



Número: **0849816-37.2020.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **08/10/2020**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado
<b>SEVERINO MIRANDA DA SILVA (AUTOR)</b>		<b>JHANSEN FALCAO DE CARVALHO DORNELAS (ADVOGADO)</b> <b>RENAN DE CARVALHO PAIVA (ADVOGADO)</b>
<b>BRADESCO SEGUROS S/A (REU)</b>		
Documentos		
Id.	Data da Assinatura	Documento
38833 034	28/01/2021 11:01	<a href="#"><u>2777264_CONTESTACAO_Anexo_02</u></a>
		<b>Outros Documentos</b>



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 10 de Junho de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200205225 Vítima: SEVERINO MIRANDA DA SILVA

**Data do Acidente:** 25/09/2019      **Cobertura:** INVALIDEZ

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), SEVERINO MIRANDA 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, contados 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-DRVAT

Estamos aqui para Você

Carta n° 15847281



00205/00206 - carta 01 - INVAL IDEZ



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/01/2021 11:01:01  
<http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2101281101012760000037022684>  
Número do documento: 2101281101012760000037022684

Núm. 38833034 - Pág. 1



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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 Junho de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200205225 Vítima: SEVERINO MIRANDA DA SILVA

**Data do Acidente: 25/09/2019 Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a). SEVERINO MIRANDA DA SILVA**

Informamos que o pagamento da inden

informações que o pagamento da multa exigida no artigo 21, § 1º, II, do Código de Defesa do Consumidor.

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%  
Painel 10 - Tornozelo - 25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: SEVERINO MIRANDA DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000001911

Conta: 0000012949-3

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, retorno 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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco)

Atenciosamente

Seguradora Líder-DRVAT

Estamos aqui para Você





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1- Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:	DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)			<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	MORTE
2- Nº do sinistro ou ASI:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:			
	3 - CPF da vítima: <b>148.050.144-15</b>	4 - Nome completo da vítima: <b>Silverino Miranda da Silva</b>			

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

5 - Nome completo:	6 - CPF: <b>148.050.144-15</b>		
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
<b>Pescador</b>	<b>Rua Bela Vista</b>	<b>356</b>	<b>basa</b>
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
<b>Bento Bexeu</b>	<b>Bento Bexeu</b>	<b>PB</b>	<b>58307-100</b>
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD): <b>(83) 98855-1045</b>		

### DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

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:			
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00			
21 - DADOS BANCÁRIOS: <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)			
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Sorriente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: _____	
AGÊNCIA: <b>191</b>	CONTA: <b>129 49</b>	AGÊNCIA: <b>3</b>	CONTA: <b>3</b>
(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 ao Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de Indenização do Seguro DPVAT por: invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):					
<input checked="" type="checkbox"/> Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.					
Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de Indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.					

### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):			<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou namorado (vivente)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

**Estou ciente** de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarão 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 Indicação de signatário vítima ou beneficiário que assina o pedido	35 - Nome legível de quem assina o rogo/a pedido	38 - 1º   Nome: _____ CPF: _____
	36 - CPF legível de quem assina o rogo/a pedido	Assinatura da testemunha
	37 - (*) Assinatura de quem assina o rogo/a pedido	39 - 2º   Nome: _____ CPF: _____
		Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:	<b>José Pessoa 01/06/2020</b>
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	<b>Suelio Moreira</b>
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)	<b>Suelio Moreira</b>
43 - Assinatura do Procurador (se houver)	



**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**  
**Nº 029159.01.2020.0.00.704**

A Delegacia Online CERTIFICA a requerimento escrito, via Internet, de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial nº 029159.01.2020.0.00.704 analisado pelo policial civil Janaína Silva de Andrade, matrícula 1819666 cujo teor passo a transcrever na íntegra: às 16:58 min do dia 04/06/2020, na Delegacia Online, **SEVERINO MIRANDA DA SILVA**, nacionalidade Brasileiro(a), profissão SERVIÇOS GERAIS, natural de Mulungu, nascido(a) em 02/07/1953, idade 66, estado civil Viúvo (a), de cor Parda, filho(a) de LUZIA RAIMUNDO DA SILVA e VITAL MIRANDA DA SILVA, CPF 148.050.144-15, residente e domiciliado(a) no(a) Rua Coronel Lira, nº 356, complemento CASA, PRÓXIMO A PADARIA CONQUISTA, bairro Centro, na cidade de Bayeux/PB. CEP: 58307100, telefone (s) 83 98855-1045, registrou o seguinte:

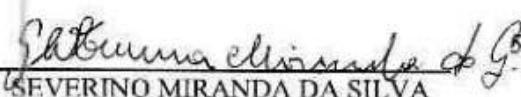
**Dados do(s) Fato(s):**

Data/Hora do fato: 25/09/2019 13:00h; Tipificação: Boletim Emergencial; Tipo do Local: Via Aberta; Local do Fato: RUA DO RIO , PROXIMO A BR-101, ZONA RURAL , Santa Rita/PB.

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

Que na data, hora e local já mencionado foi vítima de um acidente de trânsito quando conduzia a motocicleta de marca HONDA, modelo POP100, ano 2012, de cor VERMELHA, placa OFB-7295/PB, Chassi: 9C2HB0210CR032010, cadastrada em nome do declarante, e quando tentava passar em um cruzamento presente no local, foi surpreendido por uma veículo, de placa e condutor não identificado, que vinha em alta velocidade colidindo assim na lateral da motocicleta do declarante, onde o mesmo foi socorrido para o Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena com um grave ferimento no tornozelo esquerdo passando assim pelos procedimentos médicos cabíveis.

Sendo o que havia a constar, cientificado 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.

Severino Miranda da Silva 554B2664791CE87ABF7B26AC236AC666  
Código de Controle

**ATENÇÃO:** Esse Boletim só é válido com a assinatura do declarante. A veracidade do mesmo pode ser checada no site da Delegacia Online através do código de controle: [www.delegaciaonline.pb.gov.br](http://www.delegaciaonline.pb.gov.br). Tel. (83) 3612-8612 (8h-18). E-mail: [delegaciaonline@seds.pb.gov.br](mailto:delegaciaonline@seds.pb.gov.br).





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:	DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)			<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	MORTE
2 - Nº do sinistro ou ASI:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:			
	3 - CPF da vítima: <b>148.050.144-15</b>	4 - Nome completo da vítima: <b>Silverino Miranda da Silva</b>			

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

5 - Nome completo:	Silverino Miranda da Silva		6 - CPF:	148.050.144-15	
7 - Profissão:	8 - Endereço:		9 - Número:	10 - Complemento:	
Pescador	Rua Bela Vista		356	Basa	
11 - Bairro:	12 - Cidade:	Bayeux	13 - Estado:	PB	14 - CEP:
Centro	Bayeux				58307-100
15 - E-mail:	16 - Tel. (DDD): <b>(83) 98855-1045</b>				

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

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:					
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00					
21 - DADOS BANCÁRIOS: <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)					
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Sorriente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)			<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: _____		
AGÊNCIA: <b>191</b> <input type="checkbox"/> CONTA: <b>129 49</b> <b>3</b> (Informar o dígito se existir)      (Informar o dígito se existir)			AGÊNCIA: <input type="checkbox"/> CONTA: <b>3</b> (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 ao Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de Indenização do Seguro DPVAT por: invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):					
<input checked="" type="checkbox"/> Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.					
Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de Indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.					

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE					
23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo
24 - Data do óbito da vítima:					
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:	
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou namorado (vivente)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarão 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 Indicação de signatário vítima ou beneficiário que assina o pedido	35 - Nome legível de quem assina o rogo/a pedido  36 - CPF legível de quem assina o rogo/a pedido  37 - (*) Assinatura de quem assina o rogo/a pedido	38 - 1º   Nome: _____ CPF: _____  Assinatura da testemunha 39 - 2º   Nome: _____ CPF: _____  Assinatura da testemunha
--	---	--

40 - Local e Data:	<b>José Pessoa 01/06/2020</b>	
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)		
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)		
43 - Assinatura do Procurador (se houver)		

002/2019

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/01/2021 11:01:01

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2101281101012760000037022684

Número do documento: 2101281101012760000037022684

TESTEMUNHAS



# 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: 19/06/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SEVERINO MIRANDA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01911

CONTA: 000000012949-3

---

Nr. da Autenticação 4B1C4BBF41C81026



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/01/2021 11:01:01  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012811010127600000037022684>  
Número do documento: 21012811010127600000037022684

Num. 38833034 - Pág. 6



**COMPANHIA DE AGUAS E ESGOTOS DA PARAIBA**  
 AVENIDA FELICIANO CIRNE - CAGEPA - 220 - JAGUARIBE JOAO PESSOA PB 58015-570  
 CNPJ: 09.123.654/0001-#7 - ISNC. ESTADUAL N° 160572029  
 Informações e/ou Reclamações - Ligue 115

**SEGUNDA VIA**

**CÓDIGO PARA  
DéBITO AUTOMÁTICO**  
**00612436.4**

**VENCIMENTO**  
**15/06/2020**

Nº Documento: 2020056124364	ESCRITÓRIO	BATEUX	CPF/CNPJ:	148.***.***-XX
MATRÍCULA	CLIENTE			
00612436.4	SEVERINO M DA SILVA			
INSCRIÇÃO	ENDEREÇO DO IMÓVEL			
002.003.105.0245.000	RUA CEL LIRA, 356 - CENTRO BATEUX PB 58307-100			
RESPONSÁVEL	ENDEREÇO PARA ENTREGA	ÁGUA	ESGOTO	
		LIGADO	POTENCIAL	
ÚLTIMOS CONSUMOS		LEITURA	CONSUMO	CONSUMO/DIA
04/2020 -	3	03/2020 -	1	ANTERIOR ATUAL (M <sup>3</sup> ) DIAS (M <sup>3</sup> )
02/2020 -	3	01/2020 -	2	505 509 4 28 0,15
12/2019 -	3	11/2019 -	3	29/04/2020 27/05/2020 N.º F.: Y14N329863
ECONOMIAS	CONS. POR ECONOMIA	COD. AUXILIAR		
1	4	R 5282		

DESCRIPÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS		CONSUMO POR FAIXA	VALOR R\$
ÁGUA RESIDENCIAL 001 UNIDADE CONSUMO DE ÁGUA		4 X 3	37,91

Valor aproximado dos tributos PIS e COFINS, Lei 12.741 de 2012, R\$ 5,11

**TOTAL R\$ 37,91**

EM CONFORMIDADE COM ART. 3º DA LEI 12.007/2009, INFORMAMOS QUE NÃO HÁ PENDÊNCIA CI FATURA VENCIDA PARA ESTA MATRÍCULA. ESTA DECLARAÇÃO SUBSTITUI A COMPROVAÇÃO DA QUITAÇÃO DAS FATURAS MENSAIS DOS DÉBITOS ATÉ 31/12/2019, NÃO ABRANGENDO OS PARCELAMENTOS PENDENTES NAS FATURAS DE 2019.

