

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, 19 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200295411

Vítima: MICHAEL JOHN DE SOUZA PEREIRA

Data do Acidente: 16/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MICHAEL JOHN DE SOUZA PEREIRA

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-DPVAT

Estamos aqui para Você





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, 06 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200295411 Vítima: MICHAEL JOHN DE SOUZA PEREIRA

Data do Acidente: 16/12/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MICHAEL JOHN DE SOUZA PEREIRA

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um 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: MICHAEL JOHN DE SOUZA PEREIRA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000041

Conta: 00000568227-0

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 0231717-20	3 - CPF da vítima: 04827802904	4 - Nome completo da vítima: Michael John de Souza Pereira
---	--	--

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo: Michael John de Souza Pereira	6 - CPF: 04827802904
7 - Profissão: moto taxista	8 - Endereço: Rua 2 malho Gengoso de Albuquerque
11 - Bairro: Oruzeiro	12 - Cidade: Campina Grande
13 - Estado: PB	14 - CEP: 58917 553
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD): 83 37741289

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:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente 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) |

AGÊNCIA: **0041**

CONTA: **00568227**

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 atende a região do acidente ou da minha residência; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou herdeiro (a/nascer)? <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
---	--	---	--	--	---

Este cliente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando cliente, 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
Impossível
apresentar
o laudo do
Instituto
Médico
Legal (IML)

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 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **Campina Grande - PB 13/08/2016**

Michael John de Souza Pereira

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº02957.01.2020.2.00.401

OCORRÊNCIA(S)

Suposto(s) Autor(es):

Tipificação 1: LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO

Data da Ocorrência: 16/12/2019

Hora: 21:58:00

Forma da Comunicação: Verbal

Endereço: Av Almirante Barroso, Cruzeiro, Campina Grande, PB.

Ponto de referência: Giradouro Que Dá Acesso a Av Pres Juscelino Kubitcheck

VÍTIMA(S)

Michael John de Souza Pereira, filiação: Marilena de Souza Pereira e Juvenal da Silva Pereira, idade: 34, data de nascimento: 12/09/1985, identidade de Gênero: masculino, nacionalidade: brasileira, naturalidade: Campina Grande, estado civil: solteiro(a), escolaridade: Ensino médio completo, profissão: Moto Boy, documentos(s) de identificação: CPF nº 048.278.029-04, endereço: Rua Evaldo Gonzaga de Albuquerque, 75, Cruzeiro, Campina Grande, PB, ponto de referência: Medfarma, telefone: (83) 99810-7441.

TESTEMUNHA(S)

Maria Eduarda Domingos de Oliveira, filiação: Maria Adriana Domingos e Eduardo Julio de Oliveira, idade: 19, data de nascimento: 11/04/2001, identidade de gênero: feminino, nome social: Maria Eduarda Domingos de Oliveira, nacionalidade: brasileira, naturalidade: Itabaiana, estado civil: casado(a), profissão: Manicure, documentos(s) de identificação: CPF nº 111.590.804-96, endereço: Rua Prefeito Antônio Luiz Coutinho, 690, Liberdade, Campina Grande, PB, ponto de referência: Churrascaria Paulistano, telefone: (83) 98873-2223.

Jhoais Felipe Coutinho, filiação: Maria do Socorro Leal e Pedro Coutinho de Castro, idade: 27, data de nascimento: 06/10/1992, identidade de gênero: masculino, nome social: Jhoais Felipe Coutinho, nacionalidade: brasileira, naturalidade: Campina Grande, estado civil: casado(a), profissão: Moto Boy, documentos(s) de identificação: RG nº 3751178 SSP/PB, endereço: Av Pres Juscelino Kubitcheck, 1648, Presidente Médice, Campina Grande, PB, ponto de referência: Casa/proximo a Medfarma, telefone: (83) 99600-3041.

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

(1) **Moto**, marca HONDA/CG150 START, modelo HONDA/CG150 START, tipo de veículo passeio, cor PRETA, ano 2014/2015, UF: PB, placa LMD-9437, chassi 9C2KC1670FR000777, renavam 01031521140, características gerais: Roubo/furto não município - Uf campina Grande - Pb marca/modelo honda/cg150 Start cor preta ano Fabricação/ano Modelo 2014/2015 chassi 9c2kc1670fr000777 renavam 01031521140 câmbio n/i motor kc16e7f000777 combustível alcool/gasolina capacidade de Passageiros 2 tipo do Veículo motocicleta nome Proprietário michael John de Souza Pereira

DILIGÊNCIAS ADOTADAS/EXAMES REQUISITADOS

PARTE(S)

(1) Michael John de Souza Pereira (VITIMA) - Exame de Lesão Corporal N° 172.2020



HISTÓRICO

Que a vítima na data hora e local descrito acima estava a transitar com sua moto descrita acima, momento que a vítima colidiu sua moto com um veículo que estava a adentrar a garagem da casa porém o veículo ficou tomando parte da via para adentrar a garagem; Que a vítima com impacto na lateral do veículo que o mesmo não sabe identificar qual seria o veículo, foi lançado ao solo e posteriormente socorrido pelo samu para o hospital de trauma de campina grande pb, onde a vítima passou por procedimento cirúrgico em seu tornozelo direito onde foi colocado dois pinos.

Nada mais disse. Encerrado está o presente termo.

Campina Grande/PB, 14 de agosto de 2020.

[Signature]
Demétrius Patrício L.

EDUARDO ALMEIDA RIBEIRO
MAT 181826-1775
Delegado(a) de Polícia Civil

[Signature]
MICHAEL JOHN DE SOUZA PEREIRA

Noticiante

[Signature]
JOSENILDO SOUSA DE ALMEIDA
Agente de Investigação

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 0231717-20	3 - CPF da vítima: 04827802904	4 - Nome completo da vítima: Michael John de Souza Pereira
---	--	--

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo: Michael John de Souza Pereira	6 - CPF: 04827802904
7 - Profissão: moto taxista	8 - Endereço: Rua 2 malho Gengoso de Albuquerque
11 - Bairro: Oruzeiro	12 - Cidade: Campina Grande
13 - Estado: PB	14 - CEP: 58917 553
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD): 83 37741289

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:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente 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) |

AGÊNCIA: **0041**

CONTA: **00568227**

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 atende a região do acidente ou da minha residência; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou herdeiro (a/nascer)? <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
---	--	---	--	--	---

Este cliente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando cliente, 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
Impossível
apresentar
o laudo do
Instituto
Médico
Legal (IML)

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 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **Campina Grande - PB 13/08/2016**

Michael John de Souza Pereira

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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: 31/08/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MICHAEL JOHN DE SOUZA PEREIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00041

CONTA: 000000568227-0

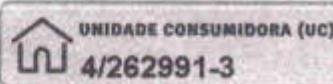
Nr. da Autenticação ED6F6DBA05350C6E

MICHAEL JOHN DE SOUZA PEREIRA
RUA E VALDOSTA ALBUQUERQUE, 75 - CRUZEIRO
CAMPINA GRANDE / PB (CEP: 58417552) (AG: 401)



CPF/CNPJ/RAM: 040 278 028-04

Grupo CGN/ENCLIBAL BAHIA TERRAS/ Subgrupo: B1
Classe: RES-MT: B1 / Subclasse: RESIDENCIAL
Legislação: MONOFÁSICO
Rotativo: 14 - 401 - 702-2125 - NP-Medidor: 0000000000000000



CADASTRE SUA FATURA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZANDO O CÓDIGO: 00002629913

R\$ 68,46	29/07/2020
Jul / 2020	84kWh 2,80 kWh MÉDIA DIÁRIA
SITUAÇÃO DE DÉBITOS	

DETALHAMENTO

CCI	Descrição	Quant.	Tarifa U/Tributos	Valor Base Calc.	Alq.	ICMS	Base Calc. PIS/RF/Coins/IR	
			(R\$)	(R\$)	(R\$)	(R\$)	(R\$)	(R\$)
0001	Consumo em kWh	84	0,722079	60,65	60,65	25	15,16	60,65
0002	LANÇAMENTOS E SERVIÇOS							
0007	CONTRIBUIÇÃO PÚBLICA			7,50	0,00	0	0,00	0,00
0004	JUROS DE MORADAS			0,11	0,00	0	0,00	0,00
0005	MULTAS/COVSU			1,05	0,00	0	0,00	0,00
0009	BONUS/ITAPPI ENERGIA/2021/2019			0,87	0,00	0	0,00	0,00

CCI Código de Classificação do Item
Tarifa s/ Tributos: 0,457080

RESERVADO AO FISCO 939b.bd4b-75d6-9a79-e2ad-1921-53bf-4124

HISTÓRICO DE CONSUMO (kWh)

Juros	Agios	Desco	Outros	LEITURAS	Leitura anterior	Leitura atual

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Descrição	Valor (R\$)	%
Brasil de Distr de Energia/BD	14,72	21,23
Compra de Energia	21,17	30,54

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins de direito, que o paciente atendido no dia 16/12/2019 nesta unidade hospitalar foi **MICHAEL JOHN DE SOUZA PEREIRA**, nascido em 12/09/1985, filho de Juvenal da Silva Pereira e Marilena de Souza Pereira, inscrito no RG 50527509 SSP SC e no CPF de nº 048.278.029-04, residente e domiciliado a Rua Evaldo Gonçaga de Albuquerque, 75, Cruzeiro, Campina Grande - PB, onde lê-se **MICKAEL JOHN DE SOUZA PEREIRA** leia-se **MICHAEL JOHN DE SOUZA PEREIRA**.

Sem mais para o momento.

