



Número: **0809791-73.2020.8.15.2003**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Regional Cível de Mangabeira**

Última distribuição : **30/11/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.087,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
LUCAS ARAUJO DE SOUZA (AUTOR)	MARIA CINTIA GRILO DA SILVA (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	
ROSANA BEZERRA DUARTE DE PAIVA (TERCEIRO INTERESSADO)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
38481909	18/01/2021 15:05	2775220_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, 25 de Novembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200393055

Vítima: LUCAS ARAUJO DE SOUZA

Data do Acidente: 01/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LUCAS ARAUJO DE SOUZA

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\$ 2.362,50

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

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **LUCAS ARAUJO DE SOUZA**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **104**

Agência: **000003487**

Conta: **0000046822-2**

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

Pag. 00741/00742 - carta_30 - INVALIDEZ

00010371





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 705169674-28 4 - Nome completo da vítima: Lucas Araújo de Souza

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

5 - Nome completo: Lucas Araújo de Souza 6 - CPF: _____
7 - Profissão: Estudante 8 - Endereço: Rua das Três Marias 9 - Número: 519 10 - Complemento: Q246 L 250
11 - Bairro: Mangabeira 12 - Cidade: São Paulo 13 - Estado: SP 14 - CEP: 05059-719
15 - E-mail: anthia-gub@hotmail.com 16 - Tel. (DDD): 83938812052

17 - Nome completo do Representante Legal: _____
18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
 RECUSO INFORMAR R\$1.000,00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUÇANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Bradesco (237) Itaú (341) Nome do BANCO: _____
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3487 CONTA: 46822-2 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Inserir o dígito se existir) (Inserir 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.

22 - 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 de pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o arrosseguimento 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 costas 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, nato do teor do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorçado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (ou nascitur)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

34 - _____
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: São Paulo, 20 de outubro de 2020
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Lucas Araújo de Souza

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____ 43 - Assinatura do Procurador (se houver): _____



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 04688.01.2020.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 04688.01.2020.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:34 horas do dia 01 de outubro de 2020, 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 Gerson Alves Barboza, matrícula 783391, e lavrado por José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, matrícula 1550888, ao final assinado, compareceu **Lucas Araújo de Souza**, CPF nº 705.169.674-28, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, filho(a) de Rosilene Maria de Araujo e Ailton Claudiano de Souza, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 28/04/2000 (20 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Valentina, bairro Valentina, tendo como ponto de referência Casa, na cidade de João Pessoa/PB.

Dados do(s) Fatos:


Local: Rua Jose Felix da Silva, Xxx, João Pessoa/PB, bairro Muçumagro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 01/03/20 00:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:


QUE NO DIA 01/03/2020, POR VOLTA DAS 00:30, ESTAVA CONDUZINDO A MOTOCICLETA HONDA FAN DE COR PRETA, ANO 2018, PLACA QSD-2815/PB, CHASSI 9C2KC2200JR156331, REGISTRADA EM NOME DE TANIA MARIA PEREIRA DE LIMA, NA RUA JOSE FELIX DA SILVA, MUÇUMAGRO, NESTA CAPITAL, QUANDO SOFREU UM ACIDENTE; QUE FOI SOCORRIDO POR UMA AMBULÂNCIA DO CORPO DE BOMBEIROS AO HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBETO LUCENA, ONDE FOI ATENDIDA E DIAGNOSTICADA COM FRATURA DIAFISÁRIA DE FÊMUR ESQUERDO, CONFORME LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. JOSE DE ALMEIDA BRAGA.

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.

João Pessoa/PB, 01 de outubro de 2020.



JOSÉ RODRIGUES DA SILVA JUNIOR
Agente de Investigação



LUCAS ARAÚJO DE SOUZA
Noticiante

Procedimento Policial: 04688.01.2020.1.00.401

1/1





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESpesas de assistência médica e suplementares) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 705169674-28 4 - Nome completo da vítima: Lucas Araújo de Souza

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

5 - Nome completo: Lucas Araújo de Souza 6 - CPF: _____
 7 - Profissão: Estudante 8 - Endereço: Rua das Três Marias 9 - Número: S/nº 10 - Complemento: Q246 L 250
 11 - Bairro: Mangabeira 12 - Cidade: São Paulo 13 - Estado: SP 14 - CEP: 05805-719
 15 - E-mail: anthia-gub@hotmail.com 16 - Tel. (DDD): 83938812052

17 - Nome completo do Representante Legal: _____
18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
 RECUSO INFORMAR R\$1.000,00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Bradesco (237) Itaú (341) Nome do BANCO: _____
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3487 CONTA: 46822-2 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Inserir o dígito se existir) (Inserir 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.

22 - 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 de pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o arrosseguimento 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 costas 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, nato o curso do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorçado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Viúva deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (ou nascitur)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

34 - _____
 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura da testemunha
 39 - 2ª | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: São Paulo, 20 de outubro de 2020
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Lucas Araújo de Souza

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) _____ 43 - Assinatura do Procurador (se houver) _____



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: 18/11/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LUCAS ARAUJO DE SOUZA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03487

CONTA: 000000046822-2

Nr. da Autenticação 76965F85C1526C57





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 705169674-28 4 - Nome completo da vítima: Lucas Araújo de Souza

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

5 - Nome completo: Lucas Araújo de Souza 6 - CPF: _____
7 - Profissão: Estudante 8 - Endereço: Rua das Três Marias 9 - Número: S/nº 10 - Complemento: Q246 L 250
11 - Bairro: Mangabeira 12 - Cidade: São Paulo 13 - Estado: SP 14 - CEP: 05059-719
15 - E-mail: anthia-gub@hotmail.com 16 - Tel. (DDD): 8398812052

17 - Nome completo do Representante Legal: _____
18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
 RECUSO INFORMAR R\$1.000,00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Bradesco (237) Itaú (341) Nome do BANCO: _____
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3487 CONTA: 46822-2 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Inserir o dígito se existir) (Inserir 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.

