



Número: **0830834-24.2021.8.15.0001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **7ª Vara Cível de Campina Grande**

Última distribuição : **01/12/2021**

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
DAVID FRANCISCO DE LIMA SILVA (AUTOR)	FABIO MARACAJA DE ALMEIDA CARNEIRO (ADVOGADO)
BRDESCO SEGUROS S/A (REU)	SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
55574 663	14/03/2022 15:08	Petição	Petição
55574 664	14/03/2022 15:08	2851046_JUNTADA_DE_DOCS_Anexo_02	Outros Documentos
55574 667	14/03/2022 15:08	2851046_JUNTADA_DE_DOCS_01	Outros Documentos

EM ANEXO





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, 10 de Maio de 2021

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3210138720 Vítima: DAVID FRANCISCO DE LIMA SILVA

Data do Acidente: 16/08/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), DAVID FRANCISCO DE LIMA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples dos documentos médicos de todo tratamento realizado entre a data do acidente e a data da identificação da sequela permanente, com a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois os documentos entregues não permitem a leitura das informações.
---------------------------------------	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01177/01178 - carta_03 - INVALIDEZ

00040589



Carta nº 16818488





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, 24 de Maio de 2021

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3210138720 Vítima: DAVID FRANCISCO DE LIMA SILVA

Data do Acidente: 16/08/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), DAVID FRANCISCO DE LIMA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples dos documentos médicos de todo tratamento realizado entre a data do acidente e a data da identificação da sequela permanente, com a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois os documentos entregues não permitem a leitura das informações.
---------------------------------------	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag: 01367/01368 - carta_03 - INVALIDEZ

00040684



Carta nº 16856288





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, 01 de Junho de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210138720

Vítima: DAVID FRANCISCO DE LIMA SILVA

Data do Acidente: 16/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), DAVID FRANCISCO DE LIMA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Pag. 00747/00748 - carta_02 - INVALIDEZ

00020374



Carta nº 16876611





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, 15 de Junho de 2021

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3210138720 Vítima: DAVID FRANCISCO DE LIMA SILVA

Data do Acidente: 16/08/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), DAVID FRANCISCO DE LIMA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Relatório da análise médica presencial Líder	Considerando que a vítima não compareceu à análise médica presencial agendada, não foi possível emitir o relatório. Solicitamos entrar em contato para reagendamento através dos telefones 4020-1596 (Regiões metropolitanas) ou 0800-022-1204 (demais regiões) de segunda a sexta-feira, das 8 h às 20 h e para pessoas com deficiência auditiva no 0800-022-1206. O comparecimento à análise médica presencial é imprescindível para a finalização do processo.
---	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01.301/01302 - carta_03 - INVALIDEZ

00020651



Carta nº 16904886





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, 30 de Junho de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210138720

Vítima: DAVID FRANCISCO DE LIMA SILVA

Data do Acidente: 16/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), DAVID FRANCISCO DE LIMA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Pag. 01103/01104 - carta_02 - INVALIDEZ

00040552



Carta nº 16936897





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, 12 de Julho de 2021

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3210138720 Vítima: DAVID FRANCISCO DE LIMA SILVA

Data do Acidente: 16/08/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), DAVID FRANCISCO DE LIMA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Relatório da análise médica presencial Líder	Considerando que a vítima não compareceu à análise médica presencial agendada, não foi possível emitir o relatório. Solicitamos entrar em contato para reagendamento através dos telefones 4020-1596 (Regiões metropolitanas) ou 0800-022-1204 (demais regiões) de segunda a sexta-feira, das 8 h às 20 h e para pessoas com deficiência auditiva no 0800-022-1206. O comparecimento à análise médica presencial é imprescindível para a finalização do processo.
---	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00733/00734 - carta_03 - INVALIDEZ

00030387



Carta nº 16958278





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, 24 de Agosto de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210138720

Vítima: DAVID FRANCISCO DE LIMA SILVA

Data do Acidente: 16/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), DAVID FRANCISCO DE LIMA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Pag. 00719/00720 - carta_02 - INVALIDEZ

00020360



Carta nº 17024317





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 Setembro de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210138720

Vítima: DAVID FRANCISCO DE LIMA SILVA

Data do Acidente: 16/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), DAVID FRANCISCO DE LIMA SILVA

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

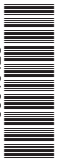
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00849/00850 - carta_25 - INVALIDEZ

00010425





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, 07 de Janeiro de 2022

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210138720

Vítima: DAVID FRANCISCO DE LIMA SILVA

Data do Acidente: 16/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), DAVID FRANCISCO DE LIMA 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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos
25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: **DAVID FRANCISCO DE LIMA SILVA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **260**

Agência: **000000001**

Conta: **000037703994-5**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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. 01095/01096 - carta_15R - INVALIDEZ



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210138720 **Cidade:** Lucena **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DAVID FRANCISCO DE LIMA SILVA **Data do acidente:** 16/08/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO.

Descrição do exame físico: Ao exame físico do punho esquerdo apresenta flexão aos 40°, extensão aos 40°, desvio ulnar aos 30°, desvio radial aos 20°, pronação aos 50°, supinação aos 40°, presença de atrofia no segmento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente, sem amputação. Apresenta na região observada sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, inexistência de alterações musculares, inexistência de alteração motora. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau médio no punho esquerdo.

Resultados terapêuticos: SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM REDUÇÃO INCRUENTA DA FRATURA E FIXAÇÃO PERCUTÂNEA COM 03 FIOS DE KIRSCHNER CRUZADOS E IMOBILIZAÇÃO COM TALA AXILO-PALMAR. ATUALMENTE, VÍTIMA COM DÉFICIT DE AMPLITUDE DE MOVIMENTOS DE FLEÇÃO, EXTENSÃO, SUPINAÇÃO DO PUNHO ESQUERDO. FORÇA PRESERVADA. CICATRIZ LIMPA SECA SEM SINAIS FLOGÍSTICOS. DÉFICIT DE AMPLITUDE DE MOVIMENTO DO PUNHO EM FLEXO-EXTENSÃO, SUPINAÇÃO, DESVIO ULNAR E RADIAL, DÉFICIT DE FORÇA MUSCULAR GRAU IV PARA FLEXORES E EXTENSORES DO PUNHO ESQUERDO E COM DEFORMIDADE DO PUNHO ESQUERDO DEVIDO CONSOLIDAÇÃO VICIOSA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO PUNHO ESQUERDO EM GRAU MODERADO.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 31/08/2021

Conduta mantida:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



**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.

Número do Sinistro: [3210138720](#)

Nome do(a) Examinado(a): [DAVID FRANCISCO DE LIMA SILVA](#)

Endereço do(a) Examinado(a): [RUA PROJETADA, 19, , Campina Grande/PB](#)

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: [SSP / 3578092](#)

Data e local do acidente: [16/08/2019 - Campina Grande/PB](#)

Data e local do exame: [31/08/2021 - Campina Grande/PB](#)

Coordenadas Geográficas: [latitude: -7.22662 , longitude: -35.8912](#)

RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

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

[FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO.](#)

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

[TRATAMENTO CIRURGICO PRECUTÂNEO, EVOLUINDO COM DÉFICIT DE AMPLITUDE DE MOVIMENTOS DE FLEÃO, EXTENSÃO, SUPINAÇÃO DO PUNHO ESQUERDO. FORÇA PRESERVADA. CICATRIZ LIMPA SECA SEM SINAIS FLOGÍSTICOS](#)

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

[Ao exame físico do punho esquerdo apresenta flexão aos 40°, extensão aos 40°, desvio ulnar aos 30°, desvio radial aos 20°, pronação aos 50°, supinação aos 40°, presença de atrofia no segmento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente, sem amputação. Apresenta na região observada sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, inexistência de alterações musculares, inexistência de alteração motora. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau médio no punho esquerdo.](#)

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

[Sim](#)

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

[Sim](#)

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

[DÉFICIT DE AMPLITUDE DE MOVIMENTO DO PUNHO EM FLEXO-EXTENSÃO, SUPINAÇÃO, DESVIO ULNAR E RADIAL DÉFICIT DE FORÇA USCULAR GRAU IV PARA FLEXORES E EXTENSORES DO PUNHO ESQUERDO DEFORMIDADE DO PUNHO ESQUERDO DEVIDO CONSOLIDAÇÃO VICIOSA](#)

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"



() "Sem seqüela 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, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Punho Esquerdo - Médio - 50%

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

DÉFICIT DE AMPLITUDE DE MOVIMENTO DO PUNHO EM FLEXO-EXTENSÃO, SUPINAÇÃO, DESVIO ULNAR E RADIAL DÉFICIT DE FORÇA USCULAR GRAU IV PARA FLEXORES E EXTENSORES DO PUNHO ESQUERDO DEFORMIDADE DO PUNHO ESQUERDO DEVIDO CONSOLIDAÇÃO VICIOSA





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: 3210138720 3 - CPF da vítima: 015.976.564-10 4 - Nome completo da vítima: David Francisco de Lima Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 612/2021

5 - Nome completo: David Francisco de Lima Silva 6 - CPF: 015.976.564-10
7 - Profissão: Autônomo 8 - Endereço: Rua Maria Vicina Lucia do Costa 9 - Número: 514 10 - Complemento:
11 - Bairro: Novo Horizonte 12 - Cidade: Campina Grande 13 - Estado: PB 14 - CEP: 53400-000
15 - E-mail: diegoel87@gmail.com 16 - Tel (DDD): 81 98161-8039

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR DE 18 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\$1.00 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)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Nubank
AGÊNCIA: 0001 CONTA: 37703994 5

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 elevação do crédito, quitação total do valor recebido.

Atenção! Campo de preenchimento obrigatório para vítima e/ou beneficiário menor de idade representado.
Na qualidade de representante legal, autorizo a coleta e o tratamento dos dados cadastrais e bancários do menor de idade, ora indicado, nos limites que forem necessários para o processamento do pedido do Seguro DPVAT e posterior indenização/reembolso do Seguro DPVAT, podendo compartilhar tais dados com terceiros com os quais tenha legitimidade, se necessário, para fins de análise e liquidação do pedido de indenização/reembolso do Seguro DPVAT.

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
• 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.
Solicito o prosseguimento da análise no meu pedido de indenização no Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.
Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorçado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(a) (nascido)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pai/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT com morte a todos os beneficiários que se apresentarem e provarem a existência de vínculo com a vítima, de acordo com o disposto no artigo 229 do Código Penal.

34 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo):
35 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo):
36 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo):
37 - Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha:
38 - Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha:
39 - Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha:

40 - Local e Data: Campina Grande-PB, 09 de dezembro 2021
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): David Francisco de Lima Silva
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):
43 - Assinatura do Procurador (se houver):



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0112950/21

Número do Sinistro: 3210138720

Vítima: DAVID FRANCISCO DE LIMA SILVA

CPF: 015.976.564-10

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 16/08/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: DAVID FRANCISCO DE LIMA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Outros

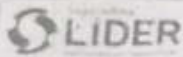
ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha uma opção de cobertura:

DIÁRIOS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLENÇÃO FAREJOS) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

09/12/95/21015.976.564-10 DAVID FRANCISCO DE LIMA SILVA

DAVID FRANCISCO DE LIMA SILVA

AUTÔNOMO RUA PROJETADA

NOVO HORIZONTE CAMPINA GRANDE

015.976.564-10

R\$

55400,00

83.98005-6654

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VITIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTÃO O 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:
 RECLUSO 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 POUPIANÇA Banco do Brasil (001) Itaú (341) Caixa Econômica Federal (104)
 CONTA CORRENTE (todas as bancas)
Nome do BANCO: (BSS) NEON
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
AGÊNCIA: 0155 CONTA: 9636543

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

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
• 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.
Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.
Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorçado Separado judicialmente Viúvo
24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____
26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não
27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? Sim Não
29 - Se tinha filhos, informar vivos: _____ falecidos: _____
30 - Vítima deixou nascido (matrônico)? Sim Não
31 - Vítima teve irmão? Sim Não
32 - Se tinha irmãos, informar vivos: _____ falecidos: _____
33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

É de meu conhecimento de que a Seguradora LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos únicos 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.

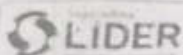
34 - Assinatura legível do declarante
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

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

40 - Local e Data: JORD PESSOA, 04 DE MAIO 2024

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (o declarante)





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Exatidão das informações de preenchimento

DIÁRIOS (DESPENAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLENÇÃO FAREJO) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

09/12/2020/21015.976.564-10 DAVID FRANCISCO DE LIMA SILVA

DAVID FRANCISCO DE LIMA SILVA

AUTÔNOMO RUA PROJETADA NOVO HORIZONTE CAMPINA GRANDE

015.976.564-10
R\$ 55400,00
83.98005-6654

DADOS BANCÁRIOS (OBRIG.)