Campina Grande/PB, 13 de agosto de 2020

Hospital de Emergência e Trauma
Av. 7º Gendarme Gonzaga Fernandes

Heloísa Fernanda Silveira Aragão - OAB/PB 22.893
Tlf.: 08.778.268-0001-60

HELOÍSA FERNANDA SILVA ARAGÃO

Assessora Jurídica do Núcleo de Auditoria do HETDLGF

Mat.: 6384722 – OAB/PB 22.893



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2063864 Paciente: MICKAEL JOHN DE SOUZA PEREIRA Idade: 034 Sexo: M OK

Nome da Mãe: MARILENA DE SOUZA PEREIRA Data de Nascimento: 12/09/1985 Admissão: 16/12/2019 DIH - 3 OK

Clinica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 6 Leito: 3 Diagnóstico: FRATURA DE MALEOLO MEDIAL DIR

DIA 19/12/2019

MÉDICO(A): Eldiman Soares De Araujo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE <i>Zewa — dr ou:us</i>	<i>cte</i>
2	JELCO HEPARINIZADO	<i>cte</i>
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 6h/6h	<i>pele 18</i>
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	<i>24</i>
5	OMEPRAZOL INJ 40MG 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO	<i>ok</i>
6	MEMBRO INFERIOR DIREITO ELEVADO	
7	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
8	CURATIVOS	

EVOLUÇÃO

DATA: 19/12/2019 HORA: 08:04:21

ORTOPEDIA

3 DIH

PACIENTE SEGUE EM BEG,
ESTÁVEL CLINICAMENTE,
SEM INTERCORRÊNCIAS.

ESCORIAÇÕES +
DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES
NV OK

PRÉ OP: OK

CD: VPM + AGUARDA CIRURGIA

Dr. Eldiman Soares de Araujo
Médico Traumato-Ortopedista
CRM: 8360
CPF: 043.076.784-20

ASSINATURA + CARIMBO
Eldiman Soares De Araujo

PA-140/90

P-71

T-35, 9



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2063864 Paciente: MICKAEL JOHN DE SOUZA PEREIRA Idade: 034 Sexo: M

Nome da Mãe: MARILENA DE SOUZA PEREIRA Data de Nascimento: 12/09/1985 Admissão: 16/12/2019 DIH - 2

Clinica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 6 Leito: 3 Diagnóstico: FRATURA DE MALEOLO MEDIAL DIR

DIA 18/12/2019

MÉDICO(A): Wagner de Melo Falcao /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	<i>18/12/2019</i>
2	SORO RINGER COM LACTATO 500ML E.V. 03FRASCO ,	<i>18/12/2019</i>
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 6h/6h	<i>18/12/2019</i>
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	<i>18/12/2019</i>
5	OMEPRAZOL INJ 40MG 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO	<i>18/12/2019</i>
6	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	<i>18/12/2019</i>
7	FAZER DE 88H SE NECESSARIO	<i>18/12/2019</i>
	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	<i>18/12/2019</i>

EVOLUÇÃO

DATA: 18/12/2019 HORA: 09:17:15

ORTOPEDIA

PACIENTE SEGUE EM BEG, ESTÁVEL CLINICAMENTE, SEM INTERCORRÊNCIAS.

SEM DISTERMIAS

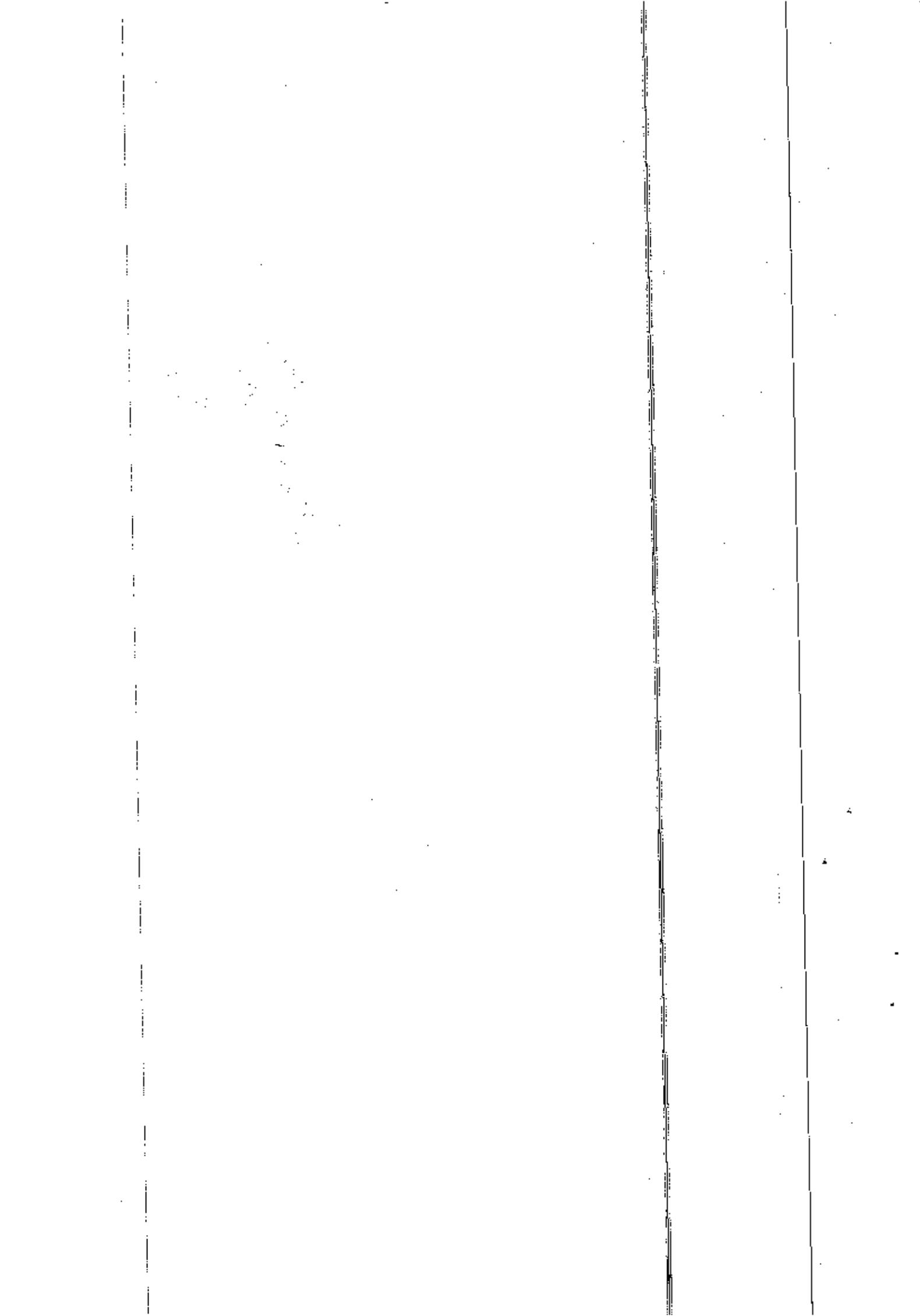
DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES

PRÉ OP: AGUARDA EXAMES

NV: OK

CD: VPM + AGUARDA CIRURGIA

Dr. Wagner Falcão
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
 CRM-PB-8643
 ASSINATURA + CARIMBO
 Wagner de Melo Falcao





PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2063864 Paciente: MICKAEL JOHN DE SOUZA PEREIRA Idade: 034 Sexo: M

Nome da Mãe: MARILENA DE SOUZA PEREIRA Data de Nascimento: 12/09/1985 Admissão: 16/12/2019 DIH - 1

Clinica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 6 Leito: 3 Diagnóstico: FRATURA DE MALEOLO MEDIAL DIR

DIA 17/12/2019

MÉDICO(A): Hallisson Barros De Almeida /

OR

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	AG 22 26 22 24 06
2	SORO RINGER COM LACTATO 500ML E.V. 03FRASCO ,	22 18 24 06
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 6h/6h	18 06
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	06
5	OMEPRAZOL INJ 40MG 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO	SN
6	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO FAZER DE 88H SE NECESSARIO	
7	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

EVOLUÇÃO

DATA: 17/12/2019 HORA: 05:47:23

ORTOPEDIA

PACIENTE SEGUE EM BEG, ESTÁVEL CLINICAMENTE, SEM INTERCORRÊNCIAS.