22 - 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 de pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o arrosseguimento 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 costas 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, nato do teor do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorçado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Viúva deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (ou nascitur)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

34 - _____
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: São Paulo, 20 de outubro de 2020
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Lucas Araújo de Souza

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) _____ 43 - Assinatura do Procurador (se houver) _____





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



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	LUCAS ARAUJO DE SOUZA
DATA DE NASCIMENTO	28/04/00
NOME DA MÃE	ROSIENE MARIA DE ARAUJO

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º	121.441
BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.226.226
DATA DO ATENDIMENTO	01/03/20
HORA DO ATENDIMENTO	01:58
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA DIAFISÁRIA DE FÊMUR ESQUERDO
CID 10	S72.3

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Prontuário. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, com dor em coxa esquerda. Presença de fratura diafisária de fêmur esquerdo, com indicação de cirurgia. Internação. Colocado em tração tibial esquerda. Tratamento cirurgico da fratura.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX de bacia
RX de coxa esquerda
TC de face

RESULTADOS DOS EXAMES:

Fratura diafisária de fêmur esquerdo.

TRATAMENTO:

Tratamento cirurgico de fratura diafisária de fêmur esquerdo.

ALTA HOSPITALAR:	11/03/20
DATA DA EMISSÃO:	03/06/20

Dr. José de Almeida Braga
CRM: 2329/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: 1226226



Identificação do paciente				
ID 1490611	Nome LUCAS ARAUJO DE SOUZA			Sexo Masculino
Data de nascimento 28/04/2000	Idade 19 anos 10 meses 2 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe ROSILENE MARIA DE ARAUJO			Pai AILTON CLAUDINO DESOUSA	
Escolaridade			Responsável (Parentesco) ROSILENE - MAE	
DDD Celular 83	Celular 999654098	DDD	Telefone	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 4121576			Nº Cns
Local de procedência VALENTINA FIGUEIREDO			Tipo BAIRRO	UF PB
País	Naturalidade			CBO/R
Endereço				
CEP 58059719	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro DAS TRÊS MARIAS	
Número 694	Complemento		Bairro MANGABEIRA	
Admissão				
Data e Hora 01/03/2020 01:58:37	Número da pulseira 1000008838826			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 VEICULO X MOTO
Indicadores e Transporte				
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não		Trauma Não
Meio de transporte RESGATE - BOMBEIROS			Quem transportou	
Sinais Vitais				
X _____ mmHg		Pulso	Temperatura	
Exames complementares				
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []
Dados clínicos		ECG []		Ultrasonografia []
<p>Paciente vítima acif. moto, avaliado e encaminhado para exames. Neg. alergia.</p>				
Diagnóstico				
Atendido por JOSE LINS DE ALBUQUERQUE NETO				Tempo

Imprimir





**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena



Somos todos
PARAÍBA
Governador do Estado

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente LUCAS ARAUJO DE SOUZA	BAE 1226226	Data/Hora Entrada 01/03/2020 01:58:37	Data Baixa
Data de nascimento 28/04/2000	Idade 19a 10m 2d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 999654098
Mãe ROSILENE MARIA DE ARAUJO	Bairro MANGABEIRA	Município JOAO PESSOA	Prontuário
Endereço DAS TRÊS MARIAS, 694	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional THAYLANDIE BASILIO CAVALCANTE CRUZ	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO		Data/Hora Prescrição 01/03/2020 02:11:51	Nº Cons. Regional 10050/
Data/Hora Classificação 01/03/2020 01:58:37			

ANAMNESE

#cir. geral PACIENTE TRAZIDO PELOS BOMBEIROS, COM RELATO DE QUEDA DE MOTO HÁ CERCA DE 02 HORAS, TRAUMA EM FACE E EM COXA ESQUERDA VIAS AEREAS PERVIAS .SEM CERVICALGIA AR.MV+AHT S/RA ABDOME FLACIDO A PALPÇÃO, PAS>90MMHG POR PALPAÇÃO DE PULSO RADIAL, SEM SINAL DE SANGRAMENTO ATIVO, BACIA ESTÁVEL ECG 15 PUPILAS ISOCORICAS E FOTORREAGENTES LESÃO CORTANTE EM FACE MMIIIE IMOBILIZADO 1)TC DE FACE E RAOX DE COXA ESQUERDA E BACIA)PARECER DA BMF,ORTOPEDIA ORIENTAÇÃO DR FABIO KENEDY

MEDICAÇÃO

SORO ANTITETANICO 5.000UI (AMPOLA 5ML), ADMINISTRAR 5,0 ML VIA INTRAMUSCULAR, AGORA, 0.0 (MGTSM)

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE BACIA
RADIOGRAFIA DE COXA ESQUERDA
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE

CID10

T14.9 - Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

Enfermeiro

THAYLANDIE BASILIO CAVALCANTE CRUZ
(CRM: 10850/)

Boletim registrado por: JOSE LINS DE ALBUQUERQUE NETO em 01/03/2020 01:58:37





**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Senador Humberto Lucena



Somos todos
PARAIBA
Governo do Estado

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente LUCAS ARAUJO DE SOUZA	BAE 1226226	Data/Hora Entrada 01/03/2020 01:58:37	Data Baixa
Data de nascimento 28/04/2000	Idade 19a 10m 2d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 999654098
Mãe ROSILENE MARIA DE ARAUJO			Prontuário 121441
Endereço DAS TRÊS MARIAS, 694	Bairro MANGABEIRA	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional JOAO PAULO SOUTO CASADO	Nº Cons. Regional 11598/PB
Data/Hora Classificação 01/03/2020 01:58:37		Data/Hora Prescrição 01/03/2020 09:43:50	

ANAMNESE

vitima de acidente trauma de face e coxa d dor local rx fratura diafisaria fechada de femur cd programar tração as 9h (jejum a partir de 1h da manha) REALIZADO TRAÇÃO TRANSTIBIAL EM PERNA ESQ POR DR JOAO PAULO PRIMO CD: INTERNAMENTO

DIETA

DIETA LIVRE, VIA ORAL

MEDICAÇÃO

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

Diluir

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), DILUIR 2,0 ML

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 8/8H

Diluir

ONDANSETRONA 8MG/4ML (AMPOLA 4ML), ADMINISTRAR 4,0 ML VIA E.V., 8/8H

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

OMEPRAZOL 20MG CÁPSULA, ADMINISTRAR 20,0 MG VIA ORAL, 1X AO DIA, (OBSERVAÇÕES:: PELA MANHA, EM JEJUM)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V, 8/8H

Diluir

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

LETOROLACO DE TROMETAMINA 30MG/ML (AMPOLA 1ML), ADMINISTRAR 1,0 ML VIA E.V., 1X AO DIA

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

CEFALOTINA 1G (FRASCO-AMPOLA), ADMINISTRAR 1000,0 MG VIA E.V., 6/6H, POR 3 DIA(S)

