



Número: **0835801-63.2020.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **13ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **10/07/2020**

Valor da causa: **R\$ 8.775,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
EMILIA BARBOSA GOMES (AUTOR)	JULIANA BRAVO DE ARRUDA SCHERMANN (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)
PERITO registrado(a) civilmente como HEUDER ROMERO LIBERALINO DA NOBREGA (TERCEIRO INTERESSADO)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
72595382	02/05/2023 12:23	Petição	Petição
72595387	02/05/2023 12:23	2837023_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_A_nexo_02	Outros Documentos
72595389	02/05/2023 12:23	2837023_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros Documentos

EM ANEXO



Rio de Janeiro, 01 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: **EMILIA BARBOSA GOMES**

Nº Sinistro: **3180250926**

Vitima: **EMILIA BARBOSA GOMES**

Data do Acidente: **12/08/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180250926**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00255/00256 - carta_01 - INVALIDEZ



Carta nº 12900891



Rio de Janeiro, 14 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: EMILIA BARBOSA GOMES

Sinistro: 3180250926

Vítima: EMILIA BARBOSA GOMES

Data do Acidente: 12/08/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o número **3180250926** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01267/01268 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 12959860



Rio de Janeiro, 25 de Julho de 2018

Carta nº: 13142019

A/C: EMILIA BARBOSA GOMES

Nº Sinistro: 3180250926
Vitima: EMILIA BARBOSA GOMES
Data do Acidente: 12/08/2017
Cobertura: INVALIDEZ

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: EMILIA BARBOSA GOMES

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 104

Agência: 000001914

Conta: 00000134336-3

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

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

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

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 015689/01570 - carta_15R - INVALIDEZ

00020765



Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3180250926**
Nome do(a) Examinado(a): **EMILIA BARBOSA GOMES**
Endereço do(a) Examinado(a): **RUA RODRIGUES ALVES nº 520 - CENTRO - SANTA RITA/PB**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 3312714 - SSP**
Data e local do acidente: **12/08/2017 SANTA RITA/PB**
Data e local do exame: **13/07/2018 JOAO PESSOA/PB**

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

**FRATURA LUXAÇÃO DO PUNHO DIREITO
FRATURA DO PÓLEGAR ESQUERDO
FRATURA DE FÊMUR DIREITO**

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

**FRATURA LUXAÇÃO DO PUNHO DIREITO TRATADA CIRURGICAMENTE COM REDUÇÃO ABERTA E FIXAÇÃO INTERNA COM PLACA E PARAFUSOS EM DOIS TEMPOS CIRÚRGICOS.
FRATURA DO PÓLEGAR ESQUERDO TRATADA COM CONDUTA CONSERVADORA E QUE EVOLUIU SEM SEQUELAS FUNCIONAIS INCAPACITANTES
FRATURA DE FÊMUR DIREITO TRATADA CIRURGICAMENTE, SENDO A ÚLTIMA CIRURGIA REALIZADA EM 02/04/2018, CICATRIZ CIRÚRGICA EXTENSA COM 36 CM HIPERCROMICA E NORMOTRÓFICA NA FACE EXTERNA DA COXA DIREITA. TEM RETORNO MARCADO PARA O CIRURGIÃO ASSISTENTE EM 23/08/2018.**

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

**CICATRIZ CIRÚRGICA DE 14 CM EM ANTEBRAÇO E DORSO DA MÃO DIREITA. EVOLUIU COM PSEUDO ARTROSE DO PUNHO DIREITO E DÉFICIT FUNCIONAL DA FLEXO-EXTENSÃO DO PUNHO E DA MÃO DIREITA.
CICATRIZ CIRÚRGICA EXTENSA COM 36 CM HIPERCROMICA E NORMOTRÓFICA NA FACE EXTERNA DA COXA DIREITA. TEM RETORNO MARCADO PARA O CIRURGIÃO ASSISTENTE EM 23/08/2018. VÍTIMA EM TRATAMENTO E USO DE MULETAS.**

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

SIM NÃO

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível a qualquer medida terapêutica)?

SIM NÃO

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

DÉFICIT FUNCIONAL MÉDIO DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações(*)

Vítima em tratamento

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

Sem sequela permanente

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal(Sequela): **MEMBRO SUPERIOR DIREITO**
 10% 25% 50% 75% 100%

Região Corporal(Sequela):
 10% 25% 50% 75% 100%

Região Corporal(Sequela):
 10% 25% 50% 75% 100%

Região Corporal(Sequela):
 10% 25% 50% 75% 100%

VIII.* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

MEMBRO INFERIOR DIREITO- EM TRATAMENTO PARA ESSE SEGMENTO CORPORAL. MANTIDO ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO PARA OS DEMAIS SEGMENTOS -

Médico Perito: JOAO FERNANDES DE SOUZA CRM:2732 PB/PB



Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com nome e CRM



BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: DOC / TED

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 18/07/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EMILIA BARBOSA GOMES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01914

CONTA: 000000134336-3

Nr. da Autenticação 418AF77468E172E2



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180250926 **Cidade:** Santa Rita **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EMILIA BARBOSA GOMES **Data do acidente:** 12/08/2017 **Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: FRATURA LUXAÇÃO DO PUNHO DIREITO.
FRATURA DO POLEGAR ESQUERDO.
FRATURA DE FÊMUR DIREITO.

Descrição do exame médico pericial: DÉFICIT FUNCIONAL MÉDIO DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Resultados terapêuticos: FRATURA LUXAÇÃO DO PUNHO DIREITO TRATADA CIRURGICAMENTE COM REDUÇÃO ABERTA E FIXAÇÃO INTERNA COM PLACA E PARAFUSOS EM DOIS TEMPOS CIRÚRGICOS.
FRATURA DO POLEGAR ESQUERDO TRATADA COM CONDUTA CONSERVADORA E QUE EVOLUIU SEM SEQUELAS FUNCIONAIS INCAPACITANTES.
FRATURA DE FÊMUR DIREITO TRATADA CIRURGICAMENTE, SENDO A ÚLTIMA CIRURGIA REALIZADA EM 02/04/2018, CICATRIZ CIRÚRGICA EXTENSA COM 36 CM HIPERCROMICA E NORMOTRÓFICA NA FACE EXTERNA DA COXA DIREITA. TEM RETORNO MARCADO PARA O CIRURGIÃO ASSISTENTE EM 23/08/2018.
CICATRIZ CIRÚRGICA DE 14 CM EM ANTEBRAÇO E DORSO DA MÃO DIREITA. EVOLUIU COM PSEUDO ARTROSE DO PUNHO DIREITO E DÉFICIT FUNCIONAL DA FLEXO-EXTENSÃO DO PUNHO E DA MÃO DIREITA.
CICATRIZ CIRÚRGICA EXTENSA COM 36 CM HIPERCROMICA E NORMOTRÓFICA NA FACE EXTERNA DA COXA DIREITA. TEM RETORNO MARCADO PARA O CIRURGIÃO ASSISTENTE EM 23/08/2018. VÍTIMA EM TRATAMENTO E USO DE MULETAS.

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.
NÃO APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO 1º QUIRODACTILO ESQUERDO.
IMPOSSIVEL AVALIAÇÃO MÉDICA DO MEMBRO INFERIOR DIREITO, ENCONTRA-SE EM TRATAMENTO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 13/07/2018

Conduta mantida:

Observações: - MEMBRO INFERIOR DIREITO EM TRATAMENTO PARA ESSE SEGMENTO CORPORAL. MANTIDO ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO PARA OS DEMAIS SEGMENTOS.

Médico examinador: JOAO FERNANDES DE SOUZA

CRM do médico: 2732 PB

UF do CRM do médico: PB

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 superiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: DORES MENDES B C MENDES

CRM do médico: 52.25889-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

Dores Mendes





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima 072.148.064-01	Nome completo da vítima EMÍLIA BARBOSA GOMES
---------------------------	---------------------------------	---

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo EMÍLIA BARBOSA GOMES	CPF titular da conta 072.148.064-01	Profissão FAXEIRA
Endereço RUA RODRIGUES ALVES	Número 520	Complemento
Bairro POPULAR	Cidade SANTA RITA	Estado PB
Email	CEP 58301-210	Telefone (DDD) (83) 999838652

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

RECUSO INFORMAR SEM RENDA ATÉ R\$ 1.000,00 R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
 R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ACIMA DE R\$ 10.000,00

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO 3934	D/V	CONTA NRO 334336	D/V 3
------------------------	-----	------------------------	----------

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome	NRO
AGÊNCIA NRO	CONTA NRO