SEM DISTERMIAS

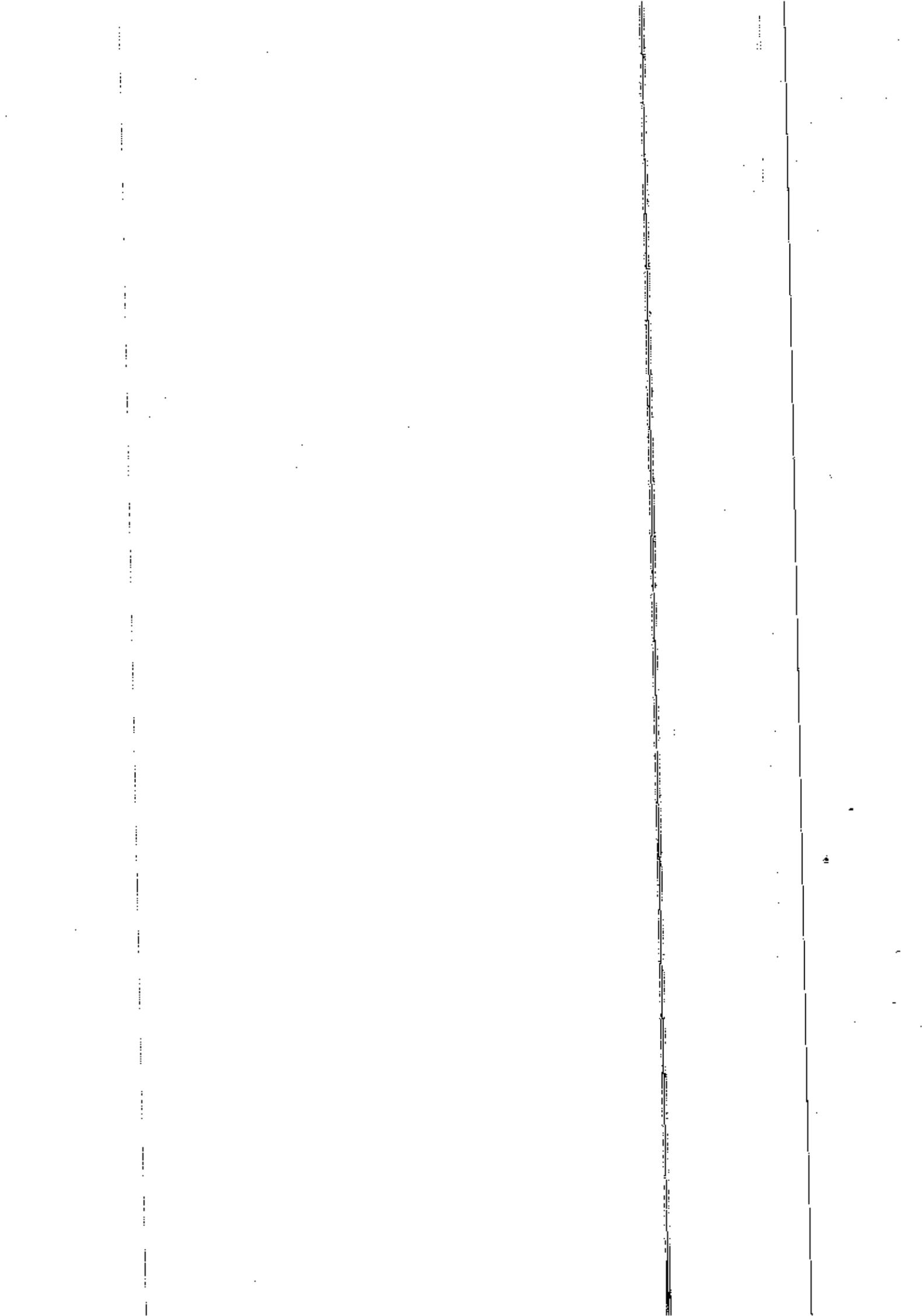
DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES

PRÉ OP: AGUARDA EXAMES

NV: OK

CD: VPM + AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO
Hallisson Barros De Almeida
Hallisson Barros de Almeida
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM - PB 0562





PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2063864 Paciente: MICKAEL JOHN DE SOUZA PEREIRA Idade: 034 Sexo: M

Nome da Mãe: MARILENA DE SOUZA PEREIRA Data de Nascimento: 12/09/1985 Admissão: 16/12/2019 DIH - 0

Clinica:AMARELA Enfermaria: 10 Leito: 3 Diagnóstico: FRATURA DE MALEOLO MEDIAL *Dirretto*

6-3

DIA 16/12/2019

MÉDICO(A): Agnaldo Lima Pereira Junior /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO RINGER COM LACTATO 500ML E.V. 03FRASCO ,	<i>15/12/30</i>
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 6h/6h	<i>21-26</i>
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	<i>24</i>
5	OMEPRAZOL INJ 40MG 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO	<i>08</i>
6	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. 24h/24h (ADM AS 22h)	<i>24</i>
7	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO FAZER DE 88H SE NECESSARIO	<i>SN.</i>
8	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

EVOLUÇÃO

DATA:16/12/2019 HORA:23:42:12

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO, COM DOR, EDEMA IMPORTANTE E LIMITAÇÃO DA ADM EM TORNOZELO ESQUERDO

RX COM FRATURA COM DESVIO NA INCIDENCIA AP COM ROTAÇÃO INTERNA
FRATURA INSTÁVEL
OPTADO PELO TTO CIRURGICO

CD = SOLICITO PRÉ OP

ASSINATURA + CARIMBO
Agnaldo Lima Pereira Junior

*Dr. Agnaldo Lima P. Junior
Ortopedista Traumatologista
Cirurgia do Joelho
CRM-PB 9116 - TEOT-15263*

178



Nome: MICHAEL JOHN DE SOUZA PEREIRA Protocolo: 0000503584 RG: NÃO INFORMADO
 Dose: AGUINALDO L. P. JUNIOR Data: 17-12-2019 08:29 Origem: CLÍNICA ORTOPEDICA II
 Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES Idade: 34 anos Destino: ENF 06-L 03

HEMOGRAMA

DATA DA COLETA: 17/12/2019 08:25]

Resultados

Valores de Referências

SERIE VERMELHA

Leucócitos.....	4.59 milhões/mm ³	4,2 à 6,0 milhões/mm ³
Hematídez.....	13,1 g/dL	13,5 a 16,0 g/dL
Hematocrito.....	40,0 %	40,0 a 52,5 %
Hemoglobina.....	87 fL	80,0 a 100,0 fL
Plaquetas.....	29 pg	21,0 a 31,0 pg
Massa Sanguínea.....	33 g/dL	33,9 a 36,0 g/dL

SERIE BRANCA

Leucócitos.....	9.900 /mm ³	5.000 a 10.000 /mm ³
(%)	(/mm ³)	
Neutrófilos.....	0	0
Limfócitos.....	0	0
Eosinófilos.....	0	0
Basófilos.....	3,0	297
Monócitos.....	72,0	7.128 40 a 70 % - 1.800 a 8.500 / mm ³
Segmentados.....	2,0	198 0 a 6,0 % - até 500 / mm ³
Bandócitos.....	0	0 0 a 2,0 % - até 100 / mm ³
Linfócitos.....	20,0	1.980 20 a 45 % - 1.000 a 3.500 / mm ³
Micrócitos ou Reativos.....	0	0
Atípicos.....	3,0	297 0,0 a 10 % - até 1.000 / mm ³
GRANULOPLAQUETAS.....	239.000 mm ³	140.000 a 400.000 mm ³

ESPECIACOES..... Contagens revisadas e confirmadas.

Tecido: TECIDO TOTAL

Exame: RESISTIVIDADE - IMPEDÂNCIA - MICROSCOPIA


 Ana-Cassia Miguel Agra
 Biomédica
 CRBM 5411

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: F6DE-600C-1071-D8F4-1AA8-F5AE-43CB-28D9



Sra(s): MICHAEL JOHN DE SOUZA PEREIRA
Prontocardo: 0000503584 RG: NÃO INFORMADO
Dra(a): AGUINALDO L. P. JUNIOR
Data: 17-12-2019 08:29 Origem: CLINICA ORTOPEDICA II
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES Idade: 34 anos Destino: ENF 06 - L 03

TEMPO DE SANGRAMENTO..... 1'30''

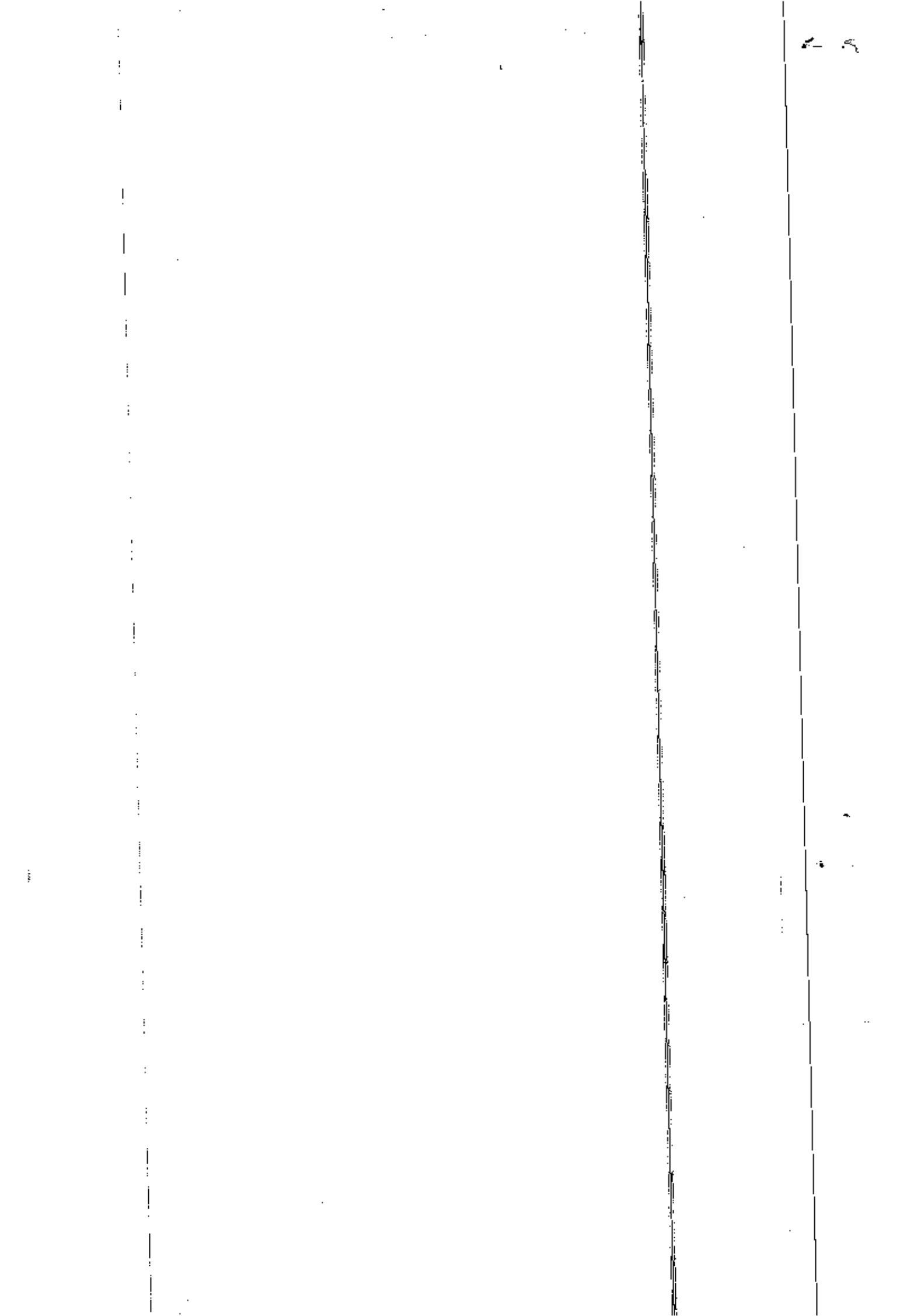
DATA DA COLETA: 17/12/2019 08:29 | Valores de Referência:
VALORES REFERENCIAIS: DE 1 A 3 MINUTOS.

