
Rio de Janeiro, 13 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200071809

Vítima: DIEGO DEIVITON NUNES SOARES

Data do Acidente: 27/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), DIEGO DEIVITON NUNES SOARES

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 28 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200071809

Vítima: DIEGO DEIVITON NUNES SOARES

Data do Acidente: 27/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), DIEGO DEIVITON NUNES SOARES

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: **DIEGO DEIVITON NUNES SOARES**

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

Banco: **104**

Agência: **000000041**

Conta: **00000512436-6**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: 0058275120 CPE da vítima: 705.803.604-74 Nome completo da vítima: DIEGO DEIVTON NUNES SOARES

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

Nome completo: DIEGO DEIVTON NUNES SOARES CPE: 705.803.604-74
Profissão: RECLUSO Endereço: RUA AMÁLIA TAVELINA Número: SIN Complemento:
Bairro: CEMIRO Cidade: GALANTE Estado: PB CEP: 58446-000
E-mail: Tel. (DDD): 19798805-6654

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

REDA MENSAL:

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

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

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0041 CONTA: 5124366
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: Falecidos:

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: João Pessoa, 19/02/2020
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____
2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00100.01.2020.1.05.101

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00100.01.2020.1.05.101, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 16:55 horas do dia 05 de fevereiro de 2020, na cidade de Lucena, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia de Comarca de Lucena, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Reinaldo Nobrega de Almeida Junior, matrícula 1685058, e lavrado por Alexandre José Nunes de Souto Lima, Agente de Investigação, matrícula 1573560, ao final assinado, compareceu **Diego Delvito Nunes Soares**, conhecido(a) por Diego, CPF nº 705.803.604-74, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Funcionário de Empresa Privada, filho(a) de Maria da Guia Nunes de Sousa e Severino Ramos do Nascimento Soares, natural de Campina Grande/PB, nascido(a) em 13/07/1995 (24 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Amália Taveira, Nº S/N, complemento CASA, bairro Galante, tendo como ponto de referência Rua do Gás, na cidade de Campina Grande/PB, telefone(s) para contato (83) 98708-8728.

Dados do(s) Fatos:

Local: Estrada Estadual, Campina Grande/PB, bairro Galante; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 27/10/19 10:57h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) Art. 129, § 1º, Inc. I do CPB (Lesão corporal de natureza grave - Incapacidade por mais de 30 dias), Art. 129 Caput do CPB (Lesão corporal dolosa).

Objeto(s) Envolvido(s):

(1) **Moto**, modelo CG 150 TITAN ESD, marca HONDA, tipo de veículo MOTOCICLETA, cor VERMELHA, ano 2011/2012, UF: PB, placa MOS-2781, chassi 9C2KC1650CR514232, renavam 0043029525-1, características gerais: Nº. C.I.R.v.: 014355565447; nº. P.r.t.: 20190100014797-8; nº. Lacre: 0047397721.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUANDO VINHA NA CONDUÇÃO DO VEÍCULO NO LOCAL JÁ DESCRITO ANTERIORMENTE ACIMA, QUANDO APARECEU UM OUTRO VEÍCULO EM UMA CURVA SOBRANDO NA CONTRA MÃO E AO TENTAR DESVIAR DO MESMO, PERDEU O CONTROLE DO VEÍCULO VINDO A CAIR E SE MACHUCAR SERIAMENTE, SENDO QUE O DECLARANTE FOI SOCORRIDO PARA O HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES DA CIDADE DE CAMPINA GRANDE/PB, ONDE DEU ENTRADA PARA OS PRIMEIROS ATENDIMENTOS EMERGENCIAIS E CIRÚRGICOS POSTERIORES CONFORME LAUDO MÉDICO APRESENTADO NESTA DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL.

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


Governo do Estado da Paraíba
Sec. de Segurança Pública
Alexandre J. N. de Souto Lima
Comissário - Mat. 157.356-0

DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
5ª Delegacia Seccional de Polícia Civil
Delegacia de Comarca de Lucena



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

Lucena/PB, 05 de fevereiro de 2020.

ALEXANDRE JOSÉ NUNES DE SOUTO LIMA

Agente de Investigação

Governo do Estado da Paraíba
Sec. de Segurança Pública
Alexandre J. N. de Souto Lima
Comissário - Mat. 157.356-4



DIEGO DEIVITON NUNES SOARES

Noticiante

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: 0058275120 CPE da vítima: 705.803.604-74 Nome completo da vítima: DIEGO DEIVTON NUNES SOARES

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

Nome completo: DIEGO DEIVTON NUNES SOARES CPE: 705.803.604-74
Profissão: RECLUSO Endereço: RUA AMÁLIA TAVELINA Número: SIN Complemento:
Bairro: CENIRO Cidade: GALANTE Estado: PB CEP: 58446-000
E-mail: Tel. (DDD): 19798805-6654

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

REDA MENSAL:

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

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

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0041 CONTA: 512436 6 AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: João Pessoa, 19/02/2020
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____
2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 20/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DIEGO DEIVITON NUNES SOARES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00041

CONTA: 000000512436-6

Nr. da Autenticação 2CC2B69B97F46BD6

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é seguradora de crédito.

Recibo para comprovar pagamento da conta localizada na energia elétrica Nº 005.567.568



ENERGISA BOBIOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Av. Dep. Raimundo Asfora, 4799 - BR 230 - KM 158 - Três Irmãs
Campina Grande / PB - CEP 56423-700
CNPJ 08.826.596/0001-95 Insc.Est. 15.003.839-1

DADOS DO CLIENTE

TEREZA CRISTINA DO NASCIMENTO SILVA
RUA AMALIA TAVEIRA S/N
GALANTE

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

4/281870-6

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
JAN/2020	13/01/2020	159	20/01/2020	R\$ 98,63

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
00190.00009 03149.036000 01096.180177 4 81400000009863				
Pagador: TEREZA CRISTINA DO NASCIMENTO SILVA CNPJ/CPF: 078.488.444-71				
RUA AMALIA TAVEIRA S/N - CENTRO - GALANTE / PB - CEP 00000-000				
Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31490360001096180	000281870202001	20/01/2020	R\$ 98,63	
BENEFICIÁRIO: ENERGISA BOBIOREMA DISTRIB DE ENERGIA SA				08.826.596/0001-95
AV DEPUTADO RAIMUNDO ASFORA, 4799 - BR 230 KM 158 - TRÊS IRMÃS - CAMPINA GRANDE / PB - CEP 56423-700				
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2057-5				



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200071809 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DIEGO DEIVITON NUNES SOARES **Data do acidente:** 27/10/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE ESCAFOIDE DIREITO. P.4

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PARAFUSO) E ALTA MÉDICA. P.16

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO PUNHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº:2024946

CLASS. DE RISCO: VERMELHO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES - CNPJ: 08.778.268/0038-52.

Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809

Data: 27/10/2019

Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07

Atendente: acolhimento

PACIENTE: DIEGO DEIVITON

CEP:58400002

Nascimento:13/07/1995

NUNES SOARES

Endereço:R MANDEL MARQUES TAVEIRA

Sexo:M

Telefone:

Cidade: Campina Grande

Idade:024

Bairro:GALANTE

Nome da Mãe: MARIA DA GUIA NUNES DE
SDUSA

RG: 4042136

Nº:0

Responsável:

Data de

CNS:701208060041119

Estado Civil:Solteiro(a)

Atend:27/10/2019

Hora: 19:57:03

CONVÊNIO:SUS

Motivo: ACIDENTE DE MOTO MOTO X CARRO

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

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



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

OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada = _____ % Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau

DIAGNOSTICO / CID:

POLITRAUMA

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

Paciente trazido pelo SAMU vítima de acidente de moto com carro, Paciente relatou que não possui comorbidades, que possui hipertensão, diabetes, relata que possui tratamento com medicação, não possui uso de álcool, tabaco, drogas ilícitas. Exame: LATE, 2º grau, orientado, ACV: 100% em 27. Sinais vitais: FC: 84 bpm, PA: 84/60 mmHg, SatO2: 98% em ar ambiente.

ALERGIA: 44: 100% em 27. PA: 84/60 mmHg; Sinais vitais: FC: 84 bpm, PA: 84/60 mmHg, SatO2: 98% em ar ambiente.

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS () Fotorreagentes () Isocóricas () Anisocóricas ()

Glasgow 15 PA HGT: SatO2

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais () Ultrassonografia: last
() Gasometria arterial () Radiografias: cervical + tórax + quadril + MSO
() Tomografia Computadorizada ()

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: ortopedista / NCR às: Dia: / /

Especialista: às: Dia: / /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	SEL SORNO EV	
2	Dilatação da - O2AMP + AD EV	20:20/
3	Dilatação da - O2AMP + AD EV	
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Dr. Pedro Sampaio
MÉDICO EMERGENTE
CENTRO DE ATENDIMENTO
EMERGÊNCIA
CRM-PB 11.117

+ Dr. Pedro Sampaio

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

() Centro cirúrgico _____

() Internação (setor) _____

() Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL _____

() Alta hospitalar / () A revelia
 \ () Decisão Médica

() Óbito

Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO

CBO

1040E

1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1

1 1 1 1 1 1 1

11111

1 1 1 1 1 1 1 1 1 1

1 1 1 1 1 1

11111

[illegible]

1 1 1 1 1 1

11111

1 11 11 11 11 11 11 11 11 11

1 11 11 11 11 11 11 11

1111



GOVERNO
DA PARÁ

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Maíl Floriano Peixoto, 4700 - Melvinos, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 27/10/2019

Paciente: DIEGO DEIVITON NUNES SOARES Idade: 024 N° ATEND: 2024946

ACIDENTE DE TRABALHO : NÃO
DATA: 27/10/2019 HORA : 20:03:34

ESPECIALIDADE : CIRURGIA

MOTIVO : ACIDENTE DE MOTO
ESPECIFICAÇÃO DO MOTIVO : MOTO X CARRO

SINAIS VITAIS

HGT: SAT O2: PA: TEMP: FC: FR: PESO:

DIABETES () SIM () NÃO HAS () SIM () NÃO
DEF. MOTORA () SIM () NÃO

ALERGIAS :

MEDICAÇÃO EM USO :

ESTADO GERAL :

AValiação Neurológica
() CONVULSÃO () INCONSCIENTE () CONSCIENTE () ORIENTADO
() DESORIENTADO () AGITADO () COOPERATIVO () DEPRESSIVO () APÁTICO
() IRRITADO () DIMINUIÇÃO DE FORÇA MOTORA

SINTOMAS REFERIDOS

() FEBRE () VÔMITO () DIARREIA () EXANTEMA
() PRURIDO () DISPNEIA () DOR () INAPETÊNCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
() ANAFILAXIA () FLEBITE () INAPETÊNCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
() EPIGASTRALGIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA () SIBILOS () TOSSSE



ESCALA DE DOR:

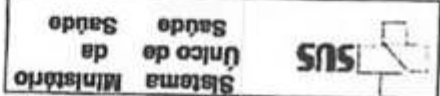
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO :
VERMELHO

CONTROLE DOS SINAIS VITAIS:

HORA	PA	TEMP	FC	FR	DIURESE	ASSINATURA ENFERMEIRO/COREN	DO

OBS:

ENFERMEIRO/COREN
acolhimento



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

2362856

1 - CNES

2 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

2362856

2 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

DIEGO DEIVTON NUNES SOARES

7 - CARTÃO DO SUS

701208060041119

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

MARIA DA GUIA NUNES DE SOUSA

11 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO)

R MANOEL MARQUES TAVEIRA, 0, GALANTE

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Campina Grande

14 - COLOQUE
o código de
verificação

250400

15 - UF

PB

16 - CEP

58400002

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO EVOLUI COM DOR NO PUNHO DIREITO

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

TRATAMENTO CIRÚRGICO

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS/RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS

RADIOGRAFIA + EXAME FÍSICO

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

FRATURA DO ESCAPOIDE DIREITO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