(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

JEAN PEREIRA, 30 de MAIO de 2018
Local e Data

Emília Barbosa Gomes
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017



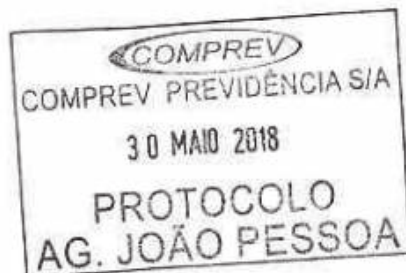
CERTIDÃO

CERTIFICO, em razão de meu ofício e à requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo o Registro de Ocorrências desta Delegacia, encontrei a OCORRENCIA POLICIAL de Nº **485/2018**, cujo teor passo a transcrever na íntegra: Aos **27/02/2018** nesta cidade de Santa Rita, Estado da Paraíba, e no Cartório desta Delegacia Distrital, onde se encontrava presente a Bel. Francisco de Assis Araujo, Delegado de Polícia Civil, comigo Escrivão de seu cargo, ao final assinado e declarado, por volta das **10:00** horas, compareceu:

NOME: *EMILIA BARBOSA GOMES*
NACIONALIDADE: *BRASILEIRO* ; **NATURALIDADE:** *S.Rita/PB*
ESTADO CIVIL: *Solteira* ; **TELEFONE:** *9-8719-0952*
FILIAÇÃO: *Natanael Gomes de Sena e de Maria das Dores Soares Barbosa*
NASCIMENTO: *29/09/1988* ; **IDADE:** *29 ANOS DE IDADE*
ENDEREÇO: *R. Rodrigues Alves nº 520* *S.Rita/PB*
RG *3.312.714* **SSP/PB** ; **CPF:** *072.148.064-01*

a qual notifica **Afirma o Notificante QUE no dia 12/08/2017 por volta das 17:hs30mim quando estava saindo do seu local de Trabalho, com destino a sua residencia na zona Rural desta Cidade de S. Rita/PB digo em Lerolandia como carona em uma Moto de Marca HONDA/CG 125 TIPO FAN-KS DE COR PRETA ANO 2011 MODELO 2011 DE PLACA OFA-1588/PB quando o condutor perdeu o controle da moto veio cair ao Solo, conforme Laudo Médico do Hospital de Trauma Senador Humberto Lucena que tem o CID-10 mais S52.5+S62.5 + S63.0 + S72.3, Diagnóstico (S) Fretura da Extremidade Distal do Punho D+ Fratura do Polegar E + Luxação do Punho D +Fratura da Diafise do Femur D, assinado pelo DR ° EWERTON NORONHA TEIXEIRA QUE TEM O CRM-2516/PB, sendo o proprietario da moto de nome OCIMAR SOARES, que o Motorista era um moto taxi,desconhecido da notificante . Nada mais a notificar, encerro este termo que lido e achado conforme, fica a notificante advertida das penas do que refere-se o Art. 299 do C P B. O referido é verdade. Dou fé.**

Notificante: *Emilia Barbosa Gomes*



Santa Rita/PB, 27/02/2018.
Escrivão de Polícia Ad Hoc





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

EMÍLIA BARBOSA GOMES

CPF da Vítima

072.148.064-01

Data do Acidente

12.08.2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

EMÍLIA BARBOSA GOMES

CPF do Representante legal

072.148.064-01

Email

Telefone (DDD)

(83) 99983 8652

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

JOÃO PESSOA, 30 de MAIO de 2017
Local e Data

Emília Barbosa Gomes

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

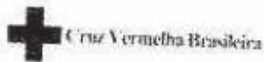
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017



Ato declaratório

http://172.16.0.6:8080/cvb/pages/boletimEmergencia.do?perform



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



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

Boletim de Atendimento: 1020106



Identificação do paciente				
ID 1199577	Nome EMILIA BARBOSA GOMES	Sexo Feminino		
Data de nascimento 29/09/1988	Idade 28 anos 10 meses 11 dias	Estado civil	Religião	Proteção
Mãe MARIA DAS DORES SOARES BARBOSA	Pai NATANAEL GOMES DE SENA		Responsável (Parentesco) MARIA JOSE CANDIDO DA SILVA - PRIMO(A)	
Escolaridade	DDD Móvel 83	Fone Móvel 991335256	DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3312714	Nº Cna 705602450113215		
Local de procedência LUCENA	Tipo MUNICIPIO		UF PB	
Email	Naturalidade SANTA RITA	CBOIR		
Endereço				
CEP 58301000	Município de residência SANTA RITA	JF PB	Logradouro PROFESSOR SEVERO RODRIGUES	
Número SN	Complemento SITIO JACARAUNA	Bairro POPULAR		
Admissão				
Data e Hora 12/08/2017 19:44:20	Número da pulseira 1000006191619	Convênio SUS		
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica			
Classificação de risco	Origem do paciente SAMU			
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	mmHg	Pulso	Temperatura	
Exames complementares				
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []
Dados clínicos		ECG []	Ultrasonografia []	
Diagnóstico				
Atendido por AYLA NICOLLE FERNANDES GOMES				Tempo 01min 11seg

fadu

*12/08/17
NS
PC
FA
R+*

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
30 MAIO 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Paciente obesa, vítima de queda de moto, queixando-se de dor lombar e em MS D. Aguardar exames.

Enfermeira
CÔREN-PB 378.350

12/08/2017



DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.
Documento não é segunda via de conta.
Relevo para simples pagamento da nota fiscal/compra de energia elétrica. Nº 004.104.081



ENERGISA PARABÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
R. 238, Km 23 - Creta Redenção - João Pessoa / PB - CEP 53071-000
CNPJ 09.295.183 / 0001-46 - Insc. Est. 18.015.822-0

DADOS DO CLIENTE
MARIA DAS DORES SOARES BARBOSA
RUA RODRIGUES ALVES 520
SANTA RITA
CEP: 58.301-210

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR
5/223774-1

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
MAR/2018	26/03/2018	15	03/04/2018	R\$ 5,93

Acesse: www.energisa.com.br



01379214 4201

MARIA DAS DORES SOARES BARBOSA
Telefone: 15-009-251-6340
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 29/03/2018

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRICULA
03/04/2018	R\$ 5,93	223774-2018-03-0

COMPREV
COMPREV PREVIDENCIA S/A
30 MAIO 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA





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 EMILIA BARBOSA GOMES
DADOS DE NASCIMENTO 29/09/88
NOME DA MÃE MARIA DAS DORES SOARES BARBOSA

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1.020.106
Nº PRONTUARIO 103.647
DATA DO ATENDIMENTO 12/08/17
HORA DO ATENDIMENTO 19:44
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S) FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO PUNHO D + FRATURA DO
POLEGAR E + LUXAÇÃO DO PUNHO D + FRATURA DA DIÁFISE DO
FEMUR D
CID 10 S 52.5 + S 62.5 + S 63.0 + S 72.3

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta, apresentando trauma com dor intensa em punho D, região lombar e em coxa D com dor + edema e limitação dos movimentos. Glasgow 15. Avaliada pela equipe médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX da coluna cervical - AP e P
RX do tórax - AP
RX do antebraço D - AP e P
RX da mão D - AP e P
RX da bacia - AP
RX da coxa D - AP e P
USG do abdome total - FAST



TRATAMENTO:

Fratura da extremidade distal do rádio D + fratura do polegar E + luxação do punho D + fratura da diáfise do fêmur D aos RX. Sem alteração à USG e aos outros RX. Realizado internamento e tratamento cirúrgico pelo Dr. Thales Seabra e Dr. Brício Gonçalves no 1º tempo e pelo Dr. Ricardo Ramos no 2º tempo.

ALTA HOSPITALAR: 19/08/17
DATA DA EMISSÃO: 28/11/17

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA
CRM: 2516

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



EVOLUÇÃO DO PACIENTE

BE/PRONTUÁRIO

Nome do paciente

Emilia Barbara Gomes

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
13/08/17		<u>Serviço Social</u> Realizado orientações, anexoado livro de admissão, Solicitação de exames de sangue e Xerox dos documentos.
14.08.17	10:30	Psicologia Paciente evolui no momento consciente, orientada, emocionalmente estável, memória preservada, pensamento coerente. Realizados apoios e orientações a paciente.
17.08.17		Psicologia Paciente evolui consciente, orientada, humor ansioso, emocionalmente estável, solicita os contatos. Realizado apoios psicológicos.

