



Número: **0820220-91.2020.8.15.0001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **8ª Vara Cível de Campina Grande**

Última distribuição : **28/09/2020**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
DIEGO DEIVITON NUNES SOARES (AUTOR)		FABIO MARACAJA DE ALMEIDA CARNEIRO (ADVOGADO)	
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
37412 260	03/12/2020 09:49	2769367_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos



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

Rio de Janeiro, 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,

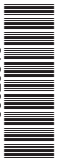
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15504606

Pag. 01279/01280 - carta_01 - INVALIDEZ

00020640





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

Rio de Janeiro, 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 DEIVITON NUNES SOARES

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

Nome completo: DIEGO DEIVITON NUNES SOARES CPE: 705.803.604-74

Profissão: RECLUSO Endereço: RUA AMÁLIA TAVELIA Número: SIN Complemento:

Bairro: CENTRO Cidade: GALANTE Estado: PB CEP: 58446-000

E-mail: Tel (DDD): 197/98805-6654

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

REDA MENSAL:

☒ RECLUSO 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) (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: nascituro (vai nascer)? pais/avós vivos?

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.

Ingresso 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 Deiviton 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 CONTRAMÃO E AO TENTAR DESVIAR DO MESMO, PERDEU O CONTROLE DO VEÍCULO VINDO A CAIR E SE MACHUCAR SÉRIAMENTE, 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, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.


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

Procedimento Policial: 00100.01.2020.1.05.101



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



Procedimento Policial: 00100.01.2020.1.05.101

2/2



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 DEIVITON NUNES SOARES

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

Nome completo: DIEGO DEIVITON NUNES SOARES CPE: 705.803.604-74

Profissão: RECLUSO Endereço: RUA AMÁLIA TAVELIA Número: SIN Complemento:

Bairro: CENTRO Cidade: GALANTE Estado: PB CEP: 58446-000

E-mail: Tel (DDD): 197/98805-6654

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

RENTA MENSAL:

☒ RECLUSO 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) (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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atenda 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: nascituro (vai nascer)? pais/avós vivos?

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 segunda via de conta.

Recibo para depósito pagamento da fatura localizada na envelope reverso.

Nº 005.567.568



ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Av. Dep. Raimundo Asfora, 4799 - BR 230 - KM 158 - Três Irmãs
Campina Grande / PB - CEP 56423-708
CNPJ 06.826.596/0001-95 Insc. Est. 16.003.039-1

DADOS DO CLIENTE

TEREZA CRISTINA DO NASCIMENTO SILVA
RUA AMALIA TAWEIRA 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 TAWEIRA 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 BORBOREMA DISTRIB DE ENERGIA SA				08.826.596/0001-95
AV DEPUTADO RAIMUNDO ASFORA, 4799 - BR 230 KM 158 - TRES IRMAS - CAMPINA GRANDE / PB - CEP 58423-700				
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2057-5				



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/12/2020 09:49:15

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120309491563200000035697148>

Número do documento: 20120309491563200000035697148

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



27/10/2019

GOVERNO DA PARAIBA
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 - Makinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 27/10/2019
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: acolhimento

PACIENTE: DIEGO DEIVITON NUNES SOARES

Endereço: R MANOEL MARQUES TAVEIRA

Cidade: Campina Grande

Nome da Mãe: MARIA DA GUIA NUNES DE SOUSA

Responsável:

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome do Incidente de MOTO MOTO X CARRO

MECANISMOS DO TRAUMA

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



1. Abrasão
2. Amputação
3. Avulsão
4. Contusão
5. Crepitação
6. Dor
7. Edema
8. Empalhamento
9. Eritema subcutâneo
10. Esmagamento
11. Equimose
12. F. Arma branca
13. F. Arma de fogo
14. F. Contuso
15. F. Cortante
16. F. Corte-contuso
17. F. Perfuro-contuso
18. F. Perfuro-cortante
19. Fratura óssea fechada
20. Fratura óssea aberta
21. Hematoma
22. Impingimento Vencido
23. Laceração
24. Lesão tendinosa
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento torácico paradoxal
28. Objeto Encravado
29. Otorrquia
30. Paralisia
31. Parestesia
32. Parestesia
33. Queimadura
34. Rinite
35. Sinal de Isquemia
- 36.