26 - CLÍNICA

27 - CARACTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

(X) CNS () CPF

29 - N.º DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

980016296677001

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

LUIZ JUVENIO MEDEIROS

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

28/10/2019

32 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

33 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

34 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

35 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

36 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

37 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

38 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

39 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

40 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

41 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

42 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

43 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

44 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

45 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

46 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

47 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

48 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

49 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

50 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

51 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

52 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

53 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

54 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

55 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

56 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

57 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

58 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

59 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

60 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

61 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

62 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

63 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

64 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

65 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

66 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

67 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

68 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

69 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

70 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

71 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

72 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

73 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

74 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

75 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

76 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

77 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

78 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

79 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

80 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

81 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

82 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

83 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

84 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

85 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

86 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

87 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

88 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

89 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

90 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

91 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

92 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

93 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

94 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

95 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

96 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

97 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

98 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

99 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

100 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

101 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

102 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

103 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

104 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

105 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

106 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

107 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

108 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

109 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

110 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

111 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

112 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

113 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

114 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

115 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

116 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

117 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

118 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

119 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

120 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

121 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

122 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

123 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

124 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

125 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

126 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

127 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

128 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

129 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

130 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

131 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

132 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

133 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

134 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

135 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

136 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

137 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

138 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

139 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

140 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

141 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

142 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

143 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

144 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

145 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

146 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

147 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

148 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

149 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

150 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

151 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

152 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

153 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

154 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

155 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

156 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

157 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

158 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

159 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

160 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

161 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

162 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

163 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

164 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

165 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

166 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

167 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

168 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

169 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

170 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

171 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

172 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

173 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

174 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

175 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

176 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

177 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

178 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

179 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

180 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

181 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

182 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

183 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

184 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

185 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

186 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

187 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

188 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

189 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

190 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

191 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

192 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

193 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

194 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

195 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

196 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

197 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

198 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

199 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

200 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

201 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

202 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

203 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

204 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

205 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

206 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

207 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

208 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

209 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

210 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

211 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

212 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

213 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

214 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

215 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

216 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

217 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

218 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

219 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

220 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

221 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

222 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

223 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

224 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO



CNPJ: 10.848.190/0001-55

Date: 05/11/2019

Horas: 15-23-28

Médico (a) Diarista : Wagner Luiz Egitto de Araujo

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2025130 Paciente: DIEGO DEIVITON NUNES SOARES Idade: 024 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA DA GUIA NUNES DE SOUSA Data de Nascimento: 13-07-1995 Admissão: 28-10-2019 DIH - 8

Clinica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 6 Leito: 1 Diagnóstico: FRATURA ESCAFOIDE A DIR

DLA 05/11/2019

MÉDICO(A): Wagner Luiz Egito de Araujo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR IFRA AMP, 12h/12h 0D/2D	18 06
3	DIPIROXA SODICA 500 MG/ML, 2 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h	18 06 06
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, IFRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	18 06
5	OMEPRAZOL INJ 40MG IFRA AMP, 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO	18 06
6	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

EVOLUÇÃO

DATA:05/11/2019 HORA:15:11:34

PACIENTE EM POS OPERATORIO IMEDIATO SEM INTERCORRENCIAS

CD: ANTIBIOTICOPROFILAXIA

RX DE CONTROLE

DIETA POS RPA

ASSINATURA + CARIMBO
Wagner Luiz Egito de Araujo

06-19-19.

7A CUBA WELSHMAN
AZA HOSPITAL





GOVERNO
DA PARAÍBA



GOVERNO
DA PARAÍBA

RESUMO DE ALTA

Nome do Paciente: DIEGO DEIVITON NUNES SOARES

Data da Internação: 28/10/2019

Data da Alta: 06/11/2019

Registro: 2025130

Tempo de Permanência: -18198

Diagnóstico Inicial: FRATURA DO OSSO NAVICULAR [ESCAFOIDE] DA MAO

Diagnóstico Final:

Principais Exames: FRATURA ESCAFOIDE A DIR - TRAT CIRURGICO

Data:

Equipe:

Cirurgião: CRISMARCOS RODRIGUES DA SILVA

Aux 1: DR. WAGNER RI

Aux 2:

Aux 3:

Aux 4:

Anestesista:

Medicamentos:

Resumo Clínico (História, Evolução, Terapêutica e Complicações): FRATURA ESCAFOIDE A DIR
Data de Internamento: 28/10/2019, CONT TRAT AMBULATORIAL, RETORNO
MARCADO PARA 08 DIAS

Medicações para Casa: ATB_AINH

Condições de Alta: Melhorado

Data: 06/11/2019

Assinatura/Carimbo

Crismarcos Rodrigues da Silva (CRM/PB-3335)

RESPONSÁVEL: Crismarcos Rodrigues da Silva (CRM/PB-3335)



GOVERNO
DA PERNAMBUCO

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 04/11/2019

Horas: 08:09:49

Médico (a) Diarista: Crismarcos Rodrigues da Silva (CRM/PB-3335)

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 2025130 Paciente: DIEGO DEIVITON NUNES SOARES Idade: 024 Sexo: M

Nome da Mãe: MARLA DA GUIA NUNES DE SOUSA Data de Nascimento: 13/07/1995 Admissão: 28/10/2019 DHI - 7

Clinica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 6 Leito: 1 Diagnóstico: FRATURA ESCAFOIDE A DIR

DIA 04/11/2019

MÉDICO(A): Crismarcos Rodrigues da Silva (CRM/PB-3335) /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE <i>2 em 1 de ovo</i>	
2	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1 AMPOLA, 6h/6h	<i>12 18 24 06</i>
3	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1 FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	<i>18 06</i>
4	OMEPRAZOL INJ 40MG 1 FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PRÓPRIO	<i>06 não vem pl e seta!</i>
5	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	<i>de</i>

EVOLUÇÃO

DATA: 04/11/2019 HORA: 08:09:03

#ORTOPEDIA#

FRATURA ESCAFOIDE A DIR

PACIENTE EVOLUINDO BEM ESTAVEL
COM TALA AXILO PALMAR

EVAC: +

DOR: +

PRÉ OP: OK

CONDUTA: VPM

AGUARDA CIRURGIA PRPGRAMADA PARA TERÇA FEIRA A TARDE

ASSINATURA + CARIMBO
Crismarcos Rodrigues da Silva (CRM/PB-3335)

61

 SUS	 Sistema Único de Saúde	 GOVERNO DA PARAÍBA	ESTADO DA PARAÍBA - SECRETARIA DE SAÚDE	
REQUISIÇÃO DE EXAMES				
NÚMERO DO CADASTRO 2 3 5 2 8 5 6 1 - CPF 2 1 0 8 7 7 8 2 6 8 0 0 3 8 5 2 2 - CNPJ				
NOME DA UNIDADE: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES				
ENDEREÇO: AVENIDA FLORIANO PEIXOTO, 4700				
BAIRRO: MALVINAS CEP: 58432-809 MUNICÍPIO: CAMPINA GRANDE UF: PB (25)				
PACIENTE: DIEGO DEIVITON NUNES SOARES		Identidade: 4042135 Idade: 024		
ENDEREÇO: R. MANOEL MARQUES TAVERA		PRONTUÁRIO: N° 2025130		
BAIRRO: GALANTE				
DADOS CLÍNICOS: TRAUMA NA Pelve (P.O.T.N.) POR LOCAL: P.O.T.N.				
EXAMES SOLICITADOS: RX Pelve, P.O.T.N.				
Campina Grande - PB 01/11/2019 Hora: 07:50:51				
Médico: Crismarcos Rodrigues da Silva (CRM/PB-3335)				