INFORMAÇÕES SOBRE O CONTROLE DE QUALIDADE DA ÁGUA PARA CONSUMO HUMANO 04/2020

**Anexo 20 Portaria 05/2017 MS**

Parâmetro	Vl. Médio	Parâmetro	Vl. Médio	Parâmetro	Vl. Médio	Parâmetro	Vl. Médio
Turbidez		Cor Aparente		Bact. Heterotróficas		Colif. Totais	
Cloro (mg/L)		P.H.		Colif. Termotolerantes			

VIA CLIENTE

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Emitido por: INTERNET

Emitido em: 01/06/2020



**CAGEPA**

**MATRÍCULA**  
**00612436.4**

**INSCRIÇÃO**  
**002.003.105.0245.000**

**FATURA**  
**05/2020**

**NÃO RECEBER APÓS**  
**30/06/2021**

**VENCIMENTO** 15/06/2020

**VALOR R\$** 37,91

GRUPO: 200

FIRMA: 2

82600000000-8 37910010002-1 00612436401-6 05202050003-0

VIA CAGEPA



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE Severino Miranda da Silva

DATA DE NASCIMENTO 02/07/83

NOME DA MÃE Luzia Raimundo da Silva

### DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º 64037

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1192479

DATA DO ATENDIMENTO 25/09/19

HORA DO ATENDIMENTO 13:51

MOTIVO DO ATENDIMENTO Acidente de moto

DIAGNÓSTICO (S) Fratura de tornozelo esquerdo

CID 10 S82.6

### AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, trazido pelo SAMU, vítima de acidente de moto, apresentando MV e expansibilidade diminuída em hemitorax D, movimentação paradoxal de arcos costais a direita, glasgow 13, pupilas iso/foto. Avaliado pela Traumatologia e internado para tratamento cirúrgico.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC de crânio, cervical, tórax

RX bacia, pé e tornozelo E

### RESULTADOS DOS EXAMES:

TC: sem anormalidades

RX: fratura luxação de tornozelo E.

### TRATAMENTO:

Tratamento cirúrgico de fratura luxação de tornozelo esquerdo, fixação com fio K. (25/09/19). Retirada de fio K + LMC + desbridamento + melhora de redução + fixador externo transarticular (03/10/19). LMC + desbridamento (08/10/19). LMC + desbridamento de tecidos devitalizados (14/10/19). Enxerto dermoepidérmico (18/11/19). Retirada de fixador externo transarticular (70 dias com o fixador) tratamento de fratura de maleolo esquerdo (12/12/19).

ALTA HOSPITALAR: 13/12/2019  
DATA DA EMISSÃO: 27/04/2020

  
Dr. Juan Jaime Alcoba Arce  
CRM: 3323/PB

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





Identificação do paciente				
ID <b>449444</b>	Nome <b>SEVERINO MIRANDA DA SILVA</b>			Sexo Masculino
Data de nascimento <b>02/07/1953</b>	Idade <b>66 anos 2 meses 23 dias</b>	Estado civil	Religião	Prontuário <b>64037</b>
Mãe <b>LUZIA RAIMUNDO DA SILVA</b>				Pai <b>VITAL MIRANDA DA SILVA</b>
Escolaridade				Responsável (Parentesco) <b>O MESMO - O MESMO(A)</b>
DDD Celular <b>83</b>	Celular <b>99999999</b>	DDD	Telefone	
Tipo documento <b>RG (IDENTIDADE)</b>	Número documento <b>464557</b>	NP Chs		
Local de procedência <b>LUCENA</b>				Tipo MUNICÍPIO
Email	Naturalidade <b>MULUNGU</b>	UF PB		
CBO/R				
Endereço				
EP <b>58307100</b>	Município de residência <b>BAYEUX</b>	UF PB	Logradouro <b>Rua Coronel Lira</b>	
Número <b>356</b>	Complemento	Bairro <b>Centro</b>		
Admissão				
Data e Hora <b>25/09/2019 13:51:29</b>	Número da pulseira <b>1000007264282</b>	Convênio <b>SUS</b>		
Especialidade <b>CIRURGIA GERAL</b>	Clínica			
Classificação de risco				Origem do paciente <b>RODOVIA</b>
Caráter do atendimento	Motivo do atendimento <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Detalhe do acidente <b>VEICULO X MOTO</b>		
Indicadores e Transporte				
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não	
Meio de transporte <b>RESGATE - BOMBEIROS</b>	Quem transportou:			
Sinais Vitais				
<b>110</b>	<b>x 78</b>	mmHg	P脉so <b>68</b>	Temperatura <b>33 °C</b>
Exames complementares				
Ralo X [ ]	Sangue [ ]	Urina [ ]	TC [ ]	Liquor [ ] ECG [ ] Ultrasonografia [ ]
Dados clínicos <i>Paciente porto coagulável, com fractura do M16 exposta, hemotorax direito, no Cerv., resse fl exacer + edema calv.</i>				
Diagnóstico:	CID			
Atendido por <b>HUGO WENEO PEREIRA DOS SANTOS</b>	Tempo 40sec			

[Imprimir](#)



## Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



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

Paciente	SEVERINO MIRANDA DA SILVA	BAE	Data/Hora Entrada	
Data de nascimento	02/07/1953	1192479	25/09/2019 13:51:29	
Mae	LUZIA RAIMUNDO DA SILVA	Sexo	CNS	
Endereço	Rua Coronel Lira, 356	Bairro	Município	
Acidente	VEICULO X MOTO	Centro	BAYEUX	
Data/Hora Classificação	Moivo	Profissional	ISABELA MARIA CANDIDA FERREIRA DORNELAS	
25/09/2019 13:51:29	ACIDENTE DE MOTOCICLETA			
		Data/Hora Prescrição		
		25/09/2019 14:12:40		

Data Baixa

Telefone de Contato

(83) 999999999

Prontuário

54037

UF

PB

Nº Cons. Regional

10620/PB

### ANAMNESE

PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU COM HISTÓRIA DE COLISÃO MOTOXCARRO, AGITADO, DESORIENTADO AO EXAME: VA PERTINAZ, PACIENTE DESORIENTADO, MANTENHO COLAR TORAX COM EXPANSIBILIDADE DIMINUIDA A DIREITA, MV PRESENTE, DIMINUIDO EM 1/3 MÉDIO E INFERIOR DE HTD, COM PRESENÇA DE MOVIMENTAÇÃO PARADÓXAL DE ARCOS COSTAIS A DIREITA. SAT: 95% EM AA, ABDOME FLÁCIDO, INDOLOR A PALPAÇÃO FC: 84BPM, PULSOS CHEIOS ECG: 13 PRESENÇA DE LUXAÇÃO DE PÉ ESQUERDO. NÃO PALPO PULSO PÉDIOSO CD; TC CRANIO, CERVICAL TORAX + USG FAST + RÁDIO X PE E TORNozELO ESQUERDO + PAREcer DA CIRURGIA TORACICA, ORTO, VASCULAR E NCR + EXPANSÃO VOLEMICA + O2 SOB MÁSCARA COM RESERVATÓRIO + SVD + HT/HB, IPAGEM SANGUINEA, RESERVA DE SANGUE.

### MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 1000,0 ML VIA E.V, AGORA, DURANTE 24 HORA(S)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% - (AMPOLA 10ML), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., AGORA

Diluir

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

CETOROLACO DE TROMETAMINA 30MG/ML (AMPOLA 1ML), ADMINISTRAR 1,0 ML VIA E.V., AGORA

CONCENTRADO DE HEMÁCIAS, ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V, AGORA, (OBSERVAÇÕES:: RESERVA )

### EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE PE / DEDOS DO PE ESQUERDO

RADIOGRAFIA DO TORNozELO ARTICULACAO TIBIO TARSICA ESQUERDO

RADIOGRAFIA DE BACIA

TORAX OO

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO

OMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL/S/ CONTRASTE

OMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX

### EXAME LABORATORIAL

HEMOGRAMA COMPLETO

GRUPO SANGUÍNEO ABO E FATOR RH, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA)

### CID10

T14.9 - Traumatismo não especificado

### Conduta

Em observação

  
Dra. Isabela Ferreira Dornelas  
CRM-PB 10620

ISABELA MARIA CANDIDA FERREIRA DORNELAS  
(CRM: 10620/PB)

Enfermeiro



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/01/2021 11:01:01

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2101281101012760000037022684>

Número do documento: 2101281101012760000037022684

Num. 38833034 - Pág. 10



## Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



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

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
SEVERINO MIRANDA DA SILVA	1192479	25/09/2019 13:51:29	
Data de nascimento	Idade	Sexo	Telefone de Contato
02/07/1953	66a 2m 23d	Masculino	(83) 99999999
Mãe		CNS	Prontuário
LUZIA RAIMUNDO DA SILVA			64037
Endereço	Bairro	Município	UF
Rua Coronel Lira, 356	Centro	BAYEUX	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
VEICULO X MOTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	LEONARDO PEREIRA DA COSTA MATIAS	6028/PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
25/09/2019 13:51:29		25/09/2019 13:57:29	

### ANAMNESE

PACIENTE COM HISTÓRIA DE COLISÃO MOTO X AUTO. AGITADO, DESORIENTADO. AO EXAME: GLASGOW 14, PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES, MOVIMENTANDO MEMBROS SUPERIORES E MEMBRO INFERIOR DIREITO. IMOBILIZAÇÃO EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO. TC DE CRÂNIO: AUSÊNCIA DE LESÕES QUE INDIQUEM CONDUTA NEUROCIRÚRGICA DE URGÊNCIA, NO MOMENTO. TC DE COLUNA CERVICAL: ALINHAMENTO PRESERVADO, SEM SINAIS DE FRATURA. CD.: SEM CONDUTA NEUROCIRÚRGICA DE URGÊNCIA NO MOMENTO. LIBERADO PARA PROCEDIMENTO ORTOPÉDICO.

### Conduta

Paciente encaminhado com sucesso para a seção

*Soriano P. C. Matos  
Neurocirurgião  
09/09/19 00:00*

Enfermeiro

LEONARDO PEREIRA DA COSTA MATIAS  
(CRM: 6028/PB)

Boletim registrado por: HUGO WENEO PEREIRA DOS SANTOS em 25/09/2019 13:52:09



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/01/2021 11:01:01

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2101281101012760000037022684>

Número do documento: 2101281101012760000037022684

Num. 38833034 - Pág. 11



## Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

SEGUE  
*o trabalho*

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

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
SEVERINO MIRANDA DA SILVA	1192479	25/09/2019 13:51:29	
Data de nascimento	Idade	Sexo	Telefone de Contato
02/07/1953	66a 2m 23d	Masculino	(83) 999999999
Mãe			Prontuário
LUZIA RAIMUNDO DA SILVA			64037
Endereço	Bairro	Município	UF
Rua Coronel Lira, 356	Centro	BAYEUX	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
VEICULO X MOTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	ISABELA MARIA CANDIDA FERREIRA DORNELAS	10620/PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
25/09/2019 13:51:29		25/09/2019 15:54:31	

### ANAMNESE

paciente com história de colisão moto x carro, realizou tc crânio com contusão pulmonar e pequeno hemotorax, fast sem achados de líquido livre  
cd: alta da cirurgia geral

### Conduta

Em observação

Enfermeiro

ISABELA MARIA CANDIDA FERREIRA DORNELAS  
(CRM: 10620/PB)

Boletim registrado por: HUGO WENEO PEREIRA DOS SANTOS em 25/09/2019 13:52:09



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/01/2021 11:01:01  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2101281101012760000037022684>  
Número do documento: 2101281101012760000037022684

Num. 38833034 - Pág. 12



## Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



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

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
<b>SEVERINO MIRANDA DA SILVA</b>	1192479	25/09/2019 13:51:29	
Data de nascimento	Idade	Sexo	Telefone de Contato
02/07/1953	66a 2m 23d	Masculino	(83) 99999999
Mãe			Prontuário
<b>Luzia Raimundo da Silva</b>			64037
Endereço	Bairro	Município	UF
Rua Coronel Lira, 356	Centro	BAYEUX	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
<b>VEICULO X MOTO</b>	<b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	<b>JOSE ROGACIANO MACHADO COUTO</b>	<b>185222/SP</b>
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
25/09/2019 13:51:29		25/09/2019 19:32:52	

### ANAMNESE

FUI CHAMADA PELA ORTOPEDIA PARA AVALIAR NO BC. PACIENTE COM FRATURA-LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO. APÓS FIXAÇÃO DA FRATURA NÃO OBSERVO SANGRAMENTOS ATIVOS. EF: PÉ AQUECIDO E PERFUNDIDO, MAS SEM PULSOS DISTAIS (VASOESPASMO). REALIZO LIGADURA DE VEIA SAFENA MAGNA EM TORNOZELO - HOUVE SECÇÃO COMPLETA DA VEIA NESSE NÍVEL.

### EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE Perna Esquerda, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: AP PERFIL)

RADIOGRAFIA DO TORNOZELO ARTICULACAO TIBIO TARSICA ESQUERDO, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: AP PERFIL)

### Conduta

Internar Paciente

Enfermeiro

JOSE ROGACIANO MACHADO COUTO  
(CRM: 185222/SP)

Medico  
José Rogaciano  
CRM-PB 185222  
CRM-SP 185222

Boletim registrado por: HUGO WENEO PEREIRA DOS SANTOS em 25/09/2019 13:52:09



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/01/2021 11:01:01

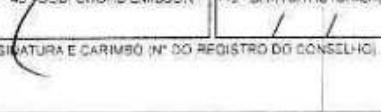
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2101281101012760000037022684>

Número do documento: 2101281101012760000037022684

Num. 38833034 - Pág. 13



Anexo II

 <b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)</b>			Folha 1/2
<b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b>						
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE			2 - CNES			
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE <b>HCGTS HL</b>			4 - CNES			
<b>Identificação do Paciente</b>						
5 - NOME DO PACIENTE <b>Suelmo Minamoto da Silva</b>			6 - N° DO PRONTUÁRIO <b>1192479</b>			
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)			8 - DATA DE NASCIMENTO <b>02/07/1953</b>			9 - SEXO Masc <input checked="" type="checkbox"/> [1] Fem <input type="checkbox"/> [3]
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL			11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE			
12 - ENDEREÇO / RUA, N°, BAIRRO						
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA			14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO			15 - UF
						16 - CEP
<b>17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)</b>						
<b>MUDANÇA DE PROCEDIMENTO</b>						
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	
<b>SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)</b>						
26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL			27 - CÓD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL			
28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE						
<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO I <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO II <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO III						
29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			30 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			31 - QTDE
32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			33 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			34 - QTDE
35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			36 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			37 - QTDE
<b>38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO</b>						
<b>PROFISSIONAL SOLICITANTE</b>						
38 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE			39 - DATA DA SOLICITAÇÃO			
40 - DOCUMENTO		41 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		42 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)		
<input type="checkbox"/> CNS	<input type="checkbox"/> CPF					
<b>AUTORIZAÇÃO</b>						
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			44 - CÓD. ORGÃO EMISOR			45 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
46 - DOCUMENTO		47 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)		
<input type="checkbox"/> CNS	<input type="checkbox"/> CPF					





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

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome:	Jeronimo Miranda da Silva.			Registro:			
Idade:	Sexo:	Cor:	Clinical:	EMP:	LR:		
Data:	25/09/19	Cirurgião:	Romulo Costa	1º Assistente:	Dr. Luiz Juvencio.		
2º Assistente		3º Assistente		Instrumentador:			
Anestesista:	Dr. Andre	Tipo de Anestesia:	Nalgas.	Hora Inicio:	Hora termino:		

Diagnóstico(s) Pós-Operatório	CID
Fratura luxada exposta de tibia e fêmur	

Procedimento(s) Cirúrgico(s)	Código
reduçao com fixação de fêmur luxacao de tibia e com fixacao.	

Acidente durante ato cirúrgico	1º sim	2º não	Descreva:
Biopsia de congelação:	1º sim	2º não	
Encaminhamento do paciente após ato cirúrgico:	1º enfermaria 3º residência	2º terapia intensiva 4º óbito durante ato cirúrgico	

25/09/2019  
João Pessoa - Data

Dr. Rômulo Soares da Costa  
033.002.833 / CRM  
CPF: 182.533.344-00

Ass. do Médico / CRM



## DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

### Posição e Preparo:

O paciente em decúbito dorsal horizontal sob anestesia geral, com uso de manta estéril de fundo cirúrgico com Almofada sobre o peito, algodão isolado, banho farto da cicatriz do cíngulo, esteril.

### Incisão:

Abertura do tecido celular, Hemostasia.

### Achados:

Retirada do frácture o tecido ósseo  
Furado com um Fio de Kirschner 2,0 +  
um Fio de Steinman 3,5  
Preparando da frácture com filete para  
plantar andam, colf mafus e  
imobilizado com uma fita de plástico  
~~fixador externo~~  
Cicatriz fechada.

### Fechamento:

### Observação:

Data, João Pessoa de de

25 setem 2020 de 2019

### Assinatura/carimbo

Dr. R. L. G. de Castro  
033.002.653 - 031-8111-2838  
CPF: 161.331.554-68



NO MEIO PACIENTE	Sérgio Inácio da Silva		
ED. IDADE	66	WEIGHT	119,2 kg
ESTERILIZADOR	ESTERILIZADOR		
CIRURGIA	Ressecção cirúrgica de frácula luxada exposta de tornozelo.		
FIRMEZA	Dr. C. Souza + Dr. Juliano		
ANESTESIA	Rogério + Sueli		
ANESTHETIST	Dr. André.		
INSTRUMENTADOR	X		
DIA	05/09/19	TEMPO CIRÚRGICO - ANESTÉSICO INICIO	16:30
TEMPO CIRÚRGICO - ANESTÉSICO FIM	17:40	CIRURGIA FIM	
ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA - CLASSIFICATION SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS			
ASA I (SAUDE) ASA II (LEVE) ASA III (MÉDIA)			
GERAL DE CONTAMINAÇÃO: HIGIENE E QUANTITATIVA DA INFECTADA / MATERIAIS ALVANTE CONTAMINADA			
MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTB
ALFENTANILA		TELCO N°16	FILO CAT GUT CRONADO N°
SUPRACAÍNA ISOSÓRIA	1	TELCO N°20	FILO CAT GUT CRONADO N°
SUPRACAÍNA PESADA		TELCO N°22	FILO DE AGO N°
CETAMINA		TELCO N°14	FILO DE AGO N°
DISOPERIDOL		KIT SIST. DREN. TORACICO N°	FILO DE NYLON N° 20 □
ETOHIDATO		OTD. LÂMINA BISTURI N°11	FILO DE NYLON N°
GENIBARBITAL		LÂMINA BISTURI N°13	FILO DE NYLON N°
FENTANILA		LÂMINA BISTURI N°22	FILO POLIGLACTINA N°
FLUMAZENIL		LÂMINA BISTURI N°24	FILO POLIGLACTINA N°
ISOFLURANO		LÂMINA DE TERMOTROMBO	FILO POLIGLACTINA N°
LEVOBUPIVACAÍNA C/ VASO		LÂMINA DE ENVERTO	FILO POLIPROPILENO N°
LEVOBUPIVACAÍNA S/ VASO	MATERIAS	LLVIA DE PROCEDIMENTO PAR. 30	FILO POLIPROPILENO N°
LIODCAINA C/ VASO	AGULHA 13X4,5	LLVIA ESTÉRIL N°8	FILO POLIPROPILENO N°
LIODCAINA S/ VASO	AGULHA 23X0,7	LLVIA ESTÉRIL N°3	FILO POLIURETAPRONE N°
MAPROLAN	AGULHA 23X8	LLVIA ESTÉRIL N°6	FILO SEDA N°
M	AGULHA 40X72	LLVIA ESTÉRIL N°3	FITA CARDIACA
NIMBUM	AGULHA PERIDURAL N°16	MASCARA CIRÚRGICA	MATERIAL ESPECIAL QTD.
PANCRÔNIO	AGULHA PERIDURAL N°17	MULTIVIAS	CATETER DE PEE
PETIDINA	AGULHA PERIDURAL N°18	PERFURADOR DE SORO	CIMENTO CIRÚRGICO
PROPOFOL	AGULHA RAQUI N°26G	SCALP N°16	CLIP TITÂNIO IRISOLITA
RAMIFENTANILA	AGULHA RAQUI N°26G	SCALP N°21	FILO DE CESTHINE N° 20 □
ROCURONIO	AGULHA RAQUI N°30G	SERRINGA 3ML	FILO DE LISCHINGER N° 35 □
SEVOFLURANO	ALGODÃO ORTOPÉDICO	SERRINGA 3ML	FILO STEINMAN N°
SUXAMETÔMICO	ATADURA DE CREPOM	SERRINGA 10ML	FILO STEINMAN N°
TROPICAL	ATADURA OESSADA	SERRINGA 10ML	GRAMPEADOR CIRÚRGICO
MEDICAÇÕES	QTD. 30LSA P/ COLOSTOMIA	SONDA ASP. TRAQUEAL N°6	HEMOST. ABSORMYL
ADRENALINA	CÂMICA P/ TRAQUEOSTOMA N°	SONDA ASP. TRAQUEAL N°10	KIT DERIVA VENTRICULAR
ÁGUA DESTILADA	CATETER DE OXIGÊNIO	SONDA ASP. TRAQUEAL N°12	PROTESE VASCULAR
ATROFOPINA	CATETER EMBOLIC ASTERIAL N	SONDA ASP. TRAQUEAL N°14	KIT PAM
BENTRA	CATETER EPIDURAL N°16	SONDA ASP. TRAQUEAL N°16	FIJADOR EXTERNO
CEFAZOLINA	CATETER EPIDURAL N°17	SONDA FOLEY 21X15 N°12	ENTREIRA
DIVANETASONA	CATETER EPIDURAL N°18	SONDA FOLEY 21X15 N°14	
DITRÔMIA SÓDICA	FERA PARA OSSO	SONDA NASO CORTA	PARAFUSOS CORTICais
ELASTOMA	COLET UMBRÁTECHADO	SONDA NASOG. LONGA	PARAFUSOS CORTICais
ELÉCTROSMIDA	COMPRESAS PCT AS 5x1	SONDA URETRAL N°	PARAFUSOS ESPONJOS
GLICOSIDES	COMPRESAS CIRÚRGICAS	STOMAEKINDA	PARAFUSOS ESPONJOS
GLO TO 16 CALCIO	DREN DE PENROSE	TUBO ENDOTRAQUEAL N°	PARAFUSOS MALLEOLAR
HIDR ARTISONA	DREN DE SUCCAO	TUBO ENDOTRAQUEAL N°	PARAFUSOS MALLEOLAR
LIODCAINA GELEIA	ELETRODES	TUBO ENDOTRAQUEAL N°	PLAÇA
ONDASENTRONA	EQUIPO MACROGOTAS	TUBO SILICONE (LATEX)	PLAÇA
PLASTIL	EQUIPO TRANSF. SANGUE		
FROSTOMINE	EQUIPO MICROGOTAS		EQUIPAMENTOS
PROTAMINA	ESONIA DE PVC	FIOS	ASPIRADOR
TRONOXICAN	ESPARADRAGO	QTD. FILO ALGODAO S/ N° 0	KIT BISTURI ELÉTRICO
Haloperidol	GASES PCT 5x1	FILO ALGODAO S/ N°	KIT CARROTORTA
	GASES ALGODONADAS	FILO ALGODAO S/ N° 20	KIT CARDIOMONITOR
	GEL ELETROLÍPTICO	FILO ALGODAO S/ N°	KIT DESINTEGRADOR
	TELCO N°16		KIT FOGO ALUMINIAL
	TELCO N°16		KIT FOGO CENTRAL
			CAIMETRO DE PURO
			PA. INVASIVAS E NON INVASIVAS
			PERTURADOR ELÉTRICO
			SERVA
			CIRCULANTE
Cláudia Nascimento Mato de Menezes			
COREN-PB 667575-TE			

## FICHA DE ANESTESIA

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/01/2021 11:01:01  
<http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2101281101012760000037022684>  
Número do documento: 2101281101012760000037022684

