



Número: **0851696-98.2019.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **12ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **02/09/2019**

Valor da causa: **R\$ 4.725,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
SIDNEI LAURENTINO DA SILVA (AUTOR)		MARTINHO CUNHA MELO FILHO (ADVOGADO)	
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)		HERIKA COELI DA SILVA CLEMENTINO (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
37414606	03/12/2020 10:16	2772818_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, 03 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190256993

Vítima: SIDNEI LAURENTINO DA SILVA

Data do Acidente: 18/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), SIDNEI LAURENTINO DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14139445

Pag. 01469/01470 - carta_01 - INVALIDEZ

00020735





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, 03 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190256993

Vítima: SIDNEI LAURENTINO DA SILVA

Data do Acidente: 18/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), SIDNEI LAURENTINO DA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Autorização de pagamento incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01961/01962 - carta_03 - INVALIDEZ

00050981



Carta nº 14141257





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, 25 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190256993

Vítima: SIDNEI LAURENTINO DA SILVA

Data do Acidente: 18/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), SIDNEI LAURENTINO DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

Recebedor: SIDNEI LAURENTINO DA SILVA

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 033

Agência: 000003175

Conta: 000001044084-9

Tipo: CONTA CORRENTE

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.

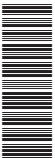
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01069/01070 - carta_15R - INVALIDEZ

00030535



Rio de Janeiro, 26 de Junho de 2019

Aos Cuidados de: **SIDNEI LAURENTINO DA SILVA**

Nº Sinistro: **3190256993**
SIDNEI LAURENTINO DA SILVA

Data do Acidente: **18/09/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA

Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3190256993**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01831/01832 - carta_09 - INVALIDEZ

00040916



Carta nº 14490944





Nome completo da vítima:

SIDNEY LAURENTINO DA SILVA

CPF:

552 515 374-40

Número:

Complemento:

Cidade:

Estado:

CEP:

806 93 86

Tel. (DDD):

82 98875 8273

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00☐ ACIMA DE R\$10.000,00☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)☐ **College Essay**☐ **Colo. Employment Federal (10/01)**

SENTENCED

11

CONTA:

114

AGÊNCIA

2124

CONTA:

21064

486

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Num. 37414606 - Pág. 5



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 02611.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 02611.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: A(s) 12:45 horas do dia 07 de março de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, matrícula 1550888, ao final assinado, compareceu **Marcia Angela da Silva Mendes**, CPF nº 110.221.044-70, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero feminino, profissão Desempregada, filho(a) de Severina Paulo da Silva e Mario Suzano Mendes, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 17/11/1992 (26 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua da Brisa, bairro Gramame, tendo como ponto de referência Colinas, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98736-6802.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua Adão Viana da Rosa, Xxx, João Pessoa/PB, bairro Grotão; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 18/09/18 17:15h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

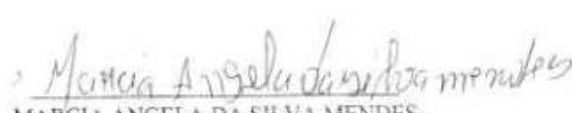
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

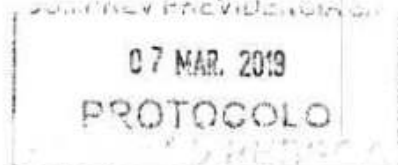
QUE NO DIA 18/09/2018, POR VOLTA DAS 17:15, O SENHOR SIDNEI LAURENTINO DA SILVA, PORTADOR DO CPF 552515874-49 (DE QUEM É PROCURADORA), ESTAVA NA GARUPA DA MOTOCICLETA YAMAHA CROSSER DE COR CINZA, ANO 2014/15, PLACA OFY-0983/PB, CHASSI 9C6DG2510F0024736, REGISTRADA EM NOME DE CARLOS ALBERTO M. DO MONTE, PORTADOR DO CPF 060950338-37, O QUAL GUIAVA A MOTOCICLETA NA OPORTUNIDADE, QUANDO PASSAVAM PELA RUA ADÃO VIANA DA ROSA, GROTÃO, NESTA CAPITAL, MOMENTO EM QUE UMA CRIANÇA FOI ATRAVESSAR A RUA FAZENDO COM QUE O PILOTO DA MOTOCICLETA PRECISASSE ACIONAR O FREIO DA MESMA E POR CONTA DISSO O SENHOR SIDNEI LAURENTINO DA SILVA CAIU DA MESMA, VINDO A SER SOCORRIDO POR UMA AMBULÂNCIA DO SAMU ATÉ O HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA, ONDE FOI ATENDIDO E DIAGNOSTICADO COM CID S72.3 CONFORME LAUDO MÉDICO ASSINADO PELO DR. ELIVALDO SALES DE TOLEDO.

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, expede a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 07 de março de 2019.


JOSÉ RODRIGUES DA SILVA JUNIOR
Agente de Investigação


MARCIA ANGELA DA SILVA MENDES
Noticiante



Procedimento Policial: 02611.01.2019.1.00.401





PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA - SAME



CNPJ 08.806.754/0015-40
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA
Av. Diógenes Chianca, 1777
Água Fria - CEP 58055-900
João Pessoa - PB

DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 810/039, **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 2198859, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente **SIDNEI LAURENTINO DA SILVA** idade 51 anos, vítima de **Acidente de Trânsito (Queda de Moto)** no dia 18/09/2018, na R. Adão Viana da Rosa, Bairro: Grotão - João Pessoa - aproximadamente às 17:15 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 08 de Outubro de 2018.

Jefferson da Rocha Augusto
Estatístico
CREIS® Registro: 10171

Jefferson da Rocha Augusto
Matrícula: 67.155-6
Coordenação do SAME
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA



Rua: Diógenes Chianca, 1777 - Água Fria - CEP: 58053-900 - João Pessoa - PB
Fone SAME: (83) 3218.9242; 3218.9125



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:	16/04/2019
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:	
----------------------	--

VALOR TOTAL:	4.725,00
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SIDNEI LAURENTINO DA SILVA

BANCO: 033

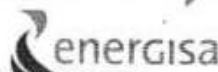
AGÊNCIA: 03175

CONTA: 000001044084-9

Nr. da Autenticação 378F208D7C541CD7



MARCIO SILVA DE OLIVEIRA
RUA DA BRISA, S/N, COLINAS DO SUL
JOÃO PESSOA / PB CEP: 58065-988 (A3 1)
Emissão: 20/03/2019 - Referência: Fev/2019
Cidade: Subst: RESIDENCIAL/BAIRRA RENÇA MONDASICO/PB 202 Km 25 - Coto Redentor - Jão Pessoa / PB - CEP: 58071-480
Roteiro: 13-2-491-4190 Nº medidor: 0000088179



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Cód. parâmetro Automático: 00018292748
CNPJ: 09.095.103/0001-40 Ins. Est. 16.016.823-0

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 000530540
Cód. parâmetro Automático: 00018292748

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesso: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RAN
Fev / 2019	20/02/2019	21/03/2019	006.118.694-80

U- (Unidade Consumidora) 5/1829274-8

Canal de contato

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.
Ao perceber luzes dos postes acesas durante o dia ou ruas escuras à noite, informe à prefeitura da sua cidade, pois a iluminação pública é responsabilidade do município e não da concessionária.