Hospital: Hospital de Referência Código: _____

Procedimento: Artroscopia de Joelho de 10x Cód. Procedimento: _____

Paciente: Diego Antônio de Jesus

Data da Cirurgia: 15/11/11 Nº prontuário: 2028940 Convênio: _____

Cirurgião: Dr. Wagner Luiz Brito de Araújo Código: _____

☐ Reposição ☐ Caixa Pronta

DESCRIÇÃO DE PRODUTOS UTILIZADOS

Qtd.	Descrição	Cód. Produto	Valor Unit.	Valor Total
01	Parafuso Verbal Póster N.2			

ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS

							Valor Unit.	Valor Total
Parafuso Cortical () mm	Nº							
	Qtd.							
	Cód.							
Parafuso Cortical () mm	Nº							
	Qtd.							
	Cód.							
Parafuso Esponjoso 4.0 mm	Nº							
	Qtd.							
	Cód.							
Parafuso Esponjoso 6.5 mm R/16 Curta	Nº							
	Qtd.							
	Cód.							
Parafuso Esponjoso 6.5 mm R/32 Longa	Nº							
	Qtd.							
	Cód.							
Parafuso Maleolar 4.5 mm	Nº							
	Qtd.							
	Cód.							

Dr. Wagner Luiz Brito de Araújo
 ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
 CRM - PB 6926

OBS.: O PREENCHIMENTO DO PRONTUÁRIO É OBRIGATÓRIO.

Anotações do Médico

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO CONSULTOR DE VENDAS

Condições de Pagamento: _____

Faturar N.F para: _____

Cód. do consultor: _____ Total: _____

Cód. Instrumentador: _____

SUS

Sistema Único de Saúde
Ministério da SaúdeGOVERNO
DA PARAÍBAESTADO DA PARAÍBA - SECRETARIA DE SAÚDE
REQUISIÇÃO DE EXAMESNÚMERO DO CADASTRO | 2 | 3 | 6 | 2 | 8 | 5 | 6 | 1 - CPF | 2 | 0 | 8 | 7 | 7 | 8 | 2 | 6 | 8 | 0 | 0 | 3 | 8 | 5 | 2 |
2 - CNPJ

NOME DA UNIDADE: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

ENDEREÇO: AVENIDA FLORIANO PEIXOTO, 4700

BAIRRO: MALVINAS CEP: 58432-809 MUNICÍPIO: CAMPINA GRANDE UF: PB(25)

PACIENTE: DIEGO DEIVITON NUNES SOARES

ENDEREÇO: R MANOEL MARQUES TAVEIRA

BAIRRO: GALANTE

Identidade:
4042136

Idade: 024

PRONTUÁRIO:

Nº 2025130

DADOS CLÍNICOS: ,

MATERIAL A EXAMINAR: ,

EXAMES SOLICITADOS: RADIOGRAFIA DE MAO .

Campina Grande - PB 05/11/2019 Hora:
15:23:52

Médico: Wagner Luiz Egito de Araujo

SUS

Sistema Único de Saúde
Ministério da SaúdeGOVERNO
DA PARAÍBAESTADO DA PARAÍBA - SECRETARIA DE SAÚDE
REQUISIÇÃO DE EXAMESNÚMERO DO CADASTRO | 2 | 3 | 6 | 2 | 8 | 5 | 6 | 1 - CPF | 2 | 0 | 8 | 7 | 7 | 8 | 2 | 6 | 8 | 0 | 0 | 3 | 8 | 5 | 2 |
2 - CNPJ

NOME DA UNIDADE: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

ENDEREÇO: AVENIDA FLORIANO PEIXOTO, 4700

BAIRRO: MALVINAS CEP: 58432-809 MUNICÍPIO: CAMPINA GRANDE UF: PB(25)

PACIENTE: DIEGO DEIVITON NUNES SOARES

ENDEREÇO: R MANOEL MARQUES TAVEIRA

BAIRRO: GALANTE

Identidade:
4042136

Idade: 024

PRONTUÁRIO:

Nº 2025130

DADOS CLÍNICOS: ,

MATERIAL A EXAMINAR: ,

EXAMES SOLICITADOS: RADIOGRAFIA DE MAO .

Campina Grande - PB 05/11/2019 Hora:
15:23:52

Médico: Wagner Luiz Egito de Araujo

GOVERNO DA PARAIBA SEQUE
e Trabalho LIST PRÉ-OPERATÓRIO-ALAS



SETOR DE ORIGEM:	Antepedia II		
NOME:	Diego Dairton Nunes Soares		
PROCEDIMENTO:			
☒ AVP: LOCAL:	MSB	GELCO Nº:	AVC ☐ JEJU ☒
BANHO PRÉ-OPERATÓRIO:	☒ COM CLOREXIDINA	☐ NÃO SE APLICA	
RETIRADO:	☐ PRÓTESE DENTÁRIA	☐ ADORNOS	☐ PERTENCES
ENCAMINHADO:	☒ HEMOG	☐ USG	☐ TOMOGRAFIA ☐ RESSONÂNCIA
☐ TERMO DE CONSENTIMENTO	☒ NÃO SE APLICA		
☐ RESERVA DE HEMODERIVADO	☐ NÃO SE APLICA		
ENFERMEIRO RESPONSÁVEL:	COREN:		

Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente:	Diego Divaton Nunes Soares	Idade:	24
Convênio:		Data:	05.11.19
Procedimento:	Revisão e Fixação de aférese		
Cirurgião:	Dr. Romero	Auxiliar:	Dr. Wagner
		Anestesista:	Dr. Diego
Início:	14:55	Término:	15h
		Anestesia:	Propofol Alco

[illegible][illegible]

Observações:	
	
Assinatura Anestesista	Circulante

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

<i>Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico</i>	<i>Hora entrada</i>	<i>Hora saída</i>
Nenhum Movimento = 0 Movimenta 2 membros = 1 Movimenta 4 membros = 2		2
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispneia = 1 Respiração profunda e tosse = 2		2
PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0 PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1 PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2		2
Sat O2 < 90 com oxigênio = 0 Sat O2 > 90 com oxigênio = 1 Sat O2 > 92% sem oxigênio = 2		2
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		2
TOTAL DE PONTOS:		10


