



19/01/2021

Número: **0817917-21.2020.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **10ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **23/03/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ANDRESSON FELICIO DA SILVA (AUTOR)		JOSE RUBENS DE MOURA FILHO (ADVOGADO)	
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
38515953	19/01/2021 12:12	2778881_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos



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

Rio de Janeiro, 26 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190655494

Vítima: ANDRESSON FELICIO DA SILVA

Data do Acidente: 29/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANDRESSON FELICIO DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15150273





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, 08 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190655494

Vítima: ANDRESSON FELICIO DA SILVA

Data do Acidente: 29/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANDRESSON FELICIO DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

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

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: **ANDRESSON FELICIO DA SILVA**

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

Banco: **104**

Agência: **000000044**

Conta: **00000100028-6**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

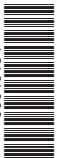
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00381/00382 - carta_15R - INVALIDEZ

00040191



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190655494 **Cidade:** Mataraca **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANDRESSON FELICIO DA SILVA **Data do acidente:** 29/06/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DO FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

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

**Documentos
complementares:**

Observações: PROCEDIMENTO CIRÚRGICO - PÁGINA 11.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50





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: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: ANDRESSON FELIPE DA SILVA 6 - CPF: 127.514.511-03
7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: SÍTIO URUBA 9 - Número: SIN 10 - Complemento: ZONA RURAL
11 - Bairro: ZONA RURAL 12 - Cidade: MATARACA 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58242-000
15 - E-mail: 16 - Tel. fixo: 83-98626-6147

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: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

AGÊNCIA: 0044 CONTA: 00100028 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

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

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

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: JOÃO PESSOA 25.11.2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019







CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 13488.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 13488.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:36 horas do dia 25 de novembro de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por Cristiano Cruz Cordula, Agente de Investigação, matrícula 1565699, ao final assinado, compareceu **Anderson Felício da Silva**, CPF nº 127.514.514-03, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), profissão Trabalhador Rural, filho(a) de Maria Célia da Silva Damião e José Reginaldo Felício dos Ramos, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 14/09/1996 (23 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Uruba, Nº S/N, tendo como ponto de referência Zona Rural., na cidade de Mataraca/PB, telefone(s) para contato (83) 98626-6447.

Dados do(s) Fatos:

Local: Entrada da Cidade de Mataraca, Mataraca/PB, bairro Centro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 29/06/19 23:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

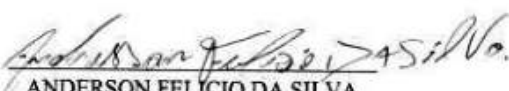
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, segundo o declarante no dia 29/06/2019 por volta das 23:00 horas quando transitava, pelo Centro da cidade de Mataraca-PB; nas imediações da entrada da cidade, com o veículo tipo HONDA/NXR 150 BROS ES ano e modelo: 2013/2013, de cor preta de placa: OFX2638/PB CHASSI: 9C2KD0550DR217091 pertencente ao Sr. Izaias Nascimento da Silva; Que segundo o mesmo vinha pilotando normalmente a moto quando de repente perdeu o controle da moto numa curva "sobrando na curva" vindo a colidir com um poste; Que devido ao fato o declarante veio a cair ao solo e se lesionar sendo socorrido pelo SAMU, conforme declaração em anexo, sendo conduzido ao HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA onde veio a ser atendido, devido ao deslocamento, às 00:50 do dia 30/06/2019, onde foi diagnosticado, de acordo com o prontuário de nº 116.640, FRATURA DA DIÁFISE DO FEMUR ESQUERDO CID S 72.3 conforme LAUDO MÉDICO assinado pelo médico EWERTON NORONHA TEIXEIRA CRM 2516/PB.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, excepo a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 25 de novembro de 2019.