OBS:

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

POLITRAUMA

HTCG-Painel Administrativo

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

Exame físico: paciente com queimadura de 1º grau, 20% da superfície corporal, sem sinais de infecção. Lesões de 1º grau, 20% da superfície corporal, sem sinais de infecção. Lesões de 1º grau, 20% da superfície corporal, sem sinais de infecção.

ALERGIA:

Medicamentos: 31.95.52 - 100% de eficácia. 31.95.52 - 100% de eficácia. 31.95.52 - 100% de eficácia.

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS () Fotorreagentes () Isocóricas () Anisocóricas ()
Glasgow 15 PA HGT: SatO2

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais () Ultrassonografia: 100% de eficácia
() Gasometria arterial () Radiografias: 100% de eficácia
() Tomografia Computadorizada ()

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: 100% de eficácia / NCR às : Dia / /
Especialista: 100% de eficácia / às : Dia / /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	100% de eficácia	
2	100% de eficácia	
3	100% de eficácia	
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Dr. Pedro Paulo
MÉDICO RESPONSÁVEL
CLÍNICA ODONTOLÓGICA
CRM-11.117

HTCG-Panel Administrativo

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

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

() Centro cirúrgico _____ () Alta hospitalar / () A revelia
() Internação (setor) _____ () Decisão Médica
() Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL _____ () Óbito

Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO

CBO

10ADE

istohica/impreclassi.php?contar=2024946&dataatend=2019-10-27&horaatend=20:03:34

253



27/10/2019

HTCG-Painel Administrativo

GOVERNO
DA PARAÍBA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.269/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 27/10/2019

Paciente: DIEGO DEIVITON NUNES SOARES Idade: 024 Nº ATEND: 2024946

ACIDENTE DE TRABALHO : NAO
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
() TAQUICARDIA () FLEBITE () INAPETÊNCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
() EPIGASTRALGIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA () SIBILOS () TOSSE



ESCALA DE DOR:

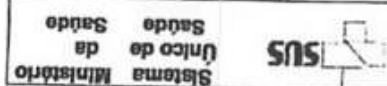
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO :
VERMELHO

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

2362856

2 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2362856

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

2025130

7 - CARTÃO DO SUS

701208060041119

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

83

11 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO)

R MANOEL MARQUES TAVEIRA, 0, GALANTE

12 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Campina Grande

14 - CIDADE

250400

15 - UF

PB

16 - CEP

58400002

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 ESCAFÓIDE DIREITO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARACTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

980016296677001

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

LUIZ JUVENCIO MEDEIROS

28/10/2019

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

33 - () ACIDENTE DE TRANSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N.º DO CONTRATO

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CIOB

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

43 - EMPREGADOR

44 - AUTÔNOMO

45 - DESEMPREGADO

46 - APOSENTADO

47 - NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ORGÃO EMISSOR

45 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

49 - N.º DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - N.º DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