Assinatura do anestesista

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: <u>Diego Davi da Silva</u> <u>Muro</u> <u>Sociedade</u> <u>DN 13-07-98</u>					
QI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO	 GOVERNO DA PARAÍBA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes
CIRURGIA	CIRURGIÃO				
ANESTESIA	ANESTESIA				
INSTRUMENTADORA	DATA	INÍCIO	FIM		
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostomia		Qtd.
	Adrenalina amp.		Calef. p/ Oxi.		Qtd.
	Atropina amp.		Catet. De Urinar Sist. Fech.		Qtd.
	Diazepam amp.		Compressa Grande		Qtd.
	Dimore amp.		Compressa Pequena		Qtd.
01	Dolantina amp.		Cotonoide		Qtd.
	Efrane ml		Dreno		Qtd.
	Fenegan amp.		Dreno Kerr n°		Qtd.
	Fentanil ml		Dreno Penrose n°		Qtd.
	Inova ml		Dreno Pezzer n°		Qtd.
	Ketalar ml		Equipo de Macrogotas		Qtd.
02	Ketalar 2% ml		Equipo de Macrogotas		Qtd.
	Nubahin amp.		Equipo de Sangue		Qtd.
	Pavulon amp.		Equipo de PVC		Qtd.
	Protigmine amp.		Esparradrapo Largo cm		Qtd.
	Protóxido l/m		Furacim ml		Qtd.
	Quelicin ml		Gase Pacote c/ 10 unidades		Qtd.
	Rapien amp		H.O. ml		Qtd.
	Thionembatal ml		Intracath Adulto		Qtd.
	Tracium amp.		Intracath Infantil		Qtd.
Qtd.	MEDICAÇÕES		Lâmina de Bisturi n° 23		Qtd.
04	Água Destilada amp.		Lâmina de Bisturi n° 11		Qtd.
01	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi n° 15		Qtd.
02	Dipirona amp.		Luvas 7.0		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 7.5		Qtd.
01	Flaxidol amp.		Luvas 8.0		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 8.5		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 9.0		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 9.5		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 10.0		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 10.5		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 11.0		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 11.5		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 12.0		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 12.5		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 13.0		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 13.5		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 14.0		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 14.5		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 15.0		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 15.5		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 16.0		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 16.5		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 17.0		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 17.5		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 18.0		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 18.5		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 19.0		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 19.5		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 20.0		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 20.5		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 21.0		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 21.5		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 22.0		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 22.5		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 23.0		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 23.5		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 24.0		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 24.5		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 25.0		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 25.5		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 26.0		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 26.5		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 27.0		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 27.5		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 28.0		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 28.5		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 29.0		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 29.5		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 30.0		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 30.5		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 31.0		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 31.5		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 32.0		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 32.5		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 33.0		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 33.5		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 34.0		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 34.5		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 35.0		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 35.5		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 36.0		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 36.5		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 37.0		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 37.5		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 38.0		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 38.5		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 39.0		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 39.5		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 40.0		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 40.5		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 41.0		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 41.5		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 42.0		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 42.5		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 43.0		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 43.5		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 44.0		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 44.5		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 45.0		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 45.5		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 46.0		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 46.5		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 47.0		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 47.5		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 48.0		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 48.5		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 49.0		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 49.5		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 50.0		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 50.5		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 51.0		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 51.5		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 52.0		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 52.5		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 53.0		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 53.5		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 54.0		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 54.5		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 55.0		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 55.5		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 56.0		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 56.5		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 57.0		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 57.5		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 58.0		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 58.5		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 59.0		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 59.5		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 60.0		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 60.5		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 61.0		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 61.5		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 62.0		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 62.5		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 63.0		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 63.5		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 64.0		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 64.5		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 65.0		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 65.5		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 66.0		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 66.5		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 67.0		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 67.5		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 68.0		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 68.5		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 69.0		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 69.5		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 70.0		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 70.5		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 71.0		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 71.5		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 72.0		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 72.5		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 73.0		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 73.5		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 74.0		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 74.5		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 75.0		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 75.5		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 76.0		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 76.5		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 77.0		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 77.5		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 78.0		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 78.5		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 79.0		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 79.5		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 80.0		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 80.5		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 81.0		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 81.5		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 82.0		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 82.5		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 83.0		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 83.5		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 84.0		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 84.5		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 85.0		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 85.5		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 86.0		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 86.5		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 87.0		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 87.5		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 88.0		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 88.5		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 89.0		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 89.5		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 90.0		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 90.5		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 91.0		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 91.5		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 92.0		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 92.5		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 93.0		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 93.5		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 94.0		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 94.5		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 95.0		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 95.5		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 96.0		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 96.5		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 97.0		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 97.5		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 98.0		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 98.5		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 99.0		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 99.5		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 100.0		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 100.5		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 101.0		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 101.5		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 102.0		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 102.5		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 103.0		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 103.5		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 104.0		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 104.5		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 105.0		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 105.5		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 106.0		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 106.5		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 107.0		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 107.5		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 108.0		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 108.5		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 109.0		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 109.5		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 110.0		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 110.5		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 111.0		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 111.5		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 112.0		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 112.5		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 113.0		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 113.5		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 114.0		Qtd.
	Flaxidol amp.		Luvas 114.5		Qtd.
	Flaxidol amp				