Num. 38833034 - Pág. 19



Parecer Médico

<b>Nome</b> SEVERINO MIRANDA DA SILVA	<b>Idade</b> 66A 2M 23D	<b>Prontuário</b> 64037
<b>Boletim de Atendimento</b> 1192479	<b>Data de Entrada</b> 25/09/2019 13:51:29	<b>Data Internação</b> 2h 7min
<b>Convênio</b> SUS	<b>Leito</b>	<b>Clinica</b> CIRURGIA GERAL
		<b>Permanência na Unidade</b> <b>Permanência no Leito</b>

<b>Parecer médico</b>	
<b>Especialidade</b> NEURO CIRURGIA	<b>Profissional</b> LEONARDO PEREIRA DA COSTA MATIAS
<b>Motivo da solicitação</b> PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU COM HISTÓRIA DE COLISÃO MOTOCARRO, AGITADO, DESORIENTADO AO EXAME: VA PERTURBADA, PACIENTE DESORIENTADO, MANTENHO COLAR TORAX COM EXPANSIBILIDADE DIMINUÍDA A DIREITA, MV PRESENTE, DIMINUÍDO EM 1/3 MÉDIO E INFERIOR DE HTD, COM PRESENÇA DE MOVIMENTAÇÃO PARADOXAL DE ARCOS COSTAIS A DIREITA. SAT: 95% EM AA AF: ME FLÁCIDO, INDOLOR A PALPAÇÃO E: 13	<b>Data da Solicitação:</b> 25/09/2019 14:09:42
PRESENÇA DE AMPUTAÇÃO PARCIAL DE PÉ ESQUERDO. NÃO PALPO PULSO PEDIOSO	
<b>Parecer</b> PACIENTE COM HISTÓRIA DE COLISÃO MOTO X AUTO, AGITADO, DESORIENTADO.	<b>Data de Resposta:</b> 25/09/2019 15:58:13
AO EXAME: GLASGOW 14, PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES, MOVIMENTANDO MEMBROS SUPERIORES E MEMBRO INFERIOR DIREITO. IMOBILIZAÇÃO EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.	
TC DE CRÂNIO: AUSÊNCIA DE LESÕES QUE INDIQUEM CONDUTA NEUROCIRÚRGICA DE URGÊNCIA, NO MOMENTO.	
TC DE COLUNA CERVICAL: ALINHAMENTO PRESERVADO, SEM SINAIS DE FRATURA.	
CD.: SEM CONDUTA NEUROCIRÚRGICA DE URGÊNCIA, NO MOMENTO. LIBERADO PARA PROCEDIMENTO ORTOPÉDICO.	

SUELIO MOREIRA TORRES  
Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/01/2021 11:01:01  
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2101281101012760000037022684  
Número do documento: 2101281101012760000037022684

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

Número: 0492479 Prontuário: 0310119 Data: / /  
paciente: João Vicente Gomes Data: / /  
procedimento: Exame de sangue + exames gênicos Data: / /  
SUS:  Não SUS:   
Médico: João Vicente Gomes

<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)</b>	Folha 1/2
<b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b> 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE Atrop [Signature]				2 - CNES
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXISTENTE Atrop [Signature]				4 - CNES
<b>Identificação do Paciente</b> 5 - NOME DO PACIENTE Jeverino M. V. de Sifca [Signature]				6 - N° DO PRONTUÁRIO 13 92479
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)				8 - DATA DE NASCIMENTO / / /
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL				9 - SEXO Masculino [ ] Fem. [ ]
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)				11 - TELEFONE DE CONTATO N.º DO TELEFONE
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA				14 - COD. IBGE MUNICÍPIO — 15 - UF — 16 - CEP —
<b>17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)</b> _____				
<b>MUDANÇA DE PROCEDIMENTO</b>				
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 SECUNDARIO	25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
<b>SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)</b>				
26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		27 - CÓD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		
28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI/EU/DIÁRIA DE ACOMPANHANTE <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO I <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO II <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO III				
29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL Lote: 015015 Código: F08 2 209 <b>SISTEMA DE FIXAÇÃO OSSEOA SARTORI - LINEFIX FEMUR T 350 - ESTERIL</b> Feb:18/03/2019 Val:03/2024 Registro Anvisa Nº 80083650026 Material ACO INOX ALUMINIO		30 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL Lote: 814595 Código: AF35 8 680 <b>PINO INTRAMEDULAR OSSEO - R X C X 4,5 X 200 X T</b> Feb:01/03/2019 Val:03/2024 Registro Anvisa Nº 80083650026 Material ACO INOX F138		
32 - DESCRIÇÃO Luiz Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP CNPJ: 04.861.623/0001-00 - Rio Claro/SP Tel: +55 19 3558-1910 info@sartori.ind.br		31-OTDE 33 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 34-OTDE 36 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 37-OTDE		
Luiz Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP CNPJ: 04.861.623/0001-00 - Rio Claro/SP Tel: +55 19 3558-1910 info@sartori.ind.br				
<b>PROFISSIONAL SOLICITANTE</b>				
38 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		40 - DATA DA SOLICITAÇÃO 03/01/2021		
41 - DOCUMENTO <input checked="" type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF		42 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		43 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO) 
<b>AUTORIZAÇÃO</b>				
44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		45 - CÓD. ÓRGÃO EMISOR /		46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO /
47 - DOCUMENTO <input checked="" type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF		48 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		49 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)



## RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEETSHI

NOME: SEVERINO MIRANDA DA SILVA BE/PRONTUÁRIO 1192479  
 IDADE: 66 SEXO: M COR: \_\_\_\_\_ DATA: 3/10/2019  
 CLÍNICA /SETOR: ORTOPEDIA  
 CIRURGIA: FTRAURA DE BIMALEOLAR DE TORMOZELA ESQ  
 EXTENSO FERIMENTO  
 CIRURGIÃO: DR LAURI FERREIRA 1º ASS: DR RENNA  
 2º ASS: \_\_\_\_\_ 3º ASS: \_\_\_\_\_  
 INSTRUMENTADOR: \_\_\_\_\_ ANESTESISTA: \_\_\_\_\_  
 TIPO DE ANESTESIA: RAQUIANESTESIA HORÁRIO INÍCIO: \_\_\_\_\_ TÉRMINO: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO POS-OPERATÓRIO		CID
<u>FRATURA DE BIMAELOAR DE TORMOZELA ESQ</u>		
<u>EXTENSO FERIMENTO COM AREAS DE NECROSE E SECRAÇÃO</u>		

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	CÓDIGO
<u>RETIRADA DE FIO K ( SUBTALAR-TIBITALAR )</u>	
<u>LMC + DESBRIDAMENTO</u>	
<u>MELHORA DE REDUÇÃO (INCRUENTA)</u>	
<u>FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR</u>	

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO NÃO

Descrição:

Biópsia de Congelação:

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

 ENFERMARIA RESIDÊNCIA

TERAPIA INTENSIVA

OBRAZO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM:

DATA: 3/10/2019



## RELATÓRIO DE CIRURGIA



DESCRICAÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	
<b>PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA</b>	
<b>ASSEPSIA E ANTISEPSIA</b>	
<b>APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS</b>	
Incisão:	
<b>DESBRIDAMENTO DE TECIDOS NECROTICOS</b>	
Achados:	
<b>EXTENSO FERIMENTO COM SECREÇÃO DE ODOR FORTE E ÁREAS DE NECROSE</b>	
Conduta:	
<b>DESBRIDAMENTO DE TECIDOS DESVITALIZADOS</b>	
<b>LIMPEZA EXAUSTIVA COM SF0,9%</b>	
<b>REVISAO DE HEMOSTASIA</b>	
<b>RETIRADO FIOK ( SUBTALAR -TIBIOTALAR ) PARA MELHORA DE REDUÇÃO</b>	
<b>MELHORA DE REDUÇÃO ( INCRUENTA ) COM USO DE FLUOROSCOPIA</b>	
<b>FIXAÇÃO COM FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR</b>	
<b>SUTURA COM APROXIMAÇÃO DE BORDOS DE FERIMENTO ( SEM TENSAO )</b>	
fechamento:	
<b>CURATIVOS ESTÉREIS</b>	
Observação:	
<b>BOA REDUÇÃO A FLUOROSCOPIA</b>	

Médico/CRM:

João Pessoa,

3/10/2019

Lauri F. C. Junior  
CRM-PB/Registado no RJ  
31-28107-13038

## Nota de Sala Cirúrgica



DATA	05/10/19	HORA	16:09	ENTERRARIA		LEITO	1609	
CIRURGIA	PATO (JO) Kirschner 1/2x6 calcâneo (2) + fratura entre tíbia e fíbula ferida aberta; Remoção óssea.							
CIRURGÃO	Liquido Ferreira; Renato Gomes.							
ANESTESIA	Regional Portela; Tommasi (ME)							
ANESTESISTA								
INSTRUMENTADOR								
DATA	05/10/19	TIPO DE ANESTÉSICO - ANESTESIA INICIO		TEM	CIRURGIA INICIO	15:30	- H:30	
ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)								
ASA 1 (ASA 1) ASA 2 (ASA 2)	ASA 3 (ASA 3)	ASA 4 (ASA 4)	ASA 5 (ASA 5)					
GRAU DE CONTAMINAÇÃO (LIMPA) (CONTAMINADA) (INFECTADA) (POTENCIALMENTE CONTAMINADA)								
MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD.	MATERIAIS CONT.		OTB	FIOS		OTB	
ALFENTANILA		JELCO N°18			FIO CAT GUT CROMADO N°			
BUPIVACAÍNA ISOBARICA	1	JELCO N°20			FIO CAT GUT CROMADO N°			
BUPIVACAÍNA PESADA	1	JELCO N°22			FIO DE AGO N°			
CETAMINA	1	JELCO N°24			FIO DE AGO N°			
DROPERÍDOL		KIT SIST. OREN TORÁXICO N°			FIO DE NYLON N°			
ETOMIDATO		SOLUÇÕES QTD. LÂMINA BISTURI N°1			FIO DE NYLON N°			
FENOBARBITAL	1	ALCOOL ETÍlico 70% 05		LÂMINA BISTURI N°1	FIO DE NYLON N°			
FENTANILA	1	PVPI DESGERMANTE OK		LÂMINA BISTURI N°23	FIO POLIGLACTINA N°			
FLUMAZENIL		PVPI TINTURA OK		LÂMINA BISTURI N°24	FIO POLIGLACTINA N°			
ISOFLURANO		PVPI TÓRICO OK		LÂMINA DE DESMOTOMO	FIO POLIGLACTINA N°			
LEVOBUPIVACAÍNA C/ VASO		SABÃO ANTISEPTICO		LÂMINA DE ENXERTO	FIO POLIPROPILENO N°			
EVODIPIVACAÍNA S/ VASO		MATERIAIS QTD.		LUVA DE PROCEDIMENTO PAR	FIO POLIPROPILENO N°			
INA C/ VASO		AGULHA 13X4,5		LUVA ESTERIL N°7,5	FIO POLIPROPILENO N°			
INA S/ VASO		AGULHA 25X07		LUVA ESTERIL N°7,5	FIO POLICOLECAPRONE N°			
MIDAZOLAN	1	AGULHA 25X10		LUVA ESTERIL N°8,5	FIO SEDA N°			
MORFINA		AGULHA 40X12		LUVA ESTERIL N°8,5	FITA CARDIACA			
NIMBUIM		AGULHA PERIDURAL N°16		MASCARA CHIRURGICA	MATERIAL ESPECIAL QTD.			
PANCURÔNIO		AGULHA PERIDURAL N°17		MULTIVIAS	CATETER DE PIC			
PETIDENA		AGULHA PERIDURAL N°18		PERFILADORES DE SORO	EMENTO CIRÚRGICO			
PROPORFOL		AGULHA RAQUI N°25G		SCALP N°9	CÂP. TITÂNIO LIGADURA			
RAMSENTANILA		AGULHA RAQUI N°26G		SCALP N°12	FIO DE KRISCHNER N°			
ROCURÔNIO		AGULHA RAQUI N°29G		SERINGA 3ML	FIO DE KRISCHNER N°			
SEVOFLURANO		ALGODÃO ORTOPÉDICO		SERINGA SME	FIO STEINMAN N°			
SLXAMETORO		ATADURA DE CREPOM		SERINGA 10ML	FIO STEINMAN N°			
TIOPENTAL		ATADURA GESSADA		SERINGA 2ML	GRAMPEADOR CIRÚRGICO			
MEDICAÇÕES	QTD.	BOLSA P/ COLOSTOMIA		SONDA ASP. TRAQUEAL N°8	HENOST ABSORVÍVEL			
ADRENALINA		CANULA P. TRAQUEOSTOMIA N°		SONDA ASP. TRAQUEAL N°10	KIT DERIVA VENTRICULAR			
AQUA DESTILADA	1	CATETER DE OXIGENO		SONDA ASP. TRAQUEAL N°12	PRÓTESE VASCULAR			
ATROPINA		CATETER EMBOLIC ARTERIAL N°		SONDA ASP. TRAQUEAL N°14	KIT PAM			
BEXTRA		CATETER EPIDURAL N°16		SONDA ASP. TRAQUEAL N°16	FIXADOR EXTERNO			
CEFAZOLINA		CATETER EPIDURAL N°17		SONDA FOLEY 2VIAS N°12	EMPRESA			
DEXAMETASONA	1	CATETER EPIDURAL N°18		SONDA FOLEY 2VIAS N°14				
DIPIRONA SÓDICA	1	CERA PARA OSSO		SONDA NASOG. CURTA	PARAFUSOS CORTICais			
EDRINA		COLET URINA FECHADO		SONDA NASOG. LONGA	PARAFUSOS CORTICais			
EDIDA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS		SONDA URETRAL N°	PARAFUSOS ESPONJOSO			
GLIC 10%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS		TORNEIRINHA	PARAFUSOS ESPONJOSO			
GLUCONATO DE CALCIO		DRENO DE PENROSE		TUBO ENDOTRAQUEAL N°	PARAFUSOS MALEOLAR			
HIDROCORTISONA		DRENO DE SLCÇÃO		TUBO ENDOTRAQUEAL N°	PARAFUSOS MALEOLAR			
LIDOCAINA GELEIA		ELETRODOS		TUBO ENDOTRAQUEAL N°	PLACA			
ONDASENTRONA	1	EQUIPO MACRODODAS		TUBO SILICONE (LATEX)	PLACA			
PLASIL		EQUIPO TRANSF SANQUE			EQUIPAMENTOS			
PROSTIGMINE		EQUIPO MICROGOTAS			ASPIRADOR			
PROTAMINA		ESPONJA DE PVPI		FIOS	QTD.	EQUIPAMENTOS		
TENOXICAN		ESPARADRAPO		FIO ALGODÃO S/A N°		INST. ELETTRICO		
		GAZES ALGODONADAS		FIO ALGODÃO S/A N°		ECG/ROGRAMA		
		GEL ELETROLÍTICO		FIO ALGODÃO C/A N°		CARDIOMONITOR		
		JELCO N°14		FIO ALGODÃO C/A N°		DESFIBRILADOR		
		JELCO N°16				FOCO AUXILIAR		
						FOCO CENTRAL		
						IMCROSCOPIO		
						OXIMETRO DE PULSO		
						TPA INVASIVA/NO INVASIVA		
						PERFURADOR ELETTRICO		
						ESERRA		
						CIRCULANTE		

*Fixador de ferida externa*

*Gomofixa externa*  
*Coden 88357576*

*TB*





## RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEC/SP/L

Nome: Serena Mendes da Silva BE/Prontuário: \_\_\_\_\_  
 Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino Cor: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 Clínica/Setor: \_\_\_\_\_ EMP: \_\_\_\_\_ LR: \_\_\_\_\_  
 Cirurgia: Fistula Tonsilar (menor parte)  
 Cirurgião: D. SAVI 1º Assistente: D. CARLOS  
 2º Assistente: \_\_\_\_\_ 3º Assistente: \_\_\_\_\_  
 Instrumentador: \_\_\_\_\_ Anestesista: \_\_\_\_\_  
 Tipo de Anestesia: \_\_\_\_\_ Horário: Início \_\_\_\_ : \_\_\_\_ Término \_\_\_\_ : \_\_\_\_

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fist. Tonsilar</u>	
<u>(menor parte)</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Laringe - descompressão</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: ( ) Sim ( ) Não. Descrição: \_\_\_\_\_

Biopsia de Congelação: ( ) Sim ( ) Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

( ) Enfermaria ( ) Terapia Intensiva ( ) Residência ( ) Óbito durante Ato Cirúrgico

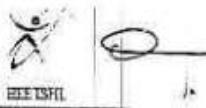
João Pessoa, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Médico/CRM:

F(NG) ASCIR 309-1



### **Nota de Sala Cirúrgica**



SERGIO MIRANDA DA SILVA

NAME DO PACIENTE: JOSE MARIA DA SILVA  
IDADE: 66 SE: F PONTUACAO: 16 LESTO: 04  
ENFERMARIA: 10  
DIURGIA: NECROSE NA PELE DO TORSO E CINTURA (LMC)  
CIRURGIA: DR SANTOS + DR CARLOS  
ANESTESIA: RACINE + SEDAFAR  
ANESTESISTA: DR. ROSSANDA

INSTRUMENTADOR  
08/09/19 TIEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA: INICIO FIM CIRUGÍA: INICIO + FIN  
INDICE DE RIESGO DE CIRUGÍA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)

ÍNDICE DE RIESGO DE CIRUGÍA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)

ASA 1 (ASA 2) ASA 3 (ASA 4) ASA 5 (ASA 6)

GRADO DE CONTAMINACION ( ) limpia ( ) contaminada ( ) infectada ( ) POTENCIALMENTE CONTAMINADA

**ANEXO 1** *[Assinatura]*  
Técnico em Informática  
COREN-PR 011





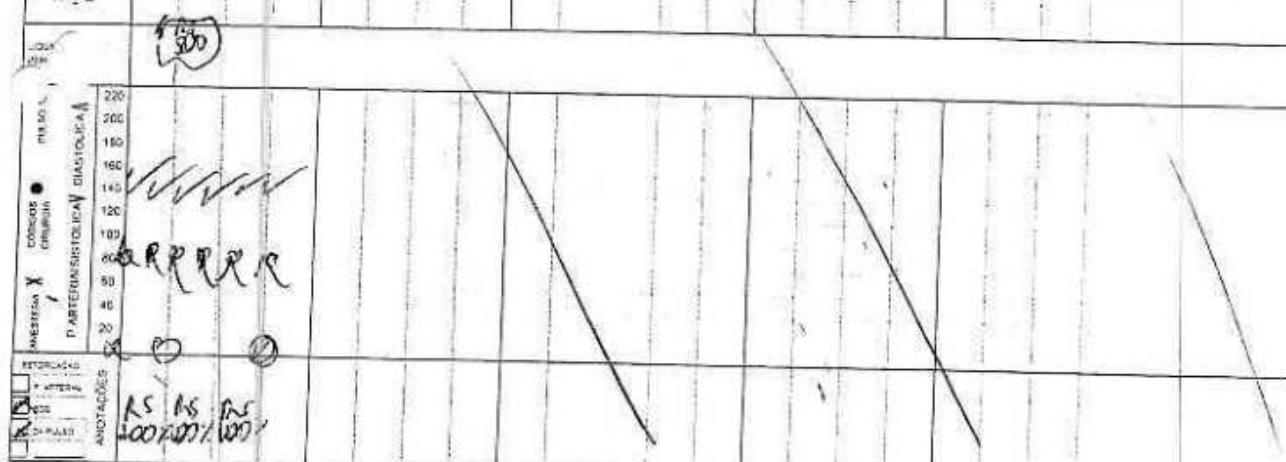
REC-001

## FICHA DE ANESTESIA

DATA: 09/10/19

PRONTUÁRIO: 1193479

PACIENTE:	SEVERINO MARQUES DA SILVA			SEXO: M COR: PARD	IDADE: 66A
PRESSÃO ARTERIAL	SPIRULSO: 80	RESPIRAÇÃO: CEFALICO	TEMPERATURA: 36,0	PESO: 60 GRUPO SANGUÍNEO:	
ESTADO GERAL	( ) BOM ( ) REGULAR ( ) MAU ( ) PESSIMO	RISCO CIRÚRGICO	( ) BOM ( ) REGULAR ( ) MAU ( ) PESSIMO		
EXAMES COMPLEMENTARES	VFM				
AP. RESPIRATÓRIO	EVANEGICO				
AP. DIGESTIVO	EM SEJUM				
ESTADO MENTAL	ECG IS				
DROGAS EM USO	-				
PRE-ANESTÉSICO	-				
DOSE/HORA	-				
DIAGNÓSTICO PRE-OPERATÓRIO	NECrose DE PARTE MOLDE EM TORNACAO				
CIRURGIA REALIZADA	INTERFERA MECÂNICA CIRÚRGICA				
CIRURGIÃO DR. FÁVIO	AUXILIARES DR. JORGE				
INÍCIO DA ANESTESIA 10:45H	TERMINO DA ANESTESIA 11:30H				
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	DURAÇÃO DA ANESTESIA 00:45H				
QUANT. DE CH.	VALORES RS				
ANESTESISTA DR. ROSSANA + HOSPITAL	CRM-PB 4229				
ANESTHESIOLOGISTAS	Dra. Rossana L. M. F. Vale CRM / PB:4229 Médica Anestesiologista				
10:45H	11:30H				
Nº 20					



TECNICA	ANESTESIA GERAL	RADICULAR	EPIDURAL	BLOQ PLEXO	BLOQ NERVOS	OBOS
<b>LIGADORES</b> (1) MANO MINIMIZADA (2) ASERCA/ANESTESIOCA TORACOLUMBAR (4) FUNDIC LOMBAR 63 U4 CON.						
MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO						
1	MEDAZOLAM 2MG				11	
2	NECAFINA 100MG 1ML				12	
3	MORFINA 0,01MG				13	
4	DEMANTELENA 10MG				14	
5	CEFRAXICLORACA 500MG				15	
6	MDAMINA 2G				16	
7	CETAPONAVIC				17	
8	CETODEPEN 10MG				18	
9					19	
10					20	

*ANESTHESIOCA RGG, LCA LIGADA, INTRATO 2+3 (5) SEM INTERCONEXAO*

ASSINATURA DO ANESTESESTA

*Dra. Rossana L. M. F. Vale*  
CRM / PB:4229  
Médica Anestesiologista





## RELATÓRIO DE CIRURGIA



### DESCRIGÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- ① Paciente na OR sob anestesia
- ② Posição - antímpico

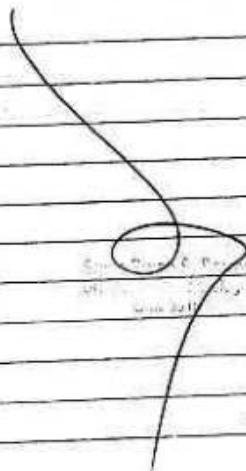
Incisão:

- ③ Apresentar o corpo
- ④ Incisão e descolamento de tecido desvitalizado

Achados:

- ⑤ Curto
- ⑥ Órgão

Conduta:



Fechamento:

Observação:

João Pessoa, 21/11/19

Médico/CRM:

F(NG)ASCTR.009-1



RELATÓRIO DE CIRURGIA

NOME:	SEVERINO MIRANDA DA SILVA	BE/PRONTUÁRIO	<b>1192479</b>
IDADE:	66 anos	SEXO:	M COR: DATA: 14/10/2019
CLÍNICA /SETOR:	ORTOPEDIA	ENF EG	LEITO
CIRURGIA:	<u>LMC DA Perna ESQUERDA + DESBRIDAMENTO DE TECIDOS DESVITALIZADOS</u>		
CIRURGIÃO:	DR. GUSTAVO	1º ASS:	DR. VINICIOS
2º ASS:	MR1 JORGE	3º ASS:	
INSTRUMENTADOR:		ANESTESISTA:	DR. KALINE
TIPO DE ANESTESIA:	RAQUIANESTESIA	HORÁRIO INÍCIO:	TÉRMINO:

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO		CÓDIGO
<b>FERIMENTO INFECTADO NA Perna ESQUERDA</b>		

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS		CÓDIGO
<b>LMC+ DESBRIDAMENTO DE TECIDOS DESVITALIZADOS</b>		

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: 14/10/2019



RELATÓRIO DE CIRURGIA

DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

PACIENTE EM DDH SOB RAQUEANESTESIA

ASSEPSIA E ANTISSEPSIA

APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS ESTÉREIS

Incisão:

ABERTURA DA SUTURA EM FERIMENTO EXISTENTE

Achados:

SÃO INFECTADA NA REGIÃO ANTERIOR DA Perna ESQUERDA

Conduta:

LMC EXAUSTIVA

DESBRIDAMENTO DE TECIDO DESVITALIZADOS

CURATIVOS ESTÉREIS

echamento:

Observação:

Médico/CRM:

João Pessoa,

14/10/2019



Nota de Sala Cirúrgica

9 0  
BRITISH

NOME DO PACIENTE		66 13924479		EDADe	16	ENFERMERA	16	LEITO	01
CIRURGIA		Limpeza cirúrgica ur. peño (2) Cist. Ba cistostomia; fôrge. Pint (HR)							
CRURGIO		Guilherme Espindola							
ANESTESIA		Raquel							
ANESTESISTA		Kleber Espindola							
INSTRUMENTADOR		14:50 - 15:30							
DATA		TIPO CIRÚRGICO - ANESTESIA INICIO		FIN	CIRURGIA DURAÇÃO				
ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)									
ASA 1 ( ) ASA 2 ( ) ASA 3 ( ) ASA 4 ( ) ASA 5 ( )									
GRAU DE CONTAMINAÇÃO: ( ) LIMPA ( ) CONTAMINADA ( ) INFECTADA ( ) POTENCIALMENTE CONTAMINADA									
MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS		QTD.	MATERIAIS CONT.		QTD.	FIOS		QTD.	
ALFENTANILA			SELCO Nº14			FIO CAT GUT CROMADO Nº			
BUPIVACAÍNA ISOBARICA			SELCO Nº20			FIO CAT GUT CROMADO Nº			
BUPIVACAÍNA PESADA			SELCO Nº22			FIO DE AÇO Nº			
CETamina			SELCO Nº24			FIO DE NYLON Nº			
DROPERIDOL			KIT SIST. DREN. TORÁXICA Nº			FIO DE NYLON Nº			
ETOMIDATO			LÂMINA DISTURÍ Nº11			FIO DE NYLON Nº			
HALOTAL			LÂMINA DISTURÍ Nº15			FIO POLIGLACTINA Nº			
IANTAL			LÂMINA DISTURÍ Nº23			FIO POLIGLACTINA Nº			
MAZENE			LÂMINA DISTURÍ Nº24			FIO POLIGLACTINA Nº			
ISOFLURANO			LÂMINA DE DERMATÔMOS			FIO POLIPROPILENO Nº			
LEVOBUPIVACAÍNA C/VASO			LÂMINA DE ENXERTO			FIO POLIPROPILENO Nº			
LEVOBUPIVACAÍNA C/VASO			LUVA DE PROCEDIMENTO PAR.			FIO POLIPROPILENO Nº			
LIDOCAINA C/VASO			LUVA ESTÉRIL Nº3			FIO POLIPROPILENO Nº			
LIDOCAINA C/VASO			LUVA ESTÉRIL Nº3			FIO POLIGLICAPRONE Nº			
MIDAZOLAN			LUVA ESTÉRIL Nº3			FIO SEDA Nº			
MORFINA			LUVA ESTÉRIL Nº3			FITA CARDIACA			
MÍTABOL			AGULHA PERIDURAL Nº16			MATERIAL ESPECIAL			
PANCURÔMIO			AGULHA PERIDURAL Nº17			CATETER DE PIC			
PETIDINA			AGULHA PERIDURAL Nº18			CONVENTO CIRÚRGICO			
PROPOFOL			AGULHA RAQUÍ Nº20			CLIPITÂMIO LIGADURA			
RAMIFENTANILA			AGULHA RAQUÍ Nº26G			FIO DE KIRSCHNER Nº			
ROCUROLÍCIO			AGULHA RAQUÍ Nº26G			FIO DE KIRSCHNER Nº			
SEVOFLURANO			ALGODÃO ORTOPÉDICO			FIO STEINMAN Nº			
SUX AMETÔNIO			ATADURA DE CREPOM			FIO STEINMAN Nº			
TIOPENTAL			ATADURA GESSADA			GRAMPEADOR CIRÚRGICO			
MEDICAÇÕES		QTD.	BOLEIA IN COLOSTOMIA			HEMOST. ABSORVITEL			
ADRENALINA			CÂNDULA IN TRAQUEOSTOMIA Nº			KIT DERIVA VENTRICULAR			
ÁGUA DESTILADA			CATETER DE OXIGÊNIO			PRÓTESE VASCULAR			
ATROPINA			CATETER EMBOLIC ARTERIAL Nº			KIT PAM			
TSA			CATETER EPIDURAL Nº6			FIXADOR EXTERNO			
ZOLINA			CATETER EPIDURAL Nº11			EMPRESA			
AMETASONA			CATETER EPIDURAL Nº18			SONDA FOLEY 2VIAS Nº12			
DIFERINA SÓDICA			CERA PARA OSSO			SONDA FOLEY 2VIAS Nº14			
EFEDINA			COLET. URINA FECHADO			SONDA NASOG. CURTA		PARAFUSOS CORTICais	
FUROSEMIDA			COMPRESSAS CIRÚRGICAS			SONDA NASOG. LONGA		PARAFUSOS CORTICais	
GLICOSE 5%			COMPRESSAS CIRÚRGICAS			SONDA UMITRAL Nº		PARAFUSOS BANHADOS	
GLUCONATO DE CALÇO			DRENO DE PENOSA			TORNEIRINHA		PARAFUSOS MOLDEJADAS	
IDROCORTISONA			DRENO DE SUCCÃO			TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		PARAFUSOS MALEOLAR	
LIDOCAINA GELEIA			ELETRODOS			TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		PLACA	
ONDASENTRONA			EQUIPO MACKEROLAS			TUBO SILICONE (LATEX)		PLACA	
PLASIL			EQUIPO TRANSF. SANGUE			FIOS		EQUIPAMENTOS	
PROSTIGMINE			EQUIPO MICROGOTAS			FIO ALGODÃO SIA Nº		ASPIRADOR	
PROTAMINA			ESPINHA DE PVSI			FIO ALGODÃO SIA Nº		BISTURI ELÉTRICO	
TENOXICAN			ESPARADRAPO			FIO ALGODÃO SIA Nº		CAPNÓGRAFO	
			GAZES			FIO ALGODÃO CIA Nº		CARDIOMONITOR	
			GAZES ALGODoadAS			FIO ALGODÃO CIA Nº		DESFIBRILADOR	
			GEL ELETROLÍTICO			FIO ALGODÃO CIA Nº		FOCO AUXILIAR	
			SELCO Nº14			FIO ALGODÃO CIA Nº		FOCO CENTRAL	
			SELCO Nº16			FIO ALGODÃO CIA Nº		MICROSCOPIO	
						FIO ALGODÃO CIA Nº		OXÍMETRO DE PULSO	
						FIO ALGODÃO CIA Nº		P.A. INVASIVA/ NÃO INVASIVA	
						FIO ALGODÃO CIA Nº		PERFURADOR ELÉTRICO	
						FIO ALGODÃO CIA Nº		SERRA	
<i>Cirurgia de hérnia de diafragma</i> <i>Centro 8835757 PB</i>									







HISTORICAL

REGISTRO DE UTILIZAÇÃO DE MATERIAIS  
ÓRTESIS PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPMI

Número: Sevenino Minandai da Silva Data: 12/12/19  
Paciente: Ita. Ciungio Fratura de Malleolo Lateral Data: 12/12/19  
Procedimento: Dr. Lannini + DR. Renato  
Ass.:  Non SUS:   
Deposição: Caixa Prentel

Número: Sevenino Minandai da Silva Data: 12/12/19  
Paciente: Ita. Ciungio Fratura de Malleolo Lateral Data: 12/12/19  
Procedimento: Dr. Lannini + DR. Renato  
Ass.:  Non SUS:   
Deposição: Caixa Prentel

Cx. 3,5 Canulado		DISPENSAÇÃO GME		
FORNECEDOR	DESCRICAÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE	CÓDIGO SUS	MARCA
	Panoduro Canulado N° 40	01		
	Panoduro Canulado N° 42	01		

LINCe 0123

ASSINATURA CIRCULANTE BESPINSAVET

ASSINATURA INFERNAGEM - COREN

ASSINATURA CIRCUITANTE RESERVAIS AVA

ASSINATURA INFERNAGEM - COREN

ASSINATURA CIRCUITANTE RESERVAIS V

ASSINATURA INFERNAGEM - COREN



Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)		Folha 1/2
<b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b> 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE <b>HTOP</b>					2 - CNES
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE <b>HTOP</b>					4 - CNES
<b>Identificação do Paciente</b> 5 - NOME DO PACIENTE <b>Severino Miranda da Silva</b>					6 - Nº DO PRONTUÁRIO <b>19245</b>
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO <b>/ /</b>		9 - SEXO <b>Masc H-1 Femi 3</b>	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL					11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DE TELEFONE
12 - ENDEREÇO (RUA, N°, Bairro)					13 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO
14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA					15 - UF
					16 - CEP
<b>17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)</b>					
<b>MUDANÇA DE PROCEDIMENTO</b>					
20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR			15 - 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 ASOCIADAS	
<b>SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)</b>					
26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL			27 - CÓD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		
28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO I <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO II <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO III			30 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		
29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			31 - DTE		
32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			33 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		
35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL <b>CX. 3,5 Canulado / tmc</b>			36 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		
<b>38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO</b> <b>01 parafuso canulado 3,5 N° 40</b> <b>01 parafuso canulado 3,5 N° 42</b>					
<b>PROFISSIONAL SOLICITANTE</b>					
39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE				40 - DATA DA SOLICITAÇÃO	
41 - DOCUMENTO <input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF		42 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
<b>AUTORIZAÇÃO</b>					
44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				45 - CÓD. ÓRGÃO EMISOR	
47 - DOCUMENTO <input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF		48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	





## RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEETSHL

NOME:	<b>SEVERINO MIRANDA DA SILVA</b>		BE/PRONTUÁRIO	<b>1192479</b>		
IDADE:	<b>66A</b>	SEXO:	MAS	COR:	DATA:	#####
CLÍNICA /SETOR:	<b>ORTOPEDIA</b>		M03			
CIRURGIA:	<b>TRATAMENTO CIRÚRGICO DE MALELO BIMALEOLAR ESQUERDO</b>					
CIRURGIÃO:	<b>DR LAURI</b>	1º ASS:	<b>DR RENNA</b>			
2º ASS:			3º ASS:			
INSTRUMENTADOR:	ANESTESISTA:ANA LUI					
TIPO DE ANESTESIA:	<b>RAQUI</b>	HORÁRIO	INÍCIO:	TÉRMINO:		

DIAGNÓSTICO POS-OPERATÓRIO	CID
<b>FRATURA DE TORMOZELA ESQUERDO BIMALEOLAR</b>	
<b>SEQUELA FRATURA BILATERAL</b>	

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	CÓDIGO
<b>RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR ( 70 DIAS COM O FIXADOR)</b>	
<b>TRATAMENTO DE FRATURA DE MALELO BIMALEOLAR ESQUERDO</b>	

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO:

Descrição:

Biópsia de Congelação:

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

<input checked="" type="checkbox"/> ENFERMARIA	TERAPIA INTENSIVA
<input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA	ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM: \_\_\_\_\_ DATA: **12/12/2019**



## RELATÓRIO DE CIRURGIA

第12章

Descrição da Cirurgia							
Posição e Preparo:							
<b>PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA</b>							
<b>ASSEPSIA E ANTISEPSIA + GARROTEAMENTO</b>							
<b>APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS</b>							
<b>ANTIBIÓTICO PROFILAXIA</b>							
Incisão:							
<b>VIA DE ACESSO LATERAL</b>							
<b>HEMOSTASIA CRITERIOSA</b>							
<b>DISSECÇÃO POR PLANOS</b>							
Achados:							
<b>FRATURA DE MALEOLO LATERAL</b>							
Conduta:							
<b>RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR</b>							
<b>FIXAÇÃO PERCUTÂNEA COM CANULADO 3,5 EM MALEOLO MEDIAL</b>							
<b>REALIZADO TESTE DE ESTABILIDADE EM MALEOLO LATERAL COM AUXILIO DE ESCOPIA E</b>							
<b>OBSERVADO CONSOLIDAÇÃO + ESTABILIDADE</b>							
Enchimento:							
<b>SUTURA POR PLANOS</b>							
<b>CURATIVOS ESTÉREIS</b>							
Observação:							
<b>RX DE CONTROLE</b>							

Médico/CRM:

João Pessoa,

九四：无咎，无攸利。



Nota de Sala Cirúrgica

REF ID: 1

NOME DO PACIENTE		<u>Severino Miranda da Silva</u>		
IDADE	66 G SE	PONTUARIO	16	LEITO 04
CIRURGIA	traçado	ANESTESIA	16	LEITO 04
CIRURGIÃO	Drº Lauri PALK	DRº Renato PALK		
ANESTESIA	<u>Roque + sedação</u>			
ANESTESISTA	<u>Dra Crimila</u>			
INSTRUMENTADORES	—	—	—	—
DATA	12/12/19	CIRURGICO - ANESTESIA INICIO	09:00	10:15 Cirurgia 09:15 10:00
INDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)	ASA 1 ( ) ASA 2 ( ) ASA 3 ( ) ASA 4 ( ) ASA 5 ( )			
GRAU DE CONTAMENACAO	1 LIMPA ( ) CONTAMINADA ( ) INFECTADA ( ) POTENCIALMENTE CONTAMINADA			
MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS
ALFENTANILA		VELCO N°18		FIO CAT GUT CROMADO N°
SUTIVACAINA ISOBÁRICA	5RL 500	OK VELCO N°20		FIO CAT GUT CROMADO N°
BURIVACAINA PESADA	1	VELCO N°22		FIO DE AÇO N°
ETANALMA	SF 500	OK VELCO N°24		FIO DE NYLON N°
DROPERIDOL		KIT SIST. DREN. TORAXICA N°		3.0
ETOMODATO		LÂMINA BISTURI N°11		FIO DE NYLON N°
FENDOARBITAL		OK LÂMINA BISTURI N°15		FIO DE NYLON N°
FENTANILA		OK LÂMINA BISTURI N°18		FIO POLIGLACTINA N°
FLUMAZENE		OK LÂMINA BISTURI N°24		FIO POLIGLACTINA N°
ISOFLURANO		LÂMINA DE DERMATOMO		FIO POLIGLACTINA N°
LEVOBUPIVACAÍNA C/VASO		SABÃO ANTISEPTICO		FIO POLIPROPILENO N°
LEVOBUPIVACAÍNA S/VASO		MATERIAIS	QTD.	FIO POLIPROPILENO N°
LIDOCAYNA C/VASO	AGULHA 15X4,5	LUVA ESTÉRIL N°7,0		FIO POLIPROPILENO N°
LIDOCAYNA S/VASO	AGULHA 25X0,7	LUVA ESTÉRIL N°7,5		FIO POLIGLACRONE N°
MEDAZOLAN	AGULHA 25X0,8	LUVA ESTÉRIL N°8,0		FIO SEDA N°
MORFINA	AGULHA 40X12	LUVA ESTÉRIL N°8,5		FITA CARDIACA
MUS-BUM	AGULHA PERIDURAL N°16	MASCARA CIRÚRGICA	OK	MATERIAL ESPECIAL QTD.
PANCURÔNIO	AGULHA PERIDURAL N°17	MULTIVIAS		CATETER DE PIC
PETIDINA	AGULHA PERIDURAL N°18	PERFUDADOR DE SORO		EMENTO CIRÚRGICO
PROPOFOL	AGULHA RAQUI N°21G	SCALP N°19		CLIP TITÂNIO LIGADURA
RAMIFENTANILA	AGULHA RAQUI N°24G	SCALP N°21	OK	FIO DE KIRSCHNER N° 1,0 - 3,5 cm agulha
ROCURÔNIO	AGULHA RAQUI N°24G	SERINGA 3ML		FIO DE KIRSCHNER N°
SEVOFLURANO	ALGODÃO ORTOPÉDICO	SERINGA 10ML		FIO STEINMAN N°
SIXAMETONO	ATADURA DE CREPOM	SERINGA 10ML		FIO STEINMAN N°
TROPENTAL	ATADURA GESSADA	SERINGA 20ML		GRAMPEADOR CIRÚRGICO
MEDICAÇÕES	QTD	BOLSA P/ COLOSTOMIA		HEMOST ABSORVÍVEL
ADRENALINA		CÂNTULA P/ TRAQUEOSTOMIA N°		KIT DERIVA VENTRICULAR
ÁGUA DESTILADA		CATETER DE OXIGÊNIO		PRÓTESE VASCULAR
ATROFOPINA		CATETER EMBOLEC ARTERIAL N°		KIT PAM
BEXTRA		CATETER EPIDURAL N°16		FIXADOR EXTERNO
CEFAZOLINA		CATETER EPIDURAL N°17		EMPRESA
DEXAMETASONA		CATETER EPIDURAL N°18		TM
DIFRÓMINA SÓDICA		CERA PARA OSSO		Canuladão
EFEDRINA		COLET. URINA FECHADO		ZARZUELA COTTON = 3,5
EROSSEMIDA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	OK	ZARZUELA EPICRIO = 10%
GLUCOSE 5%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS		PARAFUSOS FERRO
GLUCONATO DE CÁLCIO		DREN. DE FÉTROSE		PARAFUSOS MALLEOLAS
HIDROCORTISONA		DRENO DE SUÇÃO		PLACA
LIDOCAYNA GELEIA		ELÉTRODOS	OK	Cx. 3,5 Canulado
ONDASENTRINA		EQUIPO MACROGOTAS		EQUIPAMENTOS
PLASIL		EQUIPO TRANSF. SANGUE		ESPIRONA DE PVPH
PROSTIGMENE		EQUIPO MICROGOTAS		FIOS
PROTAMINA		ESPONJA DE PVPH	QTD.	ASPIRADOR
TENDOCAN		ESPARADRAFO		BISTURI ELÉTRICO
<i>Cefazolina</i>		GAZES		CAPROGRAFO
		GAZES ALGODoadas		CARDIGMONITOR
		GEL ELÉTROLÍTICO		DESFIBRILADOR
		VELCO N°14		FOCO AUXILIAR
		VELCO N°16		FOCO CENTRAL
		LAP	OK	MICROSCOPIO
		cx. FEMUR	OK	OXÍMETRO DE PULSO
		cx. 3,5. Canulado	OK	TPA INVASIVANHO INVASIVA
		01		PERFURADOR ELÉTRICO
		04		SERRA
				CIRCULANTE
				Cefonina 03/2020
				FONIASCIR 01

## FICHA DE ANESTESIA

DATA: 12/12/19

PRONTUÁRIO: 119 2479

PACIENTE: SUCRINO MIRANDA PASQUA MAS PARDO SEXO: F COR: PÁDIA: 66

PRESSÃO ARTERIAL: 150x80 RESPIRAÇÃO: 6 PINGOS TEMPERATURA: 37,5 G.RUPO SANGUÍNEO

ESTADO GERAL: BOM / REGULAR / MUITO PESSIMO RISCO CIRÚRGICO: BOM / REGULAR / MUITO PESSIMO

EXAMES COMPLEMENTARES: VPM

AP. CIRCULATORIO: OK

AP. DIGESTIVO: OK (gástrico) ESTADONAL: 10h DROGAS EM USO

PRE-ANESTÉSICO:

MDZ 2,5 g + fentanil Somez

ESTADO FÍSICO (ASA): II

DOSE: 100g

DIAGNÓSTICO PRE-OPERATÓRIO: FRATURA DE MOLHO MAT.

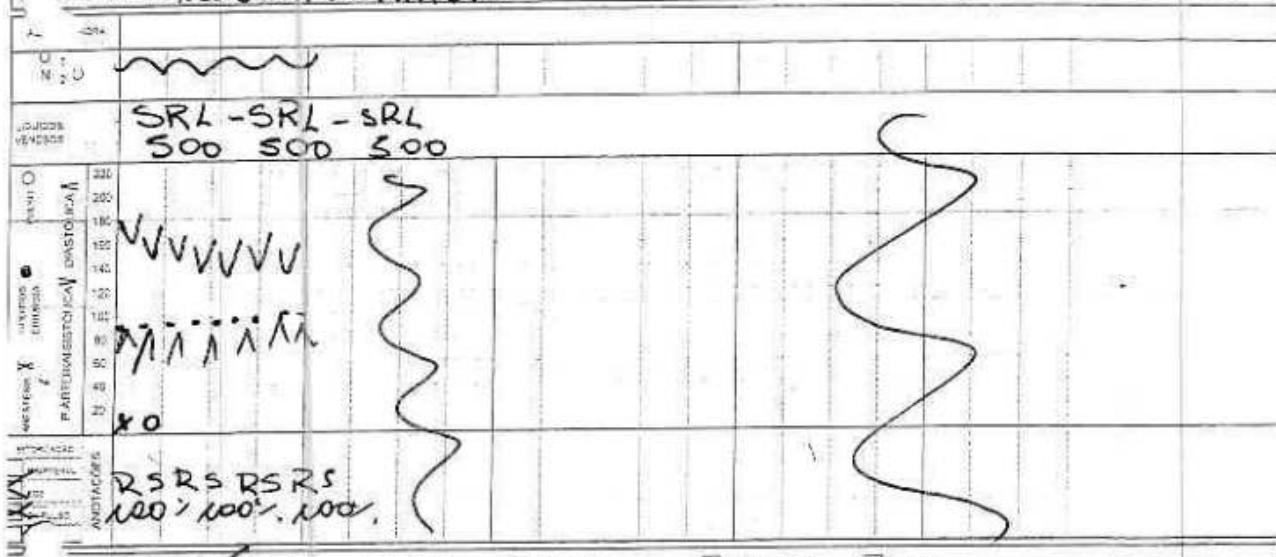
CIRURGIA REALIZADA: Fratura do protetor de molho mat.

CIRURGIÃO: AUXILIARES

INÍCIO DA ANESTESIA: 09:10 TÉRMINO DA ANESTESIA: 10:15 DURAÇÃO DA ANESTESIA

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: QUANT. DE CH: VALORES RS:

ESTESTISTA: Dra. CAMILA PORTELA CRM/PB

ANESTÉSICO:  GÁSTRICA  RADICAL  EPIDURAL  BLOCO PLEXO  BLOCO NERVOUS  OUTROS

ANESTÉSICO		MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO	
SUCESSO		○ MIDAZOLAM 2,5 g	11
ANEL		○ fencosnil 50 mg	12
SARROU		○ BOP 150 20 mg	13
MORF		○ MORFINA 30 mg	14
TOTAL		○ levorotina 0,2 g	15
ESTVNC DO PACIENTE		○ NEUROSCON 70	16
<input type="checkbox"/> APIT* <input type="checkbox"/> ENFERMADIA		○ Dexametasona 5 mg	17
<input type="checkbox"/> LUT <input type="checkbox"/> RESPIROM		○ DIPIRONA 0,2 g	18
<input checked="" type="checkbox"/> URPA		○ etopropio 100g	19
			20
DESCRIÇÃO DE ANESTESIA		Assinatura do anestesista: Camila Portela Data: 12/12/2021	
Descrição de procedimento: procedimento cirúrgico, remoção de um dente, 106. Iniciar com 1+2, duplo fentanil, duplo diazol com etocarbol 10%, punha curvada 4, muelas 15x4, lera 14 liquido etoxi com agulha 26, algodão (3x4) Bing. Retiro - 10 U20%.			
Assinatura do anestesista:		FIM/ABRIR DIA	



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/01/2021 11:01:01

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012811010127600000037022684

Número do documento: 21012811010127600000037022684

Num. 38833034 - Pág. 39



<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)</b>			Folha 1/2
Identificação do Estabelecimento de Saúde						
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE			2 - CNES			
HTOP						
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE			4 - CNES			
HTOP						
Identificação do Paciente						
5 - NOME DO PACIENTE			6 - N° DO PROBATÓRIO			
Severino Miranda da Silva			1192479			
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)			8 - DATA DE NASCIMENTO			9 - SEXO
			/ / / /			Masc <input checked="" type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/>
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL			11 - TELEFONE DE CONTATO (Nº DO FONE)			
			DDD / / / /			
12 - ENDERECO (RUA N°. BAIRRO)			13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA			14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO 15 - UF
						15 - CEP
17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)						
<b>MUDANÇA DE PROCEDIMENTO</b>						
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 - CÓD. 10 PRINCIPAL			24 - CÓD. 10 SECUNDÁRIO
						25 - CÓD. 10 CAUSAS ASSOCIADAS
<b>SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)</b>						
26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL			27 - CÓD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL			
28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE						
<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE		<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO I		<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO II		<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO III
29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			30 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			31 - DIF.
32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			33 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			34 - DIF.
35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			36 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			37 - DIF.
Hospital						
38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO						
seja película biológica - 02						
<b>PROFISSIONAL SOLICITANTE</b>						
39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE			40 - DATA DA SOLICITAÇÃO			
41 - DOCUMENTO		42 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO SENAC/HCI)		
<input type="checkbox"/> CNS	<input type="checkbox"/> CPF			Dr. Mano Augusto CIRURGIA CRM 5177/PB		
<b>AUTORIZAÇÃO</b>						
44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			45 - CÓD. ÓRGÃO EMISOR			46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
47 - DOCUMENTO		48 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)		
<input type="checkbox"/> CNS	<input type="checkbox"/> CPF					



## RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: José da Silva BE Prontuário: 1192476Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino Cor: \_\_\_\_\_ Data: 1/1/1Clínica/Setor: Cirurgia Pediátrica EMP: \_\_\_\_\_ LR: \_\_\_\_\_Cirurgia: Corpectomia VertebralCirurgião: Dr. Fábio Lobo 1º Assistente: \_\_\_\_\_

2º Assistente: \_\_\_\_\_ 3º Assistente: \_\_\_\_\_

Instrumentador: \_\_\_\_\_ Anestesista: Dr. VitorTipo de Anestesia: Geral Horário: Início \_\_\_\_\_ Término \_\_\_\_\_

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Axila aderida</u>	
<u>em fer</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Corpectomia Vertebral</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: ( ) Sim ( ) Não. Descrição: \_\_\_\_\_

Biopsia de Congelação: ( ) Sim ( ) Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

( ) Enfermaria ( ) Terapia Intensiva ( ) Residência ( ) Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM: Dr. Mário Augusto TORRES CRM - 5177/PBJoão Pessoa, 18/1/19

F(NG)ASCIR.009-1



### **Nota de Sala Cirúrgica**

02 película biológica - hospital

CHELSEA  
*Cleopatra*  
83723-5

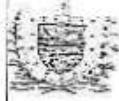


HEARTS

## FICHA DE ANESTESIA

DATA: 18/11/19

PRONTUÁRIO: 1192479



PACIENTE: SEVERINO MIRANDA DA SILVA	SEXO: M	COR: IDADE: 66A					
PRESSÃO ARTERIAL PULSO 70/50	RESPIRAÇÃO 18PMIN	TEMPERATURA 36,5°C	PESO 65KG	GRUPO SANGUÍNEO O+			
ESTADO GERAL: BOM	REGULAR	MAL	PESSIMO	RISCO CIRÚRGICO: BOM	REGULAR	MAL	PESSIMO
EXAMES COMPLEMENTARES CHECADOS							
AP. RESPIRATÓRIO NDN	AP CIRCULATÓRIO NDN						
AP. DIGESTIVO JEJUM	ESTADO VENTRAL LOTE	DROGAS EM USO VPM					
PRE-ANESTÉSICO —	ESTADO FÍSICO ASA I						
DOSE/HORA —	—						
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO FRATURA EXPOSTA TORNozELO (L)							
CIRURGIA REALIZADA ENXERTO DE PELE							
CIRURGÃO DR. MÁRIO	AUXILIARES						
INÍCIO DA ANESTESIA 12h	TERMINO DA ANESTESIA 13:15h	DURAÇÃO DA ANESTESIA 1h 15min					
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO QUANT. DE CH	VALORES RS						
A. ESTÉSISTA DR. VANESSA F.	CRM/PB 8287						
<p>EEG (120) E (130)</p> <p>#MSK (120) (130)</p> <p>IRL IRL</p>							
<p>ANESTÉSICO IN ALERGIAS SISTOLICAS DIASTOLICAS</p> <p>ANESTÉSICO IN ALERGIAS SISTOLICAS DIASTOLICAS</p> <p>ESTRÁZOL X C. ATROPINA X</p> <p>ANESTÉSICO IN ALERGIAS SISTOLICAS DIASTOLICAS</p>							
<p>ESTÉSICA R. SINTETICO, MONITORIZADO, ASSEPSIA + ANTISSEPSIA, PUNÇÃO LOMBAR L3-4 C/AGULHA 26G, CCE L2, (1)</p> <p>MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO</p>							
<p>QUÍMICO</p> <p>1. BUPILACAINA PESADA - 15mg 11</p> <p>2. CEFALOSPORINA - 200mg + 0,5mg 12</p> <p>3. DEXAMETASONA - 10mg 13</p> <p>4. DIPIRONA - 2g 14</p> <p>5. FENTANIL - 80mcg + 20mcg 15</p> <p>6. MIDAZOLAM - 0,05mg 16</p> <p>7. CLONIDINA - 75mcg CV 17</p> <p>8. MORFINA - 10mg 18</p> <p>9. 10. 20</p>							
<p>DESENHO DO PACIENTE</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ADT - ENFERMERA</p> <p><input type="checkbox"/> UNI - RESIDÊNCIA</p> <p><input type="checkbox"/> OUTROS</p>							
<p>DESCRIÇÕES ESPECIAIS</p>							
<p>ASSINATURA DO ANESTÉSICO</p> <p>F. INGLASCO, CRM-PB 8287</p> <p>Vanessa Ingraco de Souza</p> <p>CRM-PB 8287</p>							



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/01/2021 11:01:01

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012811010127600000037022684

Número do documento: 21012811010127600000037022684



## RELATÓRIO DE CIRURGIA



## DESCRICAÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Fronte deitado dorsal  
arpresso lateral do Drs. Círga

Incisão:

- Linha recta pelo lado  
de face anterior e lâmina  
lateral

Achados:

- Órgãos visíveis pelo fundo  
visual (ver 3.º)

- Órgãos visíveis lâmina  
anterior de dor multilobular

Fechamento:

- Continua sutura ferida  
2-0

Observação:

Dr. Mário Augusto  
C. MOREIRA  
CRM - 5177 PE

João Pessoa,

Médico/CRM:

F(NG)ASCIR.009-1





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/01/2021 11:01:01  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012811010127600000037022684>  
Número do documento: 21012811010127600000037022684

Num. 38833034 - Pág. 46

PB Nº 014798837357		BILHETE DE SEGURO DPVAT	
<p><b>ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA</b></p> <p><b>www.seguradoralider.com.br</b> <b>SAC DPVAT 0800 022 1204</b></p>			
		EXERCÍCIO 2019	DATA EMISSÃO 21/05/2019
VIA 1	CPF/CNPJ 14805014415	PLACA LFB7295/PB	
REFAVAM 00488595908	MARCA / MODELO HONDA/PC 100		
ANO FAB. 2012	CAT. TAN. 9	Nº CHASSI 9C2HB0210CRU32010	
<b>PRÊMIO TARIFÁRIO</b>			
FINS (FII) *****	DESENTO (DE) *****	CUSTO DO SEGURO (PSI) *****	
CUSTO DO BILHETE (RS) *****	SEGURADO	TOTAL PREÇO (PSI + CUSTO DO BILHETE) PAGO	
PAGAMENTO 5 COTA ÚNICA	ANCELADO	DATA DE QUITAÇÃO 20/05/2019	
<b>SEGURADORA LÍDER - DPVAT</b>			
CNPJ 05.215.800/0001-04			
20745-0825549-20190521			



## - IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA	DATA DO ACIDENTE	CPF DA VÍTIMA
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO	QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR	( ) VÍTIMA ( ) REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____
ENDERECO DO PORTADOR	Nº COMPLEMENTO	BAIRRO _____
CIDADE	UF	CEP _____
E-MAIL	TELEFONE ( ) _____	

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

## DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

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

## - DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

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

## DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PE A AUTORIDADE POLICIAL. (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVENS) TAIIS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVENS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEBIMENTO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIIS COMO COPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

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

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- \* MORTE = R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM A TABEJA DE SEGURO DE PREVISTA NA LEI 6.134/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REFOLHO ATÉ R\$ 2.700,00 (REFOLHO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- \* O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- \* COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO Q:
- \* PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGU

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE \_\_\_\_\_

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA \_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_\_

IDENTIDADE \_\_\_\_\_

ASINATURA \_\_\_\_\_

S. -



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0159683/20

**Vítima:** SEVERINO MIRANDA DA SILVA

**CPF:** 148.050.144-15

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 25/09/2019

**Titular do CPF:** SEVERINO MIRANDA DA SILVA

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

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

**SEVERINO MIRANDA DA SILVA : 148.050.144-15**

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](http://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: 08/06/2020  
Nome: SEVERINO MIRANDA DA SILVA  
CPF: 148.050.144-15

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/06/2020  
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA  
CPF: 105.999.304-03

\_\_\_\_\_  
SEVERINO MIRANDA DA SILVA

\_\_\_\_\_  
NATALIA SOARES ALVES DA SILVA



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

Número: 3200205225 Cidade: Santa Rita Natureza: Invalidez Permanente  
Vítima: SEVERINO MIRANDA DA SILVA Data do acidente: 25/09/2019 Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE TORNOZELO 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 MODERADO DE TORNOZELO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: P1/9/10/19/29\_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 completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50