Lucas Barreto
Vale de Medeiros E. Lourenço Barreto
Assistente Social
CRESS 4396-144 Reg/30/PB

Maria Laura
Lutz Gutemberg Teixeira
PSICÓLOGO
5023/13

Maria Laura
13/08/17

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
30 MAIO 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA





REGISTRO DE UTILIZAÇÃO DE MATERIAIS
 ÓR ES PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - IE

Data: 18/08/22

Número: _____
 Paciente: Emília Barbosa Gomes
 Procedimento: trat. completo de Kaposi
 SUS: N Não SUS: S
 Médico: Ricardo Gomes + Kato (R31)

Prontuário: 2020106
 Data: 1/1
 Reposição: _____

Coisa Pronta: _____

DISPENSACÃO CME				
FORNECEDOR	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE	CÓDIGO SUS	MARCA
/	/	/	/	/
/	/	/	/	/
/	/	/	/	/
/	/	/	/	/

DISPENSACÃO - FARMÁCIA				
FORNECEDOR	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE	CÓDIGO SUS	MARCA
VIGON	01 Agulha de Phero A - 50	01		
"	01 Agulha de Phero A - 100	01		
/	/	/	/	/

ASSINATURA DO MÉDICO - CRM

[Signature]
 Dr. Ricardo Gomes
 CRM 123456789

AG. JOÃO PESSOA
 PROTOCOLO
 30 MAR 2018
 COMPREV PREVIDENCIA S/A

ASSINATURA ENFERMEIRA - COREN

[Signature]
 822273

ASSINATURA CIRCULANTE RESPONSÁVEL

FINGLAPC 013-2





RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEALTH

Nome: Suelio Carlos Jones BE/Prontuário: _____
 Idade: _____ Sexo: () Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 1/1
 Clínica/Setor: _____ EMP: _____ LR: _____
 Cirurgia: _____
 Cirurgião: M. M. MOREIRA TORRES 1° Assistente: K. H. O. (R3)
 2° Assistente: _____ 3° Assistente: _____
 Instrumentador: _____ Anestesista: _____
 Tipo de Anestesia: _____ Horário: Início _____ : _____ Término _____ : _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fratura de osso distal (O)</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>D. Thompson</u>	

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

Biopsia de Congelação: () Sim () Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

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

COMPREV
 COMPREV PREVIDENCIA S/A
 30 MAIO 2018
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA

Médico/CRM: _____


João Pessoa, 14/05/18

F(NG)ASCIR.009-1



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	
Incisão:	Aberto dorsal Punho (C)
Achados:	Revisão da fratura (EXTREMAMENTE COMUNITA INTRASUBULAR)
Conduta:	PLACA PONTE DEB 3,5 10 FURCO 30 MC → PUNHO DISTAL PROVEDIMENTO SEM INTER- CORREÇÕES.
Fechamento:	TAA AXIOPALMARE
Observação:	

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
30 MAIO 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



João Pessoa. / /

Médico/CRM: _____

F(NG).ASCIR.009-1



FICHA DE ANESTESIA

DATA: 18/08/17

PRONTUÁRIO: 1020160

PACIENTE: EMÍLIA BARFOSA GOMES

SEXO: F COR: BRNCA IDADE: 28a

PRENSÃO ARTERIAL: 140/80 PULSO: 90 bpm RESPIRAÇÃO: EUPNEU TEMPERATURA: PESO: GRUPO SANGÜINEO:

ESTADO GERAL: (X) BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO RISCO CIRÚRGICO: () BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO

EXAMES COMPLEMENTARES: VPM

AP. RESPIRATÓRIO: MDU AP. CIRCULATÓRIO: MDU

AP. DIGESTIVO: EM JEJUM ESTADO MENTAL: L.O.T.E. DROGAS EM USO: VPM

PRÉ-ANESTÉSICO DOSE/HORA: MIDAZOLAM 2mg ESTADO FÍSICO (ASA): II

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: FRATURA COMPLEXA DO RÁDIO DISTAL

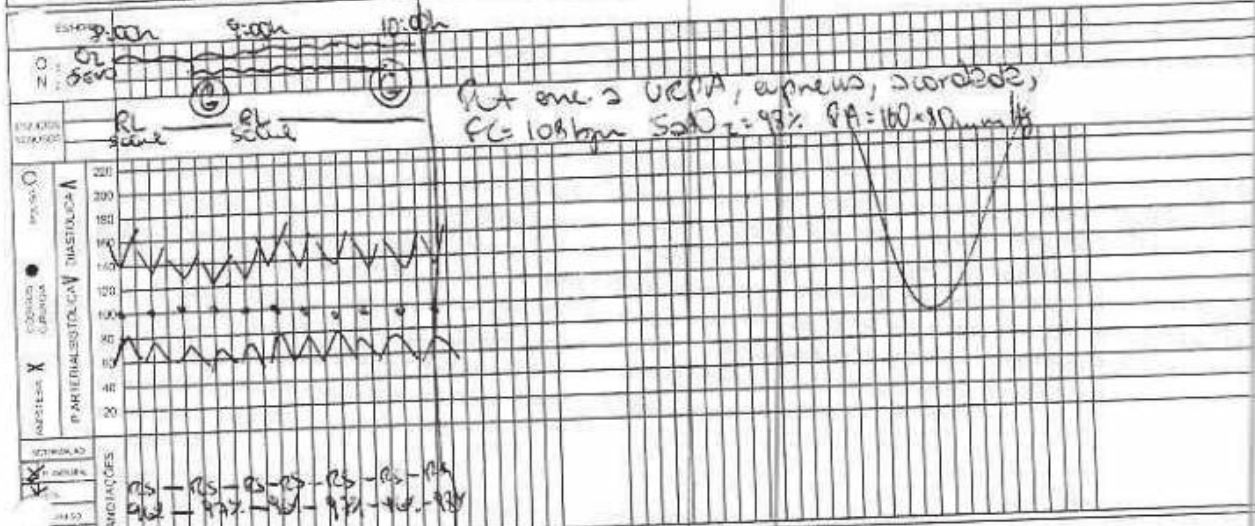
CIRURGIA REALIZADA: TRAT. CIRÚRGICO DE FRATURA COMPLEXA DO RÁDIO DISTAL

CIRURGIÃO: DR. RICARDO AUXILIARES: DR. KALO

INÍCIO DA ANESTESIA: 8:00h TÉRMINO DA ANESTESIA: DURACÃO DA ANESTESIA:

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: QUANT. DE CH. VALORES RS: Adriana Lobão de

ANESTESISTA: DR. ADRIANA + DR. DIEGO (R) CRM-PB: CRM-1344 Anestesiologista



ANESTESIA GERAL RACUCLINA EPIDURAL BLOQ. PLEXO BLOQ. NERVO OUTROS

QUANTIDADE	VOLUME (ml)	MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO
1	2mg + 2mg + 1mg	(1) MIDAZOLAM 2mg
1	100mg +	(2) DEXAMETACONA 10mg
1	100mg + 100mg = 200mg	(3) DIFENIDRAMINA 2mg
1	100mg	(4) CETOPIROFENO 100mg
1	100mg	(5) ADRIANA 1mg
1	50mg	(6) NEOSTILCOMINA 2mg
1	20ml	(7) DEXAMETACONA 10mg
1	20ml	(8) DIFENIDRAMINA 2mg
1	10ml	(9) CETOPIROFENO 100mg
1	10ml	(10) ADRIANA 1mg
1	2mg	(11) NEOSTILCOMINA 2mg

INDICAÇÕES DE TÉCNICA: PCT CHEGA AO CÔRTEX CERVICAL / AVP EM MSE, MONITORADA, REAGINDO A INSERÇÃO DE CATETER DE REGIÃO CERVICAL; BLOQUEIO DE PLEXO BRANQUIAL, VIA INTERMEDIÁRIA, C/ USO DE ENF, 1.005. ASD; ASPIRAÇÃO NEGATIVA. INFUSÃO DE (6) + (7), ASPIRAÇÃO + ANTISÉPTICA DE REGIÃO AXILAR. BLOQUEIO DE NERVOS MEBIANOS + ULNAR (C/ USO ENF, 1.005, A100; ASPIRAÇÃO NEGATIVA; INFUSÃO DE (8) + (9); AMBOS BLOCOS SEM INTERCORRENTES. PCT PRÉ-OPERATÓRIA, EM DDH; INDIKAS ANESTÉSICA (1) + (2) + (3) + (4) + (5), LARINGOSCOPIA DIRETA ATCUMULADA; TOT C/ TOT 2.5 C/ CUFF; CONF. QUANT. POR (1) + (2) + (3) + (4) + (5); MANUTENÇÃO C/ SEVOFLURO, SEM INTERCORRENTES.

RECOR. QUANT. E AUSÊNCIA DE PONTOS DE PRESSÃO. PCT DE INÍCIO DO GARROTE MSP = 8:40h

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
30 MAIO 2018
PROTOCOLO
AG. JOAO



Anes

17/01/17 DATA 1020106 PRONTUÁRIO

NOME DO PACIENTE: Emílio Barbosa Gomes
 Idade: 23 Sexo: M Profissão:
 Patologia principal: roturo de punho
 Cirurgia: Hó cirurgia Anestesia proposta: bloqueio regional

Dor no peito, angina?	<input checked="" type="checkbox"/>	Diabetes?	<input checked="" type="checkbox"/>	Alergia a drogas?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
infarto? <input type="checkbox"/> <3M <input type="checkbox"/> 3-6M <input type="checkbox"/> >6M	<input checked="" type="checkbox"/>	Doença da tireóide?	<input checked="" type="checkbox"/>	Quadro clínico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pressão alta?	<input checked="" type="checkbox"/>	Mudança no hábito miccional?	<input checked="" type="checkbox"/>	Tratamento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sopro, febre reumática?	<input checked="" type="checkbox"/>	Modificação no apetite?	<input checked="" type="checkbox"/>	Alergia a pó/fk, odores, alimentos?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Astúmia, taquicardia: <input type="checkbox"/> espontânea	<input checked="" type="checkbox"/>	Queimação, azia, H.de hiato, dor?	<input checked="" type="checkbox"/>	Quadro clínico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
aos esforços: <input type="checkbox"/> peq. <input type="checkbox"/> médios	<input checked="" type="checkbox"/>	Náuseas, vômitos? (cor:)	<input checked="" type="checkbox"/>	Tratamento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Edema de MMII: <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> Verso	<input checked="" type="checkbox"/>	Mudança no hábito intestinal?	<input checked="" type="checkbox"/>	Alergia a derivado de borracha?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Dispneia de decúbito <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Alteração na cor das fezes?	<input checked="" type="checkbox"/>	Quadro clínico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
aos esforços: <input type="checkbox"/> peq. <input type="checkbox"/> médios	<input checked="" type="checkbox"/>	Perda de peso s/dieta?	<input checked="" type="checkbox"/>	Tratamento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma/bronquite:	<input checked="" type="checkbox"/>	Hepatite, icterícia, matéria, Chagas?	<input checked="" type="checkbox"/>	PARA CRIANÇAS (0 14 anos)		
Tosse/catarro? (cor:)	<input checked="" type="checkbox"/>	Anemia?	<input checked="" type="checkbox"/>	A criança é prematura?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fumante: há <input type="checkbox"/> anos. Parou há	<input checked="" type="checkbox"/>	Sangramento? (onde:)	<input checked="" type="checkbox"/>	A criança tem <input type="checkbox"/> de desenvolvimento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desmaios, tonturas?	<input checked="" type="checkbox"/>	Hematomas/manchas roxas?	<input checked="" type="checkbox"/>	A criança está gripada, c/tosse, febre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Convulsões, abalos, tremores?	<input checked="" type="checkbox"/>	Gripe, febre, recente?	<input checked="" type="checkbox"/>	A criança tem outra doença?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fraqueza muscular, miopatia?	<input checked="" type="checkbox"/>	Está ou pode estar grávida? (DUM: /)	<input checked="" type="checkbox"/>	ANTECEDENTES FAMILIARES DE:		
Dor nas juntas, artrite, colagenose?	<input checked="" type="checkbox"/>	Tem problema de surdez, visão?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> diabetes <input type="checkbox"/> doença cvasc. <input type="checkbox"/> miopatia		
Problema de coluna?	<input checked="" type="checkbox"/>	Teve febre alta quando foi operado?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Febre alta durante a anestesia?		
Etilista social	<input checked="" type="checkbox"/>	Recebeu Transf.sangue? Há	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Problema durante a anestesia?		
Alcoólata: há <input type="checkbox"/> anos. Parou há	<input checked="" type="checkbox"/>	Aceita transf.sangue numa emergência?	<input checked="" type="checkbox"/>	Qual?		

Dados importantes de Anamnese e/ou EP: Obesidade, hipertensão, Asma
 Cirurgias / Anestésias Prévias / Complicações: Furore de 4 meses há 15 dias
 Medicamentos (Dietal): Alergia

EXAME FÍSICO
 Peso: 175 Altura: 1,68 PA: 110/80 Hidratado/desidratado
 Condicionamento: superior/pequeno/taquip. cianose/vascularizado/alterado/normal
 Ausculta: MDA
 Dentadura/prótese (inferior) (movel/fixa): -
 Dentes: semelhante
 Abertura da boca: Normal
 Percepção tátil/vibrat.
 Flexão/estímulo do pescoço
 Normal/limitada
 T.Mallampati 1 2 3 4 distância externamente: 12,5 pes > 12,5

Assinar de preferência exames com <01 ano
 Exames Substanciais DATA: 14/08/17
 Hg= 10,3 Ht= 32,6 Glu.= Cr.= 106,9 Ua=
 Na= K= TC= TS=
 Fiq= 346,000
 Círculo Normal Alterado TT= TP= 11,3 TPA= 3,2 AP= 28,3
 RX tórax
 ECG (/ /) = Síndrome coronária FNR= 182

Paciente em estado de repouso após cir. punho flexão
sem sintomas

RETORNOS: NÃO SIM Motivos: Exames complementares Encaminhado p/Clínica. Qual:
 (VIDE VERSO) * MÉDICO: [Assinatura] CRM: 10431

Se o paciente tiver Retorno(s) prosseguir "CONDUTA FINAL" e "PROBLEMAS GRAVES". APENAS após a liberação do Ambulatório

CONDUTA FINAL: Liberado para cirurgia
 Reavaliar na internação motivo(s):
 Reavaliar na SO motivo(s):
 NÃO LIBERADO PARA CIRURGIA motivo(s):

DATA: 30 MAIO 2018

PROBLEMAS GRAVES

PROTÓCOLO AG. JOÃO PESSOA
 MÉDICO: [Assinatura] CRM: 10431



REGISTRO DE UTILIZAÇÃO DE MA' MAIS
ORTESI, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPA.

Date: / /

Prontuário: 1020106
Data: 12/08/17
Reposição:

Paciente: Emília Barbosa Gomes
Procedimento: Tort. cirurg. de Fixação de Fêmur + Fixação de Pêlve D.
SUS: Não SUS
Médico: Valdo + Bráivio

FORNECEDOR	DISPENSAÇÃO CME	QUANTIDADE	CODIGO SUS	MARCA
Instituto de + M	Placa de 16 Furos	01		
	Usivo 4,5	01		
	Panaj-Ext. N° 36 = 01	05		
	" " N° 38 = 05	01		
	" " N° 40 = 01	01		
	" " N° 42 = 01	01		
	" " N° 44 = 01			

FORNECEDOR	DISPENSAÇÃO - FARMÁCIA	QUANTIDADE	CODIGO SUS	MARCA

José Maria de Sousa
ASSISTENTE CIRCULANTE RESPONSÁVEL
815040
ENGLAFC 013-2

Farmácia de Referência
ASSISTENTE FARMACIA
COREN-PB 295864-M - COREN

Dr. Valdo de Barros
Clínica de Ortopedia e Traumatologia
Rua PB 744
Fone: 3333-1111
Grupo de Apoio

COMPREV
COMPREV PREVIDENCIA S/A
30 MAIO 2018
ROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA
ASSINATURA DO MÉDICO - CRM





RELATÓRIO DE CIRURGIA

HRZSUL

Nome: EMÍLIA BARBOSA GOMES BE/Prontuário: _____
 Idade: _____ Sexo: () Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 13/08/17
 Clínica/Setor: _____ EMP: _____ LR: _____
 Cirurgia: TRAT. CIRÚRGICO DE FRATURA DO FÊMUR DIREITO + REDUÇÃO LUXAÇÃO
 Cirurgião: THALES SEABRA 1º Assistente: BUÍO DO PUNHO DIREITO
 2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____
 Instrumentador: _____ Anestesista: _____
 Tipo de Anestesia: _____ Horário: Início _____ : _____ Término _____ : _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
1. FRATURA DIAPHISÁRIA DO FÊMUR DIREITO	V
2. FRATURA - LUXAÇÃO DO PUNHO DIREITO.	
3. FRATURA DO POLICAR ESQUERDO	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
1. TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO FÊMUR DIR.	V
2. REDUÇÃO DA LUXAÇÃO DO PUNHO ESQ.	

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

Biopsia de Congelação: () Sim () Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

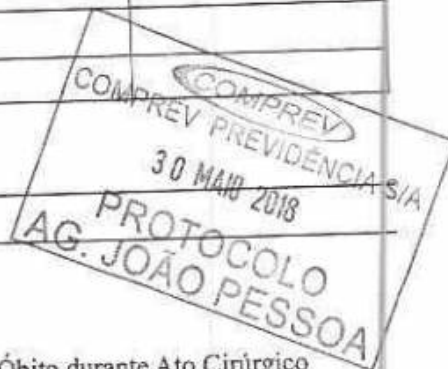
() Enfermaria () Terapia Intensa () Residência () Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM: _____

Thales F. Seabra
 CRM - PB 7124
 Ortopedia e Traumatologia
 Clínica do Joelho

João Pessoa, 13/08/17

F(NG).ASCTR.00-1



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

1. ANTI-BIÓTICO PROFIAXIA
2. PACIENTE POSICIONADO EM DDA
3. ASSEPSIA + ANTI-ASSEPSIA EM MIO COM ABRIGAÇÃO DOS CAMPOS CIRCUNJADOS

Incisão:

4. ACESSO LATERAL AO FÊMUR DÍLITO.
5. DISSECCÃO POR PLANOS + HEMOSTASIA
6. REDUÇÃO DA FRATURA.
7. FIXAÇÃO DE PLACA PONTE COM 4 PARAFUSOS PRÓXIMOS

Achados:

8. E 4 PARAFUSOS DISTAIS AO FOCO
9. CONFIRMADO COM RADIOGRAFIA.
10. REVISÃO DA HEMOSTASIA + LME.
11. FECHAMENTO POR PLANOS + CURATIVO + Rx Contusões.

Conduta:

12. TAPAD - CONTRA - TAPAD DO PUNTO DÍLITO
13. REDUÇÃO DO PUNTO.
14. TALA GIBBATA.

Fechamento:

Observação:

NÃO FIXADO PUNTO MIO COM FIXAÇÃO DE CORTES POR FALTA DO MIO.