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VITIMAS/BENEFICIÁRIO MENOR ENTÃO O 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:
 RECLUSO 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 POUPIANÇA Banco do Brasil (001) Itaú (341) Caixa Econômica Federal (104)
 CONTA CORRENTE (de qual dos bancos)
Nome do BANCO: BRAS NEON
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
AGÊNCIA: 0155 CONTA: 9636543

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

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
• 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.
Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.
Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorçado Separado judicialmente Viúvo
24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____
26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não
27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? Sim Não
29 - Se tinha filhos, informar vivos: _____ falecidos: _____
30 - Vítima deixou nascido (matrônico)? Sim Não
31 - Vítima teve irmão? Sim Não
32 - Se tinha irmãos, informar vivos: _____ falecidos: _____
33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Informo, sob as penas da Lei, que a Seguradora LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos únicos beneficiários que se apresentarem e provierem em plena 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 - Assinatura eletrônica do requerente
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

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

40 - Local e Data: JORD PESSOA, 04 DE MAIO 2021

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (o declarante)
David Francisco de Lima Silva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) _____

TESTEMUNHAS



E NOTIFICOU O SEQUINTE: AFIRMA O DECLARANTE QUE QUANDO PILOTAVA O VEICULO NO LOCAL, DATA E HORA, TUDO JA DESCRIMINADO ANTERIORMENTE ACIMA, FOI ULTIMA DE UM ACIDENTE AO COLIDIR COM A LATERAL DE UM OUTRO VEICULO QUE ATRAVASSOU NA SUA FRENTE AO SAIR DE UM ESTACIONAMENTO E ADENTRAR NA VIA PRINCIPAL SEM DAR AS DEVIDAS SINALIZACOES OBRIGATORIAS DE TRANSITO, SENDO QUE O VEICULO CAUSADOR DO ACIDENTE NAO TIVE AS SUAS CARACTERISTICAS PRINCIPAIS IDENTIFICADAS E TAMBEM O CONDUCTOR DO MESMO NAO FOI IDENTIFICADO, SENDO QUE AMBOS SE EVADIRAM DO LOCAL DO SINISTRO SEM RESTAR QUALQUER TIPO DE ASSISTENCIA A DECLARANTE, QUE POR CAUSA DESTA COLISAO O DECLARANTE PERDEU O CONTROLE DO SEU VEICULO E VEIO A CAIR E SE MACHUCAR SERIAMENTE, SENDO QUE O MESMO FOI SOCORRIDO PARA O HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES NA CIDADE DE CAMPINA GRANDE/PB, ONDE DEU ENTRADA PARA OS PRIMEIROS ATENDIMENTOS MEDICOS EMERGENCIAIS E POSTERIORES PROCEDIMENTOS MEDICOS CIRURGICOS PERTINENTES AO CASO, CONFORME DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA NESTE DELEGACIA DE POLICIA CIVIL, E COMO O DECLARANTE PRETENDE DAR ENTRADA PARA O RECEBIMENTO DO PODER REGISTRAR ESTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL PARA PODER TOMAR AS DEVIDAS PROVIDÊNCIAS LEAIS JUNTOS AOS ÓRGÃOS COMPETENTES DENTRO DAS NORMAS DA LEI OBSERVAÇÃO: ESTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL TEM APENAS A VALIDADE POR APENAS MAIS DUAS (02) VEZES EM QUALQUER DATA FUTURA E EM QUALQUER DELEGACIA DE POLICIA CIVIL NESTE ESTADO.

(1) Moto, modelo CG 125 FAN KS, marca HONDA, tipo de veículo MOTOCICLETA, cor VERMELHA, ano 2009/2009, UF: PB, placa NPV-8227, chassi 9C2FC41109R526308, renavam 0015799978-5, características gerais: Veículo Em Nome de José Edson Barbosa de Souza e Demais Dados No CRLV.

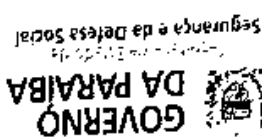
Objeto(s) Envolvido(s):

Local: Via Pública, Próximo do Posto de Combustível "Amigão", Campina Grande/PB, bairro Distrito Industrial; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 16/08/19 13:00h. Tipificação: em tese, capitulada nos) LEI SÃO ACIDENTAL DE TRANSITO.

Dados do(s) Fato(s):

CERTIFICADO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Lucena, sob responsabilidade (ofa) (delegada) de Polícia Civil Aldrovilli Cris Janias, matrícula 1684761, e lavrado por Alexandre José Nunes de Souza Lima, Agente de Investigação, matrícula 1573560, ao final assinado, compareceu David Francisco de Lima Silva, conhecido) por Davi, CPF nº 015.976.564-10, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro), (identidade de gênero masculino, professor Autônomo, filha) de Cláudia Maria Francisca e Gilvan Florêncio de Lima Silva, natural de Campina Grande/PB, nascido(a) em 09/04/1990 (31 anos de idade), residente e domiciliado(a) nos) (Rua Projelada, Nº A, complemento CASA, bairro Novo Horizonte, tendo como ponto de referência Próximo do Hotel "saar", na cidade de Campina Grande/PB, telefones) para contato (83) 98805-6654.

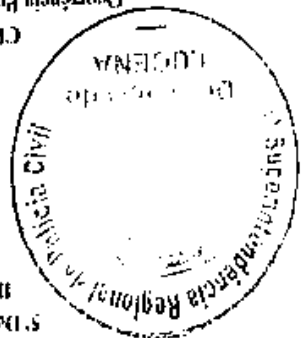
CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA Nº 00382.01.2021.1.05.101



PARAIBA POLÍCIA CIVIL



DELEGACIA GERAL DA POLICIA CIVIL 1ª Superintendência Regional de Polícia Civil 5ª Delegacia Seccional de Polícia Civil Delegacia de Comarca de Lucena





Agente de Investigación

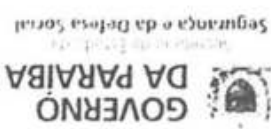
AL EXANDRE JOSE NUNES DE SOUTO LIMA

DAVID FRANCISCO DE LIMA SILVA

Notificante

Lucrema/PB, 28 de abril de 2021

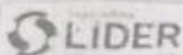
Sendo o que havia a constar, ciente(a) e(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expago a presente e erido. A retenda e verdade. Hou fe



PARAIBA
POLÍCIA CIVIL



DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL
1ª Superintendencia Regional de Policia Civil
5ª Delegacia Seccional de Policia Civil
Delegacia de Comarca de Lucrema



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Exatidão das informações de preenchimento

DIÁRIOS (DESPENAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLENTE DE DIÁRIOS) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

09/12/2020/21015.976.564-10 DAVID FRANCISCO DE LIMA SILVA

DAVID FRANCISCO DE LIMA SILVA

AUTÔNOMO RUA PROJETADA

NOVO HORIZONTE CAMPINA GRANDE

015.976.564-10

55400-000

83.98005-6654

DADOS BANCÁRIOS (SEU)

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VITIMAS/BENEFICIÁRIO MENOR ENTÃO O 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:
 RECLUSO INFORMAR R\$1,00 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 POUPIANÇA Converter para em bancos abaixo. Assinale uma opção:
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ AGÊNCIA: 0155 CONTA: 9636543

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

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorçado Separado judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____
26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não

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

28 - Vítima teve filhos? Sim Não
29 - Se tinha filhos, informar vivos: _____ falecidos: _____
30 - Vítima deixou nascido (parênquas)? Sim Não
31 - Vítima teve irmão? Sim Não
32 - Se tinha irmãos, informar vivos: _____ falecidos: _____
33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Informo que a Seguradora LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos únicos beneficiários que se apresentarem e provierem em 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 - Assinatura do requerente
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

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

40 - Local e Data: JORD PESSOA, 04 DE MAIO 2021
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (o declarante)

TESTEMUNHAS



16/08/2019

HTCG-Painel Administrativo

GOVERNO DA PARAÍBA SECRETARIA DE SAÚDE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

ATENDIMENTO URGÊNCIA PRONT (B.E) Nº: 1969239 CLASS. DE RISCO: AMARELO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52 Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 16/08/2019 Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: acolhimento

PACIENTE: DAVID FRANCISCO LIMA SILVA CEP: 58400002 Nascimento: 10/04/1980 Sexo: M Telefone: 993008449 Idade: 039 Bairro: NOVO HORIZONTE

Cidade: Campina Grande RG: Nº: 0

Nome da Mãe: CLAUDENICE LIMA FRANCISCO

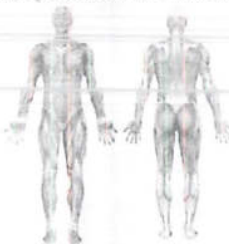
Responsável: CPF: Profissão:

Estado Civil: Data de Atend: 16/08/2019 CNS: 10041980

Motivo: ACIDENTE DE MOTO MOTO X CARRO Hora: 17:25:54 CONVÊNIO: SUS

OBS FICHA: MECANISMOS DO TRAUMA

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



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

OBS:

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

DIGNOSTICO / CID:

Handwritten signature: Nat do Pedro Vieira

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS: Ansa cefálica e Tórax E

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS () Fotorreagentes () Isocóricas () Anisocóricas ()

Glasgow PA HGT: Sat02

EXAMES SOLICITADOS: () Laboratoriais () Ultrassonografia: () Radiografias: () Tomografia Computadorizada

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: / às : Dia / /

Especialista: / às : Dia / /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Table with columns: Nº, PRESCRIÇÕES E CONDUTAS, HORÁRIO REALIZADO. Row 1: 1, Atendimento + Exame, 17:25:54

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

RAIO X REALIZADO EM: 16/08/19



16/08/2019



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES - CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809
Data: 16/08/2019

Paciente: DAVID FRANCISCO LIMA SILVA Idade: 039 N° ATEND: 1969239

ACIDENTE DE TRABALHO : NAO
DATA: 16/08/2019 HORA : 17:26:18

ESPECIALIDADE : ORTOPEDIA

MOTIVO : ACIDENTE DE MOTO
ESPECIFICAÇÃO DO MOTIVO : MOTO X CARRO

SINAIS VITAIS
HGT: SAT 02: PA: 120X80 TEMP: FC: FR: PESO:

DIABETES ()SIM (X)NÃO HAS ()SIM (X)NÃO
DEF. MOTORA ()SIM (X)NÃO

ALERGIAS : NÃO
MEDICAÇÃO EM USO :
ESTADO GERAL : BOM
AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

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

SINTOMAS REFERIDOS

() FEBRE () VÔMITO () DIARRÉIA () FRANTHEMA
() PRURIDO () DISPNEIA (X) DOR () INAPETENCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
() ANAFILAXIA () FLEBITE () INAPETENCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
() EPIGASTRALGIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA () SIBILO () TOSSE



ESCALA DE DOR: DOR BASTANTE FORTE

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO :
AMARELO

10.1.1.148/projeitohtg/imp/empre-classi.php?contar=1969239&dataatend=2019-08-16&horaatend=17:26:18

HTCG-Planel Administrativo

CONTROLE DOS SINAIS VITAIS:

HORA	PA	TEMP	FC	FR	DIURESE	ASSINATURA ENFERMEIRO/COREN	DO

OBS: SAMU CG/FEITO DIIPIRONA TILATIL 17:00

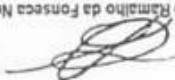
ENFERMEIRO/COREN
acolhimento

Rivuna Moreira da Silva
ENFERMEIRA - ESF
COREN-PB 223.352
SUIS 709108:900476830





Gerardo Ramalho da Fonseca Neto
 Biomédico
 CRM - 5010



TEMPO DE SANGRAMENTO 2' 00''

TEMPO DE COAGULACAO 8' 00''

Sr(a): DAVID FRANCISCO LIMA SILVA
 Dr(a): EVERLAN MEIRA
 Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES

Protocolo: 0000483213
 Data: 18-08-2019 11:41
 Idade: 39 anos
 Destino: ENF 05 - L 01
 Origem: CLINICA ORTOPEDIA II
 RC: NAO INFORMADO

SUS Sistema Único de Saúde



ESTADO DA PARAIBA
 SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE
 HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIS
 GONZAGA FERNANDES
 LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS



Sr(a): DAVID FRANCISCO LIMA SILVA Protocolo: 0000483213 RG: NÃO INFORMADO
 Dr(a): EVERLAN MEIRA Data: 18-08-2019 11:41 Origem: CLINICA ORTOPEDICA II
 Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES Idade: 39 anos Destino: ENF 05 - L 01

HEMOGRAMA

[DATA DA COLETA: 18/08/2019 11:38]

SÉRIE VERMELHA

	Resultados	Valores de Referência
Eritrócitos.....	4.4 milhões/mm ³	4.2 a 5.0 milhões/mm ³
Hemoglobina.....	13,4 g/dL	13,0 a 16,0 g/dL
Hematócrito.....	40,3 %	40,0 a 50,5 %
V.C.M.....	92 fL	80,0 a 100,0 fL
H.C.M.....	30 pg	27,0 a 31,0 pg
C.H.C.M.....	33 g/dL	32,9 a 36,0 g/dL

SÉRIE BRANCA

	7.100 /mm ³ (%)	(/mm ³)	5.000 a 10.000 /mm ³
Leucócitos.....			
Neutrófilos.....	0	0	
Promielócitos.....	0	0	
Mielócitos.....	0	0	
Metarrelócitos.....	0	0	
Bastonetes.....	1,0	71	40 a 70 % - 1.800 a 8.500 /mm ³
Segmentados.....	71,0	5.041	5 a 10 % - até 500 /mm ³
Eosinófilos.....	0	0	0 a 2,0 % - até 100 /mm ³
Basófilos.....	0	0	
Linfócitos.....	25,0	1.775	20 a 45 % - 1.000 a 1.500 /mm ³
Típicos.....	0	0	
Atípicos ou Reativos.....	0	0	
Monócitos.....	3,0	213	2,0 a 10 % - até 1.000 /mm ³
CONTAGEM DE PLAQUETAS.....		197.000 mm ³	150.000 a 450.000 mm ³

OBSERVAÇÕES..... Contagens revisadas e confirmadas.

Materiais: SANGUE TOTAL

Método: RESISTIVIDADE - IMPEDÂNCIA - MICROSCOPIA

Geraldo Ramalho da Fonseca Neto
 Biomédico
 CRBM - 5010

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: 4638-DE98-26ED-83FA-4010-B758-43FC-D9C6



OBS: LIBERAÇÃO CONFERIDA NO RESUMO DE ATUALIZAÇÃO DE ATUALIZAÇÃO RESPONSÁVEL: WYRY DE PAIVA
Camara



LIBERAÇÃO DE LEITO

Nome do Paciente: DAVID FRANCISCO LIMA SILVA

Data da Internação: 16/08/2019

Data da Alta: 21/08/2019

Registro: 1969264

Tempo de Permanência: -18125

Diagnóstico Inicial:

fo macho distal (E)

Diagnóstico Final:

o macho

Principais Exames: radiografia

Cirurgia: FIXAÇÃO PERCUTANEA

Data: 20/08/2019

Equipe:

Cirurgião: CRISMARCOS RODRIGUES DA SILVA

Aux 1: EULER FABRICIO ALVES CRUZ

Aux 2:

Aux 3:

Aux 4:

Anestesista: *Da mundo foveira*

Medicamentos: SINTOMÁTICOS

Infecção E.O: NAO

Coleta de Material: NAO

Bacteriologia: NDN

Anatomopatológico: NDN

Resumo Clínico (História, Evolução, Terapêutica e Complicações): TRAUMA CONTUSO EM PUNHO ESQUERDO. DOR E DEFORMIDADE LOCAL. SUBMETIDO A PROCEDIMENTO CIRURGICO SEM INTERCORRENCIAS.

