENTRICULAR			
PROTESE VASCULAR			
KIT PAM			
FIXADOR EXTERNO			
EMPRESA			
PARAFUSOS CORTICAIS			
PARAFUSOS CORTICAIS			
PARAFUSOS ESPONJOSO			
PARAFUSOS ESPONJOSO			
PARAFUSOS MALEOLAR			
PARAFUSOS MALEOLAR			
PLACA			
PLACA			
EQUIPAMENTOS			
() ASPIRADOR			
() BISTURI ELÉTRICO			
() CAPNOGRAFO			
() CARDIOMONITOR			
() DESFIBRILADOR			
() FOCO AUXILIAR			
() FOCO CENTRAL			
() MICROSCOPIO			
() OXÍMETRO DE PULSO			
() P.A. INVASIVA			
() P.A. INVASIVA			
() PERFURADOR ELÉTRICO			
() SERRA			
CIRCULANTE			

Paula Inácio da Silva
#63102

FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

18.20

Data 14/03/18	ID da Ocorrência 204329	☐ USB ☒ USA	Nº / Equipe 07	Plantão: ☒ Dia ☐ Noite	Hora de Saída de Base 17:56 HS	Hora de Chegada no Local 18:20 HS
Paciente / Usuário Carla Bonifácio da Silva				Idade 13 A	Sexo: ☐ Masc ☒ Fem	Telefone:
Local da Ocorrência: ☐ Sapé ☐ Mari ☐ Sobrado ☒ Riachão ☐ Outro:				Bairro		Médico Regulador
Logradouro R. C. 43 (Contrada de Riachão)						
Quantidade de vítima(s) no local: ☐ Uma ☐ Duas ☐ Três ☐ Mais de três:						
Apoio no Local: ☐ USB ☐ USA ☐ Resgate / Bombeiros ☐ PM ☐ Resgate PRF ☐ SMTRANS ☐ CPTRAN ☐ Outro:						
OTA: ☐ Socorrido por Terceiros ☐ Socorrido pelos Bombeiros ☐ Evadiu-se do Local ☐ Trote ☐ Outro:						

Documento de identificação do paciente:

RG: _____; CPF: _____; CNS: _____

NATUREZA DA OCORRÊNCIA

☐ CLÍNICO ☐ PSIQUIÁTRICO ☐ GINECO-OBSTÉTRICO
☒ TRAUMA
Motivo: colisão moto x moto

ESCALA DE COMA DE GLASGOW

Abertura ocular	Resposta verbal	Resposta motora
☐ Espontânea ☐ A voz ☐ Nenhuma	☐ Orientada ☐ Palavras inapropriadas ☐ Palavras incompreensíveis ☐ Nenhuma	☐ Obedece comandos ☐ Localiza dor ☐ Movimento de retirada ☐ Flexão anormal ☐ Extensão anormal ☐ Nenhuma

TIPO DE AGRAVO

☐ Acidente de Trânsito	☐ Pediátrico
☐ Agressão Física	☐ Psiquiátrico
☐ Desabamento / soterramento	☐ Caso clínico
☐ Eletrocussão	☐ Quase afogamento/ afogamento
☐ F.A. B	☐ Queda _____ metros
☐ F.A.F (P.A.F)	☐ Queimaduras
☐ Gineco - obstétrico	☐ Outros: _____
☐ Lesões térmicas	

ANTECEDENTES

☐ AIDS	☐ Doença mental
☐ Alcoolismo	☐ Doença renal
☐ AVE	☐ Drogas
☐ Cirurgias Realizadas	☐ Hipertensão arterial
☐ Convulsão	☐ Internamentos Anteriores
☐ Diabetes	☐ Medicamentos
☐ Doença Cardíaca	☐ Problemas respiratórios
☐ Doença Infecto - contagiosa	☐ Outros

TRANSPORTE SECUNDÁRIO - ORIGEM

Serviço Médico H.T.O.P. Responsável: _____

MOTIVO DO TRANSPORTE

☐ Apoio Diagnóstico ☐ Serviço de maior complexidade ☐ transferência simples ☐ outro: _____

TRANSPORTE SECUNDÁRIO - DESTINO

Local: _____ Responsável: _____ Função: _____

Exame clínico (principais sintomas/ queixas)