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECC		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES		EDIFÍCIO	LEITO	Nº PRONTUÁRIO	
FOLHA DE ANESTESIA		NOME <u>Diego Emanuel Nunes Sousa</u>			IDADE	SEXO	COR
DATA	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	
TIPO SANGÜÍNEO	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATOCRITO	GLICEMIA	UREIA	OUTROS	
	URINA						
AP. RESPIRATÓRIO					ASMA	BRONQUITE	
AP. CIRCULATORIO					ELETROCARDIOGRAMA		
AP. DIGESTIVO			DENTES	PERCUSSO	AP. URINÁRIO		
ESTADO MENTAL			ATAXICOS	CORTICÓIDES	ALERGIA	HIPOTENSOES	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO <u>Fr de Excofords D</u>					ESTADO FÍSICO <u>Dr</u>	RISCO	
ANESTESIAS ANTERIORES							
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA <u>14h</u> <u>15h</u>				APLICADA	AS	EFETO	
AGENTES ANESTÉSICOS					INDUÇÃO		
LÍQUIDOS					Satisf. _____ Excit. _____ Tosse _____		
					Laringo-espasmo _____ Lenta _____		
					Náuseas _____ Vômitos _____		
				Outros _____			
				MANUTENÇÃO			
				<u>Cefazolin 2g</u> <u>Dexamet 10mg</u> <u>Dipron 2g</u> <u>NaCl 0.9%</u>			
				ANESTESIA SATISF. Sim _____ Não _____			
				Não, por quê? _____			
				DESPERTAR			
				Reflexos na SO _____			
				Obstr. _____ Co. _____ Excit. _____			
				Náuseas _____ Vômitos _____			
				Outros _____			
				Com cânula _____			
				Paro o Leito Sim _____ Não _____			
				CONDIÇÕES			
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES							
POSICÃO <u>DDH</u>							
AGENTES <u>Bupiv. 2ml + Lidoc. 1% 2ml</u>							
TÉCNICA <u>Blowby manual</u>							
OPERAÇÃO <u>Trot Uniquem de Fr de Excofords D</u>							
CIRURGIÕES <u>P. B. M. - W. G. M.</u>							
ANESTESISTAS <u>Diego Henrique</u>							
OBSERVAÇÕES							
ANOTAR NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E POS-OPERATÓRIAS.						PERDA SANGÜÍNEA	



GOVERNO
DA PARANÁ



GOVERNO
DO PARANÁ

Número do Prontuário: 121548

DATA DA CIRURGIA: 05/11/2019

Número do Atendimento: 2025130 - Clin: ORTOPEDIA 2 / Enf: 6 / Le: 1

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: DIEGO DEIVITON NUNES SOARES

Data da Internação: 28/10/2019

Atendimento: 2025130

Diagnostico Pré-Operatório: FRATURA DE ESCAFOIDE

Diagnostico Pós-Operatório:

Cirurgia: OSTEOSINTESE

Data da Cirurgia: 05/11/2019

Equipe:

Cirurgião: CRISMARCOS RODRIGUES DA SILVA

Aux 1: WAGNER LUIZ E DE ARAUJO

Aux 2:

Aux 3:

Instrumentador:

Anestesista:

Tipo de anestesia:

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no Ato:

Acidente Durante Operação:

Descrição da Operação: 01 PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA

02 ASSEPSIA E ANTISSEPSIA

03 APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTEREIS

04 REDUÇÃO INCRUENTA DA FRATURA DE ESCAFOIDE DA MÃO DIREITA + FIXAÇÃO
COM PARAFUSO DE HERBERT NUMERO 28 SOB ESCOPIA

05 CURATIVO

06 TALA

Data 05/11/2019

Assinatura/Carimbo
Wagner Luiz Egito de Araujo

ANOTAÇÕES/INTERCORRÊNCIAS DE ENFERMAGEM:

8. DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

DIAGNÓSTICOS	FATORES RELACIONADOS	CARACTERÍSTICA DEFINIDORAS
CONSTIPAÇÃO	() DESIDRATAÇÃO () HÁBITOS DE EVACUAÇÃO IRREGULARES	() ABDOME DISTENSO () ANOREXIA () DOR AO EVACUAR () DOR ABDOMINAL
DEFICIT NO AUTO-CUIDADO PARA BANHO	() PREJUÍZO NEUROMUSCULAR () DOR (X) OUTRO	() INCAPACIDADE DE ACESSAR O BANHEIRO (X) INCAPACIDADE DE LAVAR O CORPO
DOR AGUDA	() AGENTES LESIVOS (EX: BIOLÓGICOS, QUÍMICOS) () OUTROS	() ALTERAÇÕES NA PRESSÃO SANGÜÍNEA () RELATO VERBAL DE DOR
HIPERTERMIA	() ANESTESIA () DESIDRATAÇÃO () TRAUMA () OUTRO	() AUMENTO DA TEMPERATURA CORPORAL ACIMA DOS PARÂMETROS NORMAIS () TAQUICARDIA () TAQUIPNEIA
MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA	() ANSIEDADE () DESCONFORTO () RIGIDEZ ARTICULAR (X) PREJUÍZOS MÚSCULO-ESQUELÉTICO	(X) DIFICULDADE PARA VIRAR-SE () MOVIMENTOS DESCONTROLADOS
RISCO DE INFECÇÃO	(X) AUMENTO DA EXPOSIÇÃO AMBIENTAL À PATÓGENOS (X) PROCEDIMENTOS INVASIVOS () OUTRO	
OUTRO		
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		APRAZAMENTO
() AVALIAR DISTENSÃO ABDOMINAL		
() AVALIAR A INGESTÃO DE ALIMENTAÇÃO BALANCEADA		
() OBSERVAR E REGISTRAR A ELIMINAÇÃO INTESTINAL		
() ENCAMINHAR AO BANHO DE CHUVEIRO		não
(X) REALIZAR BANHO NO LEITO (SN) E LAVAGEM DO CABELO		
() EXPLICAR AO PACIENTE AS POSSÍVEIS CAUSAS DA DOR		
() AVALIAR CARACTERÍSTICAS, INTENSIDADE E LOCAL DA DOR		
() AVALIAR ALTERAÇÕES DE SINAIS VITAIS		
() ADMINISTRAR ANALGÉSICOS CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA E REAVALIAR A DOR APÓS ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO		
() APÓS ADMINISTRAR ANTITÉRMICOS, AVALIAR E REGISTRAR OS RESULTADOS		
() INCENTIVAR A INGESTÃO DE LÍQUIDOS		
() ORIENTAR E ESTIMULAR A MOVIMENTAÇÃO NO LEITO		
(X) OBSERVAR LOCAL DA FERIDA E INSERÇÃO DO DISPOSITIVO VENOSO PARA SINAIS FLOGÍSTICOS		obscuro
(X) TROCAR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO A CADA 72HS		
(X) REALIZAR DESINFECÇÃO COM ÁLCOOL À 70% NOS DISPOSITIVOS ENDOVENOSOS ANTES DE ADMINISTRAR A MEDICAÇÃO		
OUTRO		

9. RISCO DE QUEDA (ESCALA DE MORSE)

HISTÓRIA DE QUEDA NESTE INTERNAMENTO OU NOS ÚLTIMOS 3 MESES? () SIM () NÃO

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO? () SIM () NÃO AJUDA PARA CAMINHAR? () SIM () NÃO