Orientações: RETORNO AMBULATORIAL + TALA

Dieta: LIVRE

Medicações para Casa: ALGINAC

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: LAVAR COM ÁGUA E SABÃO DUAS VEZES AO DIA. SE APRESENTAR FEBRE, DOR, VERMELHIDÃO OU INCHAÇO RETORNAR IMEDIATAMENTE AO HOSPITAL!

Condições de Alta: Melhorado

Data: 21/08/2019

Dr. Ywry Paiva
ASSINATURA
Ywry De Paiva Camara



Dr. Wmy Baita
CRM-10.901

21/08/19
Ata Hospitalar de evolução de Suelio Moreira Torres
+ HTS + msc + 11 em

ASSINATURA + CARIMBO
Euler Fabricio Alves Cruz

CD: VIDE PRESCRIÇÃO MÉDICA; SOLICITADO EX DE CONTROLE.

POS-OP SEM INTERCORRÊNCIAS.

DATA: 20/08/2019 HORA: 16:21:15

EVOLUÇÃO

Item	Prescrição	Apresentação
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. I.F.F.A.S.C.O. 6h/6h	500 ml
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 6h/6h	2 ml
4	TENOXCAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. I.F.F.A.A.M.P. 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	2 ml
5	OMEPRAZOLINA 40MG I.F.F.A.A.V.P. 24h/24h (ADM AS 6h)	2 ml
6	FRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/ML 2 ML E.V. I.F.F.A.P.O.L.A. FAZER SE NECESSÁRIO	5 ml
7	FISIOTERAPIA MOTORA	11h
8	CLIVADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	11h

MÉDICO(A): Euler Fabricio Alves Cruz /
DIA 20/08/2019

Clínica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 5 Leito: 1 Diagnóstico: FRAT RADIO DISTAL E

Nome da Mãe: CLAUDINEICE LIMA FRANCESCO Data de Nascimento: 10/04/1980 Admissão: 16/08/2019 DIH - 4

Nº do prontuário: 1969264 Paciente: DAVYD FRANCISCO LIMA SILVA Idade: 09 Sexo: M

DADOS DO PACIENTE :

PRESCRIÇÃO MÉDICA

CNPJ: 10.848.190/0001-55
Data: 20/08/2019
Horas: 16:21:57
Médico (a) Dairista : Euler Fabricio Alves Cruz



Digitizado com CamScanner





GOVERNO DA PARAÍBA **SEGUE** **o trabalho LIST PRÉ-OPERATÓRIO- ALAS**

SETOR DE ORIGEM:	917 F		
NOME:	David Francisco		
PROCEDIMENTO:	DENTIQUED		
<input checked="" type="checkbox"/> AVP: LOCAL:	USO	GELCO Nº: 20	AVC <input type="checkbox"/> JEJU <input checked="" type="checkbox"/>
BANHO PRÉ-OPERATÓRIO:	<input checked="" type="checkbox"/> COM CLOREXIDINA	<input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA	
RETIRADO:	<input type="checkbox"/> PRÓTESE DENTÁRIA	<input checked="" type="checkbox"/> ADORNOS	<input checked="" type="checkbox"/> PERTENCES
ENCAMINHADO:	<input checked="" type="checkbox"/> HEMOG	<input type="checkbox"/> USG	<input type="checkbox"/> TOMOGRAFIA <input type="checkbox"/> RESSONÂNCIA
<input checked="" type="checkbox"/> TERMO DE CONSENTIMENTO			<input checked="" type="checkbox"/> NÃO SE APLICA
RESERVA DE HEMODERIVADO	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO SE APLICA		
PRIMEIRO RESPONSÁVEL:	KATAYUNO		
COREN:			

AV. Marechal Floriano Peixoto, 4700 – Malvinas
 Campina Grande – PBCEP: 58.432-809
 Email: chefiarhtraumacg@hotmail.com hospitalregionalcg@hotmail.com
 CNPI: 08.778.268-0001-60

Digitalizado com CamScanner



16/03/2022 15:08:04

01
02

01
02
03
04
05
06
07
08
09
10

01
02
03
04
05
06
07
08
09
10

01
02
03
04
05
06
07
08
09
10

01
02
03
04
05
06
07
08
09
10

01
02
03
04
05
06
07
08
09
10

01
02
03
04
05
06
07
08
09
10

01
02
03
04
05
06
07
08
09
10

01
02
03
04
05
06
07
08
09
10

01
02
03
04
05
06
07
08
09
10

01
02
03
04
05
06
07
08
09
10

01
02
03
04
05
06
07
08
09
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65
66
67
68
69
70
71
72
73
74
75
76
77
78
79
80
81
82
83
84
85
86
87
88
89
90
91
92
93
94
95
96
97
98
99
100





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

Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico	Hora entrada	Hora saída
Nenhum Movimento = 0 Movimenta 2 membros = 1 Movimenta 4 membros = 2		1
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispnéia = 1 Respiração profunda e tosse = 2		2
PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0 PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1 PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2		1
Sat O ₂ < 90 com oxigênio = 0 Sat O ₂ > 90 com oxigênio = 1 Sat O ₂ > 92% sem oxigênio = 2		2
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		2
TOTAL DE PONTOS:		8

Assinatura do anestesista





Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: <u>David Frenco da Silva</u>	Idade: <u>39</u>	
Convênio:	Data: <u>20/08/19</u>	
Procedimento: <u>Exatiza Ponto Distal</u>		
Cirurgião: <u>M. Caspary</u>	Auxiliar: <u>M. Euler</u>	Anestesista: <u>M. Bezerra</u>
Início: <u>15:30</u>	Término: <u>16:30</u>	Anestesia: <u>Blagueiros</u>

Hora	PA	Pulso	SAT O2	Responsável	A. Motora	Consciência
<u>17h</u>	<u>188x83</u>	<u>74</u>	<u>97</u>	<u>Ribeiro</u>	<u>+</u>	<u>consciente</u>
<u>17:20</u>	<u>185x81</u>	<u>73</u>	<u>95</u>	<u>Ribeiro</u>	<u>+</u>	<u>consciente</u>

Medicamentos/Materiais	Quantidade
<u>Propofol 50mg 50cc</u>	<u>1740</u>
<u>Alcove 20mg 20cc</u>	<u>1740</u>

Dr. Fernando Caspary
Anestesiologista
CRM-PB 4160

Observações:

Assinatura Anestesista

Circulante

Relatório de Operação

MOD. 163

Digitalizado com CamScanner



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUJECG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES		ENFERMARIA 5	LEITO 4	Nº PRONTUÁRIO 1969264	
FOLHA DE ANESTESIA		NOME David Francisco Lima Silva			IDADE	SEXO	COR
DATA	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	
TIPO SANGÜÍNEO	HEMATÓCITO	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICÊMIA	URÉIA	OUTROS	
	URINA						
AP. RESPIRATÓRIO OK					ASMA		BRONQUITE
AP. CIRCULATORIO OK					ELETROCARDIOGRAMA RS		
AP. DIGESTIVO OK jejum			DENTES OK	PESCOÇO OK	AP. URINÁRIAS -		
ESTADO MENTAL LOTE			AZARRACOS	CORTICOIDES	ALERGIA	HIPOTENSORES	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO Fratura do rádio distal esquerda					ESTADO FÍSICO ASA 2	RISCO	
ANESTESIAS ANTERIORES							
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA Rifampicil + Fentanil				APLICADA	AS	EFEITO	
AGENTES ANESTÉSICOS							
	LIQUIDOS						
CÓDIGOS							
	VP. ARTERIAL: O PULSO: O - RESPIRAÇÃO AX - ANESTESIA: O - OPERAÇÃO						
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES							
PRODUÇÃO	Satisf.: _____ Excit.: _____ Tosses: _____ Laringo espasmo: _____ Lenta: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____						
MANUTENÇÃO	1. Gaseolina 2g 2. Digipuro 2g 3. Ondansetron 4mg 4. Desome fona 10mg 5. Cotofela 30 mg 6. Romitidina						
ANESTESIA SATISF.: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Não, por quê? _____						
DESPERTAR	Reflexos no SO: _____ Obstr.: _____ Co.: _____ Excit.: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____						
Com câmbio:	Para o Leito Sim _____ Não _____						
CONDIÇÕES:							
POSICÃO	DDH						
AGENTES							
TÉCNICA	Anestesia inal + bloqueio do plexo braquiav.					CÂMULAS	
OPERAÇÃO							
QUIRURGIOS	Dr. Crismareos						
ANESTESISTAS	Dr. Ricardo Loureiro						
OBSERVAÇÕES							
ANOTAR NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.					PERDA SANGÜÍNEA		

MOD. 048

FOLHA DE ANESTESIA - GRP8

Digitizado com CamScanner



20/08/2019

HTCG-Painel Administrativo



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMATOLOGIA ZÉ COQUE E SILVA FERNANDES
Av. Mal. Floriano Pessoa, 4700 - Malomas, Campina Grande - PB
CEP: 56.778-200/506652
Data: 20/08/2019



Número do Prontuário: 155010

DATA DA CIRURGIA: 20/08/2019

Número do Atendimento: 1969264 - Clin: ORTOPEdia 2 - Enf: 5 - Lei: 1

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: DAVID FRANCISCO LIMA SILVA

Data da Internação: 16/08/2019

Atendimento: 1969264

Diagnóstico Pré-Operatório: FRATURA DE RADIO DISTAL ESQUERDO

Diagnóstico Pós-Operatório: 0 *mesmo*

Cirurgia: FIXAÇÃO PERCUTÂNEA

Data da Cirurgia: 20/08/2019

Equipe:

Cirurgião: CRISMARCOS RODRIGUES DA SILVA

Aux 1: EULER FABRICIO ALVES CRUZ

Aux 2:

Aux 3:

Instrumentador: JESSEANE

Anestesiista: RICARDO JOSE RAMOS LOUZEIRO

Tipo de anestesia: ANESTESIA GERAL + BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no Ato: SIM.

Acidente Durante Operação: NÃO.

Descrição da Operação:

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL HORIZONTAL SOB ANESTESIA;
2. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS;
3. REDUÇÃO INCRUENTA DO FOCO DE FRATURA SOB AUXÍLIO DE ESCOPIA;
4. FIXAÇÃO PERCUTÂNEA COM 3 FIOS DE KIRSCHNER Nº 2,0 CRUZADOS SOB ESCOPIA;
5. CURATIVO + TALA AXILO-PALMAR.

Data 20/08/2019

Assinatura/Carimbo
Euler Fabricio Alves Cruz



TRIBUNAL DE JUSTIÇA
ESTADO DO RIO DE JANEIRO

19.08.19
PA=330X70
T=36c
P=63





GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55
Data: 19/08/2019
Horas: 09:16:53
Médico (a) Diarista : Eduardo Otavio Braga Moraes

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 1969264 Paciente: DAVID FRANCISCO LIMA SILVA Idade: 039 Sexo: M
Nome da Mãe: CLAUDENICE LIMA FRANCISCO Data de Nascimento: 10/04/1980 Admissão: 16/08/2019 DHI - 3
Clínica: ATOP DIA 2 Enfermaria: 5 Leito: 1 Diagnóstico: FRAQ RADIO DISTAL E

OK
OK

DIA 19/08/2019

MÉDICO(A): Eduardo Otavio Braga Moraes

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE <i>2000 cal</i>	CT
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML. E.V. FRANCISCO, 60/6h	CT <i>24/18/24/18/24/18/24/18/24/18</i>
3	DIPRONA SÓDICA 500 MG/ML 3 ML E.V. 6h/6h	CT <i>24/18/24/18/24/18/24/18/24/18</i>
4	CEFRONICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 12h/12h E.V. 12h/12h 2ML ADOL.	CT <i>24/18/24/18/24/18/24/18/24/18</i>
5	OMEPRAZOL INJ 40MG; 1 FRA AMP; 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir com 10 ML DE LENTE PRÓPRIO	CT <i>24/18/24/18/24/18/24/18/24/18</i>
6	TRAMADOL C. ORGDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. LAMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO	SIN
7	ASSISTÊNCIA FISIOTERÁPEUTICA	CT
8	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	CT

EVOLUÇÃO:

DATA: 19/08/2019 HORAS: 09:16:01

PACIENTE EM BEG, ESTÁVEL, SEM DISTÚRBIOS

DIURSES: +

EVACUAÇÕES: +

COM TENSÃO ARTERIAL PALMARE

CD: 500

EXAMES PRE OP OK
AGLADIA CORUJOLA

Dr. Eduardo Braga Moraes
Ortopedia - Traumatologia
CRM - PB 6588

ASSINATURA - CARIMBO
Eduardo Otavio Braga Moraes

David Francisco Lima Silva

Dr. Suelio Moreira Torres
CRM - PB 6588



PA: 120110 m...
T: 36.2.C
P: 16 5pm
9304



Maria José da Silva França
COREN-PA 642016-E

16
08
19
Pa. 140
8 72 136,8





16/08/2019

HTCG-Panel Administrativo

Data: 16/08/2019
Horas: 18:06:54
Médico (a) Diarista : Joao Paulo Oliveira Nunes

1969264



PRESCRIÇÃO MÉDICA

OK
9

DADOS DO PACIENTE :

Nº do promitório: 1969264 Paciente: DAVID FRANCISCO LIMA SILVA Idade: 039
Nome da Mãe: CLAUDENICE LIMA FRANCISCO Data de Nascimento: 10/04/1980 Sexo: M
Clínica: AMARELA Enfermaria: 12 Leito: 4 Diagnóstico: FRAT RADIO DISTAL E

DIA 16/08/2019
MÉDICO(A): Joao Paulo Oliveira Nunes /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	CT
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. 1FRASCO, 6h/6h	CT
3	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 6h/6h	CT
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP. 12h/12h Reconstituir 2ML. ABD.	CT
5	OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP. 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PRÓPRIO	CT
6	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/25 ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO	CT 22/06
7	FISIOTERAPIA MOTORA	CT
8	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	CT

1
Dr. Joao Paulo Oliveira Nunes
Médico(a) Diarista





GOVERNO DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 17/08/2019

Horas: 11:06:14

Médico(a) Diarista: Everlan Da Silva Meira

PRESCRIÇÃO MÉDICA

5.1.
9

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1969264 Paciente: DAVID FRANCISCO LIMA SILVA Idade: 059 Sexo: M

Nome da Mãe: CLAUDENICE LIMA FRANCISCO Data de Nascimento: 10/04/1980 Admissão: 16/08/2019 DDI: 1

Clínica: AMARELA Enfermaria: 5 Leito: 4 Diagnóstico: FRAT RADIO DISTAL E

DIA 17/08/2019

MÉDICO(A): Everlan Da Silva Meira /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. 1FRASCO, 6h/6h	12/18 06 05
3	DIPYRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 6h/6h	12/18 06 05
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	12/18 06 05
5	OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PRÓPRIO	12/18 06 05
6	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO	06
7	FISIOTERAPIA MOTORA	06
8	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	06

EVOLUÇÃO

DATA: 17/08/2019 HORA: 11:04:58

BEG. ESTÁVEL, SEM DISTURBIOS

DIURESE: +

EVACUAÇÕES: +

CD: VPM

AGUARDA VAGA EM ALA ORTOPÉDICA

ASSINATURA: 
Everlan Da Silva Meira



16/08/2019

HTCG-Painel Administrativo

GOVERNO DA PARAÍBA SECRETARIA DE SAÚDE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

ATENDIMENTO URGÊNCIA PRONT (B.E) Nº: 1969239 CLASS. DE RISCO: AMARELO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52 Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 16/08/2019 Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: acolhimento

PACIENTE: DAVID FRANCISCO LIMA SILVA CEP: 58400002 Nascimento: 10/04/1980 Sexo: M Telefone: 993008449 Idade: 039 Bairro: NOVO HORIZONTE

Cidade: Campina Grande RG: Nº: 0

Nome da Mãe: CLAUDÊNICE LIMA FRANCISCO Responsável: Profissão:

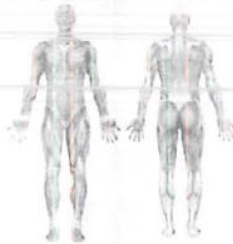
Estado Civil: Data de Atend: 16/08/2019 CNS: 10041980

Motivo: ACIDENTE DE MOTO MOTO X CARRO Hora: 17:25:54 CONVÊNIO: SUS

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

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



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

OBS:

QUEIMADURA: Superfície corporal lesada = % Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau
DIGNOSTICO / CID:

Handwritten signature: Nat do Pedro Vieira

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS: Anca esquerda e Tórax E

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS () Fotorreagentes () Isocóricas () Anisocóricas ()

Glasgow PA HGT: Sat02

EXAMES SOLICITADOS:

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

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: / às : Dia / /

Especialista: / às : Dia / /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Table with columns: Nº, PRESCRIÇÕES E CONDUTAS, HORÁRIO REALIZADO. Row 1: 1, Atendimento + Exame, 17:25:54

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

RAIO X REALIZADO EM: 16/08/19

rojtohtcg/imp/reclassi.php?contar=1969239&dataatend=2019-08-16&horaatend=17:26:18

St. João Paulo Hospital - Trauma e Emergência - 194-P9-1851

1/3

Digitalizado com CamScanner



16/08/2019



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES - CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809
Data: 16/08/2019
Paciente: DAVID FRANCISCO LIMA SILVA Idade: 039 N° ATEND: 1969239

ACIDENTE DE TRABALHO : NAO
DATA: 16/08/2019 HORA : 17:26:18

ESPECIALIDADE : ORTOPEDIA

MOTIVO : ACIDENTE DE MOTO
ESPECIFICAÇÃO DO MOTIVO : MOTO X CARRO

SINAIS VITAIS
HGT: SAT 02: PA: 120X80 TEMP: FC: FR: PESO:

DIABETES ()SIM (X)NÃO HAS ()SIM (X)NÃO
DEF. MOTORA ()SIM (X)NÃO

ALERGIAS : NÃO
MEDICAÇÃO EM USO :
ESTADO GERAL : BOM
AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

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

SINTOMAS REFERIDOS

() FEBRE () VÔMITO () DIARRÉIA () FRANTENHA
() PRURIDO () DISPNEIA (X) DOR () INAPETENCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
() ANAFILAXIA () FLEBITE () INAPETENCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
() EPIGASTRALGIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA () SIBILO () TOSSE



ESCALA DE DOR: DOR BASTANTE FORTE

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO :
AMARELO

10.1.1.148/projeitohtg/imp/empre-classi.php?contar=1969239&dataatend=2019-08-16&horaatend=17:26:18

HTCG-Plano Administrativo

CONTROLE DOS SINAIS VITAIS:

HORA	PA	TEMP	FC	FR	DIURESE	ASSINATURA ENFERMEIRO/COREN	DO

OBS: SAMU CG/FEITO DIIPIRONA TILATIL 17:00

ENFERMEIRO/COREN
acolhimento

Rivana Moreira da Silva
ENFERMEIRA - ESF
COREN-PB 223.352
SUIS 709108:900476830





Programa Nacional
de Qualidade do Trabalho
PNCQ



Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: DC13-5459-8DDA-402A-1D08-820E-054B-9E28

Gerardo Ramalho da Fonseca Neto
Biomédico
CRM - 5010

LABORATÓRIO DE HEMATOLOGIA
DE 1 A 3 HORAS

8.00

LABORATÓRIO DE HEMATOLOGIA
DE 1 A 3 HORAS

TEMPO DE COAGULAÇÃO

LABORATÓRIO DE HEMATOLOGIA
DE 1 A 3 HORAS

2.00

LABORATÓRIO DE HEMATOLOGIA
DE 1 A 3 HORAS

TEMPO DE SANGRAMENTO

Sr(a):	DAVID FRANCISCO LIMA SILVA
Dr(a):	EVERLAN MEIRA
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES
Idade:	39 anos
Data:	18-08-2019 11:41
Protocolo:	0000483213
Destino:	ENF 05 - L 01
Origem:	CLINICA ORTOPEDIA II
RC:	NAO INFORMADO

SUS
Sistema Único de Saúde



ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIS
GONZAGA FERNANDES
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS



Sr(a): **DAVID FRANCISCO LIMA SILVA** Protocolo: **0000483213** RG: **NÃO INFORMADO**
 Dr(a): **EVERLAN MEIRA** Data: **18-08-2019 11:41** Origem: **CLINICA ORTOPEDICA II**
 Convênio: **HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES** Idade: **39 anos** Destino: **ENF 05 - L 01**

HEMOGRAMA

[DATA DA COLETA: 18/08/2019 11:38]

SÉRIE VERMELHA

	Resultados	Valores de Referência
Eritrócitos.....	4,4 milhões/mm ³	4,2 a 5,0 milhões/mm ³
Hemoglobina.....	13,4 g/dL	13,0 a 16,0 g/dL
Hematócrito.....	40,3 %	40,0 a 50,5 %
V.C.M.....	92 fL	80,0 a 100,0 fL
H.C.M.....	30 pg	27,0 a 31,0 pg
C.H.C.M.....	33 g/dL	32,9 a 36,0 g/dL

SÉRIE BRANCA

	7.100 /mm ³	(%)	(/mm ³)	5.000 a 10.000 /mm ³
Leucócitos.....				
Neutrófilos				
Promielócitos.....	0		0	
Mielócitos.....	0		0	
Metarrelócitos.....	0		0	
Bastonetes.....	1,0		71	40 a 70 % - 1.800 a 8.500 /mm ³
Segmentados.....	71,0		5.041	5 a 10 % - até 500 /mm ³
Eosinófilos.....	0		0	0 a 2,0 % - até 100 /mm ³
Basófilos.....	0		0	
Linfócitos				
Típicos.....	25,0		1.775	20 a 45 % - 1.000 a 1.500 /mm ³
Atípicos ou Reativos.....	0		0	
Monócitos.....	3,0		213	2,0 a 10 % - até 1.000 /mm ³
CONTAGEM DE PLAQUETAS.....	197.000		mm ³	150.000 a 450.000 /mm ³

OBSERVAÇÕES..... Contagens revisadas e confirmadas.

Materiais: SANGUE TOTAL

Método: RESISTIVIDADE - IMPEDÂNCIA - MICROSCOPIA

Geraldo Ramalho da Fonseca Neto
 Biomédico
 CRBM - 5010

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: 4638-DE98-26ED-83FA-4010-B758-43FC-D9C6



OBS: LIBERAÇÃO CONFERIDA NO RESUMO DE ATUALIZAÇÃO DE RESPONSABILIDADE: YURY DE PAIVA
Camara





LIBERAÇÃO DE LEITO

Nome do Paciente: DAVID FRANCISCO LIMA SILVA

Data da Internação: 16/08/2019

Data da Alta: 21/08/2019

Registro: 1969264

Tempo de Permanência: -18125

Diagnóstico Inicial:

fo macho distal (E)

Diagnóstico Final:

o macho

Principais Exames: radiografia

Cirurgia: FIXAÇÃO PERCUTANEA

Data: 20/08/2019

Equipe:

Cirurgião: CRISMARCOS RODRIGUES DA SILVA

Aux 1: EULER FABRICIO ALVES CRUZ

Aux 2:

Aux 3:

Aux 4:

Anestesista: *Da mundo foveira*

Medicamentos: SINTOMÁTICOS

Infecção F.O: NAO

Coleta de Material: NAO

Bacteriologia: NDN

Anatomopatológico: NDN

Resumo Clínico (História, Evolução, Terapêutica e Complicações): TRAUMA CONTUSO EM PUNHO ESQUERDO. DOR E DEFORMIDADE LOCAL. SUBMETIDO A PROCEDIMENTO CIRURGICO SEM INTERCORRENCIAS.

Orientações: RETORNO AMBULATORIAL + TALA

Dieta: LIVRE

Medicações para Casa: ALGINAC

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: LAVAR COM ÁGUA E SABÃO DUAS VEZES AO DIA. SE APRESENTAR FEBRE, DOR, VERMELHIDÃO OU INCHAÇO RETORNAR IMEDIATAMENTE AO HOSPITAL!

Condições de Alta: Melhorado

Data: 21/08/2019

Dr. Ywry Paiva
ASSINATURA
Ywry De Paiva Camara



Dr Wmy Baita
CRM-10.901
CATEGORIA: REABILITACAO

21/08/19
Ata Hospitalar de evolução de Ricardo Albuquerque
+ HTS + msc + 11 em

ASSINATURA + CARIMBO
Euler Fabricio Alves Cruz

CD: VIDE PRESCRIÇÃO MÉDICA; SOLICITADO EX DE CONTROLE.

POS-OP SEM INTERCORRÊNCIAS.

DATA: 20/08/2019 HORA: 16:21:15

EVOLUÇÃO

Item	Prescrição	Apresentação
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. T.F.V.A.S.C.O. 6h/6h	500 ml
3	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 6h/6h	2 ml
4	TENOXCAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1.F.R.A.A.M.P. 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	2 ml
5	OMEPRAZOLINA 40MG 1.F.R.A.A.V.P. 24h/24h (ADM AS 6h)	2 ml
6	FRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/ML 2 ML E.V. 1.A.M.P.O.L.A. FAZER SE NECESSÁRIO	5 ml
7	FISIOTERAPIA MOTORA	11h/12h
8	CLIVADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	11h/12h

MÉDICO(A): Euler Fabricio Alves Cruz /
DIA 20/08/2019

Clínica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 5 Leito: 1 Diagnóstico: FRAT RADIO DISTAL E

Nome da Mãe: CLAUDINEICE LIMA FRANCESCO Data de Nascimento: 10/04/1980 Admissão: 16/08/2019 DIH - 4

Nº do prontuário: 1969264 Paciente: DAVYD FRANCISCO LIMA SILVA Idade: 029 Sexo: M

DADOS DO PACIENTE:

PRESCRIÇÃO MÉDICA

CNPJ: 10.848.190/0001-55
Data: 20/08/2019
Horas: 16:21:57
Médico (a) Dairista: Euler Fabricio Alves Cruz



Digitizado com CamScanner





GOVERNO DA PARAÍBA **SEGUE** **o trabalho LIST PRÉ-OPERATÓRIO- ALAS**

SETOR DE ORIGEM:	917 F		
NOME:	David Francisco		
PROCEDIMENTO:	DENTIQUED		
<input checked="" type="checkbox"/> AVP: LOCAL:	USO	GELCO Nº: 20	AVC <input type="checkbox"/> JEJU <input checked="" type="checkbox"/>
BANHO PRÉ-OPERATÓRIO: <input checked="" type="checkbox"/> COM CLOREXIDINA <input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA			
RETIRADO: <input type="checkbox"/> PRÓTESE DENTÁRIA <input checked="" type="checkbox"/> ADORNOS <input checked="" type="checkbox"/> PERTENCES			
ENCAMINHADO: <input checked="" type="checkbox"/> HEMOG <input type="checkbox"/> USG <input type="checkbox"/> TOMOGRAFIA <input type="checkbox"/> RESSONÂNCIA			
<input checked="" type="checkbox"/> TERMO DE CONSENTIMENTO <input checked="" type="checkbox"/> NÃO SE APLICA			
RESERVA DE HEMODERIVADO <input checked="" type="checkbox"/> NÃO SE APLICA			
PRIMEIRO RESPONSÁVEL:	KATAYUNO		
COREN:			

AV. Marechal Floriano Peixoto, 4700 – Malvinas
 Campina Grande – PBCEP: 58.432-809
 Email: chefiarhtraumacg@hotmail.com hospitalregionalcg@hotmail.com
 CNPI: 08.778.268-0001-60

Digitalizado com CamScanner



16/03/2022 15:08:04

01
02

01
02
03
04
05
06
07
08
09
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65
66
67
68
69
70
71
72
73
74
75
76
77
78
79
80
81
82
83
84
85
86
87
88
89
90
91
92
93
94
95
96
97
98
99
100

01
02
03
04
05
06
07
08
09
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65
66
67
68
69
70
71
72
73
74
75
76
77
78
79
80
81
82
83
84
85
86
87
88
89
90
91
92
93
94
95
96
97
98
99
100

01
02
03
04
05
06
07
08
09
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65
66
67
68
69
70
71
72
73
74
75
76
77
78
79
80
81
82
83
84
85
86
87
88
89
90
91
92
93
94
95
96
97
98
99
100

01
02
03
04
05
06
07
08
09
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65
66
67
68
69
70
71
72
73
74
75
76
77
78
79
80
81
82
83
84
85
86
87
88
89
90
91
92
93
94
95
96
97
98
99
100

01
02
03
04
05
06
07
08
09
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65
66
67
68
69
70
71
72
73
74
75
76
77
78
79
80
81
82
83
84
85
86
87
88
89
90
91
92
93
94
95
96
97
98
99
100

01
02
03
04
05
06
07
08
09
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65
66
67
68
69
70
71
72
73
74
75
76
77
78
79
80
81
82
83
84
85
86
87
88
89
90
91
92
93
94
95
96
97
98
99
100

01
02
03
04
05
06
07
08
09
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65
66
67
68
69
70
71
72
73
74
75
76
77
78
79
80
81
82
83
84
85
86
87
88
89
90
91
92
93
94
95
96
97
98
99
100

01
02
03
04
05
06
07
08
09
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65
66
67
68
69
70
71
72
73
74
75
76
77
78
79
80
81
82
83
84
85
86
87
88
89
90
91
92
93
94
95
96
97
98
99
100

01
02
03
04
05
06
07
08
09
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65
66
67
68
69
70
71
72
73
74
75
76
77
78
79
80
81
82
83
84
85
86
87
88
89
90
91
92
93
94
95
96
97
98
99
100



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE:

David Francisco Lima Silva DN: 10/04/1980

QI *Sala 04* CONVÊNIO *SUS* IDADE *39 anos* REGISTRO *196.9239*

GOVERNO DA PARAIBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

CIRURGIA *Fratura Radio Distal* CIRURGIÃO *Dr. Busmarcos + Dr. Fuller*

ANESTESIA *Bloqueio Plexo* ANESTESIA *Dr. Ricardo*

INSTRUMENTADORA *Flavio* DATA *20/08/2019* INICIO *15:30* FIM *16:30*

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Qtd.	FIOS	CODIGO
	Adrenalina amp			Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp			Catgut cromado Sertix	
	Diazepam amp			Catgut cromado Sertix	
	Dimore amp			Catgut Simples	
	Dolantina amp			Catgut Simples Sertix	
<i>01</i>	<i>Ereno-mi PROPOFOL</i>			Catgut Simples Sertix	
<i>01</i>	Fenogam amp			Catgut Simples Sertix	
	Fentanil ml			Cera pr osso	
	inova ml			Ethibond	
<i>04</i>	<i>Guilherme NACIVASO</i>			Ethibond	
	Nubain amp			Fio de Agulha Sertix	
<i>01</i>	<i>Rauvolfina amp</i>			Fio de Agulha Sertix	
<i>01</i>	<i>Propofol amp</i>	<i>015</i>		Fio de Agulha Sutupak	
	Protaxin ml			Fio de Agulha Sutupak	
<i>01</i>	<i>Quilon ml</i>			Fio cardico	
<i>01</i>	<i>Ranitidina</i>			Monuylon	
	Thiofentanil ml			Monuylon	
	Tracrium amp			Prolene Sertix	
Qtd.	MEDICAÇÕES			Prolene Sertix	
<i>06</i>	Água Destilada amp	<i>01</i>		Prolene Sertix	
<i>01</i>	Decadron amp	<i>01</i>		Prolene Sertix	
<i>02</i>	Dipirona amp	<i>01</i>		Prolene Sertix	
	Flaxidol amp	<i>02</i>		Vicryl Sertix	
	Fiepoporol amp	<i>01</i>		Vicryl Sertix	
	Geramicina amp			Vicryl Sertix	
	Glicose amp				
	Glicose de Cálcio amp				
	Haemace ml	<i>015</i>			
	Hiparidina ml				
	Kalixon amp	<i>03</i>			
	Lapa amp	<i>05</i>			
	Medofinazol				
	Plasil amp	<i>01</i>			
	Proaming	<i>01</i>			
	Revivan amp				
	Suptanon amp				
<i>02</i>	Defavona Ig				
<i>02</i>	<i>tenoxicam</i>				
<i>01</i>					
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES				
	Agulha desc. 25 x 7				
	Agulha desc. 28 x 28				
	Agulha desc. 3 x 4,5				
	Agulha pr. raque n°				
<i>015</i>	Alcool de Enfermagem	<i>01</i>			
	Alcool Iodado ml	<i>01</i>			
<i>01</i>	Ataduras de Crepon	<i>02</i>			
	Ataduras de Gessaca				
	Água metileno amp				
	Bonina ml				
	Baixa Colostoma				
	Cafel. p. Glis				
	Cafel. De Onnar Sist. Fech.				
	Compressa Grande				
	Compressa Pequena				
	Cotonoides				
	Dreno				
	Dreno Kevlar				
	Dreno Penrose n°				
	Dreno Pozzor n°				
	Esquipo de Macroglutas				
	Esquipo de Macroglutas				
	Esquipo de Sanguis				
	Esquipo de PVC				
	Esparadicho Largo cm				
	Furacilina				
	Gaze Padlock 10 unidades				
	H.O. ml				
	Intracath Adulto				
	Intracath Infantil				
	Lamina de Bisturi n° 23				
	Lamina de Bisturi n° 11				
	Lamina de Bisturi n° 15				
	Luvas 7.9				
	Luvas 7.5				
	Luvas 8.0				
	Luvas 8.5				
	Oxigenio l/m				
	Pollix				
	PVPi Desumante ml				
	PVPi Tópico ml				
	Saída Antieletico				
	Saco coletor				
	Seringa desc. 10 ml				
	Seringa desc. 20 ml				
	Seringa desc. 05 ml				
	Sonda				
	Sonda Kelly				
	Sonda Nasogástrica				
	Sonda Urtral n°				
	Sterylidm ml				
	Torniquete				
	Vasclera ml				
	Geleco M				
	Latex				

Qtd.	SOROS
	SG Normotermico fr 500 ml
	SG Gelado fr 500 ml
	SG Hipotermico fr 500 ml
	SG Reop fr 500 ml
<i>02</i>	<i>SE fr 500 ml</i>

Qtd.	ORTESE E PROTESE

EQUIPAMENTOS	
<input checked="" type="checkbox"/>	Oxímetro de Pulso
<input checked="" type="checkbox"/>	Foco Auxiliar
<input checked="" type="checkbox"/>	Bomba
<input checked="" type="checkbox"/>	Eletrocautério
<input checked="" type="checkbox"/>	Desfibrilador
<input checked="" type="checkbox"/>	Oxímetro
<input checked="" type="checkbox"/>	Foco Frontal
<input checked="" type="checkbox"/>	Cardiomonitor
<input checked="" type="checkbox"/>	Fonte de Luz
<input checked="" type="checkbox"/>	Perfurador Elétrico

CIRCULANTE RESPONSÁVEL
Jeanne Nogueira
 TEC. ENFERMAGEM
 COREN-PA 1015867

M09 666

Digitalizado com CamScanner





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

Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico	Hora entrada	Hora saída
Nenhum Movimento = 0 Movimenta 2 membros = 1 Movimenta 4 membros = 2		1
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispnéia = 1 Respiração profunda e tosse = 2		2
PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0 PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1 PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2		1
Sat O ₂ < 90 com oxigênio = 0 Sat O ₂ > 90 com oxigênio = 1 Sat O ₂ > 92% sem oxigênio = 2		2
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		2
TOTAL DE PONTOS:		8

Assinatura do anestesista



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUJECG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES		ENFERMARIA 5	LEITO 4	Nº PRONTUÁRIO 1969264	
FOLHA DE ANESTESIA		NOME David Francisco Lima Silva			IDADE	SEXO	COR
DATA	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	
TIPO SANGÜÍNEO	HEMAGIÃO	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICÊMIA	URÉIA	OUTROS	
	URINA						
AP. RESPIRATÓRIO OK					ASMA		BRONQUITE
AP. CIRCULATORIO OK					ELETROCARDIOGRAMA RS		
AP. DIGESTIVO OK jejum			DEANES OK	PESCOCO OK	AP. URINÁRIAS -		
ESTADO MENTAL LOTE			AZARRAÇOS	CORTICÓIDES	ALERGIA	HIPOTENSORES	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO Fratura do rádio distal esquerda					ESTADO FÍSICO ASA 2	RISCO	
ANESTESIAS ANTERIORES							
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA Rifampicil + Fentanyl				APLICADA	AS	EFETO	
AGENTES ANESTÉSICOS							
	LIQUÍDOS	<p>Produção Satisf.: _____ Excit.: _____ Tosses: _____ Laringo espasmo: _____ Lenta: _____ Núcleas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____</p> <p>MANUTENÇÃO</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gaseolina 2g 2. Digipuro 2g 3. Ondansetron 4mg 4. Desome fona 10mg 5. Cotofela 30 mg 6. Romitidina <p>ANESTESIA SATISF.: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não, por quê? _____</p> <p>DESPERTAR</p> <p>Reflexos no SO: _____ Obstr.: _____ Co.: _____ Excit.: _____ Núcleas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____</p> <p>Com câmbio: Para o Leito Sim _____ Não _____</p> <p>CONDIÇÕES:</p>					
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES							
POSIÇÃO	DDH						
AGENTES							
TÉCNICA	Anestesia inal + bloqueio do plexo braquiav.					CÂMULAS	
OPERAÇÃO							
QUIRURGIOS	Dr. Crismarcos						
ANESTESISTAS	Dr. Ricardo Loureiro						
OBSERVAÇÕES							
ANOTAR NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.					PERDA SANGÜÍNEA		

MOD. 048

FOLHA DE ANESTESIA - GRPE

Digitizado com CamScanner



20/08/2019

HTCG-Painel Administrativo



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMATOLOGIA ZÉ COQUE E FERNANDES - CNPJ: 06.778.268/0001-62
R. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malocas, Campina Grande - PB
Data: 20/08/2019



Número do Prontuário: 155010

DATA DA CIRURGIA: 20/08/2019

Número do Atendimento: 1969264 - Clin: ORTOPEdia 2 - Enf: 5 - Lei: 1

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: DAVID FRANCISCO LIMA SILVA

Data da Internação: 16/08/2019

Atendimento: 1969264

Diagnóstico Pré-Operatório: FRATURA DE RADIO DISTAL ESQUERDO

Diagnóstico Pós-Operatório: 0 *mesmo*

Cirurgia: FIXAÇÃO PERCUTÂNEA

Data da Cirurgia: 20/08/2019

Equipe:

Cirurgião: CRISMARCOS RODRIGUES DA SILVA

Aux 1: EULER FABRICIO ALVES CRUZ

Aux 2:

Aux 3:

Instrumentador: JESSEANE

Anestesiista: RICARDO JOSE RAMOS LOUZEIRO

Tipo de anestesia: ANESTESIA GERAL + BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no Ato: SIM.

Acidente Durante Operação: NÃO.

Descrição da Operação:

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL HORIZONTAL SOB ANESTESIA;
2. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS;
3. REDUÇÃO INCRUENTA DO FOCO DE FRATURA SOB AUXÍLIO DE ESCOPIA;
4. FIXAÇÃO PERCUTÂNEA COM 3 FIOS DE KIRSCHNER Nº 2,0 CRUZADOS SOB ESCOPIA;
5. CURATIVO + TALA AXILO-PALMAR.

Data 20/08/2019

Assinatura/Carimbo
Euler Fabricio Alves Cruz



TRIBUNAL DE JUSTIÇA
ESTADO DO RIO DE JANEIRO

19.08.19
PA=330X70
T=36c
P=63





GOVERNO DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55
Data: 19/08/2019
Horas: 09:16:53
Médico (a) Diarista : Eduardo Otavio Braga Moraes

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1969264 Paciente: DAVID FRANCISCO LIMA SILVA Idade: 039 Sexo: M
Nome da Mãe: CLAUDENICE LIMA FRANCISCO Data de Nascimento: 10/04/1980 Admissão: 16/08/2019 DHI - 3
Clínica: ATOP DIA 2 Enfermaria: 5 Leito: 1 Diagnóstico: FRAQ RADIO DISTAL E

OK
OK

DIA 19/08/2019

MÉDICO(A): Eduardo Otavio Braga Moraes

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE <i>2000 cal</i>	CT
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML. E.V. FRANCISCO, 60/6h	CT <i>24/18/18</i>
3	DIPRONA SÓDICA 500 MG/ML 3 ML E.V. 6h/6h	CT <i>24/18/18</i>
4	CEFRONICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 12h/12h Diluir com 2ML ABQ.	CT <i>24/18/18</i>
5	OMEPRAZOL INJ 40MG; 1 FRA AMP; 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir com 10 ML DE LENTE PRÓPRIO	CT <i>24/18/18</i>
6	TRAMADOL, C. ORGDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. LAMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO	SIN
7	ASSISTÊNCIA FISIOTERÁPEUTICA	CT
8	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	CT

EVOLUÇÃO:

DATA: 19/08/2019 HORAS: 09:16:01

PACIENTE EM BFG, ESTÁVEL, SEM DISTÚRBIOS

DIURSES: +

EVACUAÇÕES: +

COM TENSÃO ARTERIAL PALMARE

CD: 500

EXAMES PRE OP OK
AGLADIA CORONÁRIA

Dr. Eduardo Braga Moraes
Ortopedia - Traumatologia
CRM - PB 6588

ASSINATURA - CARIMBO
Eduardo Otavio Braga Moraes

David Francisco Lima Silva

Dr. Suelio Moreira Torres
CRM - PB 6588



PA: 120110 m...
T: 36.2.C
P: 16 5pm
9304



CNPJ: 06.942.598/0001-63
Data: 14/03/2022
Hora: 15:22:19
Módulo: Receitas - Fornecedor: Fornecedor: Fornecedor

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº de protocolo: 106734 Paciente: **DAVID FRANCISCO LIMA SILVA** Idade: 60º Sexo: M

Nome do Mlé: **CLAU LINSQUE LIMA FERNANDES** Data de nascimento: 11/04/1966 Anos de: 56-64, 2019-2021, 7

Clínica ORTODONTIA - Endereço: **Av. Igarapé - Dique - Foz de Iguaçu - Paraná - CEP: 82200-000 - Fone: 31**

DIA: 14/03/2022

MÉDICO: Dr. Everton de Siqueira Motta

Handwritten signature and stamp of Dr. Everton de Siqueira Motta

Item	Prescrição
1	DIETA LIVRE
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML F.V. - FRASCOS 6x10
3	DIPYRIDAS 500MG 500MG 2 ML F.V. 1x1x3
4	TENSIOCAM 20 MG SEM DIFENITE F.V. 1PXA 1AMP 1x1x3
5	OMEPRAZOL 40 MG 40MG - BOLA 40MG - Nidobasfarm AS 400
6	TRAVADOLO CLORIDRATO 400 MG 2 ML F.V. 1x1x3
7	EMBUSTRAPIA 500 MG 500MG 2 ML F.V. 1x1x3
8	CTD ARGENTINIA 100 MG 100MG 2 ML F.V. 1x1x3

DATA DO PREC: 14/03/2022

PACIENTE EM REG. ESTÁVEL - SEM DISTÚRBIO

DIAGNÓSTICO:

COMPLA AMBOPARABE

FEV 1: 1,2 L

FEV 2: 0,8 L

FEV 3: 0,4 L

ASSINATURA - CARIMBO

Dr. Everton de Siqueira Motta



Maria José da Silva França
COREN-PA 642016-E

16
08
19
Pa. 140
8 72 136,8





16/08/2019

HTCG-Panel Administrativo

Data: 16/08/2019
Horas: 18:06:54
Médico (a) Diarista : Joao Paulo Oliveira Nunes

1969264



PRESCRIÇÃO MÉDICA

OK
9

DADOS DO PACIENTE :

Nº do promitório: 1969264 Paciente: DAVID FRANCISCO LIMA SILVA Idade: 039
Nome da Mãe: CLAUDENICE LIMA FRANCISCO Data de Nascimento: 10/04/1980 Sexo: M
Clínica: AMARELA Enfermaria: 12 Leito: 4 Diagnóstico: FRAT RADIO DISTAL E

DIA 16/08/2019
MÉDICO(A): Joao Paulo Oliveira Nunes /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	CT
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. 1FRASCO, 6h/6h	CT
3	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 6h/6h	CT
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP. 12h/12h Reconstituir 2ML. ABD.	CT
5	OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP. 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PRÓPRIO	CT
6	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/25 ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO	CT 22/06
7	FISIOTERAPIA MOTORA	CT
8	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	CT

1





GOVERNO DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 17/08/2019

Horas: 11:06:14

Médico(a) Diarista: Everlan Da Silva Meira

PRESCRIÇÃO MÉDICA

5.1.
9

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1969264 Paciente: DAVID FRANCISCO LIMA SILVA Idade: 059 Sexo: M

Nome da Mãe: CLAUDENICE LIMA FRANCISCO Data de Nascimento: 10/04/1980 Admissão: 16/08/2019 DDI: 1

Clínica: AMARELA Enfermaria: 5 Leito: 4 Diagnóstico: FRAT RADIO DISTAL E

DIA 17/08/2019

MÉDICO(A): Everlan Da Silva Meira /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. 1FRASCO, 6h/6h	12/18 06 06
3	DIPYRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 6h/6h	12/18 06 06
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	12/18 06 06
5	OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PRÓPRIO	06
6	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO	06
7	FISIOTERAPIA MOTORA	06
8	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	06

EVOLUÇÃO

DATA: 17/08/2019 HORA: 11:04:58

BEG. ESTÁVEL, SEM DISTÚRBIOS

DIURESE: +

EVACUAÇÕES: +

CD: VPM

AGUARDA VAGA EM ALA ORTOPÉDICA

ASSINATURA CARIMBO
Everlan Da Silva Meira



16/08/2019

GOVERNO DA PARAIBA SECRETARIA DE SAÚDE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) N°1969239 CLASS. DE RISCO: AMARELO HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

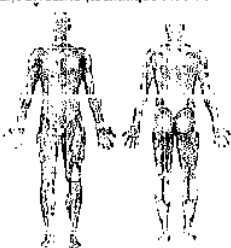
PACIENTE: DAVID FRANCISCO LIMA SILVA

Sexo: M Idade: 039 Bairro: NOVO HORIZONTE

Nome da Mãe: CLAUDÊNICE LIMA FRANCISCO

Motivo: ACIDENTE DE MOTO MOTO X CARRO

MECANISMOS DO TRAUMA LOCAL DA LESÃO



- 1. Abrasão 2. Amputação 3. Anelido 4. Contusão 5. Crispação 6. Dor 7. Edema 8. Empalhamento 9. Enfisema subcutâneo 10. Emagrecimento 11. Equimose 12. F. Arma branca 13. F. Arma de fogo 14. F. Cortante 15. F. Corte-contuso 16. F. Perfuro-contuso 17. F. Perfuro-contuso 18. F. Perfuro-contuso 19. Fratura basco fechada 20. Fratura basco aberta 21. Hemorragia 22. Ingestão de Veneno 23. Laceração 24. Lesão tordina 25. Luxação 26. Mordadura 27. Movimento torácico para dovent 28. Objeto Encaixado 29. Osteíte 30. Paralisia 31. Piorria 32. Parosteia 33. Queimadura 34. Rinoorragia 35. Sinais de isquemia 36

QUEIMADURA: Superfície corporal lesada 0 % Grau 1 1º Grau 2 2º Grau 3 3º Grau

HTCG-Painel Administrativo

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

ALERGIA: MEDICAMENTOS: PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO PUPILAS () Fotorreagentes () Isocóricas () Anisocóricas ()

EXAMES SOLICITADOS: () Laboratoriais () Gasometria arterial () Tomografia Computadorizada () Ultrassonografia () Radiografias

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO: Especialista: / / às / Dia / /

MÉDICO SOLICITANTE PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Table with columns: Nº, PRESCRIÇÕES E CONDUTAS, HORÁRIO REALIZADO

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO: [Signature and Stamp]

rcjotc/htcg/fmp/reclassi.php?ccntar=1969239&dataatend=2019-08-16&horaatend=17:26:18





GOVERNO DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 20-08-2019

Horas: 16:21:57

Médico(a) Diarista: Euler Fabricio Alves Cruz

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 1969264 Paciente: DAVID FRANCISCO LIMA SILVA Idade: 039 Sexo: M

Nome da Mãe: CLAUDENICE LIMA FRANCISCO Data de Nascimento: 10/04/1980 Admissão: 16/08/2019 DII - 4

Clínica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 5 Leito: 4 Diagnóstico: FRAT RADIO DENTAL E

DEA 20/08/2019

MÉDICO(A): Euler Fabricio Alves Cruz /

Item	Prescrição	Apruzamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML. E.V. FRASCO, 6h/6h	<i>[Handwritten mark]</i>
3	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML. E.V. 6h/6h	<i>[Handwritten mark]</i>
4	TENONICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. IFRA AMP. 12h/12h Reconstituir 2ML. ABD.	<i>[Handwritten mark]</i>
5	OMEFRAZOL INJ 40MG IFRA AMP. 24h-24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML. DILUENTE PRÓPRIO	<i>[Handwritten mark]</i>
6	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML. E.V. TAMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO	<i>[Handwritten mark]</i>
7	FISIOTERAPIA MOTORA	<i>[Handwritten mark]</i>
8	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	<i>[Handwritten mark]</i>

EVOLUÇÃO

DATA: 20/08/2019 HORA: 16:21:15

PÓS-OP SEM INTERCORRÊNCIAS.

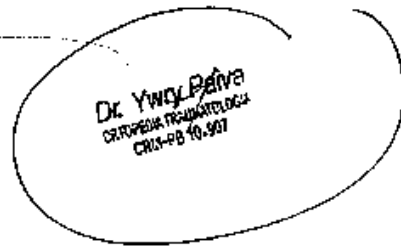
CD: VIDE PRESCRIÇÃO MÉDICA; SOLICITADO RX DE CONTROLE.

ASSINATURA + CARIMBO
Euler Fabricio Alves Cruz

[Handwritten signature]

21/08/19

*ACTA Hospitalar de controle de rotina Ambulatorial
+ ATB + Anã pl. Enz.*



16/08/2019

HTCC-Painel Administrativo

GOVERNO DA PARAIBA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52 Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Mafinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 16/08/2019

Paciente: DAVID FRANCISCO LIMA SILVA Idade: 039 Nº ATEND: 1969230

ACIDENTE DE TRABALHO: NAO DATA: 16/08/2019 HORA: 17:26:18

ESPECIALIDADE: ORTOPEDIA

MOTIVO: ACIDENTE DE MOTO ESPECIFICAÇÃO DO MOTIVO: MOTO X CARRO

SINAIS VITAIS HGT: SAT 02 PA: 120x80 TEMP: FC: FR: PESO:

DIABETES ()SIM (X)NÃO HAS ()SIM (X)NÃO DEF. MOTORA ()SIM (X)NÃO

ALERGIAS: NÃO MEDICAÇÃO EM USO: ESTADO GERAL: BOM AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

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

SINTOMAS REFERIDOS

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

Escala de Intensidade da Dor



ESCALA DE DOR: DOR BASTANTE FORTE

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: AMARELO

CONTROLE DOS SINAIS VITAIS:

Table with columns: HORA/PA, TEMP, FC, FR, DIURESE, ASSINATURA ENFERMEIRO/COREN, DO

OBS: SAMU CG/FETTO DAPIRONA, TILATIL 17:00

ENFERMEIRO/COREN acolhimento

Handwritten signature: Prunil Moura da Silva ENFERMEIRA - ESP COREN-PB 223.352 RUS 709108280476830





SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

BOLETIM DE ENFERMAGEM				
NOME: <u>David Francisco</u>				
IDADE: <u>39</u>	SEXO: <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	DATA DE NASCIMENTO: <u>20/08/19</u> as		
SETOR: <u>Ortopedia II</u>		LEITO: <u>5-1</u>		
DIAGNÓSTICO MÉDICO:				
ALERGIAS:	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	QUAIS:		
MEDICAÇÃO CONTÍNUA:	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	QUAIS:		
DOENÇA CRÔNICA:	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	QUAIS:		
PRESENÇA DE ESCARA:	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	LOCAL:		
PRESSÃO ARTERIAL:	HIPOTENSO <input type="checkbox"/>	NORMOPOTENSO <input checked="" type="checkbox"/>	HIPERTENSO <input type="checkbox"/>	
SISTEMA NEUROLÓGICO:	CONSCIENTE <input checked="" type="checkbox"/>	INCONSCIENTE <input type="checkbox"/>	ORIENTADO <input checked="" type="checkbox"/>	
SISTEMA RESPIRATÓRIO:	DISPÊNICO <input type="checkbox"/>	TACUPÊNICO <input type="checkbox"/>	EUPNÉICO <input checked="" type="checkbox"/>	BRADIPNÉICO <input type="checkbox"/>
SIST. GENITOURINÁRIO (DIURESE)	NORMAL <input checked="" type="checkbox"/>	POLÚRIA <input type="checkbox"/>	OLIGÚRIA <input type="checkbox"/>	SVD <input type="checkbox"/>
	DUSÚRIA <input type="checkbox"/>	CISTOSTOMIA <input type="checkbox"/>	ANÚRIA <input type="checkbox"/>	
MOBILIDADE:	DEÂMBULA <input checked="" type="checkbox"/>	DEÂMBULA C/ APOIO <input type="checkbox"/>	ACAMADO <input type="checkbox"/>	S/ DEFICITE MOTOR <input type="checkbox"/>
	TETRAPLEGIA <input type="checkbox"/>	HEMIAPLEGIA <input type="checkbox"/>	PARESIA <input type="checkbox"/>	RESTRITO NO PEITO <input type="checkbox"/>
SIST. GAS. ROINTEATINAL (DIETA)	VO <input checked="" type="checkbox"/>	SNG <input type="checkbox"/>	SNE <input type="checkbox"/>	
ESTADO NUTRICIONAL:	NUTRIDO <input checked="" type="checkbox"/>	DESNUTRIDO <input type="checkbox"/>	OBESO <input type="checkbox"/>	CAQUÉTICO <input type="checkbox"/>
DADOS VITAIS:	PA: <u>130/70</u>	T: <u>36,2</u>	FR: <u></u>	FC: <u>55</u> PESO: <u></u>
DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM				
<input checked="" type="checkbox"/>	RISCO DE QUEDA		CD: FR	
<input type="checkbox"/>	RISCO DE ASPIRAÇÃO		CD: FR	
<input checked="" type="checkbox"/>	RISCO DE INFECÇÃO		CD: FR	<u>Preced. Invasivos</u>
<input type="checkbox"/>	RISCO DE Desequilíbrio da temperatura corporal		CD: FR	
<input type="checkbox"/>	RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL		CD: FR	
<input type="checkbox"/>	RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA	<input type="checkbox"/> RETENÇÃO URINÁRIA	CD: FR	
<input type="checkbox"/>	RISCO DE SANGRAMENTO		CD: FR	
<input type="checkbox"/>	NAUSEA		CD: FR	
<input type="checkbox"/>	DOR AGUDA	<input type="checkbox"/> DOR CRÔNICA	CD: FR	
<input type="checkbox"/>	PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ		CD: FR	
<input type="checkbox"/>	MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA		CD: FR	
<input type="checkbox"/>	DEFICIT NO AUTO CUIDADO	<input type="checkbox"/> ALIMENTAR-SE <input type="checkbox"/> PARA BANHO	CD: FR	
<input type="checkbox"/>	INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA		CD: FR	
<input type="checkbox"/>	RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA		CD: FR	
<input type="checkbox"/>	RISCO DE SÍNDROME DO DESUSO		CD: FR	
<input type="checkbox"/>			CD: FR	
<input type="checkbox"/>			CD: FR	
<input type="checkbox"/>			CD: FR	
			CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA	FR: FATOR RELACIONADO
ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL				
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		APRAZAMENTO	ASSINATURA	
<input checked="" type="checkbox"/>	MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS.	<u>A cada 6hr</u>		
<input type="checkbox"/>	REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR.			
<input type="checkbox"/>	ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA			
<input type="checkbox"/>	INSTALAR CATÉTER DE O2 A DL/MIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA			
<input type="checkbox"/>	AVALIAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA (RUIDOS, ESTERTORES E BATIMENTOS DA ASA DO NARIZ).			
<input type="checkbox"/>	ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS.			
<input type="checkbox"/>	POSICIONAR O PACIENTE EM DECUBITO DE 45°			
<input type="checkbox"/>	MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA, QUANDO RECOMENDADO			
<input checked="" type="checkbox"/>	MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO (EDMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR, HIPEREMIA)	<u>Sempre</u>		
<input type="checkbox"/>	ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO.			
<input checked="" type="checkbox"/>	REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS AS CONDIÇÕES DE CUIDADOS PELA EQUIPE E AS REPOSTAS DO PACIENTE	<u>Sempre</u>		

(Handwritten signature and stamp)





LIBERAÇÃO DE LEITO

Nome do Paciente: DAVID FRANCISCO LIMA SILVA

Data da Internação: 16/08/2019 Data da Alta: 21/08/2019

Registro: 1969264

Tempo de Permanência: -18125

Diagnóstico Inicial: fratura do punho esquerdo (E)

Diagnóstico Final: o mesmo

Principais Exames: radiografia

Cirurgia: FIXAÇÃO PERCUTANEA Data: 20/08/2019

Equipe:

Cirurgião: CRISMARCOS RODRIGUES DA SILVA

Aux 1: EULER FABRICIO ALVES CRUZ

Aux 2:

Aux 3:

Aux 4:

Anestesista: Dr. Marcelo Faveiro

Medicamentos: SINTOMÁTICOS

Infecção F.O: NAO

Coleta de Material: NAO

Bacteriologia: NDN

Anatomopatológico: NDN

Resumo Clínico (História, Evolução, Terapêutica e Complicações): TRAUMA CONTUSO EM PUNHO ESQUERDO. DOR E DEFORMIDADE LOCAL. SUBMETIDO A PROCEDIMENTO CIRURGICO SEM INTERCORRENCIAS.

Orientações: RETORNO AMBULATORIAL + TALA

Dieta: LIVRE

Medicações para Casa: ALGINAC

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: LAVAR COM ÁGUA E SABÃO DUAS VEZES AO DIA. SE APRESENTAR FEBRE, DOR, VERMELHIDÃO OU INCHAÇO RETORNAR IMEDIATAMENTE AO HOSPITAL!

Condições de Alta: Melhorado

Data: 21/08/2019

Dx. Ywry Paiva
ASSINADO EM
Ywry De Paiva Câmara



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: Daniela Francisca Lima Silva nasc. 10/09/1984
 GOVERNO - DA PARAIBA
 SECRETARIA DE SAÚDE
 Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Ferraz de Azevedo

LEITE: Sala 04 CONVÊNIO: SUS IDADE: 38 anos REGISTRO: 796.9039
 DATA: 20/08/2019 INÍCIO: 15:30 FIM: 16:30

CIRURGIA: Fratura Radio Distal ANESTESIA: Blanco Plexo ANESTESIA: Dr. Ricardo
 INSTRUMENTADORA: Flavio

Qtz.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Qtz.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp		Catgut Cromado Serlix	
	Atropina amp		Catgut Cromado Serlix	
	Diazepam amp		Catgut Cromado Serlix	
	Dimore amp		Catgut Simplex	
	Dolantina amp		Catgut Simplex Serlix	
01	Efloranil <u>Parafol</u>		Catgut Simplex Serlix	
01	Fenacetam amp		Catgut Simplex Serlix	
	Fentanyl ml		Cera processa	
	Insulina ml		Edulcino	
	Ketalar ml		Etusol	
09	Lidocaina <u>na clorofor</u>		Etusol	
	Nubalim amp		Etusol	
01	Propofol amp		Fio de Agulha Serlix	
	Propofol amp		Fio de Agulha Serlix	
	Propofol amp		Fio de Agulha Serlix	
	Propofol amp		Fio de Agulha Serlix	
01	Quilonil <u>ranolindol</u>		Fio de Agulha Serlix	
01	Roxidol amp		Fio de Agulha Serlix	
	Trombolim ml		Fio de Agulha Serlix	
	Tracrium amp		Fio de Agulha Serlix	

Qtz.	MEDICAÇÕES	Qtz.	SOROS
06	Agua Destilada amp.	01	Soro Normal Salino 500 ml
01	Dolantina amp.	01	Soro Gástrico 500 ml
02	Dipiridam amp	01	Soro Heparina 500 ml
	Flavonol amp	02	Soro Heparina 500 ml
	Flebocord 1 amp	01	Soro Heparina 500 ml
	Geramicina amp		
	Glucose amp		
	Guafloxi 100 amp		
	Haemice ml		
	Heptacina ml		
	Kanamicina amp		
	Lidoc amp		
	Medroxiacetol		
	Praxil amp		
	Protinina		
	Reviron amp		
	Staphinon amp		
02	Dolantina ml		
02	<u>fenacetam</u>		
01			

Qtz.	MATERIAIS / SOLUÇÕES	Qtz.	ORTESE E PRÓTESE
	Agua ha desc 25 x 7		
	Agua ha desc 28 x 28		
	Agua ha desc 3 x 4,5		
	Agulha p. Curge n°		
015	Alcool de Enfermagem		
	Alcool iodado ml		
01	Ataduras de Crepon		
	Ataduras de Gessaca		
	Azul metileno amp.		
	Bonina ml		

Qtz.	MATERIAIS / SOLUÇÕES	Qtz.	EQUIPAMENTOS
	Agua ha desc 25 x 7		
	Agua ha desc 28 x 28		
	Agua ha desc 3 x 4,5		
	Agulha p. Curge n°		
015	Alcool de Enfermagem		
	Alcool iodado ml		
01	Ataduras de Crepon		
	Ataduras de Gessaca		
	Azul metileno amp.		
	Bonina ml		


CIRCULANTE RESPONSÁVEL
Joane Nogueira
 TCC/ENFERMAGEM
 COREN/PA 7015967





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

Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico	Hora entrada	Hora saída
Nenhum Movimento = 0 Movimenta 2 membros = 1 Movimenta 4 membros = 2		1
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispnéia = 1 Respiração profunda e tosse = 2		2
PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0 PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1 PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2		1
Sat O2 < 90 com oxigênio = 0 Sat O2 > 90 com oxigênio = 1 Sat O2 > 92% sem oxigênio = 2		2
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		2
TOTAL DE PONTOS:		8


Assinatura do anestesista



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECC		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		ENFERMARIA 5	LEITO 2	Nº PRONTUÁRIO 1969264	
FOLHA DE ANESTESIA		NOME David Francisco Lima Silva			IDADE	SEXO	COR
DATA	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	
TIPO SANGÜÍNEO	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICOSE	UREIA	OUTROS	
	URINA						
AP. RESPIRATÓRIO	OK				AGUA	BRONQUITE	
AP. CIRCULATÓRIO	OK				ELETROCARDIOGRAMA RS		
AP. DIGESTIVO	OK jejum		DENTES OK	PRINCIPIOS OK	AP. UMIÁRIOS	-	
ESTADO MENTAL	LÓTE		ADRENÁLEAS	CORTICÓIDES	ALERGIA	HIPOTENSORES	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO	Fratura do rádio distal esquerdo				ESTADO FÍSICO	ASA 2	
ANESTESIAS ANTERIORES							
MEDICAÇÃO PRE-ANESTÉSICA				APLICADA	AS	EFEITO	
Nilipridol + Fentanyl							
AGENTES ANESTÉSICOS							
	LÍQUIDOS						
CÓDIGOS VP-ARTERIAL: O PULSO: O RESPIRAÇÃO: O AX-ANESTÉSIA: O OPERAÇÃO: O							
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES							
REDUÇÃO	Satisf.: _____ Exat.: _____ Tosse: _____ Laringo espasmo: _____ Lont.: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____						
MANUTENÇÃO	1. Cefalotina 2g 2. Digoxina 2g 3. Ondansetrona 4mg 4. Quisina fosfato 10mg 5. Cotofelaco 30 mg 6. Romitidina						
ANESTESIA SATISF.	Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não _____ Não, por quê? _____						
DESPERTAR	Retorno na SO: _____ Obst.: _____ Co.: _____ Exat.: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____						
Com câmbio:	Para o Leito Sim _____ Não _____						
CONDIÇÕES:							
POSIÇÃO	DDH						
AGENTES							
TECNICA	Anestesia geral + bloqueio do plexo braquiocel.					CÂMARAS	
OPERAÇÃO							
QUIRURGIA	Dr. Crismones						
ANESTESISTAS	Dr. Ricardo Loureiro						
OBSERVAÇÕES							
ANOTAR NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.					PERDA SANGÜÍNEA		

H00-008

FOLHA DE ANESTESIA - GRP8

digitalizado com CamScanner



20/08/2019

HTCG-Pain | Administrativo

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA | TRAUMATISMO E ORTOPEDIA | PARÁIBA
Av. Atílio Fontes Pereira, 4300 - Matinas, Campina Grande - PB
NOME: Euler Fabricio Alves Cruz
Data: 20/08/2019



Número do Prontuário: 155010

DATA DA CIRURGIA: 20/08/2019

Número do Atendimento: 1969264 - Clín: ORTOPEdia 2 - blo: 5 - 1e: 1

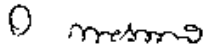
DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: DAVID FRANCISCO LIMA SILVA

Data da Internação: 16/08/2019

Atendimento: 1969264

Diagnóstico Pré-Operatório: FRATURA DE RADIO DISTAL ESQUERDO

Diagnóstico Pós-Operatório: 

Cirurgia: FIXAÇÃO PERCUTÂNEA Data da Cirurgia: 20/08/2019

Equipe:

Cirurgião: CRISMARCOS RODRIGUES DA SILVA

Aux 1: EULER FABRICIO ALVES CRUZ

Aux 2:

Aux 3:

Instrumentador: JESSEANE

Anestesiista: RICARDO JOSE RAMOS LOUREIRO

Tipo de anestesia: ANESTESIA GERAL + BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no Ato: SIM

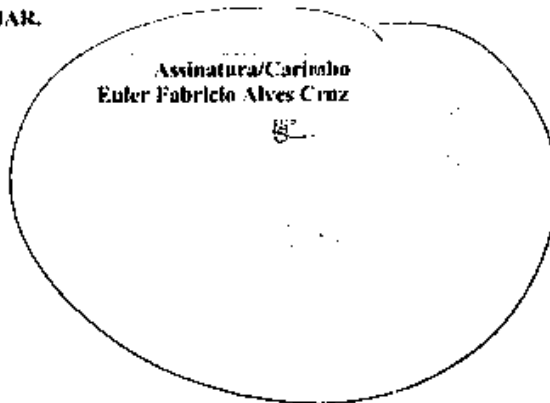
Acidente Durante Operação: NÃO

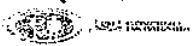
Descrição da Operação:

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL HORIZONTAL SOB ANESTESIA;
2. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS;
3. REDUÇÃO INCRUENTA DO FOCO DE FRATURA SOB AUXÍLIO DE ESCOPIA;
4. FIXAÇÃO PERCUTÂNEA COM 3 FIOS DE KIRSCHNER Nº 2,0 CRUZADOS SOB ESCOPIA;
5. CURATIVO + TALA AXILO-PALMAR.