51 - N.º DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

52 - N.º DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

53 - N.º DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

54 - N.º DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

55 - N.º DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

56 - N.º DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

57 - N.º DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

58 - N.º DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

59 - N.º DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

60 - N.º DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

61 - N.º DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

62 - N.º DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

63 - N.º DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

64 - N.º DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

65 - N.º DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

66 - N.º DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

67 - N.º DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

68 - N.º DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

69 - N.º DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

70 - N.º DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

71 - N.º DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

72 - N.º DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

73 - N.º DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

74 - N.º DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

75 - N.º DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

76 - N.º DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

77 - N.º DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

78 - N.º DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

79 - N.º DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

80 - N.º DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

81 - N.º DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

82 - N.º DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

83 - N.º DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

84 - N.º DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

85 - N.º DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

86 - N.º DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

87 - N.º DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

88 - N.º DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

89 - N.º DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

90 - N.º DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

91 - N.º DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

92 - N.º DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

93 - N.º DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

94 - N.º DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

95 - N.º DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

96 - N.º DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

97 - N.º DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

98 - N.º DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

99 - N.º DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

100 - N.º DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

101 - N.º DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

102 - N.º DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

103 - N.º DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

104 - N.º DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

105 - N.º DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

106 - N.º DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

107 - N.º DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

108 - N.º DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

109 - N.º DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

110 - N.º DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

111 - N.º DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

112 - N.º DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

113 - N.º DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

114 - N.º DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

115 - N.º DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

116 - N.º DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

117 - N.º DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

118 - N.º DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

119 - N.º DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

120 - N.º DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

121 - N.º DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

122 - N.º DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

123 - N.º DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

124 - N.º DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

125 - N.º DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

126 - N.º DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

127 - N.º DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

128 - N.º DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

129 - N.º DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

130 - N.º DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

131 - N.º DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

132 - N.º DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

133 - N.º DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

134 - N.º DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

135 - N.º DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

136 - N.º DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

137 - N.º DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

138 - N.º DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

139 - N.º DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

140 - N.º DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

141 - N.º DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

142 - N.º DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

143 - N.º DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

144 - N.º DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

145 - N.º DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

146 - N.º DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

147 - N.º DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

148 - N.º DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

149 - N.º DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

150 - N.º DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

151 - N.º DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

152 - N.º DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

153 - N.º DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

154 - N.º DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

155 - N.º DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

156 - N.º DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

157 - N.º DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

158 - N.º DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

159 - N.º DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

160 - N.º DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

161 - N.º DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

162 - N.º DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

163 - N.º DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

164 - N.º DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

165 - N.º DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

166 - N.º DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

167 - N.º DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

168 - N.º DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

169 - N.º DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

170 - N.º DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

171 - N.º DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

172 - N.º DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

173 - N.º DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

174 - N.º DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

175 - N.º DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

176 - N.º DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

177 - N.º DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

178 - N.º DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

179 - N.º DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

180 - N.º DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

181 - N.º DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

182 - N.º DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

183 - N.º DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

184 - N.º DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

185 - N.º DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

186 - N.º DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

187 - N.º DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

188 - N.º DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

189 - N.º DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

190 - N.º DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

191 - N.º DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

192 - N.º DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

193 - N.º DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

194 - N.º DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

195 - N.º DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

196 - N.º DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

197 - N.º DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

198 - N.º DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

199 - N.º DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

200 - N.º DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

201 - N.º DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

202 - N.º

GOVERNO
DO ESTADO DO MATO GROSSO DO SUL

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

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

DIA 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	☒
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML, 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	☒
4	TENOXCAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. IFRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML AHD.	☒
5	OMEPRAZOL INJ 40MG IFRA AMP, 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO	☒
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

06-11-19

FACUNA UELHOAN
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 R1

Aux 2:

Aux 3:

Aux 4:

Anestesista:

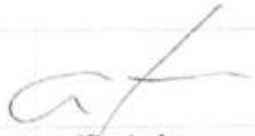
Medicamentos:

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
DO ESTADO DE PERNAMBUCO

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 04/11/2019

Horas: 08:09:49

Médico (a) Dirigente: 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: MARIA DA GUIA NUNES DE SOUSA Data de Nascimento: 13/07/1995 Admissão: 28/10/2019 DH1 - 7

Clinica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 6 Leitos: 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>2000 ml de água</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 PROPRIO	<i>06 não usar pl e selar!</i>
5	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	<i>ok</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: +