NECESSITA DE TIO DE ALIVIO DO PUNTO + PONTAL.

COMPREV
COMPREV PREVIDENCIA S/A
30 MAIO 2018
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Médico/CRM:

Dr. Thales F. Seabra
CRM - PB 7124
Ortopedia e Traumatologia
Clínica do Jussara



João Pessoa, 13/08/17

F(NG),ASCIR.009-1

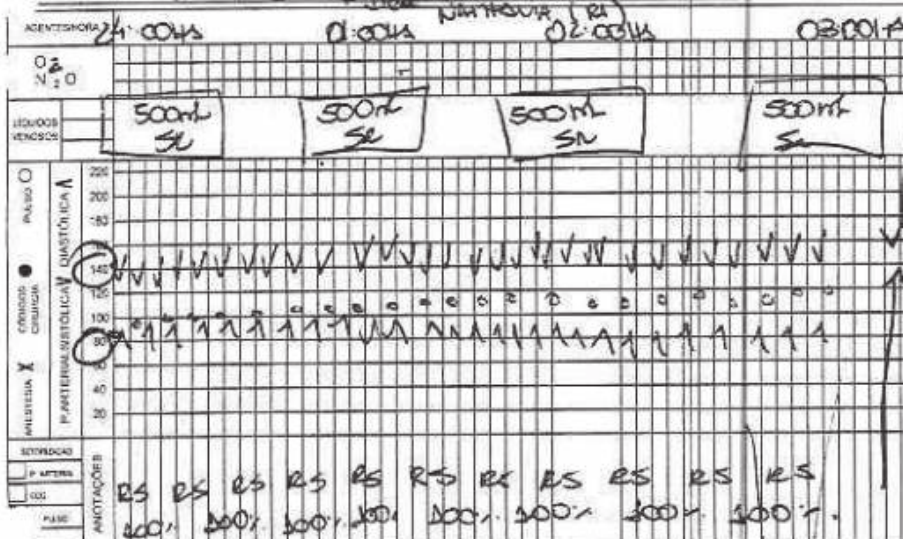


FICHA DE ANESTESIA

DATA: 12/08/17

PRONTUÁRIO:

PACIENTE: EMILIA BARBOSA Gomes		SEXO: F	COR: B	IDADE: 28 ANOS
PRESSÃO ARTERIAL 120x80	PULSO 82	RESPIRAÇÃO 12	TEMPERATURA	PESO
ESTADO GERAL () BOM <input checked="" type="checkbox"/> REGULAR () MAU () PÉSSIMO		RISCO CIRÚRGICO () BOM <input checked="" type="checkbox"/> REGULAR () MAU () PÉSSIMO		
EXAMES COMPLEMENTARES VER PRONTUÁRIO NEGA ALERGIAS ASA II OBESIDADE MÓRBIDA				
AP. RESPIRATÓRIO OK		AP. CIRCULATÓRIO mórbida		
AP. DIGESTIVO OK		ESTADO MENTAL Orientada		DROGAS EM USO
PRÉ-ANESTÉSICO DOSE/HORA				ESTADO FÍSICO (ASA) II
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO FRATURA DE FÊMUR + FRATURA DE PUNHO				
CIRURGIA REALIZADA ATO CIRÚRGICO DE FRATURA DE FÊMUR + PUNHO (D)				
CIRURGIÃO DRº BRUNO		AUXILIARES DRº RALES		
INÍCIO DA ANESTESIA 24:00h		TÉRMINO DA ANESTESIA 02:00h		DURAÇÃO DA ANESTESIA 34h
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		QUANT. DE CH.	VALORES R\$	
ANESTESISTA DRº ANDRÉ		CPF	CRM-PB	



ANESTESIA GERAL RAQUIDIANA EPIDURAL BLOCO PLEXO BLOCO NERVOS OUTROS

QUANTIDADE	Nome do item	USADO	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1	PROPOFOL 200MG											
2	QUIQUIM 300MG											
3	ROCURÔNIO 30MG											
4	FENTANIL 300MCG											
5	DORMONID 1MG EV											
6	LIDOCAÍNA 2% 40MG EV											
7	CLORALINA 2GEV											
8	DEXAMETASONA 30MG EV											
9	CLOROPROPRENO 100MG EV											
10												

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
30 MAIO 2018
PROTÓCOLO
DR. JOÃO PESSOA

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES: **TÉCNICA: PACIENTE MONITORADA XIAMERIDA AVELOCAL com Jelco 20 cm DPH, FURTO ASSUPESIA / AMPLIADA DA ~~TE~~ MARINGOSCO. PIA 21 50R com TUBO no 7.5, conectando a VM e mantida com SUD-Flurane.**

ASSINATURA DO ANESTESISTA:



Nota de Sala Cirúrgica

NOME DO PACIENTE: Emilia Barbosa Gomes
 IDADE: 28 RE: 1020106 CONTÁRIO: ENFERMARIA LEITO: 1
 CIRURGIJA: Int. emusculo fratura de Fêmur + Fratura do Punho D
 CIRURGIÃO: Talos PAUX: Brisio ZALX:
 ANESTESIA: geral
 ANESTESISTA: Rudson
 INSTRUMENTADOR: /
 DATA: 12.08.17 TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA: INIC: 24:00 FIM: 02:30 CIRURGIA INIC: FIM:

ÍNDICE DE RISCO DE CIRÚRGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)
 ASA 1 (ASA 2) (ASA 3) (ASA 4) (ASA 5) ()
 GRAU DE CONTAMINAÇÃO () LIMPA () CONTAMINADA () INFECTADA () POTENCIALMENTE CONTAMINADA

MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD.	SOLUÇÕES	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.
ALFENTANILA				JELCO Nº18	01	FIO CAT. GLUT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA ISORÁRICA				JELCO Nº20		FIO CAT. GLUT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA PESADA				JELCO Nº22		FIO DE AÇO Nº	
CETAMINA				JELCO Nº24		FIO DE AÇO Nº	
CIKLOPÉRIDOL				KIT SIST. DREN. TORÁXICA Nº		FIO DE NYLON Nº	20 05
ETOMIDATO				LÂMINA BISTURI Nº11		FIO DE NYLON Nº	
FENOBARBITAL		ALCOOL ETILICO 70% ml	100	LÂMINA BISTURI Nº15		FIO POLI GLACTINA Nº	1 03
FENTANILA	01	PVPi DEGERMANTE ml	200	LÂMINA BISTURI Nº23	02	FIO POLI GLACTINA Nº	
FLUMAZENIL		PVPi TINTURA		LÂMINA BISTURI Nº24		FIO POLI GLACTINA Nº	
ISÓFLURANO		PVPi TÓPICO ml	150	LÂMINA DE DERMATOMO		FIO POLIPROPILENO Nº	
LEVORUPIVACAÍNA C/ VASO		SABÃO ANTISÉPTICO		LÂMINA DE ENXERTO		FIO POLIPROPILENO Nº	
LEVORUPIVACAÍNA S/ VASO		MATERIAIS	QTD.	LUVA DE PROCEDIMENTO PAR.		FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAÍNA C/ VASO		AGULHA 13X4,5		LUVA ESTÉRIL Nº7,0	05	FIO POLI GLACAPRONE Nº	
LIDOCAÍNA S/ VASO	01	AGULHA 25X07	04	LUVA ESTÉRIL Nº,5	03	FIO SEDA Nº	
MIDAZOLAN	01	AGULHA 25X08	03	LUVA ESTÉRIL Nº8,0	02	FITA CARDIACA	
MORFINA		AGULHA 40X12	02	LUVA ESTÉRIL Nº9,5		MATERIAL ESPECIAL	QTD.
NIMBÍUM		AGULHA PERIDURAL Nº16		MÁSCARA CIRÚRGICA	01	CATETER DE PIC	
PANCURÔNIO		AGULHA PERIDURAL Nº17		MULTIVIAS		CIMENTO CIRÚRGICO	
PETIDINA		AGULHA PERIDURAL Nº18		PERFURADOR DE SORO		CLIP TITÂNIO LIGADURA	
PROPÓRFOL	01	AGULHA RAQUI Nº25G		SCALP Nº19		FIO DE KIRSCHNER Nº	
KAMIFENTANILA	01	AGULHA RAQUI Nº26G		SCALP Nº21		FIO DE KIRSCHNER Nº	
ROCURÔNIO	01	AGULHA RAQUI Nº27G		SERINGA 5ML	01	FIO STEINMAN Nº	
SEVOFLURANO	01	ALGODÃO ORTOPÉDICO		SERINGA 5ML		FIO STEINMAN Nº	
SUXAMETÔNIO	01	ATADURA DE CREPOM	03	SERINGA 10ML	04	GRAMPEADOR CIRÚRGICO	
TROPENTAL		ATADURA GESSADA		SERINGA 20ML	02	HEMOST. ABSORVÍVEL	
MEDICAÇÕES	QTD.	BOLSA P/ COLUSTOMIA		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº8		KIT. DERIVA. VENTRICULAR	
ADRENALINA		CÂNULA P/ TRAQUEOSTOMIA Nº		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº10		PRÓTESE VASCULAR	
ÁGUA DESTILADA		CATETER DE OXIGÊNIO	01	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº12	01	KIT. PAM	
ATROPINA		CATETER EMBOLIC. ARTERIAL Nº		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº14		FIXADOR EXTERNO	
BEXTRA		CATETER EPIDURAL Nº16		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº16		EMPRESA	
CEFAZOLINA	02	CATETER EPIDURAL Nº17		SONDA FOLEY Nº12		PARAFUSOS CORTICAIS Nº36 = 01	
DEXAMETASONA	01	CATETER EPIDURAL Nº18		SONDA FOLEY Nº14		PARAFUSOS CORTICAIS Nº38 = 05	
DIPIRONA SÓDICA		CERA PARA OSSO		SONDA FOLEY Nº16		PARAFUSOS CORTICAIS Nº40 = 01	
EFEDRINA		COLET. URINA FECHADO		SONDA NASOG. CURTA		PARAFUSOS CORTICAIS Nº42 = 01	
FLUROSEMIDA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	05	SONDA NASOG. LONGA		PARAFUSOS CORTICAIS Nº44 = 01	
GLICOSE 50%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS		SONDA URETRAL Nº		PARAFUSOS MALEOLAR	
GLUCONATO DE CÁLCIO		DRENO DE PENROSE		TORNABRINHA	01	PARAFUSOS MALEOLAR	
HIIDROCORTISONA		DRENO DE SUCCÃO		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	05	PLACA A.VULS. 9.16 F.	01
LIDOCAÍNA GELÉIA		ELETRODOS	05	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		PLACA	
ONDASENTRONA		EQUIPO MACROGOTAS	02	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	02	EQUIPAMENTOS	
PLASIL		EQUIPO TRANSF. SANGUE		TUBO SILICONE (LATEX)		ASPIRADOR	
PROSTIGMINE		EQUIPO MICROGOTAS				BISTURI ELÉTRICO	
PROTAMINA		ESPONJA DE PVPi	05			CAPNÓGRAFO	
TENOXCAN		ESPARADRAPO	01			CARDIOMONITOR	
etanol 70%	01	GAZES	15			DESFIBRILADOR	
		GEL ALGODOADAS				FOCO AUXILIAR	
		GEL ELETROLÍTICO ml	40			FOCO CENTRAL	
		JELCO Nº14				MICROSCOPIO	
		JELCO Nº16				OXÍMETRO DE PULSO	