TERAPIA INTRAVENOSA? () SIM () NÃO ESTADO MENTAL? () AGITADO () DISTÚRBO NEUROLÓGICO

POSTURA NO ANDAR E NA TRANSFERÊNCIA? RISCO DE QUEDA? () SIM () NÃO

ASSINATURA E CARIMBO:

Joelma Torquato de Lira
COREN-PB 236.624-ENF

FICHA DE SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - ALA ORTOPEDICA (BASEADO NAS NHB DE W. HORTA)

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: <u>Diego Dorigatti</u>	Idade: <u>24</u>	Sexo: <u>M</u>	Enf/Leito: <u>6-1</u>
------------------------------	------------------	----------------	-----------------------

2. HISTÓRIA PREGRESSA

Internações prévias ()	Motivo: Alergias ()	Qual?	Doença ()	HAS ()	DM
-------------------------	----------------------	-------	------------	---------	----

() Tabagista () Etilista () Neoplasia () Drogas () Outros: _____ Medicamentos em uso: _____

3. DOENÇA ATUAL:

MOTIVO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR:

4. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA: () CONSCIENTE (x) ORIENTADO () CONFUSO () LETÁRGICO () COMATOSO

MOBILIDADE FÍSICA: (☒) PRESERVADA () PLEGIA () PARESIA () PARESTESIA. LOCAL: _____

LINGUAGEM: () DISFONIA () DISARTRIA

RESPIRAÇÃO: ☒ ESPONTÂNEA () CATETER NASAL () VENTURI () TRAQUEOSTOMIA () VMI () OUTROS

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS:

AL1. CÃO: () VISÃO () AUDIÇÃO () TATO () OLFATO () PALADAR OBS.: _____

SEGURANÇA FÍSICA: (☒) TRANQUILO () AGITADO () AGRESSIVO () RISCO DE QUEDA OBS.: _____

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR: PULSO: ☒ REGULAR ☐ IRREGULAR ☐ OUTROS: _____

EDEMA: () LOCAL OBS:

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES: (INTESTINAL E URINÁRIA)

TIPO SOMÁTICO: ☒ NUTRIDO ☐ EMAGRECIDO ☐ CAQUÉTICO ☐ OBESO

ALIMENTAÇÃO: () VO () SNG () SNE () OUTROS:

ELIMINAÇÃO INTESTINAL: (☒) NORMAL (☐) ALTERADO (☐) OUTROS: _____

ELIMINAÇÃO URINÁRIA: (☒) ESPONTÂNEA (☐) SVD (☐) INCONTINÊNCIA (☐) OUTROS: _____

INTEGRIDADE FÍSICA E CULTÂNEO-MUCOSA

COLORAÇÃO DA PELE: ☒ NORMOCORADA () HIPOCORADA

PELE: () ÍNTEGRA () LESÃO () OUTROS: _____

LESÃO POR PRESSÃO: () SIM () NÃO ESTÁGIO (BRADEN): _____ Local: _____

localização anaTômica da ferida;

CUIDADO CORPORAL E SONO/REPOUSO

CUIDADO CORPORAL: () INDEPENDENTE () DEPENDENTE () PARCIALMENTE DEPENDENTE

HIGIENE CORPORAL: () SATISFATÓRIA () INSATISFATÓRIA

LIMITAÇÃO FÍSICA: () ACAMADO (x) CADEIRA DE RODAS

5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO: (x) PRESERVADA () PREJUDICADA

SENTIMENTO/ COMPORTAMENTOS: (X) COOPERATIVO () OUTROS:

6. NECESSIDADE PSICOESPIRITUAIS:

RELIGIÃO: () PRATICANTE () NÃO PRATICANTE

7.AVALIAÇÃO GERAL:

HORA	PA	T	FC/P	SPO2	GLICEMIA	DIURESE	DÉBITO DE	DOR	PESO	ASSINATURA	DISPOSITIVOS	DATA DE
	(mmhg)	(°c)	(bpm)	(%)	(mg/dL)	(ml)	DRENO(ml)	(0a10)	(Kg)			INSERÇÃO
08:00	140/90	36,6	96	—	—	—	—	—	—	E. G. G.	SOG/SNG/SNE	
											SVF	
											CIRCUITO DE VM	
											FILTRO DE VM	
											UMIDIFICADOR	
											ASPIRADOR	
											LATEX	
											EQUIPO SIMPLES	

ANOTAÇÕES/INTERCORRÊNCIAS DE ENFERMAGEM:

8. DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

DIAGNÓSTICOS	FATORES RELACIONADOS	CARACTERÍSTICA DEFINIDORAS
PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	() ANSIEDADE () DOR () FADIGA () OBESIDADE () OUTRO	() ALTERAÇÕES NA PROFUNDIDADE RESPIRATÓRIA () DISPNEIA () INCAPACIDADE DE ACESSAR O BANHUEIRO () INCAPACIDADE DE LAVAR O CORPO
DÉFICIT NO AUTO-CUIDADO PARA BANHO	() PREJUÍZO NEUROMUSCULAR () DOR () OUTRO	() INCAPACIDADE DE LAVAR O CORPO
DOR AGUDA	() AGENTES LESIVOS (EX: BIOLÓGICOS, QUÍMICOS) () OUTROS	() ALTERAÇÕES NA PRESSÃO SANGÜÍNEA () RELATO VERBAL DE DOR
HIPERTERMIA	() ANESTESIA () DESIDRATAÇÃO () TRAUMA () OUTRO	() AUMENTO DA TEMPERATURA CORPORAL ACIMA DOS PARÂMETROS NORMAIS () TAQUICARDIA () TAQUIPNEIA
INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	() EXTREMOS DE IDADE () CIRCULAÇÃO PREJUDICADA () HIPOTERMIA () IMOBILIZAÇÃO FÍSICA () OUTRO	() DESTRUIÇÃO DE CAMADAS DA PELE () OUTRO () ROMPIMENTO DA SUPERFÍCIE DA PELE
RISCO DE DESEQUILÍBRIO ELÉTROLÍTICO	() ASCITE () QUEIMADURA () VÔMITO () DIARRÉIA () DRENOS () OUTROS	
RISCO DE INFECÇÃO	() AUMENTO DA EXPOSIÇÃO AMBIENTAL A PATÓGENOS () PROCEDIMENTOS INVASIVOS () OUTRO	
OUTRO		