☐ agitação ☐ alergia ☐ Ausência de pulso (central) ☐ Cianose ☐ Convulsão ☐ Diarreia ☐ Dificuldade respiratória ☐ dor local
☐ febre ☐ Inconsciente/ desmaio ☐ Palidez ☐ Sangramento ☐ Vômito ☐ outros: _____

1. DADOS VITAIS:

PA. Sistólica 160 PA diastólica 100 Pulso: _____ FC: 140 FR: _____ TEMP: _____ °C Glicemia: 100 SPO₂ 100 Glasgow 15

2. VIA AÉREA

☒ Livre ☐ obstruída parcialmente ☐ Obstruída totalmente ☐ Corpo Estranho ☐ Bronco aspiração ☐ Edema de glote ☐ Obs.: _____

VENTILAÇÃO

☐ Espontânea ☐ Parada respiratória ☒ Assistida ☐ Ritmo irregular

EXPANSIBILIDADE

☒ Normal ☐ Superficial ☐ Regular ☐ Irregular

ACHADOS

☐ Crepitação ☐ Enfisema subcutâneo ☐ Expectoração ☐ Hemoptise ☐ Hálito etílico ☐ Outro: _____

3 - CIRCULAÇÃO

☐ Cianose ☐ Fria ☐ Úmida ☒ Normal ☐ Palidez ☐ Quente ☐ Seca ☐ Outros: _____

EDEMA

Mayara de Almeida
Coordenadora

() Ausente () Palpebral () Membros Superiores () Membros Inferiores () Anasarca
PERFUSÃO

(X) Normal () Retardada (> 2 seg) () Ausente

PULSO

() Regular () Irregular () Fino (X) Cheio () Ausente

ECG

() Normal () Alterado (X) Não realizado

4 - EXAME NEUROLÓGICO

(X) Agitação () Sonolência () Coma () Convulsão () Otorragia () Rigidez () Midriase

5 - EXAME GINECO - OBSTÉTRICO

() Abortamento () Hemorragia vaginal () Normal _____ Semana () Trabalho de parto () outros: _____

6 - DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO MÉDICA:

LESÃO MOTOX MOTO (P) + FURTO DE FÊMEA (E) + FURTO DE RIFUM (E)

7 - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:

(X) Ansiedade () Capacidade adaptativa intracraniana diminuída () Comunicação verbal Prejudicada () Confusão aguda (X) Deambulação prejudicada () Débito cardíaco diminuído () Desobstrução ineficaz de vias aéreas () Disreflexia autonômica () Dor aguda () Hipertermia () Hipotermia () Integridade da pele prejudicada () Integridade tissular prejudicada (X) Medo () Intolerância à atividade () Mucosa oral prejudicada () Padrão respiratório ineficaz () Risco de Perfusão tissular cerebral ineficaz () Perfusão tissular cardiopulmonar ineficaz () Risco de Perfusão tissular gastrointestinal ineficaz () Risco de Perfusão tissular renal ineficaz () Termorregulação ineficaz () Troca de gases prejudicada () Ventilação espontânea prejudicada () Volume de líquidos deficientes () Volume de líquidos excessivo () Náusea () Retenção urinária () Interação social prejudicada () Incontinência intestinal () Eliminação urinária prejudicada () Constipação (X) Outros: do local

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM: Despista SSIV + estabilizante + oximétrico

INTERVENÇÕES: Realizar exame físico completo
Realizar estabilização conforme protocolo
Abster-se do SSIV

EVOLUÇÃO/INTERCORRÊNCIAS: paciente vítima de acidente motox moto, apresentando
fractura de costela do lado esquerdo + agitação, de
alta intensidade e orientada, realizando estabilização + AVE e após 15
minutos de tratamento, paciente se sente melhor e não apresenta

8 - EVOLUÇÃO/INTERCORRÊNCIAS MÉDICAS: Paciente vítima de acidente motox moto, apresentando
fractura de costela (E) + fratura de rádio (E); agitação, de alta intensidade, orientada,
realizando estabilização, REFERENCIAL DE MEE.