30 MAIO 2010
 PROTOCOLO
 AG. JOAO
 JOAQUIM J. - S. 815 600





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



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	Emilia Barbosa Gomes
DATA DE NASCIMENTO	29/09/88
NOME DA MÃE	Maria das Dores Soares Barbosa

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º	103647
BOLETIM DE ENTRADA N.º	1030924
DATA DO ATENDIMENTO	29/09/17
HORA DO ATENDIMENTO	15:32
MOTIVO DO ATENDIMENTO	Trauma
DIAGNÓSTICO (S)	Fratura de rádio distal com placa
CID 10	Z47.8

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, com fratura de rádio distal há 6 semanas, necessita retirada da placa. Avaliado pela Traumatologia e internado para tratamento cirúrgico.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX antebraço direito

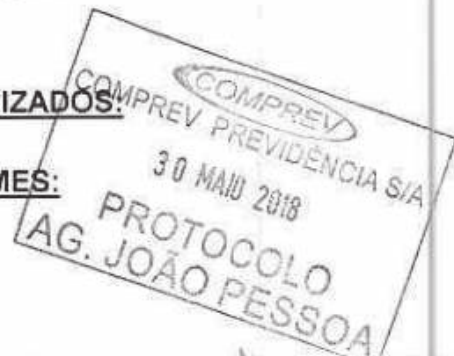
RESULTADOS DOS EXAMES:

RX: fratura de rádio distal com placa

TRATAMENTO:

Retirada de material de síntese

ALTA HOSPITALAR:	05/10/17
DATA DA EMISSÃO:	07/05/18



Dr. Juan Jaime Alcoba Arce
CRM: 3323/PB

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





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAIBA

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

Boletim de Atendimento: 1030924



Identificação do paciente

ID 1199577	Nome EMILIA BARBOSA GOMES	Sexo Feminino
Data de nascimento 29/09/1988	Idade 29 anos	Estado civil
Mãe MARIA DAS DORES SOARES BARBOSA	Religião	Prontuário 103647
Escolaridade	Pai NATANAEL GOMES DE SENA	Responsável (Parentesco) MARIA DAS DORES SOARES BARBOSA - MAE
DDD Móvel 83	Fone Móvel 991335256	DDD Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3312714	Nº Cris 705602450113215
Local de procedência CENTRO / JOÃO PESSOA	Tipo BAIRRO	UF PB
E-mail	Naturalidade SANTA RITA	CBO/R

Endereço

CEP 58301000	Município de residência SANTA RITA	UF PB	Logradouro PROFESSOR SEVERO RODRIGUES
Número SN	Complemento SÍTIO JACARAUNA	Bairro POPULAR	

Admissão

Data e Hora 29/09/2017 15:32:47	Número da pulseira 1000006307997	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica	
Classificação de risco	Origem do paciente OUTRA UNIDADE DE SAUDE	
Caráter de atendimento	Motivo de atendimento TRAUMA	Detalhe do acidente OUTROS

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte AMBULANCIA	Quem transportou		

Sinais Vitais

PA x mmHg	Pulso	Temperatura
--------------	-------	-------------

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos						
Diagnóstico						
Atendido por JORDAN APOLINARIO FIGUEIREDO						Tempo 55seg

Imprimir



29/09/2017 15:33





TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA PACIENTES

MAIORES E CAPAZES

512 HEETSHL

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

Nome: Camilla Barbosa Gomes

BE: 1030924

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 entre profissionais da saúde e paciente ser baseada na dignidade e no respeito.

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

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





CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA PACIENTES MAIORES E CAPAZES

HEETSHL

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

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

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

Observações:

O presente termo foi lido e achado conforme.

João Pessoa, 04/10/2014.

Paciente - RG

Marcia de Deus Soares Bicalho
Representante Legal - RG



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





RELATÓRIO DE CIRURGIA



Nome: Suelio Moreira Torres BE/Prontuário: _____
 Idade: _____ Sexo: () Masculino (X) Feminino Cor: _____ Data: 09/10/12
 Clínica/Setor: Oftalmologia EMP: _____ LR: _____
 Cirurgia: Retração da Músculo de Amble de olho direito
 Cirurgião: Dr. Suelio Moreira Torres 1º Assistente: _____
 2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____
 Instrumentador: _____ Anestesista: Walter Brito
 Tipo de Anestesia: Farmacologia de olho direito Horário: Início _____ : _____ Término _____ : _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Retração da Músculo de Amble de olho direito</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Retração da Músculo de Amble de olho direito</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: () Sim (X) Não. Descrição: _____
 Biopsia de Congelação: () Sim () Não
 Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:
 (X) Enfermaria () Terapia Intensa () Residência () Óbito durante Ato Cirúrgico



Médico/CRM: Dra. Jéssyka Emilla F. Kabeir
 Médica
 CRM-10025/PE

João Pessoa, 09/10/12

F(NG).ASCIR.009-1



Nota de Sala Cirúrgica

NOME DO PACIENTE: *Emilia Nelson Junior*

IDADE: *75* BE *1026/2019* FRONTÁRIO ENFERMARIA LEITO

CIRURGIJA: *Rodrigo Malini* *Cláudio Nunes*

CIRURGIÃO: *Dr. Ricardo* PAIX

ANESTESIA: *Supra Plano*

ANESTESISTA: *Dr. Emerson*

INSTRUMENTADOR:

DATA: *4 de 12* TEMPO CIRÚRGICO: ANESTESIA: INÍCIO: *07:45* FIM: *8:45* CIRURGIJA: INÍCIO: *09:15* FIM: *09:30*

ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIJA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTE)