CRISTIANO CRUZ CORDULA
Agente de Investigação


ANDERSON FELÍCIO DA SILVA
Noticiante

Procedimento Policial: 13488.01.2019.1.00.401

1/1





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: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: ANDRESSON FELIPE DA SILVA 6 - CPF: 127.514.511-03
7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: SÍTIO URUBA 9 - Número: SIN 10 - Complemento: ZONA RURAL
11 - Bairro: ZONA RURAL 12 - Cidade: MATARACA 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58242-000
15 - E-mail: 16 - Tel. fixo: 83-98626-6147

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: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

AGÊNCIA: 0044 CONTA: 00100028 6 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

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

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

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: JOÃO PESSOA 25.11.2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

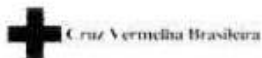
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019







Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Boletim de Atendimento: 1173939



Identificação do paciente						
ID 1417122	Nome ANDRESSON FELICIO DA SILVA			Sexo Masculino		
Data de nascimento 14/09/1996	Idade 22 anos 9 meses 16 dias	Estado civil	Religião	Prontuário		
Mãe MARIA CELIA DA SILVA DAMIAO	Pai JOSE REGINALDO FELICIO DOS RAMOS					
Escolaridade	Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)					
DDD Celular 83	Celular 90000000	DDD		Telefone		
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Numero documento 3879210	Nº Cns 201132191770002				
Local de procedência PB 008	Tipo BAIRRO		UF PB			
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R				
Endereço						
CEP 58292000	Município de residência MATARACA	UF PB	Logradouro URUBA			
Número SN	Complemento	Bairro ZONA RURAL				
Admissão						
Data e Hora 30/06/2019 00:50:33	Numero da pulseira 1000007137951	Convênio SUS				
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica					
Classificação de risco	Origem do paciente RODOVIA					
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS				
Indicadores e Transporte						
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não			
Meio de transporte SAMU	Quem transportou					
Sinais Vitais						
PA _____ x _____ mmHg	Pulso	Temperatura				
Exames complementares						
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos Paciente vítima do acidente de carro, cecata contra barreiras p/ exames. ALCOBIZADO						
Diagnóstico						CID
Atendido por ILMA VIEIRA DA SILVA						Tempo 01min 05seg

Imprimir

30/06/2019 00:47



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: 03/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANDRESSON FELICIO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00044

CONTA: 000000100028-6

Nr. da Autenticação 07D2EC5139D6ED17



Num. 38515953 - Pág. 11



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

Eu, IZAÍAS NASCIMENTO DA SILVA

RG nº 3.720.659, data de expedição 19/11/2008

Órgão SSDS, portador do CPF nº 098.505.504-90

com domicílio na cidade de MATARACA, no Estado de

PARAÍBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

RUA EMÍLIA TAVARES BEZERRA, nº S/N

complemento BAIRRO BOM JESUS declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

ANDRESSON FELÍCIO DA SILVA, cujo o condutor era

ANDRESSON FELÍCIO DA SILVA

Veículo: MOTO Modelo: HONDA/NXR150 BROS Ano: 2013

Placa: OPX-2638/PB Chassi: 9C2KDD550 DR 217091

Data do Acidente: 29/06/19

Local e Data: MATARACA 25.11.2019



Izaias Nascimento da Silva

Assinatura do Declarante

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

CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL DE MATARACA
RUA DANIEL TOSCANO, 234 - CENTRO

RECONHEÇO: por Autenticidade a Firma de
IZAÍAS NASCIMENTO DA SILVA
Em test. Maria Jose do Nascimento; Mataraca, 18/11/2019

Titular: Maria Jose do Nascimento

Selo Digital AJG59622-SIC6

Consulte autenticidade em: <https://selodigital.tjpb.jus.br>





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



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE ANDRESSON FELICIO DA SILVA
DADOS DE NASCIMENTO 14/09/96
NOME DA MÃE MARIA CÉLIA DA SILVA DAMIÃO

DADOS EXTRAÍDOS DO PRONTUÁRIO

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1.173.939
Nº PRONTUARIO 116.640
DATA DO ATENDIMENTO 30/06/19
HORA DO ATENDIMENTO 00:50
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S) FRATURA DA DIÁFISE DO FEMUR E
CID 10 S 72.3

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente menor deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta (queda), apresentando dor na coxa E + deformidade e limitação funcional, sem outras queixas. Glasgow 15. Avaliado pela equipe da médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX da bacia - AP
RX da coxa E - AP e P

TRATAMENTO:

Fratura da diáfise do femur E ao RX. Sem alteração ao outro RX. Realizado internamento e tratamento cirúrgico pelo Dr. Thales Seabra e Dr. Lauri Ferreira da equipe da Ortopedia.