CAPTOPRIL 25 MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 25,0 MG VIA ORAL, ACM, SE NECESSÁRIO SE PAS > 160 OU PAD > 110 (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 50,0) (OBSERVAÇÕES:: SE PAS > 160 OU PAD > 110)

GLICOSE 50% (AMPOLA) - SOLÚVEL, ADMINISTRAR 30,0 ML VIA E.V. ACM, SE NECESSÁRIO SE HGT<60 (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 30,0) (OBSERVAÇÕES:: SE HGT<60)

CUIDADOS

CURATIVO, (OBSERVAÇÕES: DIARIO)

HGT 6/6HS

FISIOTERAPIA RESPIRATORIO E MOTORA

INSULINA REGULAR CONFORME HGT, (OBSERVAÇÕES:: E PROTOCOLO HOSPITALAR)

SSVV + CCGG

RADIOGRAFIA DE PERNA ESQUERDA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: AP E P)

RADIOGRAFIA DE COXA ESQUERDA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: AP E P)

EXAME LABORATORIAL

COAGULOGRAMA COMPLETO

CREATININA

GLICOSE

HEMOGRAMA COMPLETO



TGO (ASPARTATO AMINOTRANFERASE/AST)
TGP (ALANINA AMINOTRANFERASE/ALT)
IONÓGRAMA
UREIA

Conduta

Internar Paciente

Enfermeiro

JOÃO PAULO SOUTO CASADO
(CRM: 11598/PB)

Boletim registrado por: JOSE LINS DE ALBUQUERQUE NETO em 01/03/2020 01:58:37





**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Unidade - Suburbio: Luzerna



Semear todos
PARAÍBA
Governo do Estado

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente LUIS ARAUJO DE SOUZA	BAE 1226226	Data/Hora Entrada 01/03/2020 01:58:37	Data Baixa
Data de nascimento 22/04/2000	Idade 19a 10m 2d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 999654098
Mãe ROSILENE MARIA DE ARAUJO		CNS	Prontuário
Endereço DAS TRÊS MARIAS, 694	Bairro MANGABEIRA	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional ANDRE CRISTIANO DA COSTA LIMA	Nº Cons. Regional 9714/PB
Data/Hora Classificação 01/03/2020 01:58:37		Data/Hora Prescrição 01/03/2020 03:54:42	

ANAMNESE

vítima de acidente trauma de face e coxa d dor local rx fratura diafisaria fechada de femur cd programar tração as 9h (jejum a partir de 1h da manhã)

Conduta

Em observação

Dr. André Cristiano G. Lima
Ortopedia Pediátrica
CRM-PB 9714 / TEOT 1608

Enfermeiro

ANDRE CRISTIANO DA COSTA LIMA
(CRM: 9714/PB)

Boletim registrado por: JOSE LINS DE ALBUQUERQUE NETO em 01/03/2020 01:58:37





**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena



Sermos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Impresso por: THAYSA DE SOUSA COSTA
Em: 08/03/2020 08:36:39

Nome LUCAS ARAUJO DE SOUZA		Boletim de Atendimento 1226226	Data/Hora Entrada 01/03/2020 01:58:37	Data/Hora Saida
Data de nascimento 28/04/2000	Idade 19	Sexo Masculino	CNS	Prontuário 121441
Tempo de internação 6d 22h 53min		Convênio SUS	Plantão DIURNO	
Data de Entrada 01/03/2020 01:58:37	Data Internação 01/03/2020 09:43:42	Permanência na Unidade: 7d 6h 38min		Permanência no Leito 4d 15h 21min

EVOLUÇÃO MEDICA (THAYSA DE SOUSA COSTA - 08/03/2020 08:36:35)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

#ORTOPEDIA

FRATURA DIÁFISE FÊMUR ESQUERDO

PACIENTE SEGUE ESTÁVEL E SEM QUEIXAS.

EXAMES OK

CIRURGIA AGENDADA PARA DIA 09/03

CD:VPM

Seção: POSTO IB - ENF 15 Leito: LEITO - 002

Profissional responsável pela informação: THAYSA DE SOUSA COSTA

Thaysa Costa
08/03/2020 12:55:52

Dr. Augusto G. Sarmiento Jr.
MÉDICO
CRM-PB 12411

Número Conselho: 12799





**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena



Senos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Impresso por: CLEMENTINO ALEXANDRE DE CALDAS NETO
Em: 04/03/2020 07.22.25

Nome LUCAS ARAUJO DE SOUZA		Boletim de Atendimento 1226226	Data/Hora Entrada 01/03/2020 01:58:37	Data/Hora Saida
Data de nascimento 28/04/2000	Idade 19	Sexo Masculino	CNS	Prontuário 121441
Tempo de Internação 2d 21h 39min		Convênio SUS		Plantão DIURNO
Data de Entrada 01/03/2020 01:58:37	Data Internação 01/03/2020 09:43:42	Permanência na Unidade: 3d 5h 24min		Permanência no Leito: 14h 7min

EVOLUÇÃO MEDICA (CLEMENTINO ALEXANDRE DE CALDAS NETO - 04/03/2020 07:22:17)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

#ORTOPEDIA

FRATURA DIÁFISE FÊMUR ESQ

PACIENTE EVOLUI BEM SEM INTERCORRENCIAS, SEM QUIEXAS CLINICAS.

AGUARDANDO AGENDAMENTO P/ CIRURGIA.

CD:VPM

Seção: POSTO IB - ENF 15 Leito: LEITO - 002

Profissional responsável pela informação: CLEMENTINO ALEXANDRE DE CALDAS NETO

Número Conselho: 7596

Dr. Clementino Alexandre de C. Neto
Médico
CRM/PB 7596





REGISTRO DE UTILIZAÇÃO DE MATERIAIS
ORTESES PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME

Prontuário: 1228826
Número: _____
Paciente: Lucas Augusto de Souza
Data: 09/10/20
Reposição: _____
Procedimento: He front de fev
SUS: (X) Não SUS ()
Médico: Dr Gustavo + Marcus Vinício

Data: ____/____/____
Cartão Pronto: _____

DISPENSACÃO CME				
FORNECEDOR	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE	CÓDIGO SUS	MARCA
Log	placo lateral LOF	01		
	banda cervical 2x38	01		
	1x1x1 m 36	01		
	ox 2x15	01		

DISPENSACÃO - FARMÁCIA			
FORNECEDOR	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE	MARCA
Dr. João Paulo S. Casado MÉDICO CRM-PB 11588			

Cristiane Oliveira Moura
CRM-PB 88891-6

mes de m. aug.
56909

ASSINATURA DO MÉDICO - CRM
ASSINATURA DA FARMÁCIA - COREN
ASSINATURA CIRCULANTE RESPONSÁVEL
FUNG) APV 1013-2

Identificação do Estabelecimento de Saúde
 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: **Heetsul**
 2 - CNES: _____
 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: **Heetsul**
 4 - CNES: _____

Identificação do Paciente
 5 - NOME DO PACIENTE: **Lucas Augusto de Souza**
 6 - DATA DE NASCIMENTO: _____
 7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): _____
 8 - SEXO: M F
 9 - TELEFONE DE CONTATO Nº 33: _____
 10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: _____
 11 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): _____
 12 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: _____
 13 - Cód. IBGE MUNICÍPIO: _____
 14 - UF: _____
 15 - CEP: _____
 17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH): **0226226**

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO
 18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR: _____
 19 - Cód. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR: _____
 20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA: _____
 21 - Cód. 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 - Cód. 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 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL: _____
 31 - CDTDE: _____
 32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL: _____
 33 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL: _____
 34 - CDTDE: _____
 35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL: _____
 36 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL: _____
 37 - CDTDE: _____

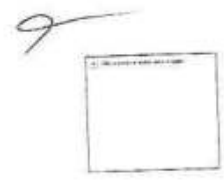
38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO
**01 CX 4,5
 05 Cortisóides 38
 01 Cortisóides 40
 01 Cortisóides 36** } **L.S.J**

PROFISSIONAL SOLICITANTE
 39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: _____
 40 - DATA DA SOLICITAÇÃO: **09/03/20**
 41 - DOCUMENTO: _____
 42 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: _____
 43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): **Dr. João Paulo S. Cascaes MEDICO CRM-PB 11598**

AUTORIZAÇÃO
 44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: _____
 45 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR: _____
 46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: _____
 47 - DOCUMENTO: _____
 48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: _____
 49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): _____



RELATÓRIO DE CIRURGIA



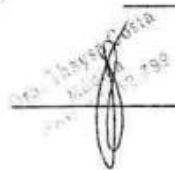
NOME: LUCAS ARAUJO DE SOUZA BE/PRONTUÁRIO 1226226
 IDADE: 19 SEXO: M COR: _____ DATA: 9/3/2020
 CLÍNICA /SETOR: ORTOPEDIA LEITO 2
 CIRURGIA: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISÁRIA DO FEMUR ESQUERDO
 CIRURGIÃO: DR MARCOS VINICIUS 1º ASS: DR GUSTAVO
 2º ASS: MRI THAYSA 3º ASS: _____
 INSTRUMENTADOR: _____ ANESTESISTA: _____
 TIPO DE ANESTESIA: RAQUIANESTESIA HORÁRIO INÍCIO: _____ TÉRMINO: _____

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO	CID
FRATURA DIAFISÁRIA DO FEMUR ESQUERDO	

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	CÓDIGO
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISÁRIA DO FEMUR ESQUERDO	

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO NÃO
 DESCRIÇÃO: _____
 BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO: _____

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:
 ENFERMARIA _____ TERAPIA INTENSIVA
 _____ RESIDÊNCIA _____ ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM:  DATA: 9/3/2020

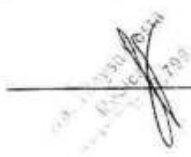


RELATÓRIO DE CIRURGIA

0

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA
Posição e Preparo:
PACIENTE EM DDH SOB RAQUEANESTESIA
ASSEPSIA E ANTISSEPSIA
APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS ESTÉREIS
Incisão:
VIAS DE ACESSO LATERAL DE COXA DIREITA (TRANSVASTOLATERAL)
DISSECÇÃO POR PLANOS
CUIDADO DE HEMOSTASIA
Achados:
FRATURA DIAFISÁRIA DO FEMUR ESQUERDO
Condução:
REDUÇÃO ABERTA
FIXAÇÃO COM PLACA DCP LARGA 16 FUROS DA CAIXA 4,5 + 7 PARAFUSOS CORTICAIS COM
AUXILIO DE ESCOPIA
LMC EXAUSTIVA COM SF 0,9%
REVISÃO DE HEMOSTASIA
SUTURA POR PLANOS
Fechamento:
CURATIVOS ESTÉREIS
Observação:
RX DE CONTROLE
HMG

Médico/CRM:



João Pessoa,

9/3/2020



Nota de Sala Cirúrgica

III USH

NOME DO PACIENTE: **Lucas Araújo de Souza**
 IDADE: **19** ANOS PRONTUÁRIO: **15** ENTERRARIA: **02** LBTO: **BE1226226**
 CIRURGIÃO: **Dr. Ruy de Foa**
 CIRURGIÃO: **Dr. Gustavo Marcos Lacerda**
 ANESTESIA: **Fabícius Usipi**
 ANESTESISTA: **Joelma**
 INSTRUMENTADOR: **Joelma**
 DATA: **9-3-20** INÍCIO CIRURGIA: **13:40** FIM CIRURGIA: **16:30**

ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTE)		GRAU DE CONTAMINAÇÃO () LIMPA () CONTAMINADA () DEFECTADA () POTENCIALMENTE CONTAMINADA		MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.
MEDICACÕES ANESTÉSICAS	QTD.			RELCO Nº18		FIO CAT GUT CROMADO Nº	
ALFENTANILA				RELCO Nº20		FIO CAT GUT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA ISOBARICA	1			RELCO Nº22		FIO DE AÇO Nº	
BUPIVACAÍNA PESADA				RELCO Nº24		FIO DE AÇO Nº	
CETAMINA				KIT SIST OREN TORAXICA Nº		FIO DE NYLON Nº	
DROPERIDOL						FIO DE NYLON Nº	30
ROFIDATO		SOLUCOES	QTD.	LÂMINA BISTURI Nº11		FIO DE NYLON Nº	
OBARBITAL		ALCOOL ETILICO 70%	2	LÂMINA BISTURI Nº13		FIO POLIGLACTINA Nº	
ETANILA		PVPi DEGERMANTE	2	LÂMINA BISTURI Nº23		FIO POLIGLACTINA Nº	
FLUMAZENIL		PVPi TINTURA	2	LÂMINA BISTURI Nº24		FIO POLIGLACTINA Nº	
ISOFLURANO		PVPi TÓPICO	2	LÂMINA DE DERMATOMO		FIO POLIPROPILENO Nº	20
LEVOBUPIVACAÍNA C/ VASO		SABÃO ANTISÉPTICO		LÂMINA DE ENKERTO		FIO POLIPROPILENO Nº	
LEVOBUPIVACAÍNA S/ VASO		MATERIAIS	QTD.	LUVIA DE PROCEDIMENTO PAR.		FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAINA C/ VASO		AGULHA 13X4,5		LUVIA ESTERIL Nº10	1	FIO POLIGLECAPRONE Nº	
LIDOCAINA S/ VASO		AGULHA 25X07		LUVIA ESTERIL Nº7,5	1	FIO SEDA Nº	
MIDAZOLAN		AGULHA 25X08	OK	LUVIA ESTERIL Nº8,0	1	FITA CARDIACA	
MORFINA	1	AGULHA 40X12		LUVIA ESTERIL Nº8,5	1	MATERIAL ESPECIAL	QTD.
NR01UM		AGULHA PERIDURAL Nº16		MÁSCARA CIRURGICA		CATETER DE PIC	
PANCRUMIO		AGULHA PERIDURAL Nº17		MULTIVIAS		CIMENTO CIRURGICO	
PETIDINA		AGULHA PERIDURAL Nº18		PERFURADOR DE SORO		CLIP TITÂNIO LIGADURA	
PROPOLFOL		AGULHA RAQUL Nº250		SCALP Nº18		FIO DE KIRSCHNER Nº	
RAMFENTANILA		AGULHA RAQUL Nº260	1	SCALP Nº21		FIO DE KIRSCHNER Nº	
RÓCURÔNIO		AGULHA RAQUL Nº270		SERINGA 3ML		FIO STEINMAN Nº	
SEVOFLURANO		ALGODÃO ORTOPÉDICO		SERINGA 3ML	OK	FIO STEINMAN Nº	
SUXAMETÔNIO		ATADURA DE CREPOM	1	SERINGA 18ML		GRAMPEADOR CIRURGICO	
TIOPIENTAL		ATADURA GESSADA		SERINGA 20ML		HEMOST ABSORVÍVEL	
MEDICACÕES	QTD.	BOLSA F/ COLOSTOMA		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº8		KIT DERIVA VENTRICULAR	
ADRENALINA		CÂNULA F/ TRAQUEOSTOMIA Nº		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº10		PRÓTESE VASCULAR	
AGUA DESTILADA		CATETER DE OXIGÊNIO		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº12		KIT PAM	
ATROPINA	1	CATETER EMBOLEC ARTERIAL Nº		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº14		FIXADOR EXTERNO	
HEXTRA		CATETER EPIDURAL Nº16		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº16		EMPRESA	
AZOLINA	1	CATETER EPIDURAL Nº17		SONDA FOLEY 2VIAS Nº12			
AMETASONA	1	CATETER EPIDURAL Nº18		SONDA FOLEY 2VIAS Nº14			
DIPTRONA SÓDICA	1	CERA PARA OSO		SONDA NASOG. CURTA		PARAFUSOS CORTICAIS	
EFEDRINA	1	COLET. URDIA FECHADO		SONDA NASOG. LONGA		PARAFUSOS CORTICAIS	
FUROSEMIDA		COMPRESSAS CIRURGICAS	OK	SONDA URETRAL Nº		PARAFUSOS ESPONJOSOS	
GLICOSE 10%		COMPRESSAS CIRURGICAS	OK	TORNEDRINA		PARAFUSOS ESPONJOSOS	
GLICONATO DE CÁLCIO		DRENO DE PENROSE		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		PARAFUSOS MALEOLAS	
HIDROCORTISONA		DRENO DE SUÇÃO		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		PARAFUSOS MALEOLAS	
LIDOCAINA GELEIA		ELETRODOS	OK	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		PLACA	
GRDASENTRONA	1	EQUIPO MACROGOTAS		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		PLACA	
PLASOL		EQUIPO TRANSF. SANGUE		TUBO SILICONE (LATEX)			
PROSTIMONE		EQUIPO MICROGOTAS				EQUIPAMENTOS	
PROTAMINA		ESPONJA DE PVPi				() ASPRADOR	
TENOXICAN		ESPARADRAPO				() BISTURI ELETTRICO	
Cirú		GAZES	OK			() CAPNÓGRAFO	
		GAZES ALGODOADAS	OK			() CÁRDIOMONITOR	
		GEL ELETROLITICO	OK			() DESFIBRILADOR	
		RELCO Nº14				() FOCO AUXILIAR	
		RELCO Nº16				() FOCO CENTRAL	
						() MICROSCOPIO	
						() OXÍMETRO DE PULSO	
						() S.A. INVASIVÃO INVASIVA	
						() PERFURADOR ELÉTRICO	
						() SERRA	

01 cv 4,5
 01 Res Imps WF
 05 bot contus e. 38
 01 " " " 40
 11 " " " 36

CORENOR 100258/2012
 CORENOR 100258/2012
 ENGENHARIA





FICHA DE ANESTESIA

DATA: 09/03/2020

PRONTUÁRIO: 122 6226

PACIENTE: **Lucas Araújo de Souza** SEXO: _____ COR: _____ IDADE: _____

PIEZA ARTERIAL: **130x70** PULSO: **72** RESPIRAÇÃO: _____ TEMPERATURA: _____ PESO: _____ GRUPO SANGÜÍNEO: _____

ESTADO GERAL: **(X) BOM () REGULAR () MAL () PÉSSIMO** RISCO CIRÚRGICO: **(X) BOM () REGULAR () MAL () PÉSSIMO**

EXAMES COMPLEMENTARES: **chicados**

AP. RESPIRATÓRIO: **estável** AP. CIRCULATÓRIO: **estável**

AP. DIGESTIVO: **sem** ESTADO MENTAL: **consistente** DROGAS EM USO: _____

PRÉ-ANESTÉSICO: _____ ESTADO FÍSICO: **15/3**

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: _____

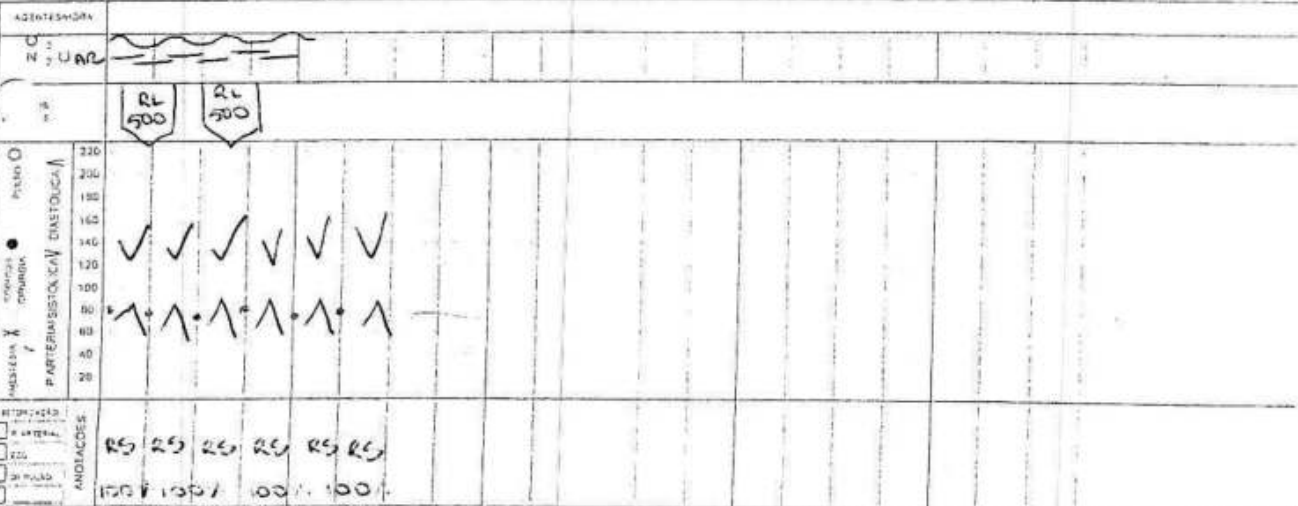
CIRURGIA REALIZADA: **fratura de tíbia da perna E.**

CIRURGIÃO: **Dr. Gustavo** AUXILIARES: **Dr. Marcos Vinícius**

INÍCIO DA ANESTESIA: **13:30** TÉRMINO DA ANESTESIA: **16:40** DURAÇÃO DA ANESTESIA: _____

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: _____ QUANT. DE CH: _____ VALORES R\$: _____

ANESTESISTA: **Ana Fabrezza** CPF: _____ CRM-PIB: _____



ANESTESIA GERAL RAQUIDIANA EPIDURAL ALDO PLEXO BLOCO NERVOS OUTROS _____

TÉCNICA: _____

USUÁRIO: _____

MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

CÓDIGO	QUANTIDADE	USO
1	Neocaina Isobárica 0,51 20mg	11
2	D. mont 80mg cg	12
3	Cefazolina 2g	13
4	Dexametasona 10mg	14
5	Midazolam 4mg	15
6	D. pinona 2g	16
7	Naloxona 8mg	17
8	Atropina 0,75mg SN	18
9	Efedrina 50mg Srt	19
10	Lidocaina 400mg	20

RESUMO DO PACIENTE

APT. DEFERENTE UTI RESIDÊNCIA OUTROS: **URPA**

DESCRIÇÃO DE OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

Paciente monitorizado, loto aséptico e antiséptico com álcool 70%, punção mediana L3-L4, única, com agulha 26G de Quincke, LCR límpido e normoclorado. Punção em intercostal. Ato anestésico realizado em intercostal encaminhado ao URPA.

ASSINATURA DO ANESTESISTA: *[Assinatura]*

P. (P)J ASCIR 028-1





REGISTRO DE UTILIZAÇÃO DE MATERIAIS
ORTESSES PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME



Número: _____ Pronto: _____
 Paciente: Lucas Araújo de Souza Data: 01/03/2020
 Procedimento: Tração Plav. tibial (E) Reposição: _____
 SUS: (X) Não SUS ()
 Médico: Dr. João Raulo Caixa Promit.: _____

DISPENSACÃO CME

FORNECEDOR	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE	CÓDIGO SUS	MARCA
HEGTHL	Fio Stimmann n. 4.0	01		

DISPENSACÃO - FARMÁCIA

FORNECEDOR	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE	CÓDIGO SUS	MARCA
	Aguilha plav. n. 50	01		

ASSINATURA QUÍMICO - CRA: _____ ASSINATURA ENFERMEIRA - COREN: _____
 ASSINATURA CIRCULANTE-RESPONSÁVEL: _____



FUNGEATPC/013-2

e

Anexo II

SUS 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: **H.E.E.T. S.H.L.**
 2 - CNES: _____
 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: _____
 4 - CNES: _____

Identificação do Paciente
 5 - NOME DO PACIENTE: **Lucas Araujo de Souza**
 6 - Nº DO PHONTUÁRIO: **1226226**
 7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CHS): _____
 8 - DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____
 9 - SEXO: Masculino / Feminino
 10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: _____
 11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE: _____
 12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): _____
 13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: _____
 14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO: _____
 15 - UF: _____
 16 - CEP: _____
 17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH): _____

TABCA DE PROCEDIMENTO
 18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR: _____
 19 - Cód. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR: _____
 20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA: _____
 21 - Cód. 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: **Tracão trans tibial erguida**
 27 - Cód. 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 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL: _____
 31 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL: _____
 32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL: _____
 33 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL: _____
 34 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL: _____
 35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL: _____
 36 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL: _____
 37 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL: _____

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO
01 agulha plexo n° 50
01 Fio Steinman n° 4.0

PROFISSIONAL SOLICITANTE
 39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: _____
 40 - DATA DA SOLICITAÇÃO: ____/____/____
 41 - DOCUMENTO: _____
 42 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: _____
 43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): _____

AUTORIZAÇÃO
 44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: _____
 45 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR: _____
 46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: ____/____/____
 47 - DOCUMENTO: _____
 48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: _____
 49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): _____

RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEETSHI

NOME: LUCAS ARAUJO DE SOUZA BE/PRONTUÁRIO 1226226
 IDADE: _____ SEXO: MAS COR: _____ DATA: 1/3/2020
 CLÍNICA /SETOR: ORTOPEDIA EMP: _____ LR: _____
 CIRURGIA: TTO CIR. DE FRATURA DIAFISÁRIA DO FÊMUR ESQUERDO
 CIRURGIÃO: DR JOAO PAULO PRIMO 1º ASS: DR ANDRE CRISTIANO
 2º ASS: _____ 3º ASS: _____
 INSTRUMENTADOR: _____ ANESTESISTA: _____
 TIPO DE ANESTESIA: SEDAÇÃO HORÁRIO INÍCIO: _____ TÉRMINO: _____

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO	CID
<u>FRATURA DIAFISÁRIA DO FÊMUR ESQUERDO</u>	

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	CÓDIGO
<u>TRAÇÃO TRANSTIBIAL</u>	

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO:

DESCRIÇÃO:

BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO:

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

ENFERMARIA

RESIDÊNCIA

TERAPIA INTENSIVA

ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM: _____

DATA: 1/3/2020

Dra. Suelio Moreira Torres



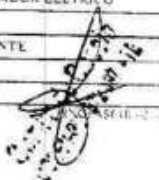
Nota de Sala Cirúrgica



0

NOME DO PACIENTE		Laucoo Araújo de Souza	
DATA	19 de 12 de 2020	UNIDADE	UTI
NOME DO CIRURGIÃO		Dr. João Paulo	
ANESTESISTA		Dr. Marcelo	
INSTRUMENTADOR		Plínio + Adacav	
DATA	01.03.2020	TIPO DE ANESTESIA	RAPI
INDICE DE RISCO DE CIRURIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGIST)		I.09.10 F.09.25	
NOME DO PROCEDIMENTO (CONTAMINADA / INFECTADA / POTENCIALMENTE CONTAMINADA)			
MEDICAMENTOS ANESTÉSICOS			
QTD.	SOLUÇÕES	MATERIAIS CONT.	FIOS
ALFENTANIL		JELCO Nº 08	FIO CAT. GLT. CROMADO Nº
BUPIVACAÍNA ISOBARICA		JELCO Nº 20	FIO CAT. GLT. CROMADO Nº
BUPIVACAÍNA PESADA		JELCO Nº 22	FIO DE AÇO Nº
ETIDRINA		JELCO Nº 24	FIO DE AÇO Nº
DRUPERIDOL		KIT RIST DREN TORÁCICA Nº	FIO DE NYLON Nº
ETOHOLATO		LAMINA BISTURI Nº 11	FIO DE NYLON Nº
FENOBARBITAL	ALCOOL ETILICO 70% OK	LAMINA BISTURI Nº 11	FIO DE NYLON Nº
FENTANILA	PWM DEGERIVANTE OK	LAMINA BISTURI Nº 23	FIO POLIGLACTINA Nº
FELMAZENIL	PVP TINTURA	LAMINA BISTURI Nº 24	FIO POLIGLACTINA Nº
GLICERANO	PVP TOPICO	LAMINA DE DERMATOMIO	FIO POLIGLACTINA Nº
HEXILINACONASAC VASO	SABÃO ANTISEPTICO	LAMINA DE ENXERTO	FIO POLIPROPILENO Nº
VOHPIVACAÍNA S VASO		LAVA DE PROCEDIMENTO PAR	FIO POLIPROPILENO Nº
DOCAÍNA S VASO		LAVA ESTERIL Nº 6	FIO POLIPROPILENO Nº
ETIDRINA S VASO		LAVA ESTERIL Nº 7	FIO POLIGLECAPRONE Nº
VIDAZOLAN		LAVA ESTERIL Nº 8	FIO SEDA Nº
MORFINA		LAVA ESTERIL Nº 9	FITA CARDIACA
NIMBILIM		MASCARA CIRURGICA	MATERIAL ESPECIAL QTD.
PANCRONIO		MELTITAS	CATETER DE PIC
PERIDINA		AGULHA PERIDURAL Nº 18	CIMENTO CIRURGICO
PROPRIFOL		AGULHA RAQUÍ Nº 250	CLIP TITANIO LIGADORA
RAMIFENTANILA		AGULHA RAQUÍ Nº 260	FIO DE KIRSCHNER Nº
ROCLORONO		AGULHA RAQUÍ Nº 270	FIO DE KIRSCHNER Nº
SEVOFLURANO		ALGODÃO ORTOPEDICO	FIO STEINMAN Nº 9.0
SUXAMETONIO		ATADURA DE CREPOM	FIO STEINMAN Nº
TIOPENTAL		ATADURA GESSADA	GRAMPEADOR CIRURGICO
MEDICACÕES	QTD.	BOLSA P. COLOSTOMIA	HEMOST ABSORVIVEL
ADRENALINA		CANLAP TRAQUEOSTOMIA Nº	KIT DERIVA VENTRICULAR
AGUA DESTILADA		CATETER DE OXIGENIO	PROTESE VASCULAR
ATROPINA		CATETER ENBOLEO ARTERIAL Nº	KIT PAM
BENTRA		CATETER EPIDURAL Nº 16	FIXADOR EXTERNO
CECTOLINA		CATETER EPIDURAL Nº 17	EMPRESA
DIETASONA		CATETER EPIDURAL Nº 18	
IRONA SODICA		CERA PARA OSSO	PARAFUSOS CORTICIS
ADRENINA		COLET URINA FECHADO	PARAFUSOS CORTICIS
UROSEMIDA		COMPRESSAS CIRURGICAS	PARAFUSOS ESPONJOSO
GLICOSE 50%		COMPRESSAS CIRURGICAS	PARAFUSOS ESPONJOSO
GLUCONATO DE CALCIO		DRENO DE PENROSE	PARAFUSOS MALLEOLAR
HIDROCORTISONA		DRENO DE SLOCCO	PARAFUSOS MALLEOLAR
LIDOCAINA GELEIA		ELETRODOS	PLACA
ONDASENTRONA		EQUIPO MACROGOTAS	PLACA
PLASIL		EQUIPO TRANSF SANGLE	
PROSTIGMINE		EQUIPO MICROGOTAS	EQUIPAMENTOS
PROTAIINA		ESPONJA DE PVP	1) ASPIRADOR
TENONICAN		ESPARADRAPO OK	2) BISTURI ELETRICO
		GAZES	3) CAPNOGRAFO
		GAZES ALGODADAS	4) CARDIOMONITOR
		GEL ELETROLITICO	5) DESFIBRILADOR
		JELCO Nº 14	6) FOCO AUXILIAR
		JELCO Nº 16	7) FOCO CENTRAL
			8) MICROSCOPIO
			9) MONIMETRO DE PULSO
			10) PA PASSIVA/NÃO PASSIVA
			11) PERFURADOR ELETRICO
			12) SERRA
			CIRCULANTE

01 agulha plano n. 50



HE 17581

FICHA DE ANESTESIA

9



DATA: 01/03/20

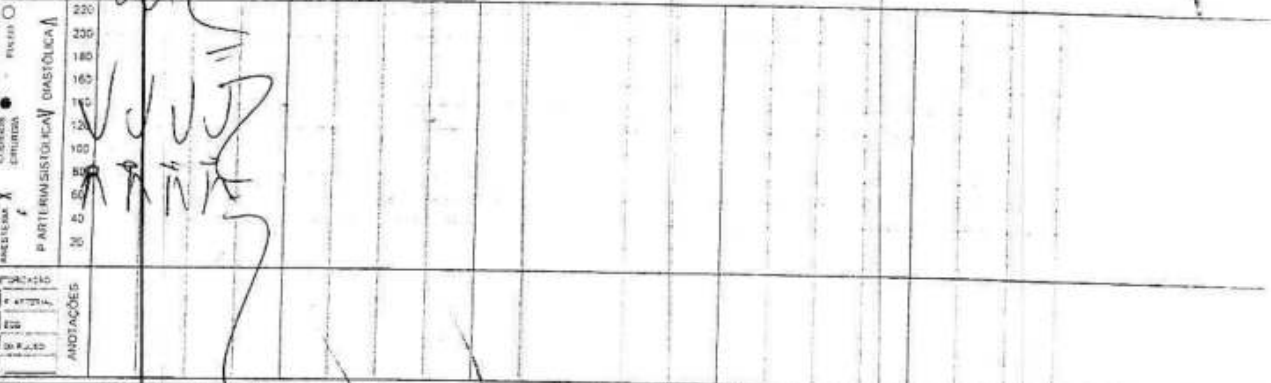
PRONTUÁRIO:

PACIENTE: <u>Micas Alcyo de Souza</u>	SEXO: <u>M</u>	COR:	IDADE: <u>19</u>
PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA PESO
GRUPO SANGÜÍNEO	ESTADO GERAL: <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () MAL () PÉSSIMO	RISCO CIRÚRGICO: <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () MAL () PÉSSIMO	
EXAMES COMPLEMENTARES			
AP. RESPIRATORIO		AP. CIRCULATORIO	
AP. DIGESTIVO: <u>Normal</u>	ESTADO MENTAL	DROGAS EM USO	
PRE-ANESTÉSICO			ESTADO FÍSICO: <u>ASA I</u>
DIAGNÓSTICO PRE-OPERATÓRIO			
CIRURGIA REALIZADA: <u>Procedimento transgênero</u>			
CIRURGIÃO: <u>Dr. Manoel</u> AUXILIARES			
INÍCIO DA ANESTESIA: <u>08:45</u>	TÉRMINO DA ANESTESIA: <u>09:10</u>	DURAÇÃO DA ANESTESIA: <u>00:25</u>	
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		QUANT. DE CH.	
ANESTESISTA: <u>Dr. Marcelo</u>		CPF	CRM-PB

RESUMO DA ANESTESIA

U: 1 N: 0

INDICADORES



TECNICA: ANESTESIA GERAL FASCIOTOMIA EPIDURAL BLOCO PLEXO BLOCO NERVOS OUTROS

LOCAL DE PROCEDIMENTO: OR

MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

1	Fentanil 100 mcg	11
2	Propofol 100mg	12
3	Atorazolona 60mg	13
4	Decadron 10mg	14
5	Propofol 100mg	15
6	Manitol 20mg em vaso 20ml	16
7		17
8		18
9		19
10		20

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES: Sedação + bloqueio do nervo femoral E, com neuroestimulação e ajuste de plano ASD; injeção de G para analgesia pós-operatória

ASSINATURA DO ANESTESISTA:


Dr. Marcelo L. Nóbrega
Médico Anestesiologista
CRM-PB 9784



RELATÓRIO DE CIRURGIA

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA
Posição e Preparo: PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA
ASSEPSIA E ANTISSEPSIA
APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS
Incisão: PERCUTANEA PARA PASSAGEN DE FIO DE KC
Achados: FRATURA DIAFISÁRIA DO FEMUR ESQUERDO
Conduta: PASSAGEM DE FIO DE KC N4 TRANSTIBIAL, EM REGIAO PROXIMAL
CURATIVOS ESTÉREIS
Fechamento: RX CONTROLE
Observação: TRAÇÃO COM 10KG

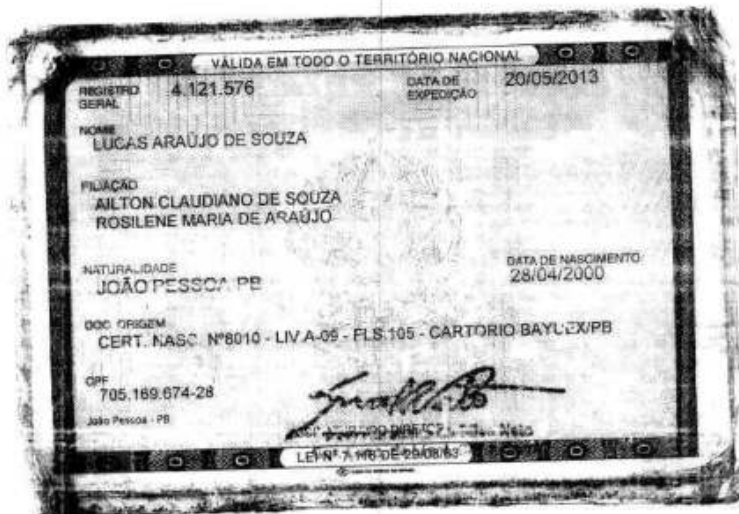
Médico/CRM:



João Pessoa,

1/3/2020





PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200393055 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUCAS ARAUJO DE SOUZA **Data do acidente:** 01/03/2020 **Seguradora:** AMERICAN LIFE
COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/11/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE FÊMUR ESQUERDO.

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

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG. 11/12/17/20 _CIRURGIA

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0312176/20

Vítima: LUCAS ARAUJO DE SOUZA

CPF: 705.169.674-28

Seguradora: AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

Data do acidente: 01/03/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LUCAS ARAUJO DE SOUZA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

LUCAS ARAUJO DE SOUZA : 705.169.674-28

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: 03/11/2020
Nome: LUCAS ARAUJO DE SOUZA
CPF: 705.169.674-28

LUCAS ARAUJO DE SOUZA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/11/2020
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