9 - PROCEDIMENTOS

→ Comunicação p/ HETSHL.
() Desobstrução vias aéreas () Intubação naso/orotraqueal () Cânula Orofaringea () Ventilação mecânica (manual AMBU) () Respirador () Inalação de oxigênio (O₂) () Drenagem torácica () Massagem cardíaca externa () Desfibrilação/ cardioversão () Controle de hemorragia () Curativo (X) Punção venosa () Sonda gástrica () Sonda vesical () Sedação (X) Imobilização de membros (X) Colar cervical (X) Talas / tração () Outros: _____

10- MATERIAL UTILIZADO (ENFERMAGEM): uso gases de oxigênio + gases para fratura
+ após equívoco + após fratura

ENCAMINHAMENTO

() Liberdade após atendimento () Recusa o atendimento () Óbito no local () Óbito durante o atendimento () Óbito durante o transporte

POSICÃO DE TRANSPORTE

(X) Decúbito dorsal () Decúbito lateral () Decúbito ventral () Sentado () Elevação de cabeceira (cabeça)

RECUSO

Nome: _____

Assinatura: _____

R.G. _____

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE

Médico: Dr. Vitoriano

Enfermeiro (a): Guilherme

Téc. de Enfermagem: ()

Condutor: _____

CRM: _____

COREN: 324036

COREN: _____

MAT.: _____

MAT.: _____

MAT.: _____

MAT.: _____

PERTECES DA VÍTIMA

☒ NÃO

☐ SIM

Objetos: _____

Dr. Vitoriano
MÉDICO
CRM-PB 85581

Mayara da Andarae
Coordenadora Geral
SEMOP-PR



Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

Documento de Alta

Nome: CARLA INACIO DA SILVA			Número Prontuário: 107705
Data de: 13/07/2004	Sexo: Feminino	Data de Internação: 18/03/2018 00:01:03	Data de Alta: 16/04/2018 11:43:58
Motivo da alta: ALTA MEDICA ORIENTADA POR DR. WEISENBERG			
Conduta: 10 DPO DE TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE FEMUR DISTAL ESQUERDO. EVOLUINDO COM FO EM BOM ESTADO, NEUROVASCULAR OK. SEM QUEIXAS NO MOMENTO.			
Resumo da Internação: SEM INTERCORRENCIAS			
Resultado de Exames: EF RX			
Tratamento: TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE FEMUR DISTAL ESQUERDO NO DIA 06/04/2018 POR DR. LEOPOLDO			
Diagnóstico: S72.4 - Fratura da extremidade distal do fêmur			
Recomendações: RETORNO AO AMBULATORIO DO HTOP EM 7 DIAS (LIGAR 32142911 PARA MARCAR RETORNO)			

Data: 16/04/2018

PEDRO HENRIQUE GUTERREZ
VARGAS FREITAS
CRM: 10575 - PB

PatientID: 000000058231
PatientName: CARLA INACIO DA SILVA

Sex: Feminino
BirthDate: 13.07.2004
Age: 13a.

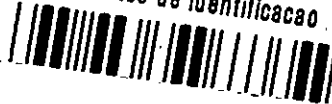


PatientID: 000000058231
PatientName: CARLA INACIO DA SILVA

Sex: Feminino
BirthDate: 13.07.2004
Age: 13a.



Documentos de Identificacao



CODIGO DE CONTROLE

3A79D2627A8972DA

A autenticidade neste comprovante deve ser
confirmada na internet, no endereço
www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela

Secretaria de Receita Federal do Brasil

em 10/07/2004 às 10:35 no dia 10/07/2004

(hora e data de Brasília)
digito verificador: 00

MINISTERIO DA FAZENDA

Receita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

706.858.454-35

Nome

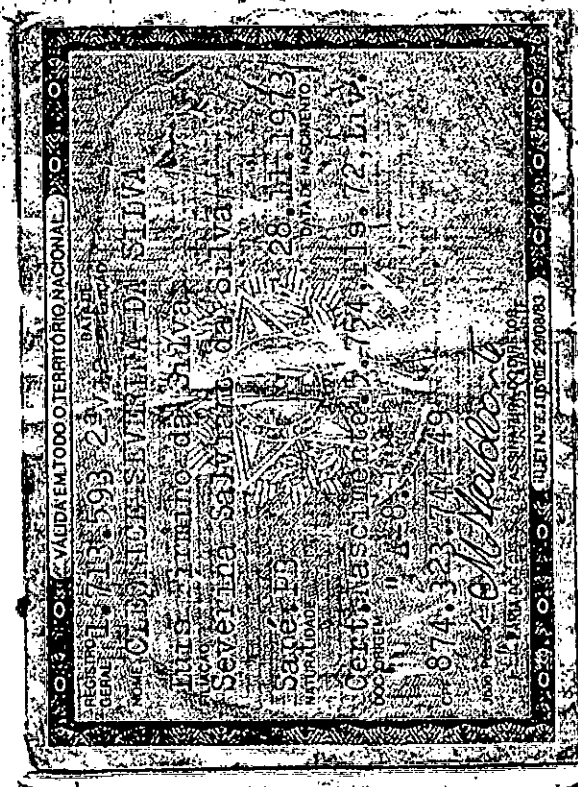
GARLA INACIO DA SILVA

Nascimento

13/07/2004

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICACAO

1500 de Identificacao



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 011754113340
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VA 0091143024-5
CÓD. RENAVAM 20150800000858
SERVIÇO 00/00000000 2015

NOME
JOSE CARLOS DE FREITAS

CPF/CNPJ 04833386488
PLACA 4432/PB

PLACA ANT/UP NOVO PB
CHASSI 9C2KC08107R115908

ESPÉCIE TIPO PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC COMBUSTÍVEL GASOLINA

MARCA/MODELO HONDA/CG 150 TITAN KS ANO FAB. 2007 ANO MOD. 2007

CAP/POT/CIL 2 P/149 /CI CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA 22/01/2015 VENC. COTAS 1º 2º 3º

PREMIO TARIFARIO (R\$) 0 PREMIO TOTAL (R\$) 0 DATA DE PAGAMENTO 22/01/2015

PREMIO TARIFARIO (R\$) 0 PREMIO TOTAL (R\$) 0 DATA DE PAGAMENTO 22/01/2015

SEM RESERVA DE DOMINIO

RTACHAO DO LUGAR=PB

36633 22/01/2015 13870

DETRAN

CONTRAN

DUT



SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PB Nº 011754113340 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2015 DATA EMISSÃO 22/01/2015

VA 1 CPF/CNPJ 04833386488 PLACA MNM4432/PB

RENAVAM 00911430245 MARCA/MODELO HONDA/CG 150 TITAN KS

ANO FAB. 2007 CILIND. 9 Nº CHASSI 9C2KC08107R115908

PRÊMIO TARIFÁRIO

RIS (R\$) ***** DEVATAN (R\$) ***** CUSTO DO SEGURO (R\$) *****

CUSTO DO BILHETE (R\$) ***** ICF (R\$) SEGURO TOTAL SEGURO (R\$) P A G O

PAGAMENTO 22/01/2015 COTA ÚNICA PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 05.245.009/0001-04
www.seguradoralider.com.br

13870-0925241-20150122

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0318585/18
Vítima: CARLA INACIO DA SILVA
CPF: 706.858.454-35

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 17/03/2018
Titular do CPF: CARLA INACIO DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Certidão de nascimento
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros



CLEONICE SEVERINA DA SILVA : 874.323.744-49

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 16/08/2018
Nome: CLEONICE SEVERINA DA SILVA
CPF/CNPJ: 874.323.744-49

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/08/2018
Nome: Karen Rosa de Oliveira Azevedo
CPF: 131.414.327-16

CLEONICE SEVERINA DA SILVA

Karen Rosa de Oliveira Azevedo



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS **ID**

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA CARLA INACIO DA SILVA
DATA DO ACIDENTE 13/03/18 CPF DA VITIMA 706 858 454 -35
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ELEONICE SEVERINA DA SILVA
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VITIMA ☒ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VITIMA É MÃE
ENDEREÇO DO PORTADOR SÍSIO PRIMAVERA
Nº SN COMPLEMENTO BAIRRO ÁREA RURAL
CIDADE RIOCHÃO DO POÇO UF PB CEP 58348-000
E-MAIL eleonice@imob.com TELEFONE (83) 99369-8095

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

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

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO

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

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

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 09/08/2018
IDENTIDADE Po. 1718593
ASSINATURA Eleonice Severina da Silva

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 09/08/2018
NOME João Batista Ferreira
ASSINATURA João Batista Ferreira
Mat. 8.476.2780



Tel.: 55 21 3861-4286

arthurfroes@seguradoralider.com.br

Superintendente de Sinistros

Arthur Froes

Atenciosamente,

Contingencialmente, até que os protocoladores retornem, estou de acordo em procedermos desta forma.

JC,

Assunto: RES: Produção: 13/03/2018

Para: Jose Carlos <jcarloscarvalho@seguradoralider.com.br>

Enviada em: quinta-feira, 15 de março de 2018 11:18

De: Arthur Froes

CONFIDENTIALITY This message is confidential; its contents do not constitute a commitment by Seguradora Lider except where provided for in a written agreement between you and Seguradora Lider. Any unauthorized disclosure, use or dissemination, either whole or partial, is prohibited. If you are not the intended recipient of the message, please notify the sender immediately.

CONFIDENCIALIDADE Esta mensagem é confidencial; seu conteúdo não constitui um compromisso da Seguradora Lider, exceto se fornecido em conjunto com um acordo por escrito entre as partes. Qualquer divulgação ou uso não autorizado, total ou parcial, é proibido. Caso você não seja um dos destinatários desta mensagem, favor notificar ao remetente imediatamente.

Rua da Assembleia, 100 – 21º andar
Centro - Rio de Janeiro - RJ CEP: 20011-904
Tel.: 55 21 3861-4600 / Ramal: 4654
E-mail: jose.carlos@seguradoralider.com.br



José Carlos Carvalho
Gerente de Sinistros

Em função dos problemas que estamos passando com relação a manutenção dos relógios protocoladores, em medida extrema exceção, autorizo até que tenhamos todos os protocoladores funcionando normalmente, protocolar somente a primeira folha dos processos recebidos dos Correios. Para certificarmos que essa medida de exceção é válida somente para esse período, solicito imprimir uma cópia desse e-mail e anexar a cada processo de sinistro que estiver nessa condição. Quando suspendermos esse critério, favor passar-me um e-mail configurando o retorno ao procedimento padrão.

Vinicius

Assunto: Protocolo

Para: Vinicius Campos da Silva <vinicius.silva@seguradoralider.com.br>

Cc: Sonia Faro <soniafaro@seguradoralider.com.br>

Enviada em: quinta-feira, 15 de março de 2018 11:33

De: Jose Carlos

www.seguradoralider.com.br
Rua da Assembleia, 100 – 21º andar
Centro - Rio de Janeiro - RJ CEP: 20011-904

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

V-02
 P-123

para Carlos de Freitas

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
 REGISTRO GERAL 2.327.271 -2 VIA EXPEDIÇÃO 26/05/2014

NOME JOSÉ CARLOS DE FREITAS

FILIAÇÃO SANTINO ZACARIAS DE FREITAS
 CARINA HELENA DE FREITAS

NATURALIDADE
 SAPÉ-PB

DATA DE NASCIMENTO 09/06/1970

DOC ORIGEM
 CASAM N. 11008 FLS 108 LIV B36
 CARTÓRIO SAPÉ-PB

CPF 048.333.864-88

ASSINATURA DO DETENTOR

LEI N. 7.118 DE 28/09/65

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0318585/18

Número do Sinistro: 3180403071

Vítima: CARLA INACIO DA SILVA

CPF: 706.858.454-35

Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

Outros



Data do acidente: 17/03/2018

Titular do CPF: CARLA INACIO DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

Outros

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 23/10/2018
Nome: CARLA INACIO DA SILVA
CPF: 706.858.454-35

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/10/2018
Nome: Nathalia Beatriz Braga Costa
CPF: 164.083.787-65

CARLA INACIO DA SILVA

Nathalia Beatriz Braga Costa

Rio de Janeiro, 04 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **CLEONICE SEVERINA DA SILVA**
Nº Sinistro: **3180403071**
Vítima: **CARLA INACIO DA SILVA**
Data do Acidente: **17/03/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número **3180403071**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Boletim de ocorrência não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

55800468 LÍDER DPVAT 87. 17-09-2018 15:01 221232 1/1

Carta nº 13327648

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180403071 **Cidade:** Riachão do Poço **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CARLA INACIO DA SILVA **Data do acidente:** 17/03/2018 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM 2 ABORDAGENS (FIXADOR EXTERNO, PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE O MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

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

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0318585/18

Número do Sinistro: 3180403071

Vítima: CARLA INACIO DA SILVA

CPF: 706.858.454-35

Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

Data do acidente: 17/03/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: CARLA INACIO DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

Outros

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 23/10/2018
Nome: CARLA INACIO DA SILVA
CPF: 706.858.454-35

CARLA INACIO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/10/2018
Nome: Nathalia Beatriz Braga Costa
CPF: 164.083.787-65

Nathalia Beatriz Braga Costa