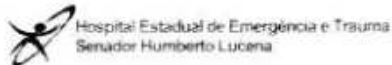
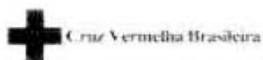
ALTA HOSPITALAR: 06/07/19
DATA DA EMISSÃO: 15/10/19

Dr. Ewerton Noronha Teixeira
CRM: 2516/PB

Dr. Ewerton Noronha Teixeira
CRM: 2516/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO. OBS: O profissional que assina este laudo não participou do atendimento médico.





AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332166700

Boletim de Atendimento: 1173939



Identificação do paciente						
ID 1417122	Nome ANDRESSON FELICIO DA SILVA			Sexo Masculino		
Data de nascimento 14/09/1996	Idade 22 anos 9 meses 16 dias	Estado civil	Religião	Prontuário		
Mãe MARIA CELIA DA SILVA DAMIAO	Pai JOSE REGINALDO FELICIO DOS RAMOS					
Escolaridade	Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)					
DDD Celular 83	Celular 90000000	DDD	Telefone			
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3879210	Nº Cns. 201132191770002				
Local de procedência PB 008		Tipo BAIRRO	UF PB			
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R				
Endereço						
CEP 58292000	Município de residência MATARACA	UF PB	Logradouro URUBA			
Número SN	Complemento	Bairro ZONA RURAL				
Admissão						
Data e Hora 30/06/2019 00:50:33	Número da pulseira 1000007137951	Convênio SUS				
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica					
Classificação de risco	Origem do paciente RODOVIA					
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS				
Indicadores e Transporte						
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não			
Meio de transporte SAMU	Quem transportou					
Sinais Vitais						
PA _____ X _____ mmHg	Pulso	Temperatura				
Exames complementares						
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos <i>Pronto para o exame do</i> <i>acidente de motocicleta</i> <i>contra o solo</i> <i>pl/ exames. Atividade</i>						
Diagnóstico						CD
Atendido por ILMA VIEIRA DA SILVA						Tempo 01min 05seg

Impressão

30/06/2019 00:47





TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA PACIENTES

MAIORES E CAPAZES

Enf 18/05

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

Nome: Anderson Felício da Silva

BE: 1173939

II - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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

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

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

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

III - DO RECONHECIMENTO E SALVAGUARDA DOS DIREITOS E DEVERES

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

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

Av. Orestes Lisboa, s/n - Conj. Pedro Gondim - CEP: 58031-090 - João Pessoa - PB





TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA PACIENTES MAIORES E CAPAZES

HEFIS

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

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

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

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

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

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

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

Nome:

Endereço:

Telefones:

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

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

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

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

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

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

Av. Orestes Lisboa, s/n - Conj. Pedro Gondim - CEP: 58031-090 - João Pessoa - PB





CRUZ VERMELHA
BRASIL

TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA PACIENTES MAIORES E CAPAZES

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

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

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

Observações:

O presente termo foi lido e achado conforme.

João Pessoa, 30/06/19

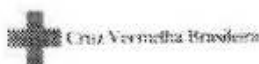
Paciente - RG

João Pessoa 30/06/19
Representante Legal - RG

2.952.81812

Av. Orestes Lisboa, s/n - Conj. Pedro Gondim - CEP: 58031-090 - João Pessoa - PB





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
ANDRESSON FELICIO DA SILVA	1173939	30/06/2019 00:50:33	
Data de nascimento	Idade	Sexo	Telefone de Contato
14/09/1996	22a 9m 16d	Masculino	(83) 90000000
Mãe		CNS	Prontuário
MARIA CELIA DA SILVA DAMIAO		201132191770002	
Endereço	Bairro	Município	UF
URUBA, SN	ZONA RURAL	MATARACA	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
QUEDA / OUTROS	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	EVERTON DAVID TAVARES VASCONCELOS	8618/PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
30/06/2019 00:50:33		30/06/2019 02:43:42	