TEMPO DE COAGULACAO..... 6'25''

DATA DA COLETA: 17/12/2019 08:29 | Valores de Referência:
VALORES REFERENCIAIS: DE 5 A 10 MINUTOS.

Ana Cássia Miguel Agra
Biomédica
CRBM 5411

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: 7295-DB8E-64E0-D757-27BE-6883-1FA8-FB27



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE:

Mickael John de Souza Ferreira

DR. 1209-83

QI

LEITE

CONVÉNIO

SUS

IDADE

34 anos

REGISTRO P.E.

2063852



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital do
Emergências e Trauma Dom
Luiz Gonzaga Fernandes

CIRURGIA Tumor - Cervicogástrico
Tumor de tonsilas

ANESTESIA

general

CIRURGÃO

Dra. Yellho, M.R. Sverlan

ANESTESIA

Dra. Valdeleiro

INSTRUMENTADORA

Tecido

DATA

20-12-19

INÍCIO

9:450

FIM

11h

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.	03	Catet. p/ Óxg.		Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.		Calet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix	
	Diazepam amp.	LI	Compressa Grande Pacote		Catgut cromado Sertix	
	Dimoré amp.		Compressa Pequena		Catgut Simples	
	Dolantina amp.		Cotonoides		Catgut Simples Sertix	
	Efrane ml		Dreno		Catgut Simples Sertix	
	Fenegam amp.		Dreno Kerr nº		Catgut Simples Sertix	
	Fentanil ml		Dreno Penrose nº		Cera p/ osso	
	Inova ml		Dreno Pezzer nº		Ethibond	
	Ketalar ml	03	Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Mercaina % ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Nubahin amp.		Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix	
	Pavulon amp.		Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix	
	Protigmine amp.	015	Esparradrapo Larço cm		Fio de Algodão Sutupak	
	Protoxido l/m		Furacim ml		Fio de Algodão Sutupak	
	Quelicin ml	□	Gase Pacote c/ 10 unidades		Fita cardíaca	
	Rapifen amp.		H ₂ O, ml	03	Mononylon 2-0	
	Thionembutal ml		Intracath Adulto		Mononylon	
	Tracrium amp.		Intracath Infantil		Prolene Serfix	
Qtd.	MEDICAÇÕES	02	Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Serfix	
	Aqua Destilada amp.		Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Serfix	
03	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Serfix	
02	Cipirona amp.		Luvas 7.0	03	Vicryl Serfix 1	
	Flaxidol amp.	□	Luvas 7.5		Vicryl Serfix	
	Febocortid amp.		Luvas 8.0		Vicryl Serfix	
	Geramicina amp.		Luvas 8.5			
	Glicose amp.	701	Oxigênio l/m 2L			
	Glucos de Cálcio amp.		Poliflix			
	Haemacel ml.		PVPI Degemente ml			
	Heparema ml.		PVPI Tópico ml.			
	Kanakion amp.		Sabão Antiséptico			
02	Lasix-amp. Tenoxicam 20		Saco coletor			
	Medrotinazol.	1	Seringa desc. 10 ml			
	Plasil amp.		Seringa desc. 20 ml	1		
02	Proleamina cefazolina	L	Seringa desc. 05 ml	L	SG fr 500 ml	
	Revivan amp.		Sonda	L	SG fr 500 ml	
	Stiptanon amp.		Sonda Folley			
	Cefalotina 1g		Sonda Nasogástrica			
03	Neosulfina 015		Sonda Uretral nº			
03	Diamox 6,2		Steridrem ml			
03	Dormonal		Torneirinha			
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml			
03	Aglilha desc. 26x7 40412	03	Gelcon 18			
	Aglilha desc. 28 x 28		Latese			
	Aglilha desc. 3 x 4,5		03 fio de ferro das			
03	Aglilha p/ raque nº 256	03	03 s/ c/ s/ v/ desc.			
	Álcool de Enfermagem		001 clorhexidina			
	Álcool Iodado ml		desgermante			
L	Aladuras de Crepon 15cm					
	Aladuras de Gessada					
	Azul metílico amp.					
	Benzina ml					
EQUIPAMENTOS						
<input checked="" type="checkbox"/> Oxímetro de Pulso <input checked="" type="checkbox"/> Foco Auxiliar (Centro)						
<input type="checkbox"/> Serra <input type="checkbox"/> Eletrocautério						
<input type="checkbox"/> Desfibrilador <input type="checkbox"/> Oxicapnôgrafo						
<input type="checkbox"/> Foco Frontal <input checked="" type="checkbox"/> Cardiomonitor						
<input type="checkbox"/> Fonte de Luz <input checked="" type="checkbox"/> Perfurador Elétrico						
CIRCULANTE RESPONSÁVEL						
Moscenada						

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65
66
67
68
69
70
71
72
73
74
75
76
77
78
79
80
81
82
83
84
85
86
87
88
89
90
91
92
93
94
95
96
97
98
99
100



GOVERNO
DA PARAÍBA

SEGUE

o trabalho: LIST PRÉ-OPERATÓRIO- ALAS



SETOR DE ORIGEM: *Ortopedia II*

NOME: *Mickael John de Souza*

PROCEDIMENTO:

AVP:LOCAL: *MSD* GELCO Nº: *22* AVC JEJU

BANHO PRÉ-OPERATÓRIO: COM CLOREXIDINA NÃO SE APLICA

RETIRADO: PRÓTESE DENTÁRIA ADORNOS PERTENCES

ENCAMINHADO: HEMOG USG TOMOGRAFIA RESSONÂNCIA

TERMO DE CONSENTIMENTO NÃO SE APLICA

RESERVA DE HEMODERIVADO NÃO SE APLICA

ENFERMEIRO RESPONSÁVEL:

COREN:

Katine Pontes dos S. Lima
COREN - PB 520.295-ENP

AV. Marechal Floriano Peixoto, 4700 – Malvinas

Campina Grande – PBCEP: 58.432-809

Email: chefiarhtraumacg@hotmail.com hospitalregionalcrg@hotmail.com

CNPJ: 08.778.268-0001-60

1960-1961



CONTROLE CIRÚRGICO

• Rua Capitão José da Luz, 25 - Empresarial Joaquim Cardoso
Sala 901/902 - Coelhos - Recife/PE - CEP: 50.070-540
CNPJ: 26.296.089/0001-79

No. 1213.

Paciente: Mickael Nahim de Souza Pereira

Hospital: Grand G. Sample

Médico: Dr. Evaristo

Data da Cirurgia: 20/12/20 Procedimento: Tonoplasto

Prontuário: 2063152 Convênio:

Instrumentador(a): Jh.210 Circulante: _____

20 de 13 de 2019

Dr. Julio Cesar Castro
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 9955 / CRM-RN 8320

Circulante

Médico Responsável

CONTROLE CIRÚRGICO

10

AM

Excellence

Other uses

infusion®

Assignment

DR. JAMES G. SCHAFFNER
CHIEF OF STAFF
CHICAGO MEDICAL CENTER

shes ob

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECG

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

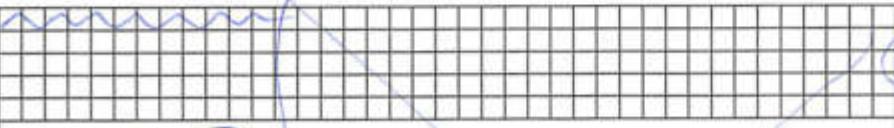
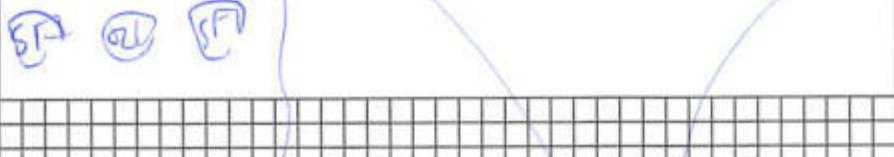
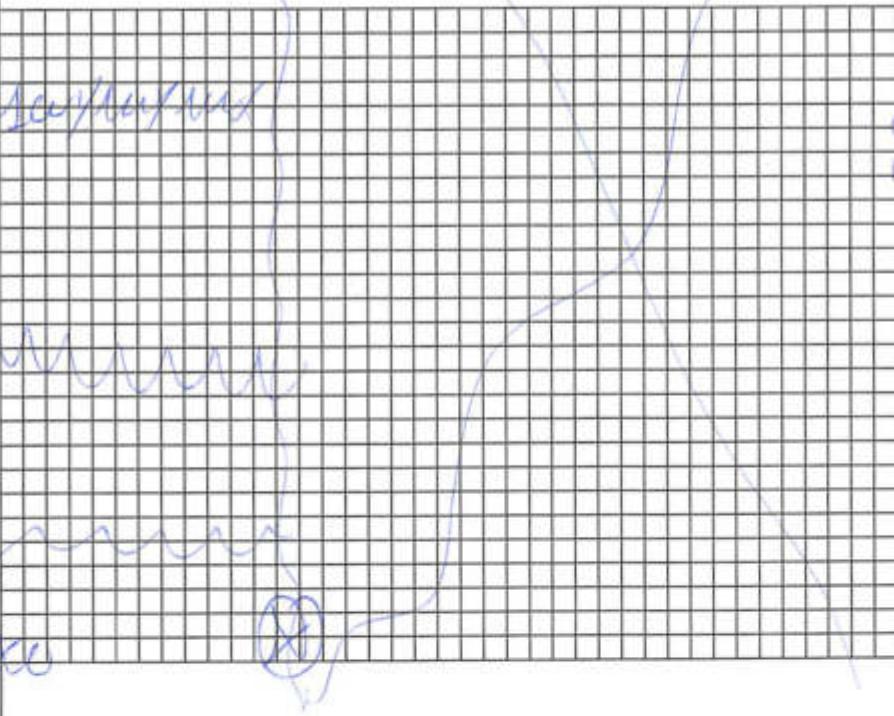
ENFERMARIA

LEITO

Nº PRONTUÁRIO

FOLHA DE
ANESTESIA

NOME	<i>Mickael Júnior de Souza</i>				IDADE	SEXO	COR
DATA	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	
TIPO SANGUÍNEO:	HEMÁCIAS	HEMOGLÓBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	URÉIA	OUTROS	
	URINA						
AP. RESPIRATÓRIO					ASMA	BRONQUITE	
AP. CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA		
AP. DIGESTIVO		DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIO			
ESTADO MENTAL		ATARÁXICOS	CORTICOIDES	ALERGIA		HIPOTENSORES	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO <i>Fratura Tríngulo direito</i>					ESTADO FÍSICO	RISCO <i>risco nenh</i>	
ANESTESIAS ANTERIORES							
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA		APLICADA	AS	EFEITO			

AGENTES ANESTÉSICOS	O ₂		INDUÇÃO
			Satisf.: _____ Excit.: _____ Tosse: _____ Laringo espasmo: _____ Lenta: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____
LÍQUIDOS			MANTENÇÃO
			<i>(1) Cefazilic 02 (2) Dextrose 01 (3) Daren 02 (4) Timentina 02 Salicálico 01</i>
CÓDIGOS VP. ARTERIAL: O - PULSO: O - RESPIRAÇÃO AX - ANESTESIA: O - OPERAÇÃO			ANESTESIA SATISF. Sim _____ Não _____ Não, por quê? _____
			DESPERTAR
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES			Reflexos na SO: _____ Obstr.: _____ Co ₂ : _____ Excit.: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____
			Com cânula: Para o Leito Sim _____ Não _____
CONDIÇÕES:			

POSIÇÃO		
AGENTES	<i>Neocaine pescade 15g + Dimf 60mg / Dormant 05g</i>	
TÉCNICA	<i>Reequilibrante + Sídeca</i>	CÂNULAS
OPERAÇÃO	<i>Treatmento curva a onda Tríngulo direito</i>	
CIRURGIÓES	<i>Ricardo + Jeferson</i>	
ANESTESISTAS	<i>Valdemir Cesar de Abreu Junior</i> Anestesiologista	
OBSERVAÇÕES	CRM 9736 CPF 034.413.044-46	
ANOTAR NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRE-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.		PERDA SANGUÍNEA

2010 மார்ச் 16 1920 பிரதிநிலை
சிறப்புப் பகுமுனி
கட்டுப் பகுமுனி
கட்டுப் பகுமுனி

D-19/12/19
D-19/03/20 X. Básica Ortopédica

Waerke



Número do Prontuário: 173745

DATA DA CIRURGIA: 20/12/2019

Número do Atendimento: 2063864 Clin: ORTOPEDIA 2 / Enf: 6 / Lei: 3

DESCRÍÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: MICKAEL JOHN DE SOUZA PEREIRA

Data da Internação: 16/12/2019

Atendimento: 2063864

Diagnóstico Pré-Operatório: fx maleolo medial d

Diagnóstico Pós-Operatório:

Cirurgia: OSTEOSINTSE Data da Cirurgia: 20/12/2019

Equipe:

Cirurgião: RICARDO AMORIM FILHO

Aux 1: EVERLAN DA SILVA MEIRA

Aux 2:

Aux 3:

Instrumentador: THIAGO

Anestesista: VALDELUCIO CESAR DE ABREU JUNIOR

Tipo de anestesia: RAQUIANESTESIA

Relatório Imediato do Patologista:

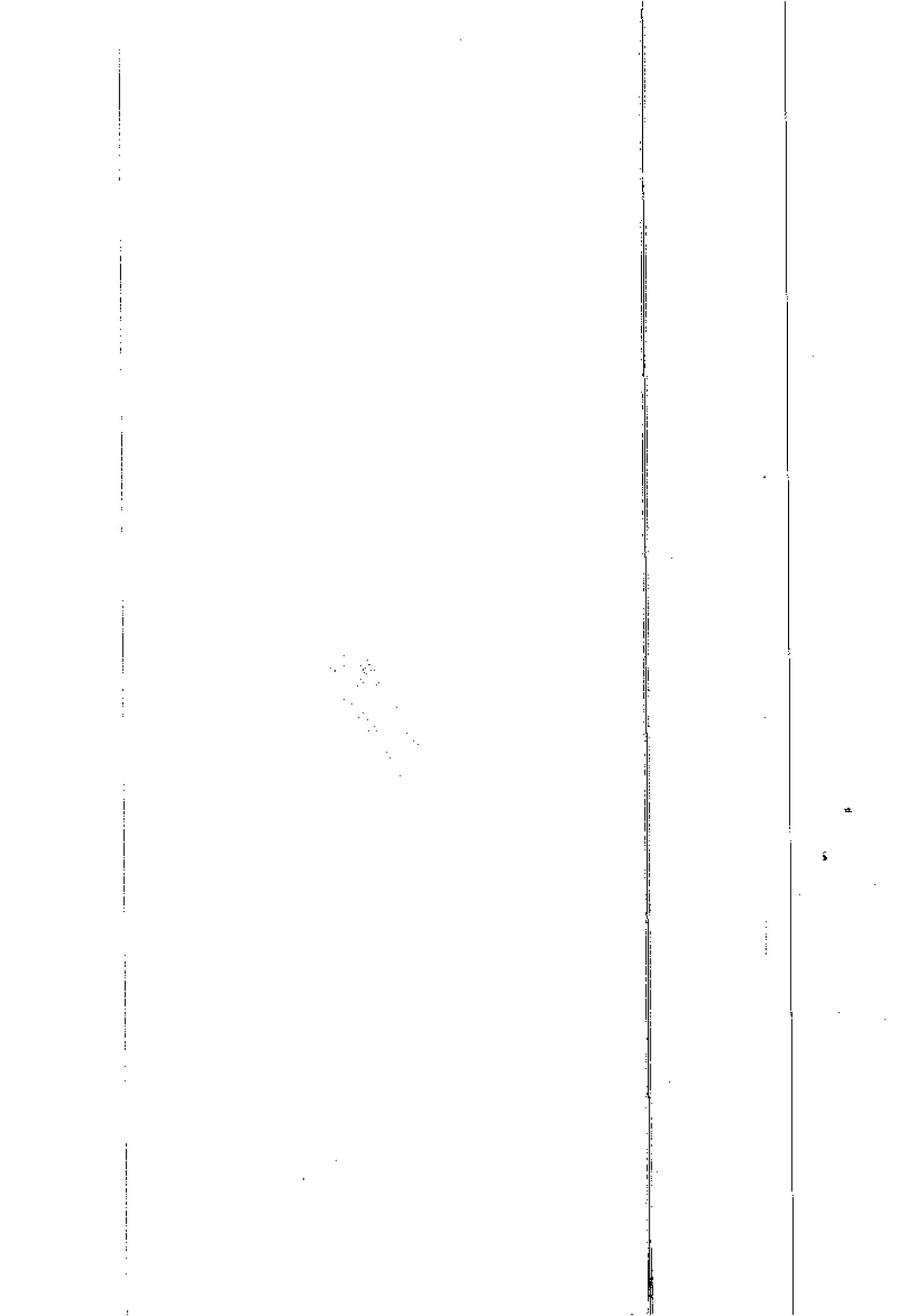
Exame Radiológico no Ato: SIM

Acidente Durante Operação: NÃO

- Descrição da Operação:
 1. PACIENTE EM DDH, SOB ANESTESIA
 2. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA E APOSIÇÃO DE CAMPOS
 3. INCISÃO SOB MALEOLO MEDIAL D + DISSECCÃO POR PLANOS + HEMOSTASIA
 4. REDUÇÃO CRUENTA DE FX + FIXAÇÃO COM 2 PARAFUSOS ESPONJOSOS + 1 ARROELA E 1 FIO L 1,5 (SÍNTSESE PERDIDA), SOB ESCOPIA
 5. LAVADO DE FO COM SF
 6. SUTURA

Data 20/12/2019

 Assinatura/Carimbo
 Everlan Da Silva Meira



Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: Michael John de Souza Pereira Idade: 34
Convênio:
Procedimento: T10 eix fx TNZ D Data: 20/12/19