Data 20/08/2019

Assinatura/Carimbo
Euler Fabricio Alves Cruz





CNPJ: 06.915.980/0001-51
 Data: 14/03/2022
 Hora: 09:20:19
 Nome do Usuário: Everton Da Silva Maira

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do postinho: 1997267 Paciente: DAVID FRANCISCO LIMA SILVA RG: 909 Sexo: M
 Nome do Mãe: CLAUDIA DE LÍDIA FERREIRA Data de Nascimento: 13/04/1964 Admissão: 15/02/2019 11:17
 Classe ORTOMÉDIA: Internação Hospitalar Diagnóstico: FRAC. RIZO DISTAL E

DATA: 14/03/2022

MEDICINA: Everton Da Silva Maira

Atividade: Prescrição

1. DIETA LIVRE

2. SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML 1 V. 1 VEZ AO DIA

3. DIETA SEM SAL 500ML 2 V. 1 V. 1 VEZ AO DIA

4. TENSÃO COM 10 MG SEM DILUENTE 1 V. 3 VEZES AO DIA

5. ANTIEMÉTICO 100MG 1 V. 1 VEZ AO DIA

6. PARACETOL 500MG 1 V. 1 VEZ AO DIA

7. PARACETOL 500MG 1 V. 1 VEZ AO DIA

8. PARACETOL 500MG 1 V. 1 VEZ AO DIA

9. PARACETOL 500MG 1 V. 1 VEZ AO DIA

10. PARACETOL 500MG 1 V. 1 VEZ AO DIA

11. PARACETOL 500MG 1 V. 1 VEZ AO DIA

12. PARACETOL 500MG 1 V. 1 VEZ AO DIA

13. PARACETOL 500MG 1 V. 1 VEZ AO DIA

14. PARACETOL 500MG 1 V. 1 VEZ AO DIA

15. PARACETOL 500MG 1 V. 1 VEZ AO DIA

16. PARACETOL 500MG 1 V. 1 VEZ AO DIA

17. PARACETOL 500MG 1 V. 1 VEZ AO DIA

18. PARACETOL 500MG 1 V. 1 VEZ AO DIA

19. PARACETOL 500MG 1 V. 1 VEZ AO DIA

20. PARACETOL 500MG 1 V. 1 VEZ AO DIA

21. PARACETOL 500MG 1 V. 1 VEZ AO DIA

22. PARACETOL 500MG 1 V. 1 VEZ AO DIA

23. PARACETOL 500MG 1 V. 1 VEZ AO DIA

24. PARACETOL 500MG 1 V. 1 VEZ AO DIA

25. PARACETOL 500MG 1 V. 1 VEZ AO DIA

26. PARACETOL 500MG 1 V. 1 VEZ AO DIA

27. PARACETOL 500MG 1 V. 1 VEZ AO DIA

28. PARACETOL 500MG 1 V. 1 VEZ AO DIA

29. PARACETOL 500MG 1 V. 1 VEZ AO DIA

30. PARACETOL 500MG 1 V. 1 VEZ AO DIA

31. PARACETOL 500MG 1 V. 1 VEZ AO DIA

32. PARACETOL 500MG 1 V. 1 VEZ AO DIA

33. PARACETOL 500MG 1 V. 1 VEZ AO DIA

34. PARACETOL 500MG 1 V. 1 VEZ AO DIA

35. PARACETOL 500MG 1 V. 1 VEZ AO DIA

36. PARACETOL 500MG 1 V. 1 VEZ AO DIA

37. PARACETOL 500MG 1 V. 1 VEZ AO DIA

38. PARACETOL 500MG 1 V. 1 VEZ AO DIA

39. PARACETOL 500MG 1 V. 1 VEZ AO DIA

40. PARACETOL 500MG 1 V. 1 VEZ AO DIA

41. PARACETOL 500MG 1 V. 1 VEZ AO DIA

42. PARACETOL 500MG 1 V. 1 VEZ AO DIA

43. PARACETOL 500MG 1 V. 1 VEZ AO DIA

44. PARACETOL 500MG 1 V. 1 VEZ AO DIA

45. PARACETOL 500MG 1 V. 1 VEZ AO DIA

46. PARACETOL 500MG 1 V. 1 VEZ AO DIA

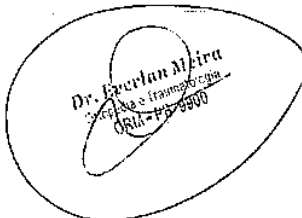
47. PARACETOL 500MG 1 V. 1 VEZ AO DIA

48. PARACETOL 500MG 1 V. 1 VEZ AO DIA

49. PARACETOL 500MG 1 V. 1 VEZ AO DIA

50. PARACETOL 500MG 1 V. 1 VEZ AO DIA

Assinatura
 [Handwritten signature]



ANEXO A - CARIÓTIPO
 Everton Da Silva Maira

Digitalizado em CamScanner





GOVERNO
DA PARAÍBA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

5.1
9

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 1969264 Paciente: DAVID FRANCISCO LIMA SILVA Idade: 039 Sexo: M
Nome da Mãe: CLAUDINECE LIMA FRANCISCO Data de Nascimento: 10/04/1980 Admissão: 16/08/2019 IDH: 1
Clínica: AMARELA Enfermaria: 5 Leito: 4 Diagnóstico: FRAT RADIO DISTAL E

DIA: 17/08/2019
MÉDICO(A): Everton Da Silva Meira

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML. E.V. FRASCO, 6h/6h	
3	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML, 2 ML. E.V. 6h/6h	
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1ERA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML. ABD.	
5	OMEPRAZOL INJ 40MG 1ERA AMP, 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PRÓPRIO	
6	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML, 2 ML. E.V. TAMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO	
7	FISIOTERAPIA MOTORA	
8	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

Handwritten notes and signatures in the aprazamento column, including a circled '06'.

EVOLUÇÃO

DATA: 17/08/2019 HORA: 11:04:58

BEG. ESTÁVEL, SEM DISTERMIAS

DIURESE: +

EVACUAÇÕES: +

CD: VPM
AGUARDA VAGA EM ALA ORTOPÉDICA

ASSINATURA DIGITAL
Everton Da Silva Meira





PRESCRIÇÃO MÉDICA

9/2
9

DADOS DO PACIENTE:

Nº de prontuário: 1969264 Paciente: DAVID FRANCISCO LIMA SILVA Idade: 039
Nome da Mãe: CLAUDENICE LIMA FRANCISCO Data de Nascimento: 10/04/1980 Sexo: M
Clínica: AMARELA Enfermaria: 12 Leito: 4 Diagnóstico: FRAT RADIO DISTAL E

DIA 16/08/2019
MÉDICO(A): Joao Paulo Oliveira Nunes /

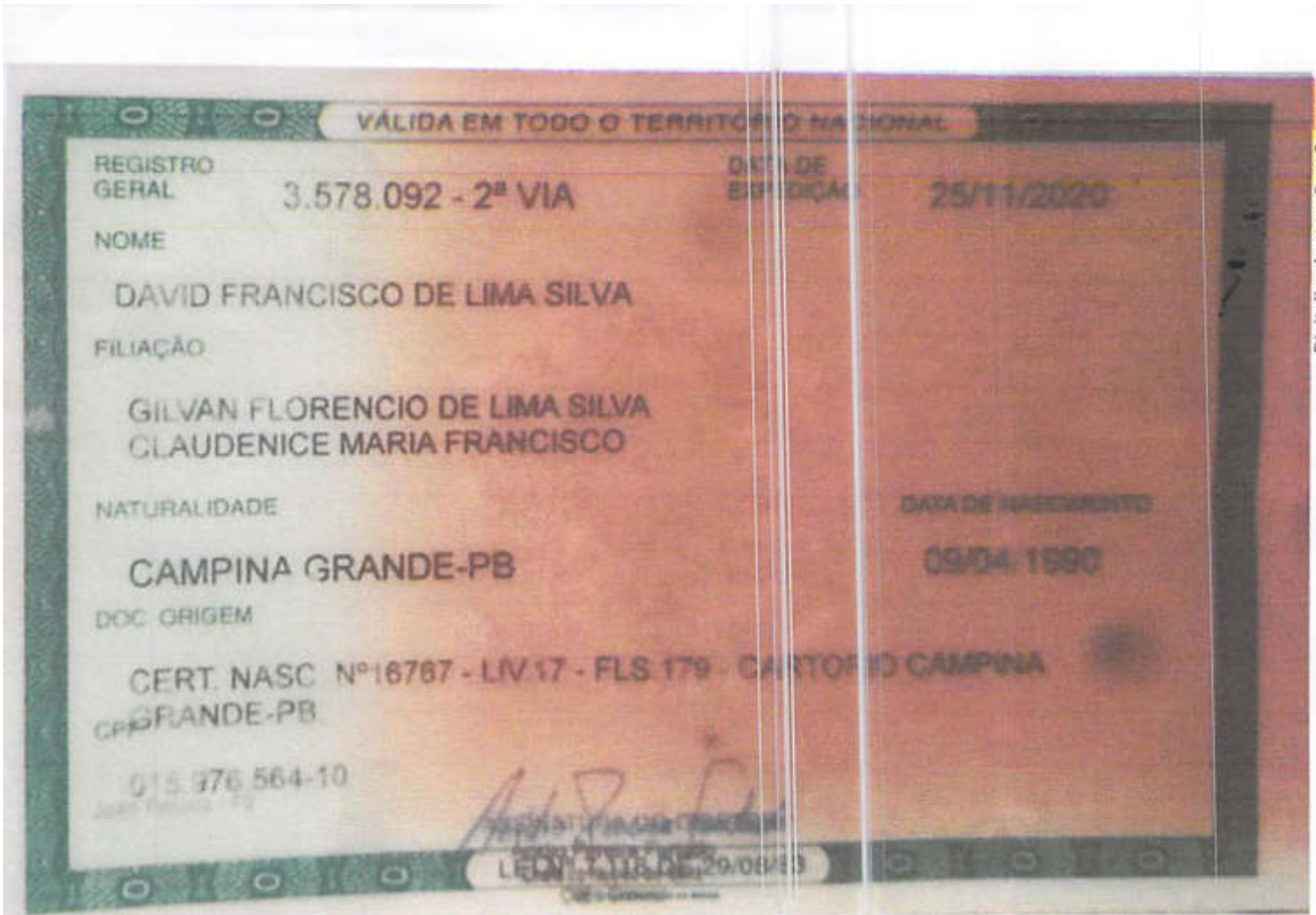
Item	Prescrição	Aprovação
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. FRASCO, 6h/6h	
3	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 6h/6h	
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. FRASCO AMP. 12h/12h Reconstituir 2ML. ABD.	
5	OMEPRAZOL 1NJ 40MG FRASCO AMP. 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PRÓPRIO	
6	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	
7	FISIOTERAPIA MOTORA	
8	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	



$\frac{16}{08}$ PA. $\frac{140}{90}$ P. 72 T 36,8
19

Maria José da Silva França
COREN-PB/642016-TE





Digitalizado com CamScanner



Digitalizado com CamScanner





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES - DENATRAN

DETRAN - PE

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO - ELETRÔNICO

CODIGO RENAVAL

00157999785



Valide este QRCode.com.app.Veio

PLACA

NPV8227

EXERCÍCIO

2020

ANO FABRICAÇÃO

2009

ANO MODELO

2009

NÚMERO DO CRV

CODIGO DE SEGURANÇA DO C/V

86142065966

CAT

MARCA / MODELO / VERSÃO

HONDA/CG 125 FAN KS

ESPÉCIE / TIPO

PASSAGEIRO MOTOCICLETA

PLACA ANTERIOR / UF

*****/**

CHASSI

9C2JC41109R526308

COR PREDOMINANTE

VERMELHA

COMBUSTIVEL

GASOLINA

Digitalizado com CamScanner



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 ASI: 0112950121 3 - CPF da vítima: 005.946.564-00 4 - Nome completo da vítima: Deivid Francisco de Lima Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 446/2012

5 - Nome completo: Deivid Francisco de Lima Silva 6 - CPF: 005.946.564-00
 7 - Profissão: TRUO LANCIA 8 - Endereço: Traje de Leste 9 - Número: 951A 10 - Complemento: -
 11 - Bairro: NOVO HORIZONTE 12 - Cidade: Bom Jesus Guarani 13 - Estado: PO 14 - CEP: 58900-000
 15 - E-mail: - 16 - Tel. (DDD): (83) 986823541

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR E/OU 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:

RECURSO INFORMAR R\$1.000 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 POUPIANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Nome do BANCO: GRUPO NEON

AGÊNCIA: 0655 CONTA: 9636543
(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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrente de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÔNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (ou civil) Divorçado Separado judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
 25 - Graude Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
 28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (ou nascidos)? 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 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

40 - Local e Data, Saui, Paraíba PO 58106/21

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) _____

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FP5.001 V002/2019





Digitalizada com CamScanner



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO CIVIL 3.578.082 - 2ª VIA

DATA DE EMISSÃO 25/11/2020

NOME DAVID FRANCISCO DE LIMA SILVA

FUNÇÃO

GILVAN FLORENCIO DE LIMA SILVA
CLAUDENICE MARIA FRANCISCO

MATRÍCULA

DATA DE VALIDADE

CAMPINA GRANDE-PB

09/04/1990

END. ORIGINAL

CERT. NASC. Nº 16787 - LV 17 - FLS 179 - CARTÓRIO CAMPINA GRANDE-PB

011-376.964-10

Handwritten signature



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0112950/21

Número do Sinistro: 3210138720

Vítima: DAVID FRANCISCO DE LIMA SILVA

CPF: 015.976.564-10

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 16/08/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: DAVID FRANCISCO DE LIMA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Outros

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 7ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE CAMPINA GRANDE/PB

Processo n.º 08308342420218150001

BRDESCO SEGUROS S.A, previamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada por seus advogados que esta subscrevem, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **DAVID FRANCISCO DE LIMA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem, mui respeitosamente, à presença de V. Exa., informar que foi localizado pagamento administrativo ao autor no valor de R\$ 1.687,50, após avaliação médica realizada no processo administrativo nº 3210138720.

Sendo assim, vem requerer a devida juntada do processo administrativo.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

CAMPINA GRANDE, 10 de março de 2022.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB