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

GRAU DE CONTAMINAÇÃO: () LIMPA () CONTAMINADA () INFECTADA () POTENCIALMENTE CONTAMINADA

MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.
ALFENTANILA	<i>5 F 500mg</i>	JELCO Nº 8	<i>4</i>	FIO CAT GUT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA ISOBÁRICA		JELCO Nº 20		FIO CAT GUT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA PESADA		JELCO Nº 22		FIO DE AÇO Nº	
CETAMBÁ		JELCO Nº 24		FIO DE AÇO Nº	
DROPERIDOL		KIT SIST. DREN. TORÁCICA Nº		FIO DE NYLON Nº <i>4,0</i>	<i>1</i>
ETOMIDATO	SOLUÇÕES	LÂMINA BISTURI Nº 11		FIO DE NYLON Nº	
FENOBARBITAL	ALCOOLÉTICO 70%	LÂMINA BISTURI Nº 15		FIO DE NYLON Nº	
FENTANILA	PVPI DEGERMANTE	LÂMINA BISTURI Nº 23	<i>8</i>	FIO POLIGLACTINA Nº	
FLUMAZENIL	PVPI TINTURA	LÂMINA BISTURI Nº 24		FIO POLIGLACTINA Nº	
ISOFLURANO	PVPI TÓPICO	LÂMINA DE DERMÁTOMO		FIO POLIGLACTINA Nº	
LEVOBUPIVAÍNA C/ VASO	SABÃO ANTISÉPTICO	LÂMINA DE ENXERTO		FIO POLIPROPILENO Nº	
LEVOBUPIVAÍNA S/ VASO	MATERIAIS	LUVA DE PROCEDIMENTO PAR.	<i>16</i>	FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAÍNA C/ VASO	AGULHA 13X4,5	LUVA ESTÉRIL Nº 7,0		FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAÍNA S/ VASO	AGULHA 25X07	LUVA ESTÉRIL Nº 7,5		FIO POLIGLECAPRONE Nº	
MIDAZOLAN	AGULHA 25X08	LUVA ESTÉRIL Nº 8,0		FIO SEDA Nº	
MORFINA	AGULHA 40X12	LUVA ESTÉRIL Nº 8,5		FITA CARDÍACA	
NIMBÍUM	AGULHA PERIDURAL Nº 16	MÁSCARA CIRÚRGICA	<i>2</i>	MATERIAL ESPECIAL	QTD.
PANCURÔNIO	AGULHA PERIDURAL Nº 17	MULTIVIAS		CATETER DE PIC	
PETIDINA	AGULHA PERIDURAL Nº 18	PERFORADOR DE BORDO		CIMENTO CIRÚRGICO	
PROPOFOL	AGULHA RAQUÍ Nº 25G	SCALP Nº 19		CLIP TITÂNIO LIGADURA	
RAMIFENTANILA	AGULHA RAQUÍ Nº 26G	SCALP Nº 21		FIO DE KIRSCHNER Nº	
ROCURÔNIO	AGULHA RAQUÍ Nº 27G	SERINGA 3ML		FIO DE KIRSCHNER Nº	
SEVOFLURANO	ALGODÃO ORTOPÉDICO	SERINGA 5ML		FIO STEINMAN Nº	
SUXAMETÔNIO	ATADURA DE CREPOM	SERINGA 10ML	<i>10</i>	FIO STEINMAN Nº	
TIOPENTAL	ATADURA GESSADA	SERINGA 20ML		GRAMPEADOR CIRÚRGICO	
MEDICAÇÕES	QTD.	BOLSA P/ COLISTOMIA	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº 8		HEMOST. ABSORVÍVEL
ADRENALINA	CÂNULA P/ TRAQUEOSTOMIA Nº	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº 10		KIT. DERIVA. VENTRICULAR	
ÁGUA DESTILADA	CATETER DE OXIGÊNIO	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº 12		PRÓTESE VASCULAR	
ATROPINA	CATETER EMBOLEC. ARTERIAL Nº	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº 14		KIT. PAM	
BEXTRA	CATETER EPIDURAL Nº 5	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº 16		TIXADOR EXTERNO	
CEFAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº 7	SONDA FOLEY 2VIAS Nº 12		EMPRESA	
DEXAMETASONA	CATETER EPIDURAL Nº 8	SONDA FOLEY 2VIAS Nº 14			
DIFIRONA SÓDICA	CERA PARA OSSO	SONDA NASOG. CURTA		PARAFUSOS CORTICIS	
EFEDRINA	COLET. URINA FECHADO	SONDA NASOG. LONGA		PARAFUSOS CORTICIS	
FLUOSEMIDA	COMPRESSAS CIRÚRGICAS	SONDA URETRAL Nº		PARAFUSOS ESPONIOSO	
GLICOSE 50%	COMPRESSAS CIRÚRGICAS	TORNEIRINHA	<i>1</i>	PARAFUSOS ESPONIOSO	
GLICONATO DE CÁLCIO	DRENO DE PENROSE	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		PARAFUSOS MALEOLAR	
HIIDROCORTISONA	DRENO DE SUÇÃO	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		PARAFUSOS MALEOLAR	
LIDOCAÍNA GELÉIA	ELETRODOS	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		PLACA	
ONDASENTRONA	EQUIPO MACROGOTAS	TUBO SILICONE (LATEX)	<i>1</i>	PLACA	
PLASIL	EQUIPO TRANSF. SANGUE			EQUIPAMENTOS	
PROSTIGMINE	EQUIPO MICROGOTAS			() ASPIRADOR	
PROTAMINA	ESPONJA DE PVPI			() BISTURI ELÉTRICO	
TENOXCAN	ESPARADRAPO			() CAPNÓGRAFO	
<i>Cláudio</i>	GAZES	FIO ALGODÃO S/A Nº		() CARDIOMONITOR	
	GAZES ALGODOADAS	FIO ALGODÃO S/A Nº		() DESFIBRILADOR	
	GEL ELETROLÍTICO	FIO ALGODÃO C/A Nº		() FOCO AUXILIAR	
	JELCO Nº 14	FIO ALGODÃO C/A Nº		() FOCO CENTRAL	
	JELCO Nº 16			() MICROSCOPIO	
	<i>agulha número 50</i>			() MONITOR DE PULSO	
				() PA. INVASIVA NÃO INVASIVA	
				() PERFORADOR ELÉTRICO	
				() SERRA	
				CIRCULANTE	

COMPROMISSO PREVIDENTE
30 MAR 2013
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

ENG. ASCR 101-3





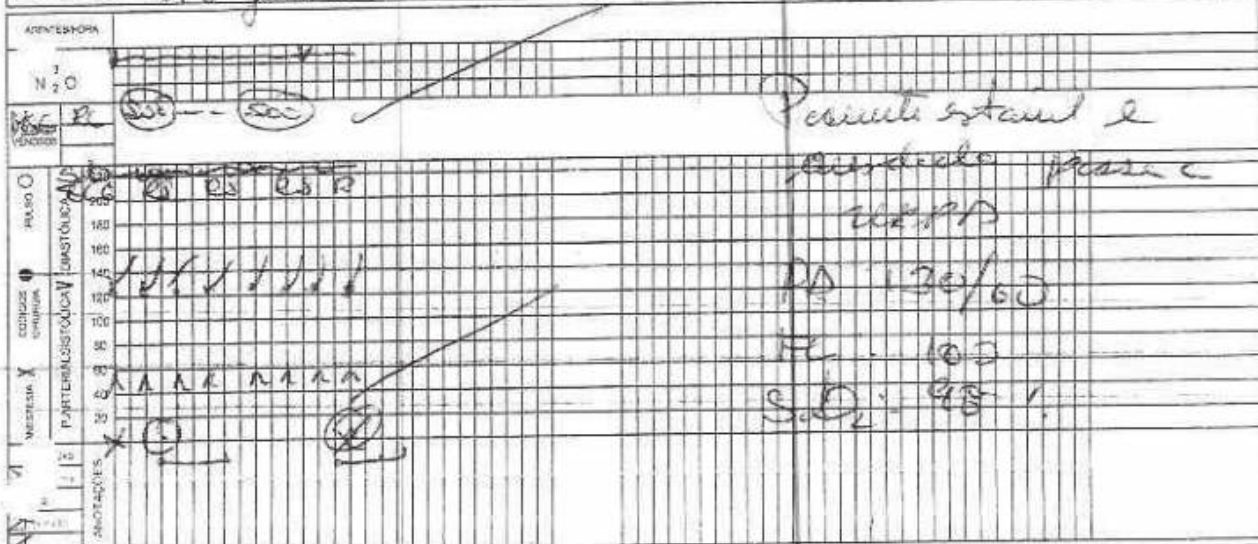
FICHA DE ANESTESIA



DATA: 09/10/17

PRONTUÁRIO: 1030924

PACIENTE: <i>Emilia Barbosa Gomes</i>		SEXO: <i>F</i>	COR: <i></i>	IDADE: <i>29</i>
PRESSÃO ARTERIAL <i>100/60</i>	PULSO <i>100</i>	RESPIRAÇÃO <i>Eupneica</i>	TEMPERATURA <i>36,5</i>	PESO <i>70</i>
ESTADO GERAL () BOM (X) REGULAR () MAU () PÉSSIMO		RISCO CIRURGICO () BOM (X) REGULAR () MAU () PÉSSIMO		
EXAMES COMPLEMENTARES				
AP. RESPIRATÓRIO <i>Eupneico</i>		AP. CIRCULATÓRIO <i>Estável</i>		
AL. DIGESTIVO <i>Jejum</i>	ESTADO MENTAL <i>LTC</i>	DROGAS EM USO		
PRÉ-ANESTÉSICO DOSE/HORA				ESTADUAL/ESPECIAL <i>ASA II</i>
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO				
CIRURGIA REALIZADA <i>Retirada de material de osteossintese punho</i>				
CIRURGIÃO <i>Dr. Ricardo</i>		AUXILIARES		
INÍCIO DA ANESTESIA <i>07:15</i>		TÉRMINO DA ANESTESIA <i>08:30</i>	DURAÇÃO DA ANESTESIA <i>1h 15min</i>	
TÍTULO DO PROCEDIMENTO		QUANT. DE CH.	VALORES RS	
ANESTESISTA <i>Dr. Guseide</i>		CPF	CRM-PB	



VESTESIA ORAL
 RAQUIDIANA
 EPIDURAL
 BLOC PLEXO
 BLOC NERVOS
 OUTROS

Bloqueio intercostal e axilar

LIQUIDOS	Medicamentos e Materiais Usados no Ato Anestésico
GLICOSE	1) <i>Arbutina 1% 35ml</i>
NACL	2) <i>Lidocaina 1% 0,8</i>
BANDE	3) <i>Atropina 2mg</i>
FINOZ	4) <i>Dexametasona 4mg</i>
TOTAL	5) <i>Clonidina 150mcg</i>
DESTINO DO PACIENTE	6) <i>Midazolam 5mg</i>
<input type="checkbox"/> AMI* <input type="checkbox"/> ENFERMARIA	7) <i>fentanyl 75mg</i>
<input type="checkbox"/> UTI <input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA	8) <i></i>
OUTROS <i>ALPD</i>	9) <i></i>
OUTROS <i>ALPD</i>	10) <i></i>

Observações: *Paciente monitorizada, ventilação controlada pelo # 22 em 30H.*
Aspiria e Antispasmodica com Alcool 10% aplicação do bloqueio - punção com agulha ASE 6 e punção com agulha perfurada para intercostal # 15 ml de lidocaina (1+2) Agulha intercostal (35ml) Agulha para 25ml, punção de 25ml de Lidocaina 1% e aspiria 34/5ml procedimental de 25ml.

COMPREV COMPREV
 30 MAR 2018
 FOTOCOPIADO
 AG. P. JORGE
 Dr. Guseide L. Reguete
 Médica
 CRM 4010





RELATÓRIO DE CIRURGIA



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA
Posição e Preparo: Paciente em decúbito supino, com membros superiores e inferiores em abdução e flexão de 90 graus. Campos estéreis.
Incisão: Incisão em T de 10cm, com 5cm de extensão para cima e 5cm para baixo. Incisão de 2cm para a direita.
Achados: Lesão de nível L4-L5, com hérnia de disco e estenose do canal vertebral. Lesão de nível L5-S1, com hérnia de disco e estenose do canal vertebral.
Conduta: Descompressão de nível L4-L5 e L5-S1. Ressecção de disco e descompressão de nível L4-L5 e L5-S1.
Fechamento:
Observação: Paciente em boas condições.

Dra. Jessyka Emilia F. Rabêlo
Médica
CRM 10048/RS

COMPREV
COMPREV PREVIDENCIA S/A
30 MAIO 2018
PROCOLO
AG. JOÃO PESSOA

João Pessoa, 31/05/18

Médico/CRM: Dra. Jessyka Emilia F. Rabêlo
Médica
CRM 10048/RS

F(ENGLASCIR.009-1



30/05/2018

Foto de Juliana Bravo

Baixar Tela inteira Mostrar email

x

Handwritten text on the document includes:
- "Cidade de Curitiba - Paraná"
- "Rua da Liberdade, 1000 - Centro - Curitiba - Paraná"
- "CPF: 000.000.000-00"
- "Inscrição Estadual: 000.000.000-00"
- "CNPJ: 00.000.000/0000-00"
- "Data: 30/05/2018"
- "Assinado por: JOAO PESSOA"
- "Cargo: AIG. JOAO PESSOA"

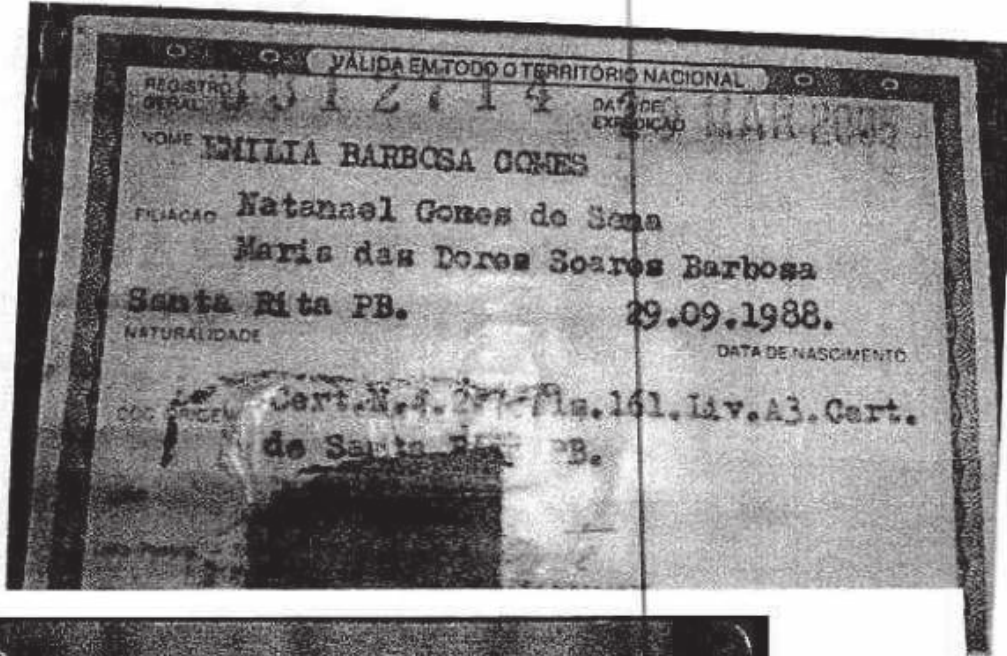


<https://outlook.live.com/owa/projection.aspx>

3/1







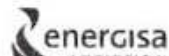
INFORMAÇÕES SOBRE O VEÍCULO

		OFA1588	
		2018	
OCIMAR SOARES D		<input type="button" value="Imprimir Consulta"/>	
		OFA1588	
PASSA / MOTOCICLET		GASOLINA	
HONDA/CG 125 FAN KS		2011	2011
PARTICULAR PRETA			
31/10/2018			
SANTA RITA		30/05/2018	
Último Licenciamento: 2018 Proprietário: OCIMAR SOARES D Placa: OFA1588 Combustível: GASOLINA Marca/Modelo: HONDA/CG 125 FAN KS Espécie/Tipo: PASSA / MOTOCICLET Ano de Fabricação: 2011 Ano Modelo: 2011 Categoria: PARTICULAR Cor Predominante: PRETA Vencimento Licenciamento: 31/10/2018 Observação: Restrição: Financeira: Município: SANTA RITA Situação: EM CIRCULACAO Data da Consulta: 30/05/2018			



DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal
Documento não é segunda via de conta
Retenções em nome do consumidor de acordo com a legislação em vigor - Nº 004.104.881



ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
R. 128, Av. 22 - Centro, Curitiba - João Pinheiro, 178 - CEP 81247-140
(41) 3332.1411 / 0800-04 - Fax: 3332.1414

DADOS DO CLIENTE		CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR	
MARIA DAS DORES SOARES BARBOSA RUA RODOLVES ALVES 500 SANTARITA CEP: 58301-210		5/223774-1	

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
MAR/2018	26/03/2018	07 15	03/04/2018	R\$ 5,93

Acesse: www.energisa.com.br



MARIA DAS DORES SOARES BARBOSA
Roteiro: 15-009-251-4340
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 29/03/2018

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRICULA
03/04/2018	R\$ 5,93	223774-2018-030

COMPREV
COMPREV PREVIDENCIA S/A
30 MAR 2018
PROTCCLO
AG. JOAO PESSOA





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 13ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOAO PESSOA/PB

Processo: 08358016320208152001

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **EMILIA BARBOSA GOMES**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

DO LAUDO PERICIAL

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

Nesse sentido, foi nomeado perito por esse d. juízo, e posteriormente as partes intimadas a apresentaram quesitos, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Sendo assim, na hipótese de condenação, o valor indenizatório deverá respeitar a tabela inserida na Lei 11.945/09, devendo ainda ser observado o pagamento administrativo realizado na monta de R\$ 4.725,00 (quatro mil e setecentos e vinte e cinco reais).

Destarte, requer a Ré que o N. Magistrado acolha o descrito no laudo apresentado pelo *expert*, tendo em vista que foram devidamente utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

JOAO PESSOA, 27 de abril de 2023.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
OAB/PB 15477



Rua do Passeio, 38, Torre 2, 15º andar - Sala 1509/1512 – Centro - RJ – Rio de Janeiro - CEP:20021-290
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 02/05/2023 12:23:35
<https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23050212233474300000068442335>
Número do documento: 23050212233474300000068442335

Rua do Passeio, 38, Torre 2, 15º andar - Sala 1509/1512 – Centro - RJ – Rio de Janeiro - CEP:20021-290
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 02/05/2023 12:23:35
<https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23050212233474300000068442335>
Número do documento: 23050212233474300000068442335