Cirurgião: Dr. Juliano Auxiliar: Dr. Fábio Anestesista: Dr. Valdeci

Início: 09:50 Término: 11h Anestesia Rop-

Medicamentos/Materiais	Quantidade
*	
*	

Observações: 1.00
Alto SEPA
SMT/3830

Assinatura Anestesista

Circulante



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

Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico	Hora entrada	Hora saída
Nenhum Movimento = 0 Movimenta 2 membros = 1 Movimenta 4 membros = 2		
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispneia = 1 Respiração profunda e tosse = 2		
PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0 PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1 PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2		
Sat 02 < 90 com oxigênio = 0 Sat 02 > 90 com oxigênio = 1 Sat 02 > 92% sem oxigênio = 2		
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		
TOTAL DE PONTOS:		

Assinatura do anestesista

17/12/19



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

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Gibson da Silveira | Idade: 32 | Sexo: M | Enf/Leito 7-3

2. HISTÓRIA PREGRESSA

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

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

3. DOENÇA ATUAL

MOTIVO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR:

4. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICO-BIOLÓGICAS

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

MOBILIDADE FÍSICA: (X) PRESERVADA () PLEGIA () PARESIA () PARESTESIA LOCAL: _____

LINGUAGEM: () DISFONIA () DISARTRIA

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS:

ALTERAÇÃO: () VISÃO () AUDIÇÃO () TATO () OLFATO () PALADAR OBS.: _____

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR: PULSO: () REGULAR () IRREGULAR () OUTROS: _____

EDEMA: () LOCAL OBS: _____

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES: (INTESTINAL E URINÁRIA)

TIPO SOMÁTICO: (X) NUTRIDO () EMAGRECIDO () CAQUÉTICO () OBESO

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

ELIMINAÇÃO INTESTINAL: (X) NORMAL () ALTERADO () OUTROS: _____

ELIMINAÇÃO URINÁRIA: (X) ESPONTÂNEA () SVD () INCONTINÊNCIA () OUTROS: _____

INTEGRIDADE FÍSICA E CULTÂNEO-MUCOSA

COLORAÇÃO DA PELE: (X) NORMOCORADA () HIPOCORADA

PELE: () INTEGRA () LESÃO () OUTROS: _____

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

localização anatômica da ferida;

CUIDADO CORPORAL E SONO/REPOUSO

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

HIGIENE CORPORAL: (X) SATISFATÓRIA () INSATISFATÓRIA

LIMITAÇÃO FÍSICA: () ACAMADO () CADEIRA DE RODAS

5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO: (X) PRESERVADA () PREJUDICADA

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

6. NECESSIDADE PSICOESPIRITUais

RELIGIÃO: () PRATICANTE () NÃO PRATICANTE

7. AVALIAÇÃO GERAL:

HORA	PA (mmHg)	T (°C)	FC/P (bpm)	SPO2 (%)	GLICEMIA (mg/dL)	DIURESE (ml)	DÉBITO DE DRENO (ml)	DOR (0 a 10)	PESO (Kg)	ASSINATURA	DISPOSITIVOS	DATA DE INSERÇÃO
8:30	120/70	35,5	55	70	-	-	-	-	-	Adriane 520125	SOG/SNG/SNE	
											SVF	
											CIRCUITO DE VM	
											FILTRO DE VM	
											UMIDIFICADOR	
											ASPIRADOR	
											LATEX	
											EQUIPO SIMPLES	

ANOTACÕES/INTERCORRÊNCIAS DE ENFERMAGEM:

8. DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

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

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

9. RISCO DE QUEDA (ESCALA DE MORSE)

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

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

TERAPIA INTRAVENOSA? () SIM () NÃO ESTADO MENTAL? () AGITADO () DISTÚRBIO NEUROLOGICO

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

ASSINATURA E CARIMBO:

Enfermeira:
Assinatura:

17/12/19

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

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Michael John Idade: 34 Sexo M Enf/Leito G-3

2. HISTÓRIA PREGRESSA

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

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

3. DOENÇA ATUAL:

MOTIVO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR:

4. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICO BIOLÓGICAS

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

MOBILIDADE FÍSICA: (X) PRESERVADA () PLEGIA () PARESIA () PARESTESIA LOCAL: _____

LINGUAGEM: () DISFONIA () DISARTRIA

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS:

ALTERAÇÃO: () VISÃO () AUDIÇÃO () TATO () OLFATO () PALADAR OBS.: _____

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR: PULSO: (X) REGULAR () IRREGULAR () OUTROS: _____

EDEMA: () LOCAL OBS: _____

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES: (INTESTINAL E URINÁRIA)

TIPO SOMÁTICO: (X) NUTRIDO () EMAGRECIDO () CAQUÉTICO () OBESO

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

ELIMINAÇÃO INTESTINAL: (X) NORMAL () ALTERADO () OUTROS: _____

ELIMINAÇÃO URINÁRIA: (X) ESPONTÂNEA () SVD () INCONTINÊNCIA () OUTROS: _____

INTEGRIDADE FÍSICA E CULTÂNEO-MUCOSA

COLORAÇÃO DA PELE: (X) NORMOCORADA () HIPOCORADA

PELE: () INTEGRA () LESÃO () OUTROS: _____

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

localização anatômica da ferida;

CUIDADO CORPORAL E SONO/REPOUSO

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

HIGIENE CORPORAL: (X) SATISFATÓRIA () INSATISFATÓRIA

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

5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO: (X) PRESERVADA () PREJUDICADA

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

6. NECESSIDADES PSICOESPIRITUais

RELIGIÃO: () PRATICANTE () NÃO PRATICANTE

7. AVALIAÇÃO GERAL:

HORA	PA (mmhg)	T (°C)	FC/P (bpm)	SPO2 (%)	GLICEMIA (mg/dL)	DIURESE (ml)	DÉBITO DE DRENO(ml)	DOR (0a10)	PESO (Kg)	ASSINATURA	DISPOSITIVOS	DATA DE INSERÇÃO
8:00	130/80	36,3	76	98	-	-	-	-	-	Arluana 520125	SOG/SNG/SNE SVF	
											CIRCUITO DE VM	
											FILTRO DE VM	
											UMIDIFICADOR	
											ASPIRADOR	
											LATEX	
											EQUIPO SIMPLES	

ANOTAÇÕES/INTERCORRÊNCIAS DE ENFERMAGEM:

8. DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

DIAGNÓSTICOS	FATORES RELACIONADOS	CARACTERÍSTICAS DEFINidorAS
PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	() ANSIEDADE () DOR () FADIGA () OBESIDADE () OUTRO	() ALTERAÇÕES NA PROFUNDIDADE RESPIRATÓRIA () DISPNÉIA () BATIMENTO DE ASA DE NARIZ () ORTOPNPÉIA () OUTRO
DÉFICIT NO AUTOCUIDADO PARA BANHO	() PREJUIZO NEUROMUSCULAR () DOR () OUTRO	() INCAPACIDADE DE ACESSAR O BANHEIRO () INCAPACIDADE DE LAVAR O CORPO
DOR AGUDA	() AGENTES LESIVOS (EX: BIOLÓGICOS, QUÍMICOS) () OUTROS	() ALTERAÇÕES NA PRESSÃO SANGUÍNEA () RELATO VERBAL DE DOR
HIPERTERMIA	() ANESTESIA () DESIDRATAÇÃO () TRAUMA () OUTRO	() AUMENTO DA TEMPERATURA CORPORAL ACIMA DOS PARÂMETROS NORMAIS () TAQUICARDIA () TAQUIPNEIA
INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	() EXTREMOS DE IDADE () CIRCULAÇÃO PRÉJUDICADA () HIPOTERMIA () IMOBILIZAÇÃO FÍSICA () OUTRO	() DESTRUIÇÃO DE CAMADAS DA PELE () OUTRO () ROMPIMENTO DA SUPERFÍCIE DA PELE
RISCO DE DESEQUILÍBRIO ELETROLÍTICO	() ASCITE () QUEIMADURA () VÔMITO () DIARRÉIA () DRENOS () OUTROS	
RISCO DE INFECÇÃO	() AUMENTO DA EXPOSIÇÃO AMBIENTAL À PATÓGENOS () PROCEDIMENTOS INVASIVOS () OUTRO	
OUTRO		

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

9. RISCO DE QUEDA (ESCALA DE MORSE)

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

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

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

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

ASSINATURA E CARIMBO:

W
Silvana
22484



ATENDIMENTO URGÊNCIA
PRONT (B.E) Nº:2063852 CLASS. DE RISCO: AMARELO

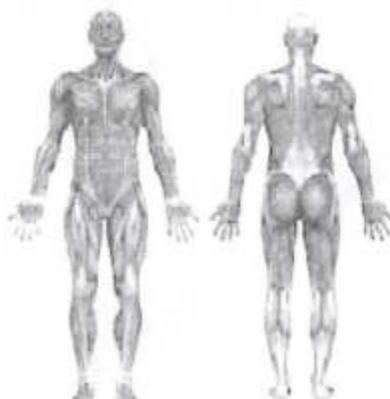
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 16/12/2019
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: acolhimento

PACIENTE: MICKAEL JOHN DE SOUZA PEREIRA CEP:58400002 Nascimento:12/09/1985
Endereço:AV PRESIDENTE JUCELINO KUBISCH Sexo:M Telefone: 986095336
Cidade: Campina Grande Idade:034 Bairro:PRESIDENTE MEDICE
Nome da Mãe: MARILENA DE SOUZA PEREIRA RG: 50527509 N°:1646
Responsável: CPF: Profissão:MOTO TAXI
Estado Civil:Solteiro(a) Data de CNS:8975842587
Atend:16/12/2019
Motivo: ACIDENTE DE MOTO QUEDA DE MOTO Hora: 22:33:52 CONVÊNIO:SUS

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

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



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

OBS:

QUEIMADURA:

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

DIAGNÓSTICO / CID:

Frost. mickael medice Td6

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

*Ortopedia de ... do, c/
... fer + dolore
e + N.E.)*

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS () Fotorreagentes () Isocôricas () Anisocôricas ()