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		APRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
() MANTER OXIMETRIA CONTÍNUA E ANOTAR VALORES DE SPO2 E COMUNICAR SE FOR MENOR QUE 95%			() MELHORAR PERFUSÃO TISSULAR () PADRÃO RESPIRATÓRIO EFICAZ
() OBSERVAR E ANOTAR CONDIÇÕES DE PERFUSÃO PERIFÉRICA			
() ENCAMINHAR AO BANHO DE CHUVEIRO			() AUXÍLIO DIÁRIO ÀS NECESSIDADES DE HIGIENE
() REALIZAR BANHO NO LEITO (SN) E LAVAGEM DO CABELO			() CONTROLE DA DOR (MELHORA OU AUSENTE)
() AVALIAR CARACTERÍSTICAS, INTENSIDADE E LOCAL DA DOR			
() AVALIAR ALTERAÇÕES DE SINAIS VITAIS			
() ADMINISTRAR ANALGÉSICOS CONFORME PRESCRIÇÃO			
MÉDICA E REAVALIAR A DOR APÓS ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO			
() APÓS ADMINISTRAR ANTITÉRMICOS, AVALIAR E REGISTRAR OS RESULTADOS			() MANUTENÇÃO DA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DOS LIMITES FISIOLÓGICOS
() INCENTIVAR A INGESTÃO DE LÍQUIDOS			
() REALIZAR HIGIENE E CURATIVO DE ACORDO COM A NECESSIDADE			() MELHORAR A INTEGRIDADE DA PELE () RISCO DE DESEQUILÍBRIO DIMINUIDO
() VERIFICAR CONDIÇÕES DE HIDRATAÇÃO DO PACIENTE (MUCOSA, EDEMA, PULSO)			
() OBSERVAR LOCAL DA FERIDA E INSERÇÃO DO DISPOSITIVO VENOSO PARA SINAIS FLOJÍSTICOS			() DIMINUIR O RISCO DE INFECÇÃO
() TROCAR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO A CADA 72HS			
() REALIZAR DESINFECÇÃO COM ÁLCOOL A 70% NOS DISPOSITIVOS ENDOVENOSOS ANTES DE ADMINISTRAR A MEDICAÇÃO			
OUTRO:			

9. RISCO DE QUEDA (ESCALA DE MORSE)

HISTÓRIA DE QUEDA NESTE INTERNAMENTO OU NOS ÚLTIMOS 3 MESES? () SIM () NÃO

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO? () SIM () NÃO AJUDA PARA CAMINHAR? () SIM () NÃO

TERAPIA INTRAVENOSA? () SIM () NÃO ESTADO MENTAL? () AGITADO () DISTÚRPIO NEUROLÓGICO

POSTURA NO ANDAR E NA TRANSFERÊNCIA? RISCO DE QUEDA? () SIM () NÃO

ASSINATURA E CARIMBO:

(Assinatura)

PACIENTE:	DIEGO DEIVITON NUNES SOARES
DATA DO EXAME:	27/10/2019

ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL – “FAST”

METODOLOGIA:

Exame realizado em modo bidimensional com equipamento dinâmico multifrequencial.

ANÁLISE:

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

Ausência de lesões ecográficas relacionadas ao trauma no fígado, baço, rins e bexiga identificáveis ao método.


DR. JANNIÊ DE MIRANDA
Médico radiologista
CRM-PB 7901 / CRM-PE 21033

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

 REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADANIA DEPARTAMENTO DE REGISTRO CIVIL CARTÃO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO  P B				
VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1545395042		NOME DIEGO DEIVITON NUNES SOARES	DOC. IDENTIFIC. / OUT. IDENTIFIC. / 4042136 SEPPB AC	
		CPF 705.803.604-74	DATA NASCIMENTO 13/07/1995	
		FAMÍLIA SEVERINO RAMOS DO NASCIMENTO SOARES MARIA DA GUILA NUNES DE SOUSA		
		PARENTES 	ACD 	CM INAB
		Nº REGISTRO 06724410887	VALIDADE 27/06/2031	1ª EMISSÃO 09/01/2017
PROIBIDO PLASTIFICAR 1545395042	IDENTIFICAÇÃO			
	Assinatura do titular 			
	LOCAL CAMPINA GRANDE, PB	DATA EMISSÃO 11/01/2018		
	Assinatura do emissor 			
	PARAÍBA			

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 014355565447
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VA 0043029525-1 00/00000000 2019

DIEGO DEIVITON NUNES SOARES

70580360474

MOS2781/PB

NOVO PE

9C2KC1650CR514232

VEÍCULO: DAS/MOTOCICLE/BAO APLIC

COMBUSTÍVEL: ALCO/GASOL

MARCA/MODELO: HONDA/CG 150 TITAN ESD

ANO FAB: 2011

ANO MOD: 2012

CAP/MOT/CIL: 2 P/149 /CI

CATEGORIA: PARTIC

COR PREDOMINANTE: VERMELHA

IPVA PAGO EM 25/02/2019

PARTELA IPVA: *****

PARCELAMENTO/COTAS: 0

31

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

0,00

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO: 20/02/2019

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

CAMPINA GRANDE - PB

25/02/2019

42234

33553

PB Nº 014355565447 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

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

EXERCÍCIO: 2019 DATA EMISSÃO: 25/02/2019

VA 1 70580360474 MOS2781/PB

00430295251 HONDA/CG 150 TITAN ESD

2011 9 9C2KC1650CR514232

PRÊMIO TARIFÁRIO

PNS (R\$) ***** DISTRIB (R\$) ***** CUSTO DO SEGURO (R\$) *****

CUSTO DO BILHETE (R\$) ***** CUP (R\$) ***** TOTAL EM PROCESSO (R\$) *****

DATA DE QUITAÇÃO: 20/02/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.348.206/0001-04

33553-1426220-20190225

9102-234

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200071809 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DIEGO DEIVITON NUNES SOARES **Data do acidente:** 27/10/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE ESCAFOIDE DIREITO. P.4

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PARAFUSO) E ALTA MÉDICA. P.16

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO PUNHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0058275/20

Vítima: DIEGO DEIVITON NUNES SOARES

CPF: 705.803.604-74

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 27/10/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: DIEGO DEIVITON NUNES SOARES

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

DIEGO DEIVITON NUNES SOARES : 705.803.604-74

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 12/02/2020
Nome: DIEGO DEIVITON NUNES SOARES
CPF: 705.803.604-74

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/02/2020
Nome: VILMA OLIVEIRA NUNE SILVA
CPF: 068.954.516-92

DIEGO DEIVITON NUNES SOARES

VILMA OLIVEIRA NUNE SILVA