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias			
Data	Leitura	Data	Leitura						
23/01/19	2624	20/02/19	2709		79	33			
Demonstrativo									
Cd	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc. Aliq. (R\$)	Base Calc. Pay (R\$)	Cobrança (R\$)			
				Tributo Total (R\$) (KMSR\$) KMS	Período (R\$) (0,9905%) (4,5624%)				
0801	Consumo até 30 kWh-BR	30,000	0,203080	8,11	0,00	0,00	8,11	0,08	0,08
0801	Consumo - 31 a 100 kWh-BR	49,500	0,243990	17,13	0,00	0,00	17,13	0,17	0,17
0810	Subsídio			22,79	0,00	0,00	22,79	0,22	1,04
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0807	CONTRIB SERV LUM PUBLICA			0,03	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0804	JUROS DE MORA 01/2019			0,07	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0806	MULTA 01/2019			0,99	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0906	Devolução Subsídio			-21,52	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

CC: Código de Classificação do Item: TOTAL 26,08 0,00 0,00 46,03 0,48 3,10
VENCIMENTO 27/02/2019 TOTAL A PAGAR R\$ 26,08
Histórico de Consumo (kWh)

178 | 173 | 165 | 108 | 54 | 72 | 71 | 59 | 12 | 140 | 70 | 30
Fev/18 Mar/18 Abr/18 Mai/18 Jun/18 Jul/18 Ago/18 Set/18 Out/18 Nov/18 Dez/18 Jan/19

RESERVAÇÃO AO FISCO

0cf3 b415 e35f 75b8 caba f771 ab3e da26

Indicadores de Qualidade				Composição do Consumo		
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)		Discriminação	Valor (R\$)	%
DI MENSAL	5,31	0,00	NOMINAL 220	Serviços de Dist. de Energia PB	7,79	29,88
DI TRIMESTRAL	10,63			Campanha Energia	11,11	42,80
DI ANUAL	21,26			Serviços de Transmissão	1,21	4,64
FI MENSAL	3,30	0,00		Encargos Setoriais	1,64	6,28
FI TRIMESTRAL	6,60		CONTRATADA	Impostos Diretos e Encargos	4,13	15,84
FI ANUAL	13,20		LIMITE INFERIOR 331	Outros Serviços	0,00	0,00
CMC	13,20	0,00	LIMITE SUPERIOR	Total	26,08	100,00

ATENÇÃO
- Sua unidade foi faturada como Bateria Remota, tendo um desconto de R\$21,58.
- Leitura com erro.

PROTOCOLADO
07 MAR 2019
14h 10min





DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, Carlos Alberto Magalhães do Monte,
RG nº 11.723.621-17, data de expedição 15/07/1983
Órgão SP, portador do CPF nº 060.950.338-37
com domicílio na cidade de João Pessoa, no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
R. Deputado Manoel Siqueira do Nascimento Filho, nº 85,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
Sidnei Laurentino da Silva, cujo o condutor era
Carlos Alberto Magalhães do Monte.
Veículo: moto Modelo: Yamaha XTZ Ano: 2015
Placa: 0FY0983 Chassi: 9CBDB2510F0024736
Data do Acidente: 18/09/18

Local e Data: _____

Carlos Alberto Magalhães do Monte
Assinatura do Declarante

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

CARTÓRIO CELEIDA
1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL
COMARCA DA CAPITAL
Reconheço a Autenticidade a firma de CARLOS ALBERTO
MAGALHÃES DO MONTE, [34498], J. Pessoa-PB, 07/03/2019
08:56:32 Emol: R\$9,91 Farpen: R\$0,29 Fepi: R\$1,98.
ISS: R\$0,50. Em test. da verdade. Tabela CELEIDA CGM
PEREIRA SILVA, Selo Digital AIF96323-98MR Consulte o
<https://selodigital.tjpb.jus.br>

07 MAR. 2019
PROTOCOLO





LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE SIDNEI LAURENTINO DA SILVA
DATA DE NASCIMENTO 15/10/66
NOME DA MÃE SEBASTIANA MOREIRA DA SILVA

DADOS EXTRAÍDOS DO PRONTUÁRIO

PRONTUÁRIO N.º 111159
BOLETIM DE ENTRADA N.º 1109330
DATA DO ATENDIMENTO 18/09/18
HORA DO ATENDIMENTO 18:25
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S) FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR ESQ.
CID 10 S72.3

AVALIAÇÃO INICIAL:

PACIENTE DEU ENTRADA NESTE SERVIÇO, REFERINDO DOR NO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO, SENDO MAIS ACENTUADA A NÍVEL DA COXA. AVALIADO PELA CIRURGIA GERAL, ORTOPEDIA.

EXAMES SOLICITADOS E REALIZADOS

RX TORAX, RX JOELHO ESQ., RX PERNA ESQ., RX ARTICULAÇÃO COXO-FEMURAL ESQ.
USG(FAST)

RESULTADOS DOS EXAMES:

RX COXA ESQ. - FRATURA DA DIÁFISE FÊMUR

TRATAMENTO:

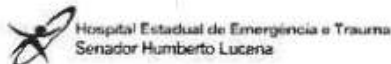
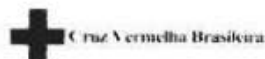
TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO FEMUR ESQ.