ANAMNESE

ORTOPEDIA PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM DOR, DEFORMIDADE E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM COXA ESQUERDA, SEM DEMAIS QUEIXAS ECG 15 HD, FRATURA SUBTROCANTERICA ESQUERDA CD: INTERNAÇÃO HOSPITALAR

DIETA

DIETA LIVRE, VIA ORAL

MEDICAÇÃO

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

Diluir

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

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

Diluir

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

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

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

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

Diluir

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

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V, 12/12H

Diluir

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., 12/12H

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

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

CUIDADOS

CURATIVO, (OBSERVAÇÕES: DIÁRIO)

HGT 6/6HS

FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIO E MOTORA

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

SSVV + CCGG

EXAME LABORATORIAL

COAGULOGRAMA COMPLETO

HEMOGRAMA COMPLETO

CID10

S72.2 - Fratura subtrocanterica

Conduta

Internar Paciente

Dr. Everton Vasconcelos
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 5612
CREMERPE 22251
14/07/2019



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/01/2021 12:12:06

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011912120621600000036726568>

Número do documento: 21011912120621600000036726568

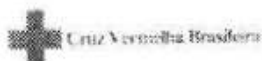
Dr. Everton Vasconcelos
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 8818
CREMERL 22251
CREO 115918

ANDRESSON FELICIO DA SILVA

EVERTON DAVID TAVARES VASCONCELOS
(CRM: 8618/PB)

Boletim registrado por: ILMA VIEIRA DA SILVA em 30/06/2019 00:51:38





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AREA AMARELA

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

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente ANDRESSON FELICIO DA SILVA	BAE 1173939	Data/Hora Entrada 30/06/2019 00:50:33	Data Baixa
Data de nascimento 14/09/1996	Idade 22a 5m 16d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 90000000
Mãe MARIA CELIA DA SILVA DAMIAO		CNS 20113219177002	Prontuário
Endereço URUBA, SN	Bairro ZONA RURAL	Município MATARACA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional GERALDO CAMILO NETO	Nº Cons. Regional 8089/PB
Data/Hora Classificação 30/06/2019 00:50:33		Data/Hora Prescrição 30/06/2019 00:57:14	

ANAMNESE

PACIENTE COM HISTÓRICO DE ACIDENTE DE MOTO, COM DOR EM COXA ESQUERDA, SEM DEMAIS EGR. LOTE ECG 15 ABDOME FLACIDO E INDOLOR. A PALPAÇÃO AR.MV-AHT S/RA 1)RAIOX DE COXA ESQUERDA E BACIA 2)PARECER DA ORTOPEDIA 3)ALTA DA CIR.GERAL

MEDICAÇÃO

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., AGORA
TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA, (OBSERVAÇÕES: 100ML SF0.9%)

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE COXA DIREITA
RADIOGRAFIA DE BACIA

CID10

T07 - Traumatismos múltiplos não especificados

Conduta

Em observação

ANDRESSON FELICIO DA SILVA

GERALDO CAMILO NETO
(CRM: 8089/PB)

Boletim registrado por: ILMA VIEIRA DA SILVA em 30/06/2019 00:51:38





Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

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

Folha
1/2

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

Htop

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

Htop

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

INDRESSON FELICIO DA SILVA

6 - N° DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

Masc

Fem

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

COD

11 - TELEFONE DE CONTATO
N° DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - COD - IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

19 - COD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

21 - COD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

22 - DIAGNÓSTICO INICIAL

23 - CID 10 PRINCIPAL

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

27 - COD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

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

☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO I

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO II

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO III

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

30 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

31 - QTD

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - QTD

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - QTD

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

CX DHS/OCS - 01 7M

Fio ke 2,5

PLACA OCS 950 16VROS - 1

PARAFUSO DESLIZANTE Nº 70 - 1

PARAFUSO CORTICAL Nº 36 - 1

" " " Nº 38 - 1

" " " Nº 40 - 3

" " " Nº 56 - 1

PROFISSIONAL SOLICITANTE

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

40 - DATA DA SOLICITAÇÃO

41 - DOCUMENTO

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

43 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

44 - N° DO DOCUMENTO

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

46 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

47 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - COD. ORGÃO EMISSOR

49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

50 - N° DO DOCUMENTO

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

52 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

53 - N° DO DOCUMENTO

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

55 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)





RELATÓRIO DE CIRURGIA

HET 1911

NOME: **ANDERSSON FELICIO DA SILVA** BE/PRONTUÁRIO **1173939**
IDADE: _____ SEXO: **MAS** COR: _____ DATA: **4/7/2019**
CLÍNICA /SETOR: **ORTOPEDIA** M03 **2**
CIRURGIA: **TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA SUBTROCANTÉRICA DE FEMUR ESQUERDO**
CIRURGIÃO: **DR THALES SEABRA** 1º ASS: **DR LAURI**
2º ASS: **MR1 JOÃO PAULO** 3º ASS: _____
INSTRUMENTADOR: _____ ANESTESISTA: _____
TIPO DE ANESTESIA: **RAQUIANESTESIA** HORÁRIO INÍCIO: _____ TÉRMINO: _____

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO	CID
FRATURA SUBTROCANTÉRICA DE FEMUR ESQUERDO	

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	CÓDIGO
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA SUBTROCANTÉRICA DE FEMUR ESQUERDO	

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO:

DESCRIÇÃO: _____

BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO: _____

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

☒

ENFERMARIA

TERAPIA INTENSIVA

☐ RESIDÊNCIA

ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM: _____

Dr. João Paulo S. Costa
18.103
CRM-PB 11598

DATA: _____

4/7/2019

THE ISLE

Médico/CRM:

DI Juan Pablo S. Cordero
MEDCO
CR 11508

4/7/2019



NOME DO PACIENTE: **LINDRESS FELICIO DA SILVA**
 IDADE: **22** SEXO: **M** PRONTUARIO: **18** ENFERMIA: **05**
 CIRCULACAO: **PRONTO-SOLICITACAO** CIRCULACAO: **PRONTO-SOLICITACAO**
 ANESTESIA: **AN + HALLS**
 ANESTESISTA: **AN + HALLS**
 INSTRUMENTADOR: **CREMILDA**
 DATA: **04/01/19** TIPO DE CIRCULACAO: **ANESTESIA** VALOR: **1000** VALOR: **1510** CIRCULACAO: **PRONTO-SOLICITACAO** VALOR: **1030** VALOR: **1500**
 CÍDICE DE RISCO DE CIRCULACAO: **ASA 1** (ASA 1: ASA 2: ASA 3: ASA 4: ASA 5: ASA 6: ASA 7: ASA 8: ASA 9: ASA 10: ASA 11: ASA 12: ASA 13: ASA 14: ASA 15: ASA 16: ASA 17: ASA 18: ASA 19: ASA 20: ASA 21: ASA 22: ASA 23: ASA 24: ASA 25: ASA 26: ASA 27: ASA 28: ASA 29: ASA 30: ASA 31: ASA 32: ASA 33: ASA 34: ASA 35: ASA 36: ASA 37: ASA 38: ASA 39: ASA 40: ASA 41: ASA 42: ASA 43: ASA 44: ASA 45: ASA 46: ASA 47: ASA 48: ASA 49: ASA 50: ASA 51: ASA 52: ASA 53: ASA 54: ASA 55: ASA 56: ASA 57: ASA 58: ASA 59: ASA 60: ASA 61: ASA 62: ASA 63: ASA 64: ASA 65: ASA 66: ASA 67: ASA 68: ASA 69: ASA 70: ASA 71: ASA 72: ASA 73: ASA 74: ASA 75: ASA 76: ASA 77: ASA 78: ASA 79: ASA 80: ASA 81: ASA 82: ASA 83: ASA 84: ASA 85: ASA 86: ASA 87: ASA 88: ASA 89: ASA 90: ASA 91: ASA 92: ASA 93: ASA 94: ASA 95: ASA 96: ASA 97: ASA 98: ASA 99: ASA 100: ASA 101: ASA 102: ASA 103: ASA 104: ASA 105: ASA 106: ASA 107: ASA 108: ASA 109: ASA 110: ASA 111: ASA 112: ASA 113: ASA 114: ASA 115: ASA 116: ASA 117: ASA 118: ASA 119: ASA 120: ASA 121: ASA 122: ASA 123: ASA 124: ASA 125: ASA 126: ASA 127: ASA 128: ASA 129: ASA 130: ASA 131: ASA 132: ASA 133: ASA 134: ASA 135: ASA 136: ASA 137: ASA 138: ASA 139: ASA 140: ASA 141: ASA 142: ASA 143: ASA 144: ASA 145: ASA 146: ASA 147: ASA 148: ASA 149: ASA 150: ASA 151: ASA 152: ASA 153: ASA 154: ASA 155: ASA 156: ASA 157: ASA 158: ASA 159: ASA 160: ASA 161: ASA 162: ASA 163: ASA 164: ASA 165: ASA 166: ASA 167: ASA 168: ASA 169: ASA 170: ASA 171: ASA 172: ASA 173: ASA 174: ASA 175: ASA 176: ASA 177: ASA 178: ASA 179: ASA 180: ASA 181: ASA 182: ASA 183: ASA 184: ASA 185: ASA 186: ASA 187: ASA 188: ASA 189: ASA 190: ASA 191: ASA 192: ASA 193: ASA 194: ASA 195: ASA 196: ASA 197: ASA 198: ASA 199: ASA 200: ASA 201: ASA 202: ASA 203: ASA 204: ASA 205: ASA 206: ASA 207: ASA 208: ASA 209: ASA 210: ASA 211: ASA 212: ASA 213: ASA 214: ASA 215: ASA 216: ASA 217: ASA 218: ASA 219: ASA 220: ASA 221: ASA 222: ASA 223: ASA 224: ASA 225: ASA 226: ASA 227: ASA 228: ASA 229: ASA 230: ASA 231: ASA 232: ASA 233: ASA 234: ASA 235: ASA 236: ASA 237: ASA 238: ASA 239: ASA 240: ASA 241: ASA 242: ASA 243: ASA 244: ASA 245: ASA 246: ASA 247: ASA 248: ASA 249: ASA 250: ASA 251: ASA 252: ASA 253: ASA 254: ASA 255: ASA 256: ASA 257: ASA 258: ASA 259: ASA 260: ASA 261: ASA 262: ASA 263: ASA 264: ASA 265: ASA 266: ASA 267: ASA 268: ASA 269: ASA 270: ASA 271: ASA 272: ASA 273: ASA 274: ASA 275: ASA 276: ASA 277: ASA 278: ASA 279: ASA 280: ASA 281: ASA 282: ASA 283: ASA 284: ASA 285: ASA 286: ASA 287: ASA 288: ASA 289: ASA 290: ASA 291: ASA 292: ASA 293: ASA 294: ASA 295: ASA 296: ASA 297: ASA 298: ASA 299: ASA 300: ASA 301: ASA 302: ASA 303: ASA 304: ASA 305: ASA 306: ASA 307: ASA 308: ASA 309: ASA 310: ASA 311: ASA 312: ASA 313: ASA 314: ASA 315: ASA 316: ASA 317: ASA 318: ASA 319: ASA 320: ASA 321: ASA 322: ASA 323: ASA 324: ASA 325: ASA 326: ASA 327: ASA 328: ASA 329: ASA 330: ASA 331: ASA 332: ASA 333: ASA 334: ASA 335: ASA 336: ASA 337: ASA 338: ASA 339: ASA 340: ASA 341: ASA 342: ASA 343: ASA 344: ASA 345: ASA 346: ASA 347: ASA 348: ASA 349: ASA 350: ASA 351: ASA 352: ASA 353: ASA 354: ASA 355: ASA 356: ASA 357: ASA 358: ASA 359: ASA 360: ASA 361: ASA 362: ASA 363: ASA 364: ASA 365: ASA 366: ASA 367: ASA 368: ASA 369: ASA 370: ASA 371: ASA 372: ASA 373: ASA 374: ASA 375: ASA 376: ASA 377: ASA 378: ASA 379: ASA 380: ASA 381: ASA 382: ASA 383: ASA 384: ASA 385: ASA 386: ASA 387: ASA 388: ASA 389: ASA 390: ASA 391: ASA 392: ASA 393: ASA 394: ASA 395: ASA 396: ASA 397: ASA 398: ASA 399: ASA 400: ASA 401: ASA 402: ASA 403: ASA 404: ASA 405: ASA 406: ASA 407: ASA 408: ASA 409: ASA 410: ASA 411: ASA 412: ASA 413: ASA 414: ASA 415: ASA 416: ASA 417: ASA 418: ASA 419: ASA 420: ASA 421: ASA 422: ASA 423: ASA 424: ASA 425: ASA 426: ASA 427: ASA 428: ASA 429: ASA 430: ASA 431: ASA 432: ASA 433: ASA 434: ASA 435: ASA 436: ASA 437: ASA 438: ASA 439: ASA 440: ASA 441: ASA 442: ASA 443: ASA 444: ASA 445: ASA 446: ASA 447: ASA 448: ASA 449: ASA 450: ASA 451: ASA 452: ASA 453: ASA 454: ASA 455: ASA 456: ASA 457: ASA 458: ASA 459: ASA 460: ASA 461: ASA 462: ASA 463: ASA 464: ASA 465: ASA 466: ASA 467: ASA 468: ASA 469: ASA 470: ASA 471: ASA 472: ASA 473: ASA 474: ASA 475: ASA 476: ASA 477: ASA 478: ASA 479: ASA 480: ASA 481: ASA 482: ASA 483: ASA 484: ASA 485: ASA 486: ASA 487: ASA 488: ASA 489: ASA 490: ASA 491: ASA 492: ASA 493: ASA 494: ASA 495: ASA 496: ASA 497: ASA 498: ASA 499: ASA 500: ASA 501: ASA 502: ASA 503: ASA 504: ASA 505: ASA 506: ASA 507: ASA 508: ASA 509: ASA 510: ASA 511: ASA 512: ASA 513: ASA 514: ASA 515: ASA 516: ASA 517: ASA 518: ASA 519: ASA 520: ASA 521: ASA 522: ASA 523: ASA 524: ASA 525: ASA 526: ASA 527: ASA 528: ASA 529: ASA 530: ASA 531: ASA 532: ASA 533: ASA 534: ASA 535: ASA 536: ASA 537: ASA 538: ASA 539: ASA 540: ASA 541: ASA 542: ASA 543: ASA 544: ASA 545: ASA 546: ASA 547: ASA 548: ASA 549: ASA 550: ASA 551: ASA 552: ASA 553: ASA 554: ASA 555: ASA 556: ASA 557: ASA 558: ASA 559: ASA 560: ASA 561: ASA 562: ASA 563: ASA 564: ASA 565: ASA 566: ASA 567: ASA 568: ASA 569: ASA 570: ASA 571: ASA 572: ASA 573: ASA 574: ASA 575: ASA 576: ASA 577: ASA 578: ASA 579: ASA 580: ASA 581: ASA 582: ASA 583: ASA 584: ASA 585: ASA 586: ASA 587: ASA 588: ASA 589: ASA 590: ASA 591: ASA 592: ASA 593: ASA 594: ASA 595: ASA 596: ASA 597: ASA 598: ASA 599: ASA 600: ASA 601: ASA 602: ASA 603: ASA 604: ASA 605: ASA 606: ASA 607: ASA 608: ASA 609: ASA 610: ASA 611: ASA 612: ASA 613: ASA 614: ASA 615: ASA 616: ASA 617: ASA 618: ASA 619: ASA 620: ASA 621: ASA 622: ASA 623: ASA 624: ASA 625: ASA 626: ASA 627: ASA 628: ASA 629: ASA 630: ASA 631: ASA 632: ASA 633: ASA 634: ASA 635: ASA 636: ASA 637: ASA 638: ASA 639: ASA 640: ASA 641: ASA 642: ASA 643: ASA 644: ASA



FICHA DE ANESTESIA



DATA: 04.07.19

PRONTUÁRIO: 1173939

PACIENTE:	ANDRESSON FELIPE DA SILVA		SEXO:	M	COR:	BRUNO	IDADE:	22 ANOS	
PRESSÃO ARTERIAL	120x50	PULSO	70	RESPIRAÇÃO	REGULAR	TEMPERATURA	36,5	PESO	76 kg
ESTADO GERAL	BOM	REGULAR	MAU	PESSIMO	RISCO CIRÚRGICO	BOM	REGULAR	MAU	PESSIMO
EXAMES COMPLEMENTARES	OK (VPM)								
AP. RESPIRATÓRIO	OK				AP. CIRCULATÓRIO	OK			
AP. DIGESTIVO	OK				ESTADO MENTAL	LOIC			
PRE-ANESTÉSICO	MDZ 4,0mg + Fentanil 50mcg				ESTADO FÍSICO (ASA)				
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO	FRATURA SUBTROCANTERIANA DO FÊMUR ESQUERDO								
CIRURGIA REALIZADA	HIO + NUNO 1,00 DE FRAU SUB. DO FÊMUR ESQUERDO								
CIRURGIÃO	DR. BRENO + LAOURPA + ALAC								
INÍCIO DA ANESTESIA	11:30		TERMINO DA ANESTESIA			DURAÇÃO DA ANESTESIA			
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO			QUANT. DE CH			VALORES RS			
ANESTESISTA	CPF				CRM-PB				

ANESTESIA	11:10	12:10	13:10	14:10	15:10	AS 30
QUANT. DE CH	SRH - SRH	SRH - SRH	SRH - SRH	SRH - SRH	SRH - SRH	SRH - SRH
VALORES RS	100/100	100/100	100/100	100/100	100/100	100/100

ANESTESIA GERAL	☒	ANESTESIA LOCAL	☐	EPIDURAL	☐	BLOC PLEXO	☐	BLOC NERVOS	☐	OUTROS	☐
-----------------	-------------------------------------	-----------------	--------------------------	----------	--------------------------	------------	--------------------------	-------------	--------------------------	--------	--------------------------

USUÁRIOS	USUÁRIO	USUÁRIO	USUÁRIO	USUÁRIO	USUÁRIO	USUÁRIO	USUÁRIO	USUÁRIO	USUÁRIO	USUÁRIO	USUÁRIO
----------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------

USUÁRIOS	USUÁRIO	USUÁRIO	USUÁRIO	USUÁRIO	USUÁRIO	USUÁRIO	USUÁRIO	USUÁRIO	USUÁRIO	USUÁRIO	USUÁRIO
----------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------

USUÁRIOS	USUÁRIO	USUÁRIO	USUÁRIO	USUÁRIO	USUÁRIO	USUÁRIO	USUÁRIO	USUÁRIO	USUÁRIO	USUÁRIO	USUÁRIO
----------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------

USUÁRIOS	USUÁRIO	USUÁRIO	USUÁRIO	USUÁRIO	USUÁRIO	USUÁRIO	USUÁRIO	USUÁRIO	USUÁRIO	USUÁRIO	USUÁRIO
----------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------

USUÁRIOS	USUÁRIO	USUÁRIO	USUÁRIO	USUÁRIO	USUÁRIO	USUÁRIO	USUÁRIO	USUÁRIO	USUÁRIO	USUÁRIO	USUÁRIO
----------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------

PREFEITURA MUNICIPAL DE MAMANGUAPE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA – SAMU

Mamanguape, 21 de Novembro de 2019.

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que, Andresson Felicio da Silva, Queda de moto, no dia 29 de Junho de 2019, foi atendido pela a Unidade de Suporte Básico do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU Mamanguape prestou atendimento à vítima, removida para o Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

Josimeri Arruda dos Santos
Coordenadora Geral SAMU 192
Mamanguape-PB
COREN-PB 417778

Josimeri Arruda dos Santos
Coordenadora Geral SAMU 192
Mamanguape/PB
CNPJ 08674396000164

Rua Marquês do Herval, 64 - Centro – Fone (83) 991573966-
josimery_arruda.enf@hotmail.com