PRÊ OP: OK

CONDUTA: VPM

AGUARDA CIRURGIA PRPGRAMADA PARA TERÇA FEIRA A TARDE

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

CR



61

SUS	Sistema Único de Saúde	GOVERNO DA PARAÍBA	ESTADO DA PARAÍBA - SECRETARIA DE SAÚDE
NÚMERO DO CADASTRO: 12 3 5 2 8 5 6 1 - CPF: 21 0 8 7 7 8 2 6 8 0 0 3 8 5 2 2 - CNPJ		REQUISIÇÃO DE EXAMES	
NOME DA UNIDADE: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES			
ENDEREÇO: AVENIDA FLORIANO PEIXOTO, 4700			
BAIRRO: MALVINAS CEP: 58432-809 MUNICÍPIO: CAMPINA GRANDE UF: PB(25)			
PACIENTE: DIEGO DEIVITON NUNES SOARES		Idade: 4042135	Idade: 024
ENDEREÇO: R. MANOEL MARQUES TAVEIRA		PRONTUÁRIO: N° 2025130	
BAIRRO: GALANTE			
DADOS CLÍNICOS: TRAUMA NA PÉLVIS POR LOCAL		MATERIAL A EXAMINAR: RX.	
EXAMES SOLICITADOS: RX PÉLVIS			
Campina Grande - PB 01/11/2019 Hora: 07:50:51		Médico: Crismarcos Rodrigues da Silva (CRM/PB-3335)	



**MATERIAL UTILIZADO EM CIRURGIA**

Rastreamento

0327

Hospital: _____ Código: _____

Procedimento: _____ Cód. Procedimento: _____

Paciente: _____

Data da Cirurgia: ____/____/____ Nº prontuário: _____ Convênio: _____

Cirurgião: _____ Código: _____ (☐) Reposição (☐) Caixa Pronta**DESCRIÇÃO DE PRODUTOS UTILIZADOS**

Qtd.	Descrição	Cód. Produto	Valor Unit.	Valor Total
01	Parafuso Cortical 4.0 mm			

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.							

OBS.: O PREENCHIMENTO DO PRONTUÁRIO É OBRIGATÓRIO.

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO CONSULTOR DE VENDAS

Condições de Pagamento: _____

Faturar N.F para: _____

Cód. do consultor: _____ Total: _____

Cód. Instrumentador: _____

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

SUS

Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

GOVERNO DA PARAÍBA

ESTADO 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 - CNPJNOME DA UNIDADE: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ 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 Araújo

SUS

Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

GOVERNO DA PARAÍBA

ESTADO 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 - CNPJNOME DA UNIDADE: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ 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 Araújo



GOVERNO DO PARÁ SEGUIE
DA PARAÍSA e triaballo LIST PRÉ-OPERATÓRIO- ALAS



6

SETOR DE ORIGEM:	Indígena II		
NOME:	Diane Dainten Nunes Soares		
PROCEDIMENTO:			
☒ AVP: LOCAL:	MS	GELCO Nº:	AVC ☐ JEI ☒
BANHO PRÉ-OPERATÓRIO:	☒ COM CLOREXIDINA	☐ NÃO SE APLICA	
RETIRADO:	☐ PRÓTESE DENTÁRIA	☐ ADORNOS	☐ PERTENCES
ENCAMINHADO:	☐ HEMOG	☐ JUSG	☐ 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:	Procurar e Exatidão		
Cirurgião:	Dr. Romero	Auxiliar:	Dr. Wagner
		Anestesista:	Dr. Augusto
Início:	14:15	Término:	15h
		Anestesia:	Roxana

[illegible][illegible][illegible]

Relatório de Operação

MOD. 163



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

Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico	Hora entrada	Hora saída
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 O ₂ < 90 com oxigênio = 0 Sat O ₂ > 90 com oxigênio = 1 Sat O ₂ > 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:

QI

LEITE

CONVÊNIO

IDADE

REGISTRO

CIRURGIA

ANESTESIA

INSTRUMENTADORA

DATA

INÍCIO

FIM

Qtd.

MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS

Bolsa Colostomia

Catet. p/ Oxo.

Catet. De Urinar Sist. Fech.

Compressa Grande

Compressa Pequena

Cotonóide

Dreno

Dreno Kerr nº

Dreno Penrose nº

Dreno Pezzer nº

Equipo de Macrogotas

Equipo de Macrogotas

Equipo de Sangue

Equipo de PVC

Esparadrapo Larco cm

Furacim ml

Gase Pacote c/ 10 unidades

H.O. ml

Intracath Adulto

Intracath Infantil

Lâmina de Bisturi nº 23

Lâmina de Bisturi nº 11

Lâmina de Bisturi nº 15

Luvas 7.0

Luvas 7.5

Luvas 8.0

Luvas 8.5

Oxigênio l/m

Poliflux

PVPI Degemante ml

PVPI Tópico ml

Sabão Antisséptico

Saco coletor

Seringa desc. 10 ml

Seringa desc. 20 ml

Seringa desc. 05 ml

Sonda

Sonda Foley

Sonda Nasogátrica

Sonda Uretral nº

Sterydrem ml

Torniquinha

Vaselina ml

Geicon 18

Látex

Qtd.

FIOS

Catgut cromado Sertix

Catgut cromado Sertix

Catgut cromado Sertix

Catgut Simples

Catgut Simples Sertix

Catgut Simples Sertix

Catgut Simples Sertix

Cera p/ osso

Ethibond

Ethibond

Ethibond

Fio de Algodrão Sertix

Fio de Algodrão Sertix

Fio de Algodrão Sutupak

Fio de Algodrão Sutupak

Fila cardíaca

Mononylon

Mononylon

Prolene Sertix

Prolene Sertix

Prolene Sertix

Prolene Sertix

Vicryl Sertix

Vicryl Sertix

Vicryl Sertix

CÓDIGO

Qtd.

MEDICAÇÕES

Agua Destilada amp.

Decadron amp.

Dipirona amp.

Flaxidol amp.

Furosemida amp.

Geramicina amp.

Glicose amp.

Glucos de Cálcio amp.

Haemacel ml

Heparina ml

Kanakion amp.

Lasix amp.

Medrothinazol.

Plasil amp.

Prolamina

Revivan amp.

Suptanon amp.

Cefalotina 1g

Qtd.

ORTESE E PRÓTESE

Qtd.

MATERIAIS / SOLUÇÕES

Agulha desc. 25 x 7

Agulha desc. 28 x 28

Agulha desc. 3 x 4,5

Agulha p/ raque nº

Alcool de Enfermagem

Alcool Iodado ml

Ataduras de Crepon

Ataduras de Gessada

Azul metileno amp.

Qtd.

EQUIPAMENTOS

() Oxímetro de Pulso

() Serra

() Desfibrilador

() Foco Frontal

() Fonte de Luz

() Foco Auxiliar

() Eletrocautério

() Oxícaplografo

() Cardiomonitor

() Perfurador Elétrico

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

CIRCULANTE RESPONSÁVEL
Vanda Lúcia B. Mendes
TÉC. DE ENFERMAGEM
COREN - PR 703.722

MCH-USE



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECC		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO	
FOLHA DE ANESTESIA		NOME <i>Dr. Diego Emanuel Nunes Soares</i>			IDADE	SEXO	COR
DATA	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	
TIPO SANGÜÍNEO	HEMACIAS	HEMOGLOBINA	HEMATOCRITO	GLICEMIA	UREIA	OUTROS	
	URINA						
AP. RESPIRATÓRIO					ASMA	BRONQUITE	
AP. CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA		
AP. DIGESTIVO			DENTES	PERDIDA	AP. URMÁRIO		
ESTADO MENTAL			ATAJAXICOS	CORTICOIDES	ALERGIA	HIPOTENSORES	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO <i>Fr de Exoflexão D</i>					ESTADO FÍSICO <i>III</i>	RISCO	
ANESTESIAS ANTERIORES							
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA <i>14h 15h</i>				APLICADA	AS	EFEITO	
AGENTES ANESTÉSICOS					INDUÇÃO Sotil: _____ Excit.: _____ Tosse: _____ Laringo-espasmo: _____ Lenta: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____		
LÍQUIDOS					MANUTENÇÃO <i>Cefazolin 2g Dexamet 10mg Dipron 2g Narcolin 4mg</i>		
VIGIL VP ARTERIAL: _____ SO O - RESPIRAÇÃO AX - ANESTESIA: O - OPERAÇÃO					ANESTESIA SATISF: Sim _____ Não _____ Não, por quê? _____		
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES					DESPERTAR Reflexos na SO: _____ Obst.: _____ Co.: _____ Excit.: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____ Com cânula: _____ Paro o Leito: Sim _____ Não _____ CONDIÇÕES: _____		
POSIÇÃO	<i>DDH</i>						
AGENTES	<i>Bupivacaína 20ml + Lidocaína 20ml</i>						
TÉCNICA	<i>Blowby manual</i>						
OPERAÇÃO	<i>Tort. Curvatura de Fr de Exoflexão D</i>						
QUIRÚRGICOS	<i>Guimarães e Wagner</i>						
ANESTESISTAS	<i>Diego H. Nunes</i>						
OBSERVAÇÕES							
ANOTAR NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E POS-OPERATÓRIAS.					PERDA SANGÜÍNEA		

FOLHA DE ANESTESIA - SRPB

09



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/12/2020 09:49:15

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120309491563200000035697148

Número do documento: 20120309491563200000035697148

Num. 37412260 - Pág. 24

05/11/2019

HTCG-Painel Administrativo

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Maracanã, Campina Grande - PB
52061-900 - Wagner Luiz Egito de Araujo

CNPJ: 08.778.268/0001-52
Data: 05/11/2019



GOVERNO
DA PARAÍBA



GOVERNO
DA PARAÍBA

Número do Prontuário: 121548

DATA DA CIRURGIA: 05/11/2019

Número do Atendimento: 2025130 Clin: ORTOPEdia 2 / Enf: 6 / Lei: 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 ESCÓPIA

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	FACTORES RELACIONADOS	CARACTERÍSTICA DEFINIDORAS	
CONSTIPAÇÃO	() DESIDRATAÇÃO	() ABDOME DISTENSO () ANOREXIA	
	() HÁBITOS DE EVACUAÇÃO IRREGULARES	() DOR AO EVACUAR () DOR ABDOMINAL	
DEFICIT NO AUTO-CUIDADO PARA BANHO	() PREJUÍZO NEUROMUSCULAR () DOR	() INCAPACIDADE DE ACESSAR O BANHEIRO	
	(X) OUTRO	(X) INCAPACIDADE DE LAVAR O CORPO	
DOR AGUDA	() AGENTES LESIVOS (EX: BIOLÓGICOS, QUÍMICOS)	() ALTERAÇÕES NA PRESSÃO SANGÜÍNEA	
	() OUTROS	() RELATO VERBAL DE DOR	
HIPERTERMIA	() ANESTESIA () DESIDRATAÇÃO () TRAUMA	() AUMENTO DA TEMPERATURA CORPORAL ACIMA DOS PARÂMETROS NORMAIS	
	() OUTRO	() TAQUICARDIA () TAQUIPNEIA	
MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA	() ANSIEDADE () DESCONFORTO () RIGIDEZ ARTICULAR	() DIFICULDADE PARA VIRAR-SE	
	(X) PREJUÍZOS MÚSCULO-ESQUELÉTICO	() MOVIMENTOS DESCONTROLADOS	
RISCO DE INFECÇÃO	(X) AUMENTO DA EXPOSIÇÃO AMBIENTAL À PATÓGENOS		
	(X) PROCEDIMENTOS INVASIVOS () OUTRO		
OUTRO			
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		APRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
() AVALIAR DISTENSÃO ABDOMINAL			() OBTENÇÃO DA ELIMINAÇÃO INTESTINAL EFICAZ
() AVALIAR A INGESTÃO DE ALIMENTAÇÃO BALENCIADA			
() OBSERVAR E REGISTRAR A ELIMINAÇÃO INTESTINAL			
() ENCAMINHAR AO BANHO DE CHUVEIRO			(X) AUXÍLIO DIÁRIO ÀS NECESSIDADES DE HIGIENE
(X) REALIZAR BANHO NO LEITO (SN) E LAVAGEM DO CABELO		diário	
() EXPLICAR AO PACIENTE AS POSSÍVEIS CAUSAS DA DOR			() CONTROLE DA DOR (MELHORADA 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			
() ORIENTAR E ESTIMULAR A MOVIMENTAÇÃO NO LEITO			() MOBILIDADE FÍSICA MELHORADA
(X) OBSERVAR LOCAL DA FERIDA, E INSERÇÃO DO DISPOSITIVO VENOSO PARA SINAIS FLOGÍSTICOS			() DIMINUIR O RISCO DE INFECÇÃO
(X) TROCAR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO A CADA 72HS		diário	
(X) REALIZAR DESINFECÇÃO COM ÁLCOOL 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 ORTOPÉDICA (BASEADO NAS NHB DE W. HORTA)

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Diego Dornheim Idade: 24 Sexo: M Enf/Leito: 6-1

2. HISTÓRIA PREGRESSA

Internações prévias () Motivo: Alergias () Qual? Doença () HAS () DM
() Tabagista () Etílica () Neoplasia () Drogas () Outros: Medicamentos em uso:

3. DOENÇA ATUAL: Fr. Escapóide (D)

MOTIVO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR:

4. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICO BIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA: () CONSCIENTE () 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:

AL. ÇÃO: () 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 () CADEIRA DE RODAS

5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO: () PRESERVADA () PREJUDICADA

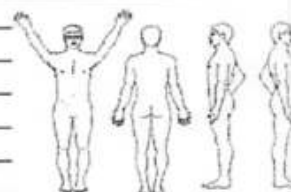
SENTIMENTO/COMPORTAMENTOS: () COOPERATIVO () OUTROS:

6. NECESSIDADE PSICOESPIRITUAIS:

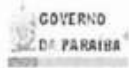
RELIGIÃO: () PRATICANTE () NÃO PRATICANTE

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
08:30	140/90	36,6	96	—	—	—	—	—	—	E. D. O.	SOG/SNG/SNE	
											SVF	
											CIRCUITO DE VM	
											FILTRO DE VM	
											UMIDIFICADOR	
											ASPIRADOR	
											LATEX	
											EQUIPO SIMPLES	







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. JANNIÉ 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.



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

PROFI

DIEGO DRIVITON NUNES SOARES

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1545395042

PROFI

1545395042

PARAÍBA

DATA DE EMISSÃO
11/01/2018

DATA DE VALIDADE
09/01/2017

LOCAL
CAMPINA GRANDE, PB

IDENTIFICAÇÃO

ASSINATURA DO DETENTOR

ASSINATURA DO EMISSOR

PARAÍBA

85782020136
PB036072923

PROFI

1545395042

PARAÍBA

DATA DE EMISSÃO
11/01/2018

DATA DE VALIDADE
09/01/2017

LOCAL
CAMPINA GRANDE, PB

IDENTIFICAÇÃO

ASSINATURA DO DETENTOR

ASSINATURA DO EMISSOR

PARAÍBA

85782020136
PB036072923

PROFI

1545395042

PARAÍBA



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

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

VIA OCIO RENAVAM PRT 20190000014797400000
1 0043029525-1 00/00000000 2019

NOME
DIEGO DEIVITON NUNES SOARES

70580360474

MOS2791/PB

NOVO PB

9C2KC1650CR514232

FAS/MOTOCICLE/BAO APLIC

ALCO/GASOL

HONDA/CG 150 TITAN ESD

2011

2012

2 P/149 /CI

PARTIC

VERMELHA

IPVA PAGO EM 25/02/2019

0

31

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 0,00 PRÊMIO TOTAL (R\$) 0,00 DATA DE PAGAMENTO 20/02/2019

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

CAMPINA GRANDE - PB

25/02/2019

42234

33553

SEGURADORAS AUTORIZADAS A RECEBER PRÊMIOS POR VEÍCULOS
AUTOMOTORES DE VÍCIOS, TERRESTRES, QUATRO RODAS, AEROSPAIS,
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

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

70580360474

MOS2781/PB

00430295251

HONDA/CG 150 TITAN ESD

2011

9

9C2KC1650CR514232

PRÊMIO TARIFÁRIO

SEGURO

P A G O

DATA ÚNICA

PAGAMENTO

DATA DE COTAÇÃO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 00.248.208/0001-04

33553-1428220-20190225

0102-118

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