ALTA HOSPITALAR: 28/09/18
DATA DA EMISSÃO: 05/12/18

Dr. ELIVALDO SALES DE TOLEDO
CRM: 1873/PB

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





AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1109330



Identificação do paciente			
ID 1327507	Nome SIDNEI LAURENTINO DA SILVA	Sexo Masculino	
Data de nascimento 15/10/1966	Idade 51 anos 11 meses 3 dias	Estado civil	Religião
Mãe SEBASTIANA MOREIRA DA SILVA		Pai SEVERINO LAURENTINO DA SILVA	
Escolaridade		Responsável (Parentesco) CLAUDINEI LAURENTINO - IRMÃO(A)	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 986151379	DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 1094926	Nº Cns 206597155590018	
Local de procedência COLINAS DO SUL		Tipo BAIRRO	UF PB
Email	Naturalidade SÃO BERNARDO DO CAMPO	CBO/R	
Endereço			
CEP 58079820	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro CUIABÁ
Número 14	Complemento	Bairro GROTÃO	
Admissão			
Data e Hora 18/09/2018 18:25:48	Número da pulseira 1000006937002	Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica		
Classificação de risco	Origem do paciente RUA		
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS	
Indicadores e Transporte			
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte SAMU	Quem transportou		
Sinais Vitais			
PA _____ X _____ mmHg	Pulso	Temperatura	
Exames complementares			
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []
			Liquor []
			ECG []
			Ultrasonografia []
Dados clínicos Paciente em entrada na unidade, trazido pelo SAMU, com história de Acidente de moto			
Diagnóstico			CD
Atendido por THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA			Tempo 02min 32seg

Imprimir

18/09/2018 18:27





TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA PACIENTES

MAIORES E CAPAZES

HEETSHL

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

Nome: Sidnei Kureutimo da Silva

BE: 109933c

II – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 1º - O presente Termo de Responsabilidade dispõe sobre direitos e deveres do paciente, do profissional da saúde e do Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena – HEETSHL;

§ 1º - O Hospital de Emergência e Trauma é uma unidade de saúde destinada a operacionalizar a gestão e execução das atividades e dos serviços de saúde de urgência e emergência em trauma e a assistência de pacientes portadores de patologias agudas e graves, sejam clínicas, (para um primeiro atendimento e posterior remoção para outro serviço conveniado), ou cirúrgicas (Politraumatismo, Neurocirurgia, Traumatologia, Cirurgia Geral e demais subespecialidades relacionadas à mesma).

§ 2º - O Corpo Clínico responsável pela assistência integral ao paciente é composto por Médicos, Médicos-Residentes, todos Profissionais da Saúde e Aprimorandos, integrantes de Equipe Multiprofissional e profissionais médicos e de outras especialidades da saúde que cumprem a função de Preceptores ligados às diversas instituições de ensino do estado da Paraíba;

§ 3º O HEETSHL faz parte de uma rede de assistência da Secretaria de Estado da Saúde no sistema referência e contra-referência. É de responsabilidade da equipe médica deste Hospital a indicação do encaminhamento para Remoção ou Transferência dos pacientes aqui admitidos para outras Instituições de Saúde de João Pessoa ou de outros municípios para continuidade do tratamento.

§ 4º É também de responsabilidade do HEETSHL, dentro das suas normas de funcionamento, o encaminhamento e acompanhamento do paciente por equipe profissional especializada para a realização de exames complementares fora das dependências da sua unidade.

III - DO RECONHECIMENTO E SALVAGUARDA DOS DIREITOS E DEVERES

Artigo 2º - O paciente será tratado por meios adequados e disponíveis, devendo a relação mútua entre profissionais da saúde e paciente ser baseada na dignidade e no respeito.

Artigo 3º - O profissional da saúde tem garantida a sua autonomia ao indicar o procedimento adequado ao paciente, observadas as práticas reconhecidas e aceitas.





CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA PACIENTES

MAIORES E CAPAZES

COMITÊ DE PREVIDÊNCIAS
07 MAR. 2013
PROTOCOLADO
C. 1050 PESSOA

HEE TSHL

Artigo 4º - O médico informará ao **paciente**, de forma clara e em linguagem acessível, sobre o seu estado de saúde, diagnóstico, tratamento e evolução provável da sua doença.

Artigo 5º - Os procedimentos diagnósticos e terapêuticos serão executados com a prévia concordância do **paciente**, após ter sido esclarecido quanto aos seus riscos e benefícios.

§ 1º - Quando ocorrer discordância quanto à aplicação dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos, esta deverá ser registrada no prontuário do paciente.

§ 2º - O **paciente** tem direito de revogar o seu consentimento a qualquer tempo, por decisão livre, consciente e esclarecida, sem que lhe sejam imputadas sanções morais ou legais.

§ 3º - No caso de revogação do consentimento, o **paciente** se manifestará por escrito, devendo este documento ser arquivado no respectivo prontuário.

§ 4º - Quando o **paciente** se recusar a aceitar os métodos diagnósticos e terapêuticos propostos e deixar o Hospital, cessará a responsabilidade do médico quanto às consequências decorrentes desta recusa.

Artigo 6º - No caso de se tornar ou for maior incapaz de tomar decisões sobre sua saúde, o paciente deverá se fazer representar pelo seu **REPRESENTANTE LEGAL**, conforme determinação legal ou judicial, quando for o caso:

Nome:

Suelio Moreira Torres da Silva (representante)

Endereço:

Rua da Bahia nº 510

Telefones:

(21) 98671-1625

celular ou casa

§ 1º - O **REPRESENTANTE LEGAL** será a pessoa a quem o **paciente** confiará a tomada de decisões, ou por determinação judicial, podendo ser parente ou não.

§ 2º - Cabe ao paciente e ao seu Representante Legal a incumbência de comprovar o seu **Representante Indicado**.

Artigo 7º - Em caso de iminente risco de morte ou iminente risco de perda de qualidade devida, encontrando-se o **paciente** incapacitado de tomar decisões, o **médico** estará autorizado a adotar condutas, até que o **Representante Indicado** possa se manifestar.

Artigo 8º - O prontuário do paciente será elaborado de forma legível, completa e atualizada.

Artigo 9º - O **paciente** tem direito de obter relatório contendo as informações registradas no seu prontuário, mediante solicitação junto ao Setor de Laudos.

Artigo 10º - O **paciente** tem garantida e respeitada a confidencialidade sobre seus dados pessoais e clínicos, podendo ser revelados apenas com sua autorização, salvo em casos de imposição legal.





TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA PACIENTES MAIORES E CAPAZES

HEETSHL

Artigo 11 - Após a alta médica, o **paciente** deverá deixar as dependências do HEETSHL, no prazo de até 24 (vinte e quatro) horas, após as quais serão adotadas as medidas legais cabíveis.

Artigo 12 - Após a internação a **família do paciente ou o seu representante legal** deverá resgatar os pertences de valor ou documentos deixados nesta unidade hospitalar, no prazo máximo de 30 (trinta) dias e, no caso de vestuários e calçados, no prazo máximo de 02 (dois) dias contados a partir da data de internação. Após este prazo, a instituição adotará as medidas legais cabíveis que entender necessárias para a destinação destes objetos.

Artigo 13 - O **paciente ou o seu representante legal** e os **profissionais da saúde** do HEETSHL poderão recorrer à Comissão de Ética Médica e à Comissão de Bioética, para esclarecer questões surgidas em decorrência da prestação das ações e dos serviços de atenção à saúde.

Observações:

O presente termo foi lido e achado conforme.

João Pessoa, 19.09.2017

Paciente - RG

Representante Legal - RG





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn. PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente SIDNEI LAURENTINO DA SILVA		BAE 1109330	Data/Hora Entrada 18/09/2018 18:25:48	Data Baixa
Data de nascimento 15/10/1966	Idade 51a 11m 3d	Sexo Masculino	CNS 206597155590018	Telefone de Contato (83) 986151379
Mãe SEBASTIANA MOREIRA DA SILVA		Prontuário		
Endereço CUIABA, 14	Bairro GROTÃO	Município JOAO PESSOA	UF PB	
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional CLAUDINO RODRIGUES DOS SANTOS JUNIOR	Nº Cons. Regional 9985/PB	
Data/Hora Classificação 18/09/2018 18:25:48		Data/Hora Prescrição 18/09/2018 18:39:57		

Anamnese

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, TRAZIDO AO SERVIÇO PELO SAMU, COM QUEIXA DE DOR - DIFICULDADE DE MOBILIZAÇÃO DO MIE. NEGA DOR ABDOMINAL OU DOR TORÁCICA, NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA, CEFALÉIA OU VÔMITOS, NEGA ALERGIAS, APRESENTA EDEMA E CREPITAÇÃO À MOBILIZAÇÃO DO JOELHO ESQUERDO. REFERE FRATURA PRÉVIA NO FÊMUR ESQUERDO. AO EXAME:

A: SEM COLAR CERVICAL OU PRANCHA RÍGIDA. VIAS AÉREAS PÉRVIAS.
B: VENTILAÇÃO ESPONTÂNEA, EUPNEICO. TÓRAX INDOLOR À PALPAÇÃO, SEM ABRASÕES OU CREPITAÇÕES.
C: NORMOTENSO, NORMOCÁRDICO. ABDOME PLANO, SEM SINAIS DE IRRITAÇÃO PERITONEAL. Pelve ESTÁVEL.
D: GLASGOW 15. PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES. MOBILIZAÇÃO DE MIE PREJUDICADA.
E: SEM SOLUÇÕES DE CONTINUIDADE, MIE IMOBILIZADO COM TALA FLEXÍVEL.

CONDUTA:

- 1) RX DE JOELHO ESQUERDO/ COXA ESQUERDA/ PERNA ESQUERDA/ RX TÓRAX/ USG FAST
- 2) PARECER DA ORTOPEDIA
- 3) ANALGESIA

MEDICAÇÃO

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., AGORA, (OBSERVAÇÕES: DILUIR EM 100ML SF0,9%)

CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)

ULTRASSONOGRAFIA - FAST

RADIOGRAFIA DE JOELHO ESQUERDO (AP + LATERAL)

RADIOGRAFIA DE PERNA ESQUERDA

RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO COXO-FEMORAL ESQUERDA

CID10

Código	Descrição
V29.9	Motociclista [qualquer] traumatizado em um acidente de trânsito não especificado

Conduta

Em observação

07 MAR 2018
PROTÓCOLO
ACIDENTE DE TRÂNSITO

Dr. Claudino Junior
CRM - PB 9985
MR Cirurgião Geral

Boletim registrado por: THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA em 18/09/2018 18:28:20

SIDNEI LAURENTINO DA SILVA

CLAUDINO RODRIGUES DOS SANTOS JUNIOR



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/12/2020 10:16:55

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120310165482000000035699480

Número do documento: 20120310165482000000035699480

18/09/2018

172.16.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&imprimirDadosAnteriores=N&perform=imprimir&id=391736&pesquisa=S&pe



vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente SIDNEI LAURENTINO DA SILVA	BAE 1109330	Data/Hora Entrada 18/09/2018 18:25:48	Data Baixa
Data de nascimento 15/10/1966	Idade 51a 11m 3d	Sexo Masculino	CNS 206597155590018
Mãe SEBASTIANA MOREIRA DA SILVA			Telefone de Contato (83) 986151379
Endereço CUIABÁ, 14	Bairro GROTÃO	Município JOAO PESSOA	Prontuário
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional WANDEBERG GOMES DE ALBUQUERQUE	UF PB
Data/Hora Classificação 18/09/2018 18:25:48	Data/Hora Prescrição 18/09/2018 20:48:22		Nº Cons. Regional 3374/PB
anamnese			
CONTINUAÇÃO ATENDIMENTO			
ALTA DA CIRURGIA GERAL, LESÕES P/ CLAMATA TRAUMATO.			
Conduta			
Em observação			

SIDNEI LAURENTINO DA SILVA

Wandemberg G. de Albuquerque,
Cir. Geral
CRM-PB. 3374
WANDEBERG GOMES DE ALBUQUERQUE
(3374/PB)

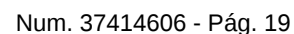
Boletim registrado por: THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA em 18/09/2018 18:28:20

172.16.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&imprimirDadosAnteriores=N&perform=imprimir&id=391736&pesquisa=S&pe

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/12/2020 10:16:55
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120310165482000000035699480
Número do documento: 20120310165482000000035699480

Num. 37414606 - Pág. 18

AUTORIZAÇÃO									
44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR						45 - COD. ORGÃO EMISSOR		46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
47 - DOCUMENTO		48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE				49 - ASSINATURA E CARIMBO Nº DO REGISTRO DO CONSELHO			
CNS	CPF	1	2	3	4	5	6	7	8



RELATÓRIO DE CIRURGIA



Nome: SUELIO MOREIRA TORRES BE/Prontuário: 1180
 Idade: _____ Sexo: ☒ Masculino ☐ Feminino Cor: _____ Data: 1/1/1
 Clínica/Setor: _____ EMP: _____ LR: _____
 Cirurgia: CISTOCOMIA 40MM 57-2 RESECT
 Cirurgião: DR. EDSON D. THOCCO 1º Assistente: E. SILVA
 2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____
 Instrumentador: _____ Anestesista: _____
 Tipo de Anestesia: _____ Horário: Início 8 Término 12

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>PERITONITE AGUDA</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>CISTOCOMIA</u> <u>40MM</u> <u>57-2</u> <u>RESECT</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: ☐ Sim ☒ Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelação: ☐ Sim ☒ Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

☒ Enfermaria ☐ Terapia Intensa ☐ Residência ☐ Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM: _____

João Pessoa, 26/10/19



HEEISHI

Nigralgias

FICHA DE ANESTESIA

DATA: 06/10/18

PRONTUÁRIO: 1104330

PACIENTE: **SIDNEI LAURENTINO DA SILVA** SEXO: **M** COR: **BRANCO** IDADE: **51**

PRESSÃO ARTERIAL **150x80** PULSO **76** RESPIRAÇÃO **18** TEMPERATURA **36,5** PESO **85** GRUPO SANGÜÍNEO **B**

ESTADO GERAL ☒ BOM ☐ REGULAR ☐ MAL ☐ PÉSSIMO RISCO CIRÚRGICO ☒ BOM ☐ REGULAR ☐ MAL ☐ PÉSSIMO

EXAMES COMPLEMENTARES **NENHUM**

AP. RESPIRATÓRIO **normal** AP. CIRCULATÓRIO **normal e moderadamente**

AP. DIGESTIVO **sem alteração** ESTADO MENTAL **LOTE** DROGAS EM USO **sem uso**

PRE-ANESTÉSICO **MDT 3mg**

DOSE HORA **MDT 3mg** ESTADO FÍSICO (ASA) **II**

DIAGNÓSTICO PRE-OPERATÓRIO **Fratura de fêmur E**

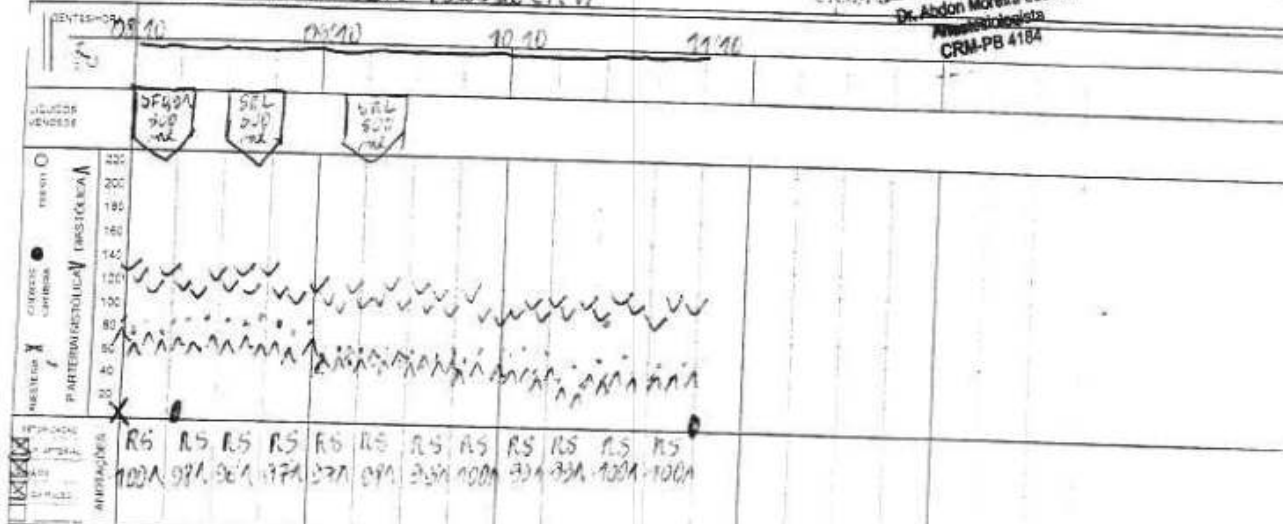
CIRURGIA REALIZADA **TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE FÊMUR E**

CIRURGIÃO **Dr. Edson** AUXILIARES **Dr. Edson**

INÍCIO DA ANESTESIA **08:40** TÉRMINO DA ANESTESIA **09:40** DURAÇÃO DA ANESTESIA **03A**

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO **01.01.00.000** QUANT. DE CH **01** VALORES RS **03A**

ANESTESISTA **Dr. Abdon + Dr. Priscila (RA)** CRM-PB **Dr. Abdon Moreira Lustosa**
Anestesiologista CRM-PB 4184



ANESTESIA GERAL ☒ RAQUIDIANA ☐ EPIDURAL ☐ BLOC PLEXO ☐ BLOC NERVOS ☒ OUTROS **Sedação**

Paciente acordado, mantido em posição supina com M.D.C. 15-18. Sedação com **P** Realizada em **pr**

MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

NUM.	DESCRIÇÃO	QUANT.
1	Propofol 1% 100mg	11
2	Morfin 10mg	12
3	Propofol 1% 100mg	13
4	Propofol 1% 100mg	14
5	Propofol 1% 100mg	15
6	Propofol 1% 100mg	16
7	Propofol 1% 100mg	17
8	MDT 3mg	18
9	Propofol 1% 100mg	19
10	Propofol 1% 100mg	20

OUTROS: **VEPA**

Observações: **Realizada sedação com M.D.C. 15-18. Paciente acordado, mantido em posição supina com M.D.C. 15-18. Sedação com P. Realizada em pr.**

Assinatura do Anestesiologista: **Dr. Abdon Moreira Lustosa** CRM-PB 4184

Assinatura do Cirurgião: **Dr. Edson**

Assinatura do Anestesiologista: **Dr. Priscila**

Assinatura do Anestesiologista: **Dr. Priscila**

07 MAR 2019

PROTOCOLO

ASSINADO PESSOA



RELATÓRIO DE CIRURGIA



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	DP-19.
Incisão:	1.50 cm 2.10 cm 1.50 cm 2.10 cm
Achados:	1.50 cm 2.10 cm 1.50 cm 2.10 cm
Conduta:	1.50 cm 2.10 cm 1.50 cm 2.10 cm
Fechamento:	1.50 cm 2.10 cm 1.50 cm 2.10 cm
Observação:	

07 MAR. 2019
PROTOCOLO
JOÃO PESSOA

João Pessoa, 07/03/19

Médico/CRM:

Dr. Edson D. Torres
Cirurgião Geral
CRM-PE 102

F(NG).ASCIR.009-1



ex: DCS/DHS Richard T.M. Cirurgião

01 - placa DCS c/ 14 furos

01 - parafuso deslizante n° 80

01 - contra pino

01 - parafuso esponjoso n° 80

01 - " " central n° 42

02 - " " " n° 44

01 - " " " n° 46

03 - fios de Kirschner usado como fixação
ortotópe

01 - parafuso canulado 7.0 n° 80 c/ anel

Dr. Suelio Moreira Torres
Tb. de Ortopedia
COREN-PB 258.852

07 MAR. 2019
PROTOCOLO
03.040 PESSOA



Nota de Sala Cirúrgica



Paciente: **Silvini Laurentino da Silva**
 Nº: **93330**
 Data: **08/09/18**
 Hora: **08:00**
 Local: **UTI - Intern + Raio R2**
 Tipo de procedimento: **Exatamento cirurgico de tumor de pâncreas distal esquerdo**
 Nome do cirurgião: **Dr. Adriano Oliveira**

MEDICAMENTOS ANESTÉSICOS		QTD	MATERIAIS CONT.		QTD	FIOS		QTD
1. FENTANILA			JELECO Nº 1			FIO CAT. GUT. CROVADO Nº		
2. PIVACAINA INIBIDOR			JELECO Nº 2			FIO CAT. GUT. CROVADO Nº		
3. PIVACAINA PESS. NY			JELECO Nº 3			FIO DE ALCO Nº		
4. TETRAZINA			JELECO Nº 4			FIO DE ALCO Nº		
5. DROPERIDOL			JELECO Nº 5			FIO DE ALCO Nº		
6. TETRAZINATO			JELECO Nº 6			FIO DE ALCO Nº		
7. TETRAZINATO			JELECO Nº 7			FIO DE ALCO Nº		
8. TETRAZINATO			JELECO Nº 8			FIO DE ALCO Nº		
9. TETRAZINATO			JELECO Nº 9			FIO DE ALCO Nº		
10. TETRAZINATO			JELECO Nº 10			FIO DE ALCO Nº		
11. TETRAZINATO			JELECO Nº 11			FIO DE ALCO Nº		
12. TETRAZINATO			JELECO Nº 12			FIO DE ALCO Nº		
13. TETRAZINATO			JELECO Nº 13			FIO DE ALCO Nº		
14. TETRAZINATO			JELECO Nº 14			FIO DE ALCO Nº		
15. TETRAZINATO			JELECO Nº 15			FIO DE ALCO Nº		
16. TETRAZINATO			JELECO Nº 16			FIO DE ALCO Nº		
17. TETRAZINATO			JELECO Nº 17			FIO DE ALCO Nº		
18. TETRAZINATO			JELECO Nº 18			FIO DE ALCO Nº		
19. TETRAZINATO			JELECO Nº 19			FIO DE ALCO Nº		
20. TETRAZINATO			JELECO Nº 20			FIO DE ALCO Nº		
21. TETRAZINATO			JELECO Nº 21			FIO DE ALCO Nº		
22. TETRAZINATO			JELECO Nº 22			FIO DE ALCO Nº		
23. TETRAZINATO			JELECO Nº 23			FIO DE ALCO Nº		
24. TETRAZINATO			JELECO Nº 24			FIO DE ALCO Nº		
25. TETRAZINATO			JELECO Nº 25			FIO DE ALCO Nº		
26. TETRAZINATO			JELECO Nº 26			FIO DE ALCO Nº		
27. TETRAZINATO			JELECO Nº 27			FIO DE ALCO Nº		
28. TETRAZINATO			JELECO Nº 28			FIO DE ALCO Nº		
29. TETRAZINATO			JELECO Nº 29			FIO DE ALCO Nº		
30. TETRAZINATO			JELECO Nº 30			FIO DE ALCO Nº		
31. TETRAZINATO			JELECO Nº 31			FIO DE ALCO Nº		
32. TETRAZINATO			JELECO Nº 32			FIO DE ALCO Nº		
33. TETRAZINATO			JELECO Nº 33			FIO DE ALCO Nº		
34. TETRAZINATO			JELECO Nº 34			FIO DE ALCO Nº		
35. TETRAZINATO			JELECO Nº 35			FIO DE ALCO Nº		
36. TETRAZINATO			JELECO Nº 36			FIO DE ALCO Nº		
37. TETRAZINATO			JELECO Nº 37			FIO DE ALCO Nº		
38. TETRAZINATO			JELECO Nº 38			FIO DE ALCO Nº		
39. TETRAZINATO			JELECO Nº 39			FIO DE ALCO Nº		
40. TETRAZINATO			JELECO Nº 40			FIO DE ALCO Nº		
41. TETRAZINATO			JELECO Nº 41			FIO DE ALCO Nº		
42. TETRAZINATO			JELECO Nº 42			FIO DE ALCO Nº		
43. TETRAZINATO			JELECO Nº 43			FIO DE ALCO Nº		
44. TETRAZINATO			JELECO Nº 44			FIO DE ALCO Nº		
45. TETRAZINATO			JELECO Nº 45			FIO DE ALCO Nº		
46. TETRAZINATO			JELECO Nº 46			FIO DE ALCO Nº		
47. TETRAZINATO			JELECO Nº 47			FIO DE ALCO Nº		
48. TETRAZINATO			JELECO Nº 48			FIO DE ALCO Nº		
49. TETRAZINATO			JELECO Nº 49			FIO DE ALCO Nº		
50. TETRAZINATO			JELECO Nº 50			FIO DE ALCO Nº		
51. TETRAZINATO			JELECO Nº 51			FIO DE ALCO Nº		
52. TETRAZINATO			JELECO Nº 52			FIO DE ALCO Nº		
53. TETRAZINATO			JELECO Nº 53			FIO DE ALCO Nº		
54. TETRAZINATO			JELECO Nº 54			FIO DE ALCO Nº		
55. TETRAZINATO			JELECO Nº 55			FIO DE ALCO Nº		
56. TETRAZINATO			JELECO Nº 56			FIO DE ALCO Nº		
57. TETRAZINATO			JELECO Nº 57			FIO DE ALCO Nº		
58. TETRAZINATO			JELECO Nº 58			FIO DE ALCO Nº		
59. TETRAZINATO			JELECO Nº 59			FIO DE ALCO Nº		
60. TETRAZINATO			JELECO Nº 60			FIO DE ALCO Nº		
61. TETRAZINATO			JELECO Nº 61			FIO DE ALCO Nº		
62. TETRAZINATO			JELECO Nº 62			FIO DE ALCO Nº		
63. TETRAZINATO			JELECO Nº 63			FIO DE ALCO Nº		
64. TETRAZINATO			JELECO Nº 64			FIO DE ALCO Nº		
65. TETRAZINATO			JELECO Nº 65			FIO DE ALCO Nº		
66. TETRAZINATO			JELECO Nº 66			FIO DE ALCO Nº		
67. TETRAZINATO			JELECO Nº 67			FIO DE ALCO Nº		
68. TETRAZINATO			JELECO Nº 68			FIO DE ALCO Nº		
69. TETRAZINATO			JELECO Nº 69			FIO DE ALCO Nº		
70. TETRAZINATO			JELECO Nº 70			FIO DE ALCO Nº		
71. TETRAZINATO			JELECO Nº 71			FIO DE ALCO Nº		
72. TETRAZINATO			JELECO Nº 72			FIO DE ALCO Nº		
73. TETRAZINATO			JELECO Nº 73			FIO DE ALCO Nº		
74. TETRAZINATO			JELECO Nº 74			FIO DE ALCO Nº		
75. TETRAZINATO			JELECO Nº 75			FIO DE ALCO Nº		
76. TETRAZINATO			JELECO Nº 76			FIO DE ALCO Nº		
77. TETRAZINATO			JELECO Nº 77			FIO DE ALCO Nº		
78. TETRAZINATO			JELECO Nº 78			FIO DE ALCO Nº		
79. TETRAZINATO			JELECO Nº 79			FIO DE ALCO Nº		
80. TETRAZINATO			JELECO Nº 80			FIO DE ALCO Nº		
81. TETRAZINATO			JELECO Nº 81			FIO DE ALCO Nº		
82. TETRAZINATO			JELECO Nº 82			FIO DE ALCO Nº		
83. TETRAZINATO			JELECO Nº 83			FIO DE ALCO Nº		
84. TETRAZINATO			JELECO Nº 84			FIO DE ALCO Nº		
85. TETRAZINATO			JELECO Nº 85			FIO DE ALCO Nº		
86. TETRAZINATO			JELECO Nº 86			FIO DE ALCO Nº		
87. TETRAZINATO			JELECO Nº 87			FIO DE ALCO Nº		
88. TETRAZINATO			JELECO Nº 88			FIO DE ALCO Nº		
89. TETRAZINATO			JELECO Nº 89			FIO DE ALCO Nº		
90. TETRAZINATO			JELECO Nº 90			FIO DE ALCO Nº		
91. TETRAZINATO			JELECO Nº 91			FIO DE ALCO Nº		
92. TETRAZINATO			JELECO Nº 92			FIO DE ALCO Nº		
93. TETRAZINATO			JELECO Nº 93			FIO DE ALCO Nº		
94. TETRAZINATO			JELECO Nº 94			FIO DE ALCO Nº		
95. TETRAZINATO			JELECO Nº 95			FIO DE ALCO Nº		
96. TETRAZINATO			JELECO Nº 96			FIO DE ALCO Nº		
97. TETRAZINATO			JELECO Nº 97			FIO DE ALCO Nº		
98. TETRAZINATO			JELECO Nº 98			FIO DE ALCO Nº		
99. TETRAZINATO			JELECO Nº 99			FIO DE ALCO Nº		
100. TETRAZINATO			JELECO Nº 100			FIO DE ALCO Nº		

07 MAR. 2018

PROTOCOLO

1000 PESSOA

Tso. de Enfermagem
 CORLE - 12.201.652





Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

Folha
1/2

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - N° DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

DDD

11 - TELEFONE DE CONTATO
N° DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, N° BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

19 - COD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

21 - COD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

22 - DIAGNÓSTICO INICIAL

23 - CID 10 PRINCIPAL

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

27 - COD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE



DIÁRIA DE ACOMPANHANTE



DIÁRIA DE UTI TIPO I



DIÁRIA DE UTI TIPO II



DIÁRIA DE UTI TIPO III

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

30 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

01 fio de Kirschner nº 4.

PROFISSIONAL SOLICITANTE

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

40 - DATA DA SOLICITAÇÃO

41 - DOCUMENTO

42 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

43 - ASSINATURA E CARIMBO IN° DO REGISTRO DO CONSELHO

() CNS

() CPF

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

() CNS

48 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

49 - ASSINATURA E CARIMBO IN° DO REGISTRO DO CONSELHO

() CNS

() CPF



RELATÓRIO DE CIRURGIA



Nome: Filipe Dourado BE/Prontuário: _____

Idade: _____ Sexo: () Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 18/09/19

Clínica/Setor: Ortopedia EMP: _____ LR: _____

Cirurgia: Troca Transilial + correção (E)

Cirurgião: Dr. Kontney 1º Assistente: Dr. Victor MR2

2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____

Instrumentador: _____ Anestesista: Dr. Felipe J110

Tipo de Anestesia: _____ Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fratura</u>	
<u>do Fêmur Distal</u> (E)	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Troca Transilial</u>	
<u>Transosseal</u> (F)	



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

Biopsia de Congelação: () Sim () Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

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

[Handwritten signature]

João Pessoa, 18/09/19

Médico/CRM: _____

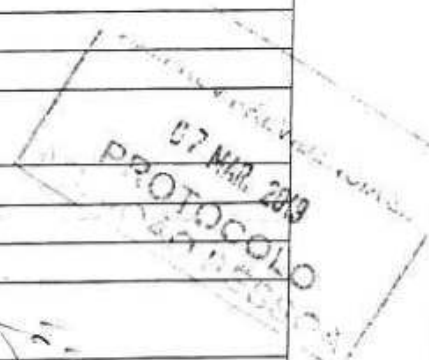


[illegible]

RELATÓRIO DE CIRURGIA



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA
Posição e Preparo: 1) DDA do Anestesiado 2) Tração Transespalélica
Incisão:
Achados: Fratura do Fêmur distal
Conduta: Tração Transespalélica Transf. 1/2 (E) com Fio Nº 4,0
Fechamento: Curativo estéril
Observação: 1/2 am. T. 1/2 Transf. 1/2 e 1/2



Médico/CRM:

[Handwritten signature]

João Pessoa,

19/03/19



HEBETH

FICHA DE ANESTESIA



DATA: 12/04/20

PRONTUÁRIO:

PACIENTE: Sueli Lúcia Silva

SEXO: M COR:

IDADE: 51

PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	GRUPO SANGÜÍNEO
ESTADO GERAL	X BOM	() REGULAR	() MAU	() PÉSSIMO	RISCO CIRÚRGICO
EXAMES COMPLEMENTARES					
AP. RESPIRATÓRIO			AP. CIRCULATÓRIO		
AP. DIGESTIVO			ESTADO MENTAL		
PRÉ-ANESTÉSICO			DROGAS EM USO		
DOSE/HORA			ESTADO FÍSICO (ASA)		
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					
CIRURGIA REALIZADA					
CIRURGIÃO					
AUXILIARES					
INÍCIO DA ANESTESIA		TERMINO DA ANESTESIA		DURAÇÃO DA ANESTESIA	
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		QUANT. DE CH.		VALORES R\$	
ANESTESISTA		CPF		CRM-PB	

AGENTES-ORA					
AGENTES-ORA					
AGENTES-ORA					

AGENTES-ORA					
AGENTES-ORA					
AGENTES-ORA					

07 MAR. 2019
PROTOCOLO
DE REGISTRO

☐ ANESTESIA GERAL	☐ RADIOLOGIA	☐ EPODIAL	☐ BLOC PLEXO	☐ BLOC NERVOS	☒ OUTROS
--	-------------------------------------	----------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------------	--

TECNICA	Pc + um cateter de oxigenação central O2				
USUARIOS	MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO				
USUARIOS	1 Fenilalanina 50mg	11			
USUARIOS	2 Propofol 150mg	12			
USUARIOS	3 Sufentanil 200	13			
USUARIOS	4 Lidocaína 10mg (EV)	14			
USUARIOS	5	15			
USUARIOS	6	16			
USUARIOS	7	17			
USUARIOS	8	18			
USUARIOS	9	19			
USUARIOS	10	20			

DESTINO DO PACIENTE	6
DESTINO DO PACIENTE	7
DESTINO DO PACIENTE	8
DESTINO DO PACIENTE	9
DESTINO DO PACIENTE	10

ASSINATURA DO ANESTESISTA	
ASSINATURA DO ANESTESISTA	
ASSINATURA DO ANESTESISTA	





Receituário Médico

HEETSHL



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Número Número 14606



GOVERNO
DA PARAÍBA

PACIENTE: SIDNEI LAURENTINO
DA SILVA

LAUDO

Paciente vítima de
queda de moto há 05
meses, sendo submetido

a cirurgia em fêmur
esquerdo. Apresenta
sequela de fratura do
mesmo fêmur. Paciente
atual ainda
com sequelas.

Data: 31/01/19

Médico - CRM

FTNDJ.CC.002-1

Receituário

Paciente: SIDNEI LAURENTINO DA SILVA

Data: 11/10/2018 15:25:43 Sexo Masculino CPF: Não Informado BAE: 1114561

Idade 51

RELATÓRIO

PACIENTE VÍTIMA DE QUEDA DE MOTO 18/09/18, SENDO SUBMETIDO A CIRURGIA EM
26/10/18 PARA FRATURA DO FÊMUR. PERMANECE EM ACOMPANHAMENTO POS
OPERATÓRIO SEM PREVISÃO DE ALTA.

CID: S724, Z988



D. EDSON DELGADO TINOCO

7142/PB

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena
Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gardim João Pessoa - Paraíba - Cep: 58031-09

INTERNO, S/N -
CNES: 454548 - Tel.:

Atestado Médico

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS, A PEDIDO, QUE Ô (A) SR.(A)
SIDNEI LAURENTINO DA SILVA

RG (IDENTIDADE)
1094928

FOI ATENDIDO (A) POR **BRENO COUTINHO TORRES**

DO (A) **HTOP - APARTAMENTO 03**

NO DIA **18/09/2018 18:26:00**, NECESSITANDO DE **90** - **NOVENTA**

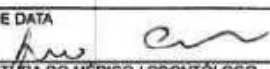
DIA(S) DE REPOUSO, POR MOTIVO DE DOENÇA

CID: **S72.3**
V29.9

OBSERVAÇÃO

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

LOCAL E DATA



ASSINATURA DO MÉDICO / ODONTÓLOGO
(carimbo contendo nome completo e registro CRM/CRO)

NOTA - ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA FINALIDADES PREVISTAS
NO ART. 27 DE CLIPS, APROVADA PELO DECRETO N. 89.312 DE
23/01/84, E SERÁ EXPEDIDO PARA JUSTIFICATIVA DE 1 A 15 DIAS DE
AFASTAMENTO DO TRABALHO



BRENO COUTINHO TORRES
(7332/PB)

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena



Documento de Alta

Nome: SIDNEI LAURENTINO DA SILVA		Número Prontuário: 111159	
Data de 15/10/1966	Sexo: Masculino	Data de Internação: 18/09/2018 22:55:52	Data de Alta: 28/09/2018 14:35:44
Motivo da alta: ALTA MEDICA			
Conduta: PACIENTE SUBMETIDO A OSTEOSINTESE DO FEMUR ESQ SEM INTERCORRENCIAS PELA EQUIPE DO DR EDSON EM 28/9/18. EVOLUI SEM QUEIXAS NO MOMENTO. ALTA MEDICA COM ORIENTAÇÕES.			
Resumo da Internação: PACIENTE SUBMETIDO A OSTEOSINTESE DO FEMUR ESQ SEM INTERCORRENCIAS PELA EQUIPE DO DR EDSON EM 28/9/18. EVOLUI SEM QUEIXAS NO MOMENTO. ALTA MEDICA COM ORIENTAÇÕES.			
Resultado de Exames: FRATURA DO FEMUR ESQ			
Tratamento: OSTEOSINTESE DO FEMUR			
Diagnóstico: S72.3 - Fratura da diáfise do fêmur			
Recomendações: CARGA ZERO, ADM JOELHO PERMITIDA, VERSA, CEFALEXINA, AINE, RETORNO COM DR EDSON			

Data: 28/09/2018

BRENO COUTINHO TORRES
CRM: 7232 - PB



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0114091/19

Vítima: SIDNEI LAURENTINO DA SILVA

CPF: 552.515.874-49

Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

Data do acidente: 18/09/2018

Titular do CPF: SIDNEI LAURENTINO DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

SIDNEI LAURENTINO DA SILVA : 552.515.874-49

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 03/04/2019
Nome: SIDNEI LAURENTINO DA SILVA
CPF: 552.515.874-49

SIDNEI LAURENTINO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/04/2019
Nome: MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA
CPF: 104.643.734-84

MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190256993 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SIDNEI LAURENTINO DA SILVA **Data do acidente:** 18/09/2018 **Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DO FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (FIOS DE KIRSCHNER/ PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