Glasgow _____ PA _____ HGT: _____ Sat02 _____

EXAMES SOLICITADOS:

- () Laboratoriais () Ultrassonografia:
() Gasometria arterial () Radiografias:
() Tomografia Computadorizada ()

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: _____ / _____ às _____ : _____ Dia _____ / _____ / _____

Especialista: _____ / _____ às _____ : _____ Dia _____ / _____ / _____

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	<i>Solha k Pereira</i>	
2		
3		
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Dr. Agnaldo Lima P. Junio
Ortopedista/Traumatologista
Cirurgia do Joelho
CRM-PB 9116 - TEC016

*TRAUMATOLOGIA
REALIZADO EM:
16/12/19*

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

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

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

Joséia Danielle S. Andrade
 Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO	CBO	IDADE
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**GOVERNO
DA PARAÍBA**

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES (NPJ: 08.778.268/00038-52
Av. Mal. Flávio Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 16/12/2019
Data: 16/12/2019

Paciente: MICKAEL JOHN DE SOUZA PEREIRA

Idade: 034 N° ATEND: 2063852

ACIDENTE DE TRABALHO : NAO

DATA: 16/12/2019 HORA : 22:34:38

ESPECIALIDADE : ORTOPEDIA

MOTIVO : ACIDENTE DE MOTO
ESPECIFICAÇÃO DO MOTIVO : QUEDA DE MOTO

SINAIS VITrais

HGT: SAT 02: PA: **160x70** TEMP:

FC:

FR:

PESO:

DIABETES ()SIM (X)NÃO HAS ()SIM (X)NÃO

DEF. MOTORIA ()SIM (X)NÃO

ALERGIAS : NAO

MEDICAÇÃO EM USO :
ESTADO GERAL : BOM

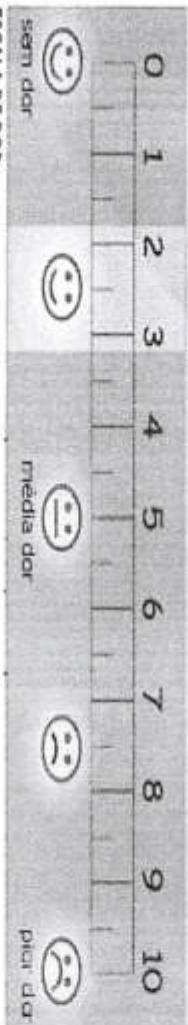
AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

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

SINTOMAS REFERIDOS

- () FEBRE () VÔMITO () DIARRÉIA () EXANTEMA
- () PRURIDO () DISPNEIA (X) DOR () INAPETÊNCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
- () ANAFILAXIA () FLEBITE () INAPETÊNCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
- () EPIGASTRALGIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA () SÍBILOS () TOSSE

Escala de Intensidade da Dor



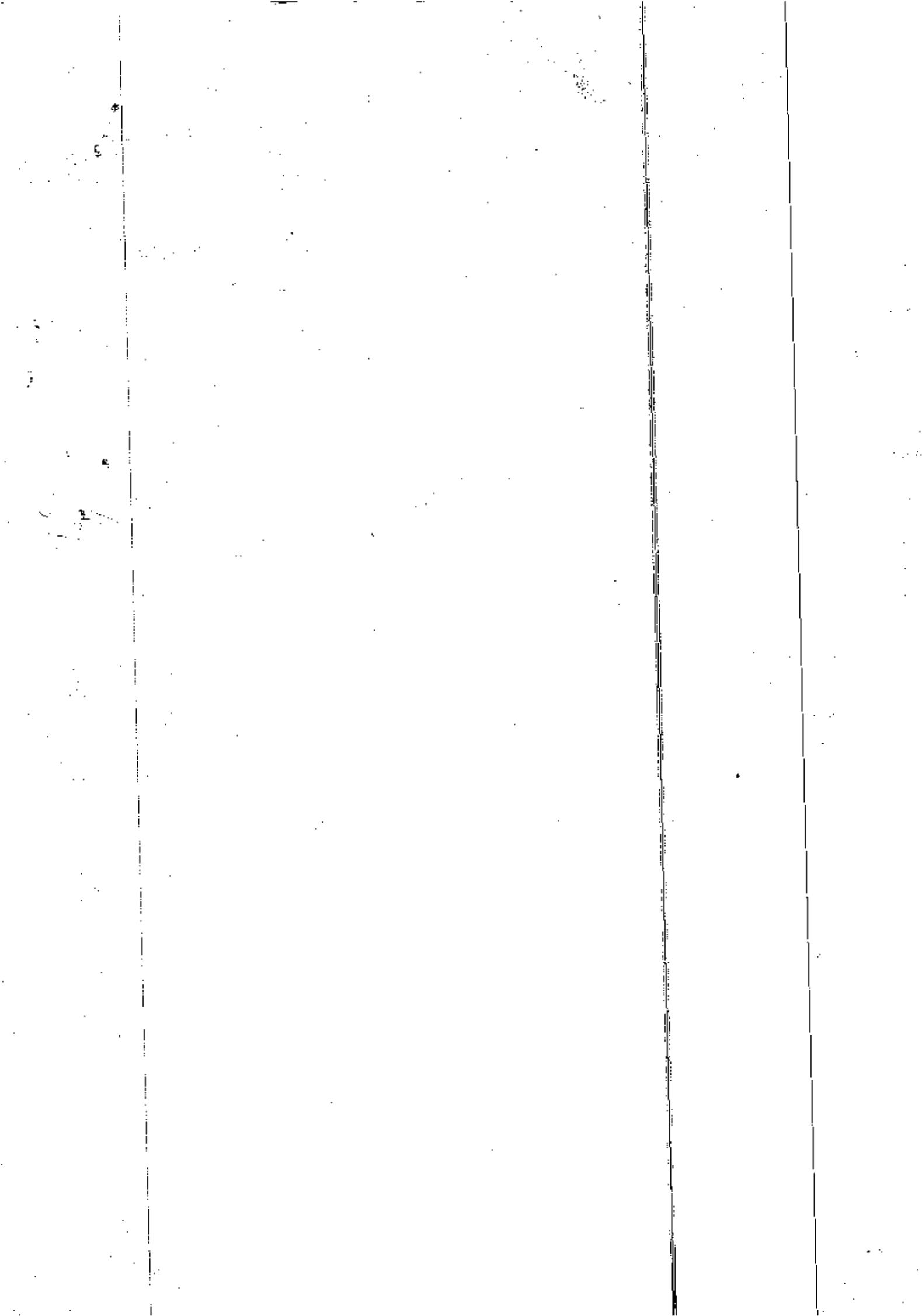
ESCALA DE DOR:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO :
AMARELO

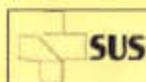
CONTROLE DOS SINAIS VITRAIS:								
HORA	PA	TEMP	FC	FR	DIURESE	ASSINATURA	DO	
						ENFERMEIRO/COREN		
						acolhimento		

OBS:

ENFERMEIRO/COREN
acolhimento



Data da internação: 16/12/2019 Hora: 23:39:48



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde:

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

2 - CNES

2362856

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

4 - CNES

2362856**Identificação do Paciente:**

5 - NOME DO PACIENTE

MICKAEL JOHN DE SOUZA PEREIRA

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

2063864

7 - CARTÃO DO SUS

8 - DATA DE NASCIMENTO

12/09/1985

9 - SEXO

 Masculino Feminino

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

MARILENA DE SOUZA PEREIRA

11 - TELEFONE DE CONTATO

83 986095336

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº,BAIRRO)

AV PRESIDENTE JUCELINO KUBISCH , 1646 , PRESIDENTE MEDICE

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Campina Grande

14 - CÓDIGO IGE

MUNICÍPIO**250400**

15 - UF

PB

16 - CEP

58400002**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

DOR, DEFORMIDADE E LIMITAÇÃO DA ADM EM TORNOZELO DIREITO18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
TRATAMENTO CIRURGICO19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)
ANAMNESE + EX FÍSICO

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

FRATURA DE MALEOLO MEDIAL D

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARATER DA
 INTENÇÃO28 - DOCUMENTO
 CNS CPF29 - Nº DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
980016296772642

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

AGNALDO LIMA PEREIRA JUNIOR31 - DATA DA
SOLICITAÇÃO**18/12/2019**

32 - ASSINATURA E CARMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

**Lima P. Junior
Ortopedista do Josino
Cirurgião 9116 TEOT-15263****DEM-PB****PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)**33 - ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGUROADORA

34 - ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

35 - ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

 EMPREGADO EMPREGADOR

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR





RESUMO DE ALTA

Nome do Paciente: MICKAEL JOHN DE SOUZA PEREIRA

Data da Internação: 16/12/2019 Data da Alta: 21/12/2019

Registro: 2063864

Tempo de Permanência: -18247

Diagnóstico Inicial: FRATURA DO MALEOLO MEDIAL

Diagnóstico Final:

Data: 20/12/2019

Equipe:

Cirurgião: JULIO CESAR RIBEIRO DE CA

Aux 1:

Aux 2:

Aux 3:

Aux 4:

Anestesista:

Medicamentos:

Condições de Alta: Melhorado

Dr. Eldiman Soares de Araujo
 Médico Traumato-Ortopedista
 CRM: 6960
 CPF: 048.079.784-20

Data: 21/12/2019

Assinatura/Carimbo
 Eldiman Soares De Araujo

RESPONSÁVEL : Eldiman Soares De Araujo

ପର୍ମାନ୍ତ ଶିଖିବାରେ କିମ୍ବା କିମ୍ବା କିମ୍ବା କିମ୍ବା କିମ୍ବା କିମ୍ବା କିମ୍ବା



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2063864 Paciente: MICKAEL JOHN DE SOUZA PEREIRA Idade: 034 Sexo: M

Nome da Mãe: MARILENA DE SOUZA PEREIRA Data de Nascimento: 12/09/1985 Admissão: 16/12/2019 DIH - 5

Clinica:ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 6 Leito: 3 Diagnóstico: FRATURA DE MALEOLO MEDIAL DIR

DIA 21/12/2019

MÉDICO(A): Everlan Da Silva Meira / MÉDICO(A): Eldiman Soares De Araujo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V, IFRA AMP, 12h/12h 1D/3D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	
3	JELCO HEPARINIZADO	
4	CURATIVO	
5	TALA BOTA D	
6	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 6h/6h	
7	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	
8	OMEPRAZOL INJ 40MG 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO	
9	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITais	
10	MEMBRO INFERIOR DIREITO ELEVADO	
11	CURATIVOS	

EVOLUÇÃO

DATA:21/12/2019 HORA:07:36:41

ORTOPEDIA

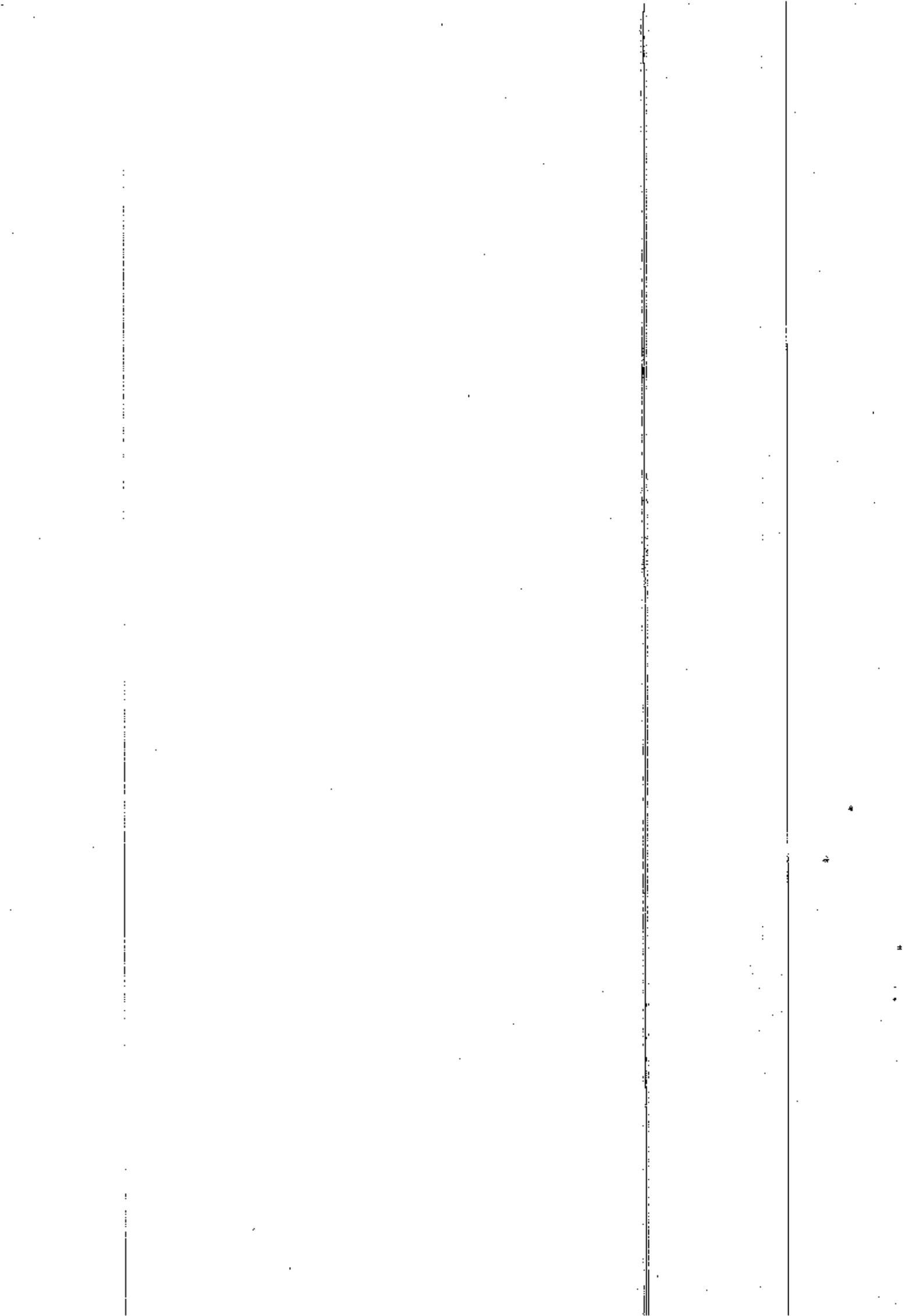
1 DPO

ESTAVEL
DOR+
FEBRE -
NV OK
FO SANGUE

CURATIVOS
ALTA HOSPITALAR

*Dr.
Eldiman
Medico
Tranquilo
CPF: 013.019.764-20
CRM: 0960
Ortopedista*

ASSINATURA + CARIMBO
Eldiman Soares De Araujo





PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2063864 Paciente: MICKAEL JOHN DE SOUZA PEREIRA Idade: 034 Sexo: M

Nome da Mãe: MARILENA DE SOUZA PEREIRA Data de Nascimento: 12/09/1985 Admissão: 16/12/2019 DIH - 4

Clinica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 6 Leito: 3 Diagnóstico: FRATURA DE MALEOLO MEDIAL DIR

DIA 20/12/2019

MÉDICO(A): Everlan Da Silva Meira /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE <i>japu uapu</i>	CT
2	CEFTRIAXONA SÓDICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. IFRA AMP, 12h/12h 0D/3D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	<i>JF106</i>
3	JELCO HEPARINIZADO	CT
4	CURATIVO	CT
5	RX DE CONTROLE	CT
6	TALA BOTA D	CT
7	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 6h/6h	<i>JF106</i>
8	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	<i>JF106</i>
9	OMEPRAZOL INJ 40MG 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PRÓPRIO	<i>JF106</i>
10	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	CT
11	MEMBRO INFERIOR DIREITO ELEVADO	CT
12	CURATIVOS	CT

EVOLUÇÃO

DATA: 20/12/2019 HORA: 11:16:07

POI

PACIENTE SUBMETIDO A PROCEDIMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO SEM INTERCORRÊNCIAS

CD: VPM+RX DE CONTROLE

ASSINATURA + CARIMBO
Everlan Da Silva Meira

CRM-PB 9900
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
 Dr. EVERLAN MEIRA
Everlan Meira

20.12.19

12h5

PA: 120180

P: 72

T: 36.9



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA		
DETAN - PB	Nº 015455954460	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO		
VIA:	PBT PERNAMBUCO - 20190000000000000000	
1	0103152114-0 00/00000000 2019	
MICHAEL JOHN DE SOUZA PEREIRA		
CPF / CNPJ	PLACA	
04827802904	LMD9437/PB	
PLACA ANTO. LF	CHASSI	
LMD9437 RJ	9C2KC1670FR000777	
TIPO: PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC		COMBUSTIVEL: ALCO/GASOL
MARCA / MODELO: HONDA/CG150 START		ANO FABR: 2014 ANO MFG: 2015
CAP / POT / CL	CATEGORIA: PARTIC	COR PREDOMINANTE: PRETA
2 P/149 /CI		
I P V A	COTA UNICA FAZIA IPVA ***** 0	VENC. COTA UNICA: 00/00/0000 PAGAMENTO / COTAS: 1 ^o 2 ^o 3 ^o
PRÉMIO TARIFÁRIO: SEGURO: SEGURO OBRIGATÓRIO PRA GOF		DATA DE PAGAMENTO: 15/10/2019
OBSERVAÇÕES: SEM RESERVA DE DOMÍNIO NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA		
LOCAL:	DATA:	
CAMPINA GRANDE - PR	15/10/2019	
42609	33880	
<i>[Assinatura]</i>		

CONTRAN

DENATRAN

SEGURADORALIDER.COM.BR

SAC DPVAT 0800 022 1204

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

www.seguradoralider.com.br

PB Nº 015455954460 BILHETE DE SEGURO DPVAT

PERÍODO: 2019 DATA EMISSÃO: 15/10/2019

PLACA: LMD9437/PB

MARCA / MODELO: HONDA/CG150 START

ANO FABR: 2014 ANO MFG: 2015

CHASSI: 9C2KC1670FR000777

PRÉMIO TARIFÁRIO:
SEGURADO: PAGO
DATA DE QUITAÇÃO: 15/10/2019

CÓDIGO DO BILHETE: 73880-1629148-20191015

CNPJ: 09.548.608/0001-04

SEGURADORA LIDER - DPVAT

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200295411 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MICHAEL JOHN DE SOUZA PEREIRA **Data do acidente:** 16/12/2019 **Seguradora:** AMERICAN LIFE
COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/08/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO EM TORNOZELO DIREITO COM FRATURA DO MALÉOLO MEDIAL.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS). PÁG 14/18/20/24
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL EM GRAU MODERADO TORNOZELO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0231717/20

Vítima: MICHAEL JOHN DE SOUZA PEREIRA

CPF: 048.278.029-04

CPF de: Próprio

Data do acidente: 16/12/2019

Titular do CPF: MICHAEL JOHN DE SOUZA PEREIRA

Seguradora: AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

MICHAEL JOHN DE SOUZA PEREIRA : 048.278.029-04

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: 18/08/2020
Nome: MICHAEL JOHN DE SOUZA PEREIRA
CPF: 048.278.029-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/08/2020
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

MICHAEL JOHN DE SOUZA PEREIRA

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA