Seguradora LÍDER

Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 31 de Maio de 2017

Carta n°: 11061436

A/C: GERALDO VIEIRA DA SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder:	**3170285329 ASL-0194791/17**
Vitima:	**GERALDO VIEIRA DA SILVA**
Data Acidente:	**07/02/2017**
Natureza:	**INVALIDEZ**
Procurador:	**MAURICELIO MACARIO DA SILVA**

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R$ 13.500,00.

ATENÇÃO:
Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Seguradora LÍDER

Rio de Janeiro, 31 de Maio de 2017

Carta n°: 11064069

A/C: GERALDO VIEIRA DA SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder:	**3170285329 ASL-0194791/17**
Vitima:	**GERALDO VIEIRA DA SILVA**
Data Acidente:	**07/02/2017**
Natureza:	**INVALIDEZ**
Procurador:	**MAURICELIO MACARIO DA SILVA**

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **22/05/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **07/02/2017**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Comprovação de ato declaratório infor.
incorretas

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 24 de Agosto de 2017

Carta n°: 11535547

A/C: GERALDO VIEIRA DA SILVA

Sinistro:	**3170285329 ASL-0194791/17**
Vítima:	**GERALDO VIEIRA DA SILVA**
Data Acidente:	**07/02/2017**
Natureza:	**INVALIDEZ**
Procurador:	**MAURICELIO MACARIO DA SILVA**

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

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

ATENÇÃO:
Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 01 de Setembro de 2017

Carta n°: 11583971

A/C: GERALDO VIEIRA DA SILVA

Sinistro:	**3170285329 ASL-0194791/17**
Vitima:	**GERALDO VIEIRA DA SILVA**
Data Acidente:	**07/02/2017**
Natureza:	**INVALIDEZ**
Procurador:	**MAURICELIO MACARIO DA SILVA**

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

Prezado(a) Senhor(a),

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

Creditado: **GERALDO VIEIRA DA SILVA**
Valor: **R$ 4.725,00**
Banco: **237**
Agência: **000005786-0**
Conta: **000000760354-1**
Tipo: **CONTA CORRENTE**

Memória de Cálculo:

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

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%
Graduação: Em grau médio 50%
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

BANCO BRADESCO S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 30/08/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*******TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GERALDO VIEIRA DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 05786-0

CONTA: 000000760354-1

Nr. Autenticação
BRADESCO3008201705000000000023705786000000760354472500 PAGO

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170285329 **Cidade:** Poço Dantas **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GERALDO VIEIRA DA SILVA **Data do acidente:** 07/02/2017 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA, FRATURA COMINUTIVA ESCAPULAR DIREITA E FRATURA DE ARCOS COSTAIS A DIREITA.

Descrição do exame médico pericial: AO EXAME, HIPOTROFIA MUSCULAR EM REGIÃO ESCAPULAR DIREITA ++/+4. PRESENÇA DE CICATRIZES EM PROJEÇÃO DA CLAVÍCULA DIREITA E REGIÃO ESCAPULAR COM GRAVE RESTRIÇÃO DA MOBILIDADE DO OMBRO DIREITO. DÉFICIT DE FORÇA MOTORA NO MEMBRO. EXPANSIBILIDADE PULMONAR PRESERVADA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTOS CIRÚRGICOS DAS FRATURAS (ESCÁPULA E CLAVÍCULA DIREITA). FEZ USO DE ANTIBIÓTICOS E ANTIINFLAMATÓRIOS. REALIZOU SESSÕES DE FISIOTERAPIA. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do membro superior direito

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 26/08/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Rosana Bezerra Duarte de Paiva

CRM do médico: 4183

UF do CRM do médico: PB

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R$ 4.725,00
		Total	**35 %**	**R$ 4.725,00**

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

CRM do médico: 52.18145-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Autorizacao de pagamento

Nº DO SINISTRO _____ CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Geraldo Vieira da Silva,
PORTADOR(A) DO RG Nº 20.897.186-5 EXPEDIDO POR SSP-SP EM 09/08/1988 E
CPF 095384318-12 /CNPJ ___-___-___, PROFISSÃO recusou
E RENDA MENSAL DE R$ recusou (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Geraldo Vieira da Silva, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do benefiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- **Contas não pertencentes à vítima/beneficários.**

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)
Nº do BANCO 237 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 5786-0 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 0760354-1

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)
Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

Marcos Aurelio Vidal
22 MAIO 2017
CORRETAGEM DE SEGUROS
EIRELI - ME

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Araçatuba-SP 26 de abril de 2017. Geraldo Vieira da Silva
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de **R$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de **até R$13.500,00 em caso de invalidez permanente** (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de **até R$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.**
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

Marcos Aurelio Vidal

22 MAIO 2017

CORRETAGEM DE SEGUROS
EIRELI - ME

Secretaria da
Segurança e da Defesa Social
Delegacia Geral de Polícia
3ª Delegacia Regional de Polícia Civil
20ª Delegacia Seccional de Polícia
Delegacia Distrital de Cajazeiras - PB

GOVERNO DA PARAÍBA

2ª Delegacia Distrital Cajazeiras-PB POLÍCIA CIVIL SEDS

Boletim de ocorrencia

BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL N° 213/2017

Natureza da ocorrência - SINISTRO DE TRANSITO
Data do fato: 07/02/2017 HORÁRIO: 06:40min. Aproximadamente
Data de noticia do fato a Depol: 18.04.2017
PRESENTE O DEL. POL. PLANTONISTA

NOTIFICANTE: GERALDO VIEIRA DA SILVA, brasileiro(a), natural de Uiraúna/PB, casado, agricultor, com 50 anos de idade, nascido(a) em 25.09.1966, CPF 095.384.318-12, RG 20.897.186-5 SSP/SP, filho de Joaquim Vieira da Silva e Isabel Josefa de Jesus, residente na rodovia BR 230, sn° - Sitio Bela Vista - zona Rural de Uirauna - PB.

VÍTIMA: o próprio declarante.

HISTORICO DO FATO,

O (a) notificante, depois de cientifica do (a) das penalidades cominadas ao Art. 299 do CPB, declarou o SEGUINTE: Que, na data de 07.02.2017, por volta das 06h40, aproximadamente, encontrava-se conduzindo o veiculo tipo MOTOCICLETA HONDA CG 125 FAN ESD, PLACA OEU4282/PB, CHASSI 9C2JC4160FR102336, RENAVAM 0104094820-8, matriculada em nome de JOALISON JUNIOR DA SILVA, quando trafegava na rodovia BR 434, na altura do Sitio Carcara - zona Rural de Poço Dantas -PB, quando inesperadamente um animal, tipo VACA invadiu a rodovia, vindo o declarante a colidir com o referido animal; QUE a vítima foi socorrida pelo SAMU ao Hospital Regional de Cajazeiras - HRC; QUE o declarante sofreu **POLITRAUMATISMO, FRATURA NA CLAVÍCULA DIREITA, FRATURA NA OMOPLATA DIREITA, DUAS FRATURAS NA COSTELA DO LADO DIREITO E ESCORIAÇÕES PELO CORPO; QUE O DECLARANTE FOI TRANSFERIDO ANTONIO TARGINO, NA CIDADE DE CAMPINA GRANDE - PB.** Por este motivo procurou a delegacia para registrar ocorrência. QUE EM VIRTUDE DESTE FATO VEIO A ESTA DELEGACIA REGISTRAR OCORRENCIA E PEDIR CERTIDÃO PARA FINS ADMINISTRATIVOS JUNTO AO SEGURO DPVAT. Seguindo determinação da portaria n° 352/2013/DGERAL/SEDS/PB, onde determina que os Boletins de Ocorrência sejam registradas em qualquer Delegacia deste Estado. Nada mais a consignar.

Cajazeiras-PB, 18 de ABRIL de 2017.

Geraldo Vieira da Silva

☐ Notificante ☐ Testemunha/Arrogada

POLEGAR DIREITO

Assinatura do Policial responsável pelo registro
Francisco Jose L. de Lira
Mat. 157.335-8

Elisangela M Dantas
Escrivã de Polícia
Mat. 155.7[illegible]

Marcos Aurelio Vidal
22 MAIO 2017
CORRETAGEM DE SEGUROS EIRELI - ME

Declaracao de Inexistencia de IML

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Geraldo Vieira da Silva, portador da carteira de identidade nº 20 897 186-5 e inscrito no CPF/MF sob o nº 095.384.318-12, residente e domiciliado no (a) Rod. BR 230, SN, Bela Vista, Cidade Uiraúna, Estado Paraíba, 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:

(X) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

( ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

( ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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

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

Geraldo Vieira da Silva

Assinatura do declarante (conforme documento de identificação)

Uiraúna - PB 26/04/2017.

Local e data

Marcos Aurelio Vidal
22 MAIO 2017
CORRETAGEM DE SEGUROS EIRELI - ME

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

(a) _____

portador da carteira de identidade nº _____ e inscrito no CPF/MF sob o nº _____ residente e domiciliado na (a) _____ Cidade _____, Estado _____, 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

(X) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência, ou

( ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT, ou

( ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, [illegible] de lesões pessoais decorrentes de acidente automotivo de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação com a [illegible] do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica à custa da Seguradora Líder DPVAT, com a [illegible] avaliação da extensão e extenção do grau da lesão ou lesões [illegible] § 1º do art. 7º da Lei nº 6.194/74.

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

_____

Assinatura do declarante (conforme documento de identificação)

_____

Local e data

Comprovacao de ato declaratorio

SUS

ESTADO DA PARAÍBA - SECRETARIA DE SAÚDE
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CÓDIGO DA UNIDADE: 2013470 CGC/CPF: 08.778.268/0020-23
NOME: HOSPITAL REGIONAL DE CAJAZEIRAS
END.: RUA TABELIÃO ANTONIO HOLANDA
MUNICÍPIO: CAJAZEIRAS ESTADO: PARAÍBA UF: 25
Tipo de Atendimento: ATENDIMENTO DE URGENCIA
Nome: GERALDO VIEIRA DA SILVA
Raça/Cor: SEM INFORMAÇÃO
Dt. Nasc: 25/09/1960 Idade: 50 ano(s) mês(es) de idade dia(as) de idade Sexo: M
Mãe: ISABEL JOSEFA DE JESUS
Profissão: AGRICULTOR Documento: RG 20897188-5 SP
Endereço: RUA PROJETADA Nº: 0
Bairro: ALTO BELA VISTA
Município-UF - CEP - IDGE: URAUNA - PB - 58915000 - 251890
Telefone para contato: (83) 0531-3563 / CNS: 706803041908892
Data e Hora: 07/02/2017 - 09:13:50
Queixa Principal:

Alergia Medicamentosa: ( ) Não - ( ) Sim

SSVV
PESO: PA: TEMP.:

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)
Paciente trazido pel Bmbu relatando queda de cavalo há 2 dias. Refere dor abdomen D e MMD.

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)
Rx abdomen D + pelvis
Sutura abdominal

RESULTADOS

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS
1. Sol 200
2. SF 0,9% - 500ml
3. Vaccinen 35 - IM - 08:00
4.

Ato Declaratório

CARÁTER DO ATENDIMENTO
- [ ] 01 - ELETIVO
- [x] 02 - URGÊNCIA
- [ ] 03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA
- [ ] 04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO
- [ ] 05 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

PROCEDIMENTO - descrição:
Sutura, curativo

DIAGNÓSTICO:
Lesão ou ferida D

CID-10:

MEDICAÇÃO:
- [x] 1. PRESCRITA
- [ ] 2. APLICADA

ENCAMINHAMENTO:
- [x] OBSERVAÇÃO
- [ ] RESIDÊNCIA
- [ ] INTERNAÇÃO
- [ ] OUTRO HOSPITAL
- [ ] ÓBITO
- [ ] OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO:
1. 0301010160 - 5
2.
3. 0301010209 12 - 1

ASS. DO(S) PROFISSIONAL(IS) ASSISTENTE(S): CARIMBO(S)

MÉDICO: CNS / CRM / CRM-PB / CÓDIGO
CBO: 223293

ASS. DO PACIENTE/ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL: Elciulma Alexandre da Silva
OU POLEGAR DIREITO

ASS. DO REVISOR TÉCNICO CARIMBO
ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO CARIMBO

RECEPCIONISTA: KLEBIO DA SILVA

CADASTRO: 12215

4 AGO 2017

CAUSAS EXTERNAS

TRAUMA / VIOLÊNCIA	ACIDENTE DE TRÂNSITO	POSIÇÃO DA VÍTIMA
F.A.F.	☐ CHOQUE	☐ PEDESTRE
F.A.B.	☐ COLISÃO	☐ MOTORISTA
ESPAÇAMENTO	☐ CAPOTAMENTO	☐ PASSAGEIRO DIANTEIRO
QUEDA	☐ TOMBAMENTO	☐ PASSAGEIRO TRASEIRO
MESMO NÍVEL	☐ ATROPELAMENTO	☐ DIREITO ☐ CENTRAL ☐ ESQUERDO
ALTURA (_____mts)	☐ QUEDA	SITUAÇÃO DA VÍTIMA
SOTERRAMENTO	☐ BICICLETA	☐ DENTRO DO VEÍCULO
CHOQUE ELÉTRICO	☐ MOTOCICLETA	☐ NÃO ENCARCERADA
QUEIMADURA	☐ NÃO SABE	☐ ENCARCERADA
GRAU ☐ 1º ☐ 2º ☐ 3º	☐ OUTROS_____	☐ EJETADA
ÁREA CORPORAL_____%	VEÍCULO DA VÍTIMA	☐ DEAMBULANDO
AFOGAMENTO	☐ BICICLETA	☐ OUTROS_____
INTOXICAÇÃO EXÓGENA	☐ MOTOCICLETA	USO DO CINTO DE SEGURANÇA
SUBSTÂNCIA_____	☐ AUTOMÓVEL	☐ SIM ☐ NÃO
ANIMAIS_____	☐ CAMINHÃO	USO DO CAPACETE
OUTRAS_____	☐ OUTROS_____	☐ SIM ☐ NÃO

ATO DECLARATÓRIO

DIAGNÓSTICOS

RAPÊUTICA / MEDICAMENTOS (PRESCRIÇÃO DIRETA OU POR TELEMEDICINA)

acesso venoso SF + Dipirona + AD

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO:

Paciente orientado verbalizando, vítima de acidente de moto, queixando de dores, suspeita de fratura femoral. realizado Dipirona + AD EV conforme solicitação do MR. realizado protocolo, seguindo para HRC.

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:

Ansiedade ☐ Capacidade Adaptativa Intracraniana Diminuída ☐ Comunicação Verbal Prejudicada ☐ Confusão Aguda ☐ Deambulação Prejudicada ☐ Débito Cardíaco Diminuído ☐ Desobstrução Ineficaz das VAA ☐ Disreflexia Autônoma ☐ Dor Aguda ☐ Hipertermia ☐ Hipotermia ☐ Integridade da Pele Prejudicada ☐ Integridade Tissular Prejudicada ☐ Medo ☐ Intolerância a Atividade ☐ Mucosa Oral prejudicada ☐ Padrão Respiratório Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Cerebral Ineficaz ☐ Perfusão Tissular cardiopulmonar ineficaz ☐ Perfusão tisSular Gastrintestinal Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Renal Ineficaz ☐ Termorregulação Ineficaz ☐ Troca de Gases Prejudicada ☐ Ventilação Espontânea Prejudicada ☐ Volume de Líquidos Deficientes ☐ Volume Excessivo de Líquidos ☐ Náusea ☐ Retenção Urinária ☐ Percepção Sensorial Perturbada ☐ Interação Social Prejudicada ☐ Incontinência Intestinal ☐ Eliminação Urinária Prejudicada ☐ Constipação ☐ Outros_____

MATERIAL UTILIZADO

Soro Fisiológico, Dipirona água destilada

MOTIVO DO TRANSPORTE

☐ Apoio Diagnóstico ☐ Serviço de Maior Complexidade ☐ Transferência Simples

☐ Outro_____

DESTINO DO PACIENTE

PROFISSIONAL QUE RECEBEU O PACIENTE:

RESPONSÁVEL: Dr. [illegible] CRM-PB [illegible]

FUNÇÃO: Médico

Comprovacao de ato declaratorio

ATENDIMENTO SEGUNDO MORTALIDADE

☐ ÓBITO NO LOCAL ☐ SEM ATENDIMENTO ☐ APÓS ATENDIMENTO

☐ ÓBITO DURANTE O TRANSPORTE ☐ ÓBITO LOGO AO CHEGAR AO DESTINO

INTERCORRÊNCIAS NO ATENDIMENTO

☐ RECUSOU ATENDIMENTO ☐ RECUSOU TRANSPORTE ☐ ACIDENTES DE TRABALHO

☐ QTA / CANCELAMENTO ☐ PROBLEMA COM AMBULÂNCIA ☐ OUTRAS:_____

TERMO DE RECUSA

Declaro para todos os fins que estou recusando o atendimento desponibilizado pelo SAMU 192 - Uiraúna-PB, nesta oportunidade.

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

R.G.:_____

Marcos Aurelio Vieira
CORRETAGEM DE SEGUROS EIRELI - ME
22 MAIO 2017

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE

Médico:_____ CRM:_____ Mat.:_____

Enfermeiro: Valdirecí COREN: 414078 Mat.:_____

Téc. de Enfermagem: Jaqueline COREN:_____ Mat.:_____

Condutor Socorrista: Marcos Mat.:_____

COD. 58 - Gráfica F4 (83) 3534.1108 Uiraúna-PB

Comprovante de residencia

Claro

CTC RECIFE PE JPA PL11
MAURICELIO MACAIRO DA SILVA
R JOSE RODOVALHO ALENCAR 331
CASA CENTRO
58900-000 CAJAZEIRAS PB

00300903

Atendimento Claro - Ligue 1052.
Auto-Atendimento - Ligue *1052#
Na Web - www.claro.com.br/minhaclaro

Número do seu Claro	Periodo de Uso	Vencimento	Total a Pagar
83 99415 5835	de 02/08/2016 a 01/09/2016	28/09/2016	R$ 34,99

Valor pago na última conta: R$ 72,20

Veja aqui o que está sendo cobrado

Individuais		
Bonus internet controle 400MB	R$	0,00
Assinatura Controle	R$	34,99
Total do Mês	R$	34,99
Total a Pagar	**R$**	**34,99**

Marcos Aurelio Vidal
22 MAIO 2017
CORRETAGEM DE SEGUROS
EIRELI - ME

Comprovante de residencia

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Geraldo Vieira da Silva, RG nº 20.897.186-5, data de expedição 09/08/1988, Órgão SSP/SP,

CPF nº 095 384 318-12, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	Rod BR 230
Número	SN.
Apto/Complemento	
Bairro	Bela Vista
Cidade	Uiraúna
Estado	Paraíba
CEP	58915000
Telefone de Contato	(83) 99813.12.66 / 99415.58.35
E-mail	veras dpvatiz@hotmail.com

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Uiraúna - PB 26/04/2017.

Assinatura do Declarante

Marcos Aurelio Vidal
22 MAIO 2017
CORRETAGEM DE SEGUROS EIRELI - ME

ELICELMA ALEXANDRINA DA SILVA
ROD BR 230, S/N - BELA VISTA
UIRAUNA / PB CEP: 58915000 (AD: 177)

Classe/Subcls: RESIDENCIAL / BAIXA RENDA MONOFÁSICO
Roteiro: 7 - 208 - 860 - 3000
Nº medidor: 0000113204D

Referência: Mar / 2017
Emissão: 14/03/2017

energisa

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09 095 183 / 0001-40 Insc Est 16 015 825-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 000 488 329
Código para Débito Automático: 00002007873

Atendimento ao Cliente ENERGISA **0800 083 0196** Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a
Mar / 2017

UC (Unidade Consumidora): 5/200767-2

Canal de contato

Apresentação
14/03/2017

Data prevista da próxima leitura
11/04/2017

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10 438, de 26 de abril de 2002
— Acionamento da Bandeira Amarela —
A bandeira tarifária aplicada no mês de Março/17 será a «amarela», com custo de R$ 2,00 a cada 100 quilowatts-hora (kWh) consumidos. A medida se deve às condições hidrológicas menos favoráveis, o que determinou o acionamento de usinas termelétricas com custo de geração mais cara.

CPF/ CNPJ/ RANI
492843040-01
Insc. Est.:

Faturas em atraso

Anterior Data	Anterior Leitura	Atual Data	Atual Leitura	Constante	Consumo	Dias
09/02/17	20580	14/03/17	20780	1	100	33

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R$)
Consumo até 30kWh-BR	30	0,14823	4,44
Consumo - 31 a 100kWh-BR	70	0,25411	17,78
Consumo - 101 a 220kWh-BR	80	0,38118	30,50
Adic. B. Amarela			2,00
Subsídio			0,97
ICMS			27,55
PIS			34,90
COFINS			1,68
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS			7,87
CONTRIBUIÇÃO ILUM PUBLICA			2,01
JUROS DE MORA 01/2017			0,59
JUROS DE MORA 02/2017			0,45
MULTA 01/2017			1,42
MULTA 02/2017			1,30
ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 01/2017			0,17
ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 02/2017			0,07
Devolução Subsídio			-27,55

Histórico de Consumo (kWh)

Fev/17	135
Jan/17	145
Dez/16	145
Nov/16	159
Out/16	143
Set/16	158
Ago/16	162
Jul/16	219
Jun/16	255
Mai/16	208
Abr/16	189
Mar/16	242

Média dos últimos meses 180

	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR R$
ICMS	129,27	27,00	34,90
PIS	129,27	1,2910	1,68
COFINS	129,27	5,9362	7,67

VENCIMENTO
21/03/2017

TOTAL A PAGAR
R$ 107,68

4b87.35f8.e621.c0f8.d506.d728.cca5.932a.

Indicadores de Qualidade 1/2017 - Urbana

	Limites da ANEEL	Apurado
DIC MENSAL	8,47	0,00
DIC TRIMESTRAL	12,94	
DIC ANUAL	25,89	
FIC MENSAL	3,47	0,00
FIC TRIMESTRAL	6,93	
FIC ANUAL	13,70	
DMIC	3,80	0,00
DICRI	12,22	

Limite de Tensão (V)		
NOMINAL		220
CONTRATADA		
LIMITE INFERIOR		202
LIMITE SUPERIOR		231

Co... tot...

Discriminação	Valor (R$)	%
Serviços de Dist. da Energia/PB	20,89	19,40
Compra de Energia	28,85	26,80
Serviço de Transmissão	1,44	1,34
Encargos Setoriais	9,21	7,82
Impostos Diretos e Encargos	50,18	46,61
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	107,68	100,00

Valor do EUSD (Ref. 1/2017) R$ 20,27

ATENÇÃO

- Sua unidade foi faturada como Baixa Renda, tendo um desconto de R$27,55

Marcos Aurelio Vidal
22 MAIO 2017
CORRETAGEM DE SEGUROS EIRELI - ME

Declaracao Circular SUSEP 445/12

ANEXO II

DECLARAÇÃO
Circular Susep nº 445/12 Prevenção à Lavagem de Dinheiro

A Circular SUSEP[1] nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT. Contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF[2].

[1] Superintendência de Seguros Privados SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.
[2] Conselho de Controle de Atividades Financeiras COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu MAURICELIO MACARIO DA SILVA, portador(a) do RG nº 2.241.541, expedido por DETRAN/PB, em 07/04/2011, CPF/CNPJ nº 035.831.484.44, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a): Geraldo Vieira da Silva do sinistro de DPVAT da natureza invalidez da vítima Geraldo Vieira da Silva, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: recusou Renda Mensal: R$ recusou

Documentos comprobatórios: não possui

Mauricelio Macario da Silva

ASSINATURA PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

Marcos Aurelio Vidal

22 MAIO 2017

CORRETAGEM DE SEGUROS EIRELI - ME

Declaracao do proprietario do veiculo

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Eu, Joalison Junior da Silva,

portador do RG: 503093051, data de expedição 13/06/2016,

órgão expedidor SSP/PB, CPF: 131.041.163.103-41

com domicílio na cidade de Uiraúna, no estado de Paraíba

onde resido na Sítio Bela Vista,

número SN, complemento Zona Rural.

DECLARO, sob as penas da Lei que o veículo abaixo mencionado é (era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima, Geraldo Vieira da Silva,

cujo condutor era Geraldo Vieira da Silva.

VEÍCULO: PASI MOTOCICLETA

ANO: 2014

MODELO: HONDA/CG 125 FAN ESD

PLACAS: OEU4282/PB

CHASSI: 9C2JC4160FR102336

DATA DO ACIDENTE: 07/02/2017

CARTORIO DE 1º OFICIO "DIMAS ANDRIOLA", Reconhecido (por autenticidade) a firma de JOALISON JUNIOR DA SILVA. Sob nº 00 Cajazeiras - Paraíba, 03/05/2017.
RENELITA DA ROCHA MOREIRA
Selo Digital de Fiscalização Tipo Normal: GTRC53444-TEDM
Confira os dados do ato em https://selodigital.tjpb.jus.br
EMOLUM R$ 11,08 FARPEN R$ 0,27 FEJ R$ 2,21
Renelita da R. Moreira
ESCREVENTE AUTORIZADA

Cajazeiras-PB 03/05/2017
Local e Data

Joalison Junior da Silva
Assinatura do Declarante Proprietário
RECONHECER A FIRMA DA ASSINATURA
POR AUTENTICIDADE ou VERDADEIRA

Geraldo Vieira da Silva
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro)
RECONHECER A FIRMA DA ASSINATURA
POR AUTENTICIDADE ou VERDADEIRA

Marcos Aurelio Vidal
22 MAIO 2017
CORRETAGEM DE SEGUROS EIRELI - ME

PREFEITURA DE UIRAÚNA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UIRAÚNA

SAMU 192

SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192

FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ANTENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA

Nº SOLICITAÇÃO: 01
DATA: 07/02/17
VIATURA: ☐ USA____ ☒ USB 08

MÉDICO(A) REGULADOR(A) DR(A): Dr. Daniel / Dr. Pablo
CRM:

ENDEREÇO DA OCORRÊNCIA: Sítio Carvoeiro
Nº:

BAIRRO:
CIDADE: Rio Tinto
ESTADO:

PONTO DE REFERÊNCIA: Zona rurbana

☐ RESIDÊNCIA ☐ LOCAL DE TRABALHO ☒ VIA PÚBLICA

PACIENTE/USUÁRIO: Penalda Vieira

SEXO: ☒ MASC. ☐ FEM.
IDADE: 50
SOLICITANTE:

NATUREZA DA OCORRÊNCIA

☐ CLÍNICA ☒ TRAUMÁTICA ☐ PEDIÁTRICA ☐ GINECO-OBSTÉTRICA ☐ PSIQUIÁTRICA ☐ CIRÚRGICA

APOIO NO LOCAL

☐ CORPO DE BOMBEIROS ☐ POLÍCIA MILITAR ☐ POLÍCIA CIVIL ☐ POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL
☐ DEFESA CIVIL ☐ CPTRAN ☐ STTRANS ☐ IML ☐ OUTRO____

AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

VIAS AÉREAS	VENTILAÇÃO	CIRCULAÇÃO	AVAL. NEUROLÓGICA
☐ PÉRVIAS ☐ RESP. RUIDOSA ☐ OBSTRUÇÃO PARCIAL ☐ OBSTRUÇÃO TOTAL ☐ EUPNÉIA ☐ DISPNÉIA ☐ BRADIPNÉIA ☐ TAQUIPNÉIA ☐ APNÉIA	EXPANSIBILIDADE ☒ NORMAL ☐ SUPERFICIAL ☐ REGULAR ☐ IRREGULAR MURMÚRIOS VESICULARES ☐ NORMAL ☐ DIMINUIDO ☐D ☐E ☐ AUSENTE ☐D ☐E ☐ HIPERTIMPANISMO ☐ MACICEZ	PULSO ☐ NORMAL ☐ FINO ☐ CHEIO ☐ RÍTMICO ☐ ARRÍTMICO ☐ AUSENTE PERFUSÃO ☐ NORMAL ☐ RETARDADA ☐ AUSENTE	☒ CONSCIENTE ☐ INCONSCIENTE ☐ ORIENTADO ☐ DESORIENTADO ☐ AGITAÇÃO ☐ SONOLÊNCIA ☐ TORPOR ☐ COMA ☐ CONVULÇÃO ☐ RIGIDEZ ☐ PERDA DE MASSA ENCEFÁLICA ☐ RINORRAGIA ☐D ☐E ☐ OTORRAGIA ☐D ☐E ☐ RINORREIA ☐D ☐E ☐ OTORRÉIA ☐D ☐E PUPILAS ☐ MIOSE ☐ MIDRÍASE ☐ FOTORREAGENTES ☐ NÃO FOTORREAGENTES ☐ ANISOCORIA ☐D ☐E

SINAIS VITAIS E DADOS COMPLEMENTARES

EVOLUÇÃO	SINAIS VITAIS P.A. mmHg	F.C. bpm	F.C. irpm	Temp. °C	Sat> O2 %	GLASGOW A.O.	R.V.	R.M.	TOTAL	GLICEMIA CAPILAR mg/dl
INICIAL	12 x 80				05					98
FINAL	x									

CORRETAGEM DE SEGUROS UIRAÚNA - ME
Marcos Aurélio Vieira
MAIO 2017

PASSAGEM DO CASO PARA BASE

SOLICITADO APOIO DA USA ☐ NÃO ☐ SIM QUAL USA____

OBS.: SOMENTE SE O PREFIXO DA VIATURA ACIONADA FOR USB

Documentacao medico - hospitalar

AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA

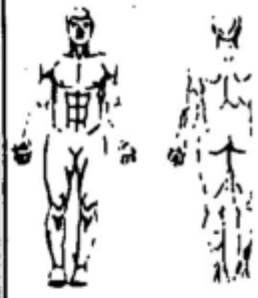
PELE	CABEÇA	FACE	PESCOÇO	TÓRAX
☐ CORADA ☒ PÁLIDA ☐ CIANÓTICA ☐ FRIA ☐ QUENTE ☐ ÚMIDA ☐ SECA	☐ CONTUSÃO ☐ ESCORIAÇÕES ☐ LACERAÇÃO ☐ HEMATOMA ☐ AGUNDAMENTO ☐ FER. PENETRANTE	☐ CONTUSÃO ☐ ESCORIAÇÕES ☐ LACERAÇÃO ☐ FER. OCULAR ☐ ____	☐ CONTUSÃO ☐ ESCORIAÇÕES ☐ LACERAÇÃO ☐ HEMATOMA ☐ DESVIO DA TRAQUÉIA ☐ ENFISEMA SUB-CUTÂNEO ☐ ____	☐ CONTUSÃO ☒ ESCORIAÇÕES ☐ LACERAÇÃO ☐ TÓRAX INSTÁVEL ☐ RESP. PARADOXAL ☐ TAMPONAMENTO ☐ ____

ABDOME	PELVE	COLUNA DORSAL	MEMBROS
☐ CONTUSÃO ☐ ESCORIAÇÕES ☐ LACERAÇÃO ☐ DISTENDIDO ☐ EM TÁBUA ☐ DOLOROSO ☐ EVISCERAÇÃO ____	☐ CONTUSÃO ☐ ESCORIAÇÕES ☐ LACERAÇÃO ☐ DOR ☐ INSTABILIDADE ☐ ____ ____	☐ CONTUSÃO ____ ☐ HEMATOMA ____ ☒ DOR ____ ☐ ____	☐ CONTUSÃO____ ☐ ESCORIAÇÕES____ ☐ LACERAÇÃO____ ☐ LUXAÇÃO____ ☐ FRATURA ☐ FECHADA____ ☐ ABERTA____ ☐ AMPUTAÇÃO____

DADOS COMPLEMENTARES

GINECO-OBSTÉTRICO	HISTÓRIA PREGRESSA	
☐ ABORTAMENTO ☐ HEMORRAGIA VAGINAL ☐ TRABALHO DE PARTO ☐ 0-1 CONTRAÇÃO / 10MIN. ☐ 2-4 CONTRAÇÕES / 10MIN. ☐ +5 CONTRAÇÕES / 10MIN. ☐ SANGRAMENTO ☐ PERDA DO TAMPÃO MUCOSO ☐ BOLSA ROTA ☐ NASCIMENTO	☐ AIDS ☐ ALCOOLISMO ☐ ALERGIAS____ ☐ AVC ☐ CONVULÇÕES ☐ CARDIOPATIA ____ ☐ DIABETES ☐ D. INFECTO-CONTAGIOSA	☐ DROGAS ____ ☐ HAS ☐ PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS ____ ☐ MEDICAMENTOS ____ ____ ☐ OUTROS ____

IDENTIFIQUE O LOCAL DA LE



IDENTIFICAÇÃO DAS PUPIL

☐ MIDRIASE
☐ MIOSE
☐ ISOCORICAS
☐ ANISOCORICAS

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

VENTILADOS	CIRCULATÓRIOS	RESGATE	OUTROS
☐ DESOBSTRUÇÃO V.A ☐ ASPIRAÇÃO V.A. ☐ CÂNULA DE GUEDEL ☐ OXIGENAÇÃO____ l/min. ☐ MÁSCARA ☐ CATETER ☐ VENTILAÇÃO MANUAL ☒ OXIMETRIA ☐ ENTUBAÇÃO TRAQUEAL ☐ VIA ORAL ☐ VIA NASAL ☐ VENTILAÇÃO MECÂNICA	☒ ACESSO VENOSO ☐ PERIFÉRICO ☐ CENTRAL ☐ DISSECÇÃO ☐ INTRA-ÓSSEO ☐ CONTROLE DE HEMORRAGIA ☐ CURATIVO ☐ MASSAGEM CARDÍACA ☐ MONITORIZAÇÃO ☐ DESFIBRILAÇÃO/CARDIOVERSÃO ☐ MARCAPASSO TRANSCUTÂNEO ☐ E.C.G.	☒ IMOBILIZAÇÃO ☒ COLAR CERVICAL ☐ ESTABILIZADOR DE CABEÇA ☐ TALAS ☐ KED ☐ TRAÇÃO ☐ PRANCHA LONGA ☒ MACA ☐ MACA A VÁCUO ☐ CADEIRA DE RODAS ☐ RAPEL ☐ DESENCARCERAÇÃO	☐ CRICOTIREOIDOS ☐ DRENAGEM TORÁ ☐ HEMITÓRAX D. ☐ HEMITÓRAX E. ☐ PUNÇÃO PLEU ☐ SONDA VESIC/ ☐ S.O.G. ☐ S.N.G. OUTROS:____

CAUSAS EXTERNAS

TRAUMA / VIOLÊNCIA	ACIDENTE DE TRÂNSITO	POSIÇÃO DA VÍTIMA
F.A.F.	☐ CHOQUE	☐ PEDESTRE
F.A.B.	☐ COLISÃO	☐ MOTORISTA
ESPAÇAMENTO	☐ CAPOTAMENTO	☐ PASSAGEIRO DIANTEIRO
QUEDA	☐ TOMBAMENTO	☐ PASSAGEIRO TRASEIRO
MESMO NÍVEL	☐ ATROPELAMENTO	☐ DIREITO ☐ CENTRAL ☐ ESQUERDO
ALTURA (_____mts)	☐ QUEDA	**SITUAÇÃO DA VÍTIMA**
SOTERRAMENTO	☐ BICICLETA	☐ DENTRO DO VEÍCULO
CHOQUE ELÉTRICO	☐ MOTOCICLETA	☐ NÃO ENCARCERADA
QUEIMADURA	☐ NÃO SABE	☐ ENCARCERADA
GRAU ☐ 1° ☐ 2° ☐ 3°	☐ OUTROS_____	☐ EJETADA
ÁREA CORPORAL_____%	**VEÍCULO DA VÍTIMA**	☐ DEAMBULANDO
AFOGAMENTO	☐ BICICLETA	☐ OUTROS_____
INTOXICAÇÃO EXÓGENA	☐ MOTOCICLETA	USO DO CINTO DE SEGURANÇA
SUBSTÂNCIA_____	☐ AUTOMÓVEL	☐ SIM ☐ NÃO
ANIMAIS_____	☐ CAMINHÃO	USO DO CAPACETE
OUTRAS_____	☐ OUTROS_____	☐ SIM ☐ NÃO

DIAGNÓSTICOS

_____

_____

RAPÊUTICA / MEDICAMENTOS (PRESCRIÇÃO DIRETA OU POR TELEMEDICINA)

Acesso venoso SF + Dipirona + AD

_____

VOLUÇÃO DO ENFERMEIRO:

Paciente orientado verbalizando, vítima de acidente de carro, queixando-se de dores, suspeita de fratura lavicular, realizado Dipirona + AD EV conforme solicitação o MR, realizado protocolo, seguindo para HRC.

ITEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

GNÓSTICO DE ENFERMAGEM:

nsiedade ☐ Capacidade Adaptativa Intracraniana Diminuída ☐ Comunicação Verbal Prejudicada ☐ Confusão Aguda ☐ Deambulação Prejudicada ☐ Débito laca Diminuído ☐ Desobstrução Ineficaz das VAA ☐ Disreflexia Autônoma ☐ Dor Aguda ☐ Hipertermia ☐ Hipotermia ☐ Integridade da Pele Prejudicada tegridade Tissular Prejudicada ☐ Medo ☐ Intolerância a Atividade ☐ Mucosa Oral prejudicada ☐ Padrão Respiratório Ineficaz ☐ Perfusão Tissular bral Ineficaz ☐ Perfusão Tissular cardiopulmonar ineficaz ☐ Perfusão tisSular Gastrintestinal Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Renal Ineficaz ☐ Termorregulação caz ☐ Troca de Gases Prejudicada ☐ Ventilação Espontânea Prejudicada ☐ Volume de Líquidos Deficientes ☐ Volume Excessivo de Líquidos ☐ Náusea etenção Urinária ☐ Percepção Sensorial Perturbada ☐ Interação Social Prejudicada ☐ Incontinência Intestinal ☐ Eliminação Urinária Prejudicada ☐ Constipação utros_____

MATERIAL UTILIZADO

Soro Fisiológico, Dipirona água destilada

_____

_____

MOTIVO DO TRANSPORTE

☐ Apoio Diagnóstico ☐ Serviço de Maior Complexidade ☐ Transferência Simples

☐ Outro_____

DESTINO DO PACIENTE

PROFISSIONAL QUE RECEBEU O PACIENTE:

RESPONSÁVEL: CRM-PB 8030 Médico

FUNÇÃO:

ATENDIMENTO SEGUNDO MORTALIDADE

☐ ÓBITO NO LOCAL ☐ SEM ATENDIMENTO ☐ APÓS ATENDIMENTO

☐ ÓBITO DURANTE O TRANSPORTE ☐ ÓBITO LOGO AO CHEGAR AO DESTINO

INTERCORRÊNCIAS NO ATENDIMENTO

☐ RECUSOU ATENDIMENTO ☐ RECUSOU TRANSPORTE ☐ ACIDENTES DE TRABALHO

☐ QTA / CANCELAMENTO ☐ PROBLEMA COM AMBULÂNCIA ☐ OUTRAS:_____

TERMO DE RECUSA

Declaro para todos os fins que estou recusando o atendimento desponibilizado pelo SAMU 192 - Uiraúna-PB, nesta oportunidade.

_____

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

R.G.:_____

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE

Médico:_____ CRM:_____ Mat.:_____

Enfermeiro: Valeria COREN: 41 0808 Mat.:_____

Téc. de Enfermagem: Jaqueline COREN:_____ Mat.:_____

Condutor Socorrista: Marcos Mat.:_____

COD. 58 - Gráfica F4 (83) 3534.1108 Uiraúna-PB

PREFEITURA DE UIRAÚNA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UIRAÚNA

SAMU 192

SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192

FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ANTENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA

Nº SOLICITAÇÃO: 01
DATA: 07/02/17
VIATURA: ☐ USA____ ☒ USB 08

MÉDICO(A) REGULADOR(A) DR(A): Dr. Dennis / Dr. Pablo
CRM:

ENDEREÇO DA OCORRÊNCIA: Sítio Carvoeiro
Nº:

BAIRRO:
CIDADE: Rio Branco
ESTADO:

PONTO DE REFERÊNCIA: Zona urbana

☐ RESIDÊNCIA ☐ LOCAL DE TRABALHO ☒ VIA PÚBLICA

PACIENTE/USUÁRIO: Geraldo Veiga

SEXO: ☒ MASC. ☐ FEM.
IDADE: 50
SOLICITANTE:

NATUREZA DA OCORRÊNCIA

☐ CLÍNICA ☒ TRAUMÁTICA ☐ PEDIÁTRICA ☐ GINECO-OBSTÉTRICA ☐ PSIQUIÁTRICA ☐ CIRÚRGICA

APOIO NO LOCAL

☐ CORPO DE BOMBEIROS ☐ POLÍCIA MILITAR ☐ POLÍCIA CIVIL ☐ POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL
☐ DEFESA CIVIL ☐ CPTRAN ☐ STTRANS ☐ IML ☐ OUTRO____

AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

VIAS AÉREAS	VENTILAÇÃO	CIRCULAÇÃO	AVAL. NEUROLÓGICA
☒ PÉRVIAS ☐ RESP. RUIDOSA ☐ OBSTRUÇÃO PARCIAL ☐ OBSTRUÇÃO TOTAL ☐ EUPNÉIA ☐ DISPNÉIA ☐ BRADIPNÉIA ☐ TAQUIPNÉIA ☐ APNÉIA	EXPANSIBILIDADE ☒ NORMAL ☐ SUPERFICIAL ☐ REGULAR ☐ IRREGULAR MURMÚRIOS VESICULARES ☐ NORMAL ☐ DOMINURDO ☐D ☐E ☐ AUSENTE ☐D ☐E ☐ HIPERTIMPANISMO ☐ MACICEZ	PULSO ☐ NORMAL ☐ FINO ☐ CHEIO ☐ RÍTMICO ☐ ARRÍTMICO ☐ AUSENTE PERFUSÃO ☐ NORMAL ☐ RETARDADA ☐ AUSENTE	☒ CONSCIENTE ☐ INCONSCIENTE ☐ ORIENTADO ☐ DESORIENTADO ☐ AGITAÇÃO ☐ SONOLÊNCIA ☐ TORPOR ☐ COMA ☐ CONVULÇÃO ☐ RIGIDEZ ☐ PERDA DE MASSA ENCEFÁLICA ☐ RINORRAGIA ☐D ☐E ☐ OTORRAGIA ☐D ☐E ☐ RINORREIA ☐D ☐E ☐ OTORRÉIA ☐D ☐E PUPILAS ☐ MIOSE ☐ MIDRÍASE ☐ FOTORREAGENTES ☐ NÃO FOTORREAGENTES ☐ ANISOCORIA ☐D ☐E

SINAIS VITAIS E DADOS COMPLEMENTARES

EVOLUÇÃO	SINAIS VITAIS P.A. mm/Hg	F.C. bpm	F.C. irpm	Temp. °C	Sat> O2 %	GLASGOW A.O.	R.V.	R.M.	TOTAL	GLICEMIA CAPILAR mg/dl
INICIAL	132 x 50	91			95					98
FINAL	x									

CORRETAGEM DE SEGUROS IREU - ME
MAR 2017
Marcos Aurélio Vieira

PASSAGEM DO CASO PARA BASE

SOLICITADO APOIO DA USA ☐ NÃO ☐ SIM QUAL USA____

OBS.: SOMENTE SE O PREFIXO DA VIATURA ACIONADA FOR USB

AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA

PELE	CABEÇA	FACE	PESCOÇO	TÓRAX
☐ CORADA ☒ PÁLIDA ☐ CIANÓTICA ☐ FRIA ☐ QUENTE ☐ ÚMIDA ☐ SECA	☐ CONTUSÃO ☐ ESCORIAÇÕES ☐ LACERAÇÃO ☐ HEMATOMA ☐ AGUNDAMENTO ☐ FER. PENETRANTE	☐ CONTUSÃO ☐ ESCORIAÇÕES ☐ LACERAÇÃO ☐ FER. OCULAR ☐ ____	☐ CONTUSÃO ☐ ESCORIAÇÕES ☐ LACERAÇÃO ☐ HEMATOMA ☐ DESVIO DA TRAQUÉIA ☐ ENFISEMA SUB-CUTÂNEO ☐ ____	☐ CONTUSÃO ☒ ESCORIAÇÕES ☐ LACERAÇÃO ☐ TÓRAX INSTÁVEL ☐ RESP. PARADOXAL ☐ TAMPONAMENTO ☐ ____

ABDOME	PELVE	COLUNA DORSAL	MEMBROS
☐ CONTUSÃO ☐ ESCORIAÇÕES ☐ LACERAÇÃO ☐ DISTENDIDO ☐ EM TÁBUA ☐ DOLOROSO ☐ EVISCERAÇÃO ____	☐ CONTUSÃO ☐ ESCORIAÇÕES ☐ LACERAÇÃO ☐ DOR ☐ INSTABILIDADE ☐ ____ ____	☐ CONTUSÃO ____ ☐ HEMATOMA ____ ☒ DOR ____ ☐ ____	☐ CONTUSÃO____ ☐ ESCORIAÇÕES____ ☐ LACERAÇÃO____ ☐ LUXAÇÃO____ ☐ FRATURA ☐ FECHADA____ ☐ ABERTA____ ☐ AMPUTAÇÃO____

DADOS COMPLEMENTARES

GINECO-OBSTÉTRICO	HISTÓRIA PREGRESSA	
☐ ABORTAMENTO ☐ HEMORRAGIA VAGINAL ☐ TRABALHO DE PARTO ☐ 0-1 CONTRAÇÃO / 10MIN. ☐ 2-4 CONTRAÇÕES / 10MIN. ☐ +5 CONTRAÇÕES / 10MIN. ☐ SANGRAMENTO ☐ PERDA DO TAMPÃO MUCOSO ☐ BOLSA RÓTA ☐ NASCIMENTO	☐ AIDS ☐ ALCOOLISMO ☐ ALERGIAS____ ☐ AVC ☐ CONVULÇÕES ☐ CARDIOPATIA ____ ☐ DIABETES ☐ D. INFECTO-CONTAGIOSA	☐ DROGAS ____ ☐ HAS ☐ PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS ____ ☐ MEDICAMENTOS ____ ____ ☐ OUTROS ____

IDENTIFIQUE O LOCAL DA LE

IDENTIFICAÇÃO DAS PUPI

☐ MIDRIASE	◉	◉
☐ MIOSE	⊙	⊙
☐ ISOCORICAS	◉	◉
☐ ANISOCORICAS	◉	⊙

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

VENTILADOS	CIRCULATÓRIOS	RESGATE	OUTROS
☐ DESOBSTRUÇÃO V.A ☐ ASPIRAÇÃO V.A. ☐ CÂNULA DE GUEDEL ☐ OXIGENAÇÃO____l/min. ☐ MÁSCARA ☐ CATETER ☐ VENTILAÇÃO MANUAL ☒ OXIMETRIA ☐ ENTUBAÇÃO TRAQUEAL ☐ VIA ORAL ☐ VIA NASAL ☐ VENTILAÇÃO MECÂNICA	☒ ACESSO VENOSO ☐ PERIFÉRICO ☐ CENTRAL ☐ DISSECÇÃO ☐ INTRA-ÓSSEO ☐ CONTROLE DE HEMORRAGIA ☐ CURATIVO ☐ MASSAGEM CARDÍACA ☐ MONITORIZAÇÃO ☐ DESFIBRILAÇÃO/CARDIOVERSÃO ☐ MARCAPASSO TRANSCUTÂNEO ☐ E.C.G.	☒ IMOBILIZAÇÃO ☒ COLAR CERVICAL ☐ ESTABILIZADOR DE CABEÇA ☐ TALAS ☐ KED ☐ TRAÇÃO ☐ PRANCHA LONGA ☒ MACA ☐ MACA A VÁCUO ☐ CADEIRA DE RODAS ☐ RAPEL ☐ DESENCARCERAÇÃO	☐ CRICOTIREOIDOS ☐ DRENAGEM TORÁ ☐ HEMITÓRAX D. ☐ HEMITÓRAX E. ☐ PUNÇÃO PLEU ☐ SONDA VESIC/ ☐ S.O.G. ☐ S.N.G. OUTROS:____ ____ ____ ____

CÓD. 58 - Gráfica F4 (83) 3534 1108 Uir.

SUS

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CÓDIGO DA UNIDADE: 2613476 CGC/CPF: 08.778.268/0020-23
NOME: HOSPITAL REGIONAL DE CAJAZEIRAS
END.: RUA TABELIAO ANTONIO HOLANDA
MUNICÍPIO: CAJAZEIRAS ESTADO: PARAÍBA UF: 25

Tipo de Atendimento: ATENDIMENTO DE URGENCIA

Nome: GERALDO VIEIRA DA SILVA
Raça/Cor: SEM INFORMAÇÃO
Dt. Nasc: 25/09/1966 Idade: 50 ano(s) mês(es) de Idade dia(as) de Idade Sexo: M
Mãe: ISABEL JOSEFA DE JESUS
Profissão: AGRICULTOR Documento: RG 20897186-5 SP
Endereço: RUA PROJETADA Nº: 0
Bairro: ALTO BELA VISTA
Município-UF - CEP - IBGE: UIRAUNA - PB - 58915000 - 251690
Telefone para contato (83) 3531-3563 / CNS: 709803041908892
Data e Hora: 07/02/2017 08:13:50

Queixa Principal:

Alergia Medicamentosa: ( ) Não ( ) Sim

SSVV
PESO: PA: TEMP.:

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)
Paciente tomando AI Bmay relatando queda de moto há 1 Dia. Refere dor ombro D e MID.

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)
① Rx ombro D + MMII
② sutura ambulatorial

RESULTADOS

2. SF 0,9% - 500ml
3. VOLTAREN 75 - IM - 08:00
4.

CARÁTER DO ATENDIMENTO
- [ ] 01 - ELETIVO
- [x] 02 - URGÊNCIA
- [ ] 03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA
- [ ] 04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO
- [ ] 05 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

Marcos Aurelio Vidal
22 MAIO 2017
CORRETAGEM DE SEGUROS EIRELI - ME

PROCEDIMENTO - descrição:
Sutura, curativo

DIAGNÓSTICO:
Lesão ombro D

CID-10:

MEDICAÇÃO:
- [x] 1. PRESCRITA
- [ ] 2. APLICADA

ENCAMINHAMENTO:
- [x] OBSERVAÇÃO
- [ ] RESIDÊNCIA
- [ ] INTERNAÇÃO
- [ ] OUTRO HOSPITAL
- [ ] ÓBITO
- [ ] OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO:
1 - 0301010060
2 -
3 - 0301010029 12-1

ASS. DO(S) PROFISSIONAL(IS) ASSISTENTE(S): CARIMBO(S)

MÉDICO / CNS / CRM
CRM-PB 9530 Médico

CBO 225125

ASS. DO PACIENTE/ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL
Elielma Alexandre da Silva

OU POLEGAR DIREITO

ASS. DO REVISOR TÉCNICO CARIMBO

ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO CARIMBO

CADASTRO: 12215

RECEPCIONISTA: KLEBIO DA SILVA

ANEXO I

60

SUS Sistema Único da Saúde — Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE:

2 - CNES:

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: HOSPITAL REGIONAL DE CAJAZEIRAS

4 - CNES: 2 6 1 3 4 7 6

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: Geraldo Vieira da Silva.

6 - Nº DO PRONTUÁRIO: 170361.

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 7 0 9 8 0 3 0 4 1 1 9 0 8 8 9 0

8 - DATA DE NASCIMENTO: 25/09/1966

9 - SEXO: MASC. X 1 FEM. 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: Isabel Josefa de Jesus.

11 - TELEFONE DE CONTATO: DDD / Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): Rua Projetada - Alto Bela Vista

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: Uiparuna.

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO: 251690

15 - UF: PB

16 - CEP: 58915000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

[illegible]

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

[illegible]

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS:

[illegible]

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL: [illegible]

21 - CID 10 PRINCIPAL: T111

22 - CID 10 SECUNDÁRIO:

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: [illegible]

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: 9 3 0 4 0 1 6 9 1 1

26 - CLÍNICA:

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO:

28 - DOCUMENTO: ( ) CNS ( ) CPF

29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFICIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE:

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE:

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 07/02/17

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): 107464/05-03 Dr. José Leite Candim Neto Ortopedista/Traumatologista CRM 11611/SBOT 13284

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNA (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA:

37 - Nº DO BILHETE:

38 - SÉRIE:

39 - CNPJ EMPRESA:

40 - CNAE DA EMPRESA:

41 - CBOR:

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO

Marcos Aurelio Vidal

AUTORIZAÇÃO

43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:

44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR:

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR:

45 - DOCUMENTO: ( ) CNS ( ) CPF

46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 18/02/17

48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): 2539 AUDITOR

22 MAIO 2017

CORRETAGEM DE SEGUROS EIRELI - ME

Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba

Hospital Regional de Cajazeiras

CLÍNICA CIRÚRGICA

Serviço do Dr. _____ Observação Nº _____

Nome: GERALDO VIEIRA DA SILVA Filho de: JOAQUIM VIEIRA DA SILVA e de ISABEL JOSEFA DE JESUS

Residência: PROJETADA Idade: 50

Cor BRANCA Sexo MASCULINO Estado Civil CASADO

Naturalidade VIRAUNA - PB Profissão: AGRICULTOR

Internado em 07 de 02 de 17

Anamnése:(Histórico da moléstia atual, antecedentes pessoais, antecedentes hereditários)

TRAUMA C/ DESTO (D)

Exame Objetivo: (Inspeção geral, exame de região afetada, exame dos diversos aparelhos)

DOR C/ LIMITAÇÃO FUNCIONAL

Exames Complementares: (Raios X, Laboratório)

Marcos Aurelio Vidal
22 MAIO 2017
CORRETAGEM DE SEGUROS EIRELI - ME

10711611-5
Dr. José Leite Landim Neto
Ortopedista/Traumatologista
CRM 11611/SBOT 13284

Diagnóstico: FRATURA DA PATELA

Marcos Aurelio Vidal
22 MAIO 2017
CORRETAGEM DE SEGUROS EIRELI - ME

69

Estado da Paraíba
Hospital Regional de Cajazeiras

HRC
HOSPITAL REGIONAL DE CAJAZEIRAS
DEP. JOSÉ DE SOUSA MACIEL

99687-2397

INFORMAÇÃO

Informo para os devidos fins, perante o auditor que apresentei o documento

R.G N.º 20.897.186 / 5

Nome GERALDO VIEIRA DA SILVA

Cartão Nacional de Saúde (CNS) 7 1 0 1 9 1 8 1 0 1 3 1 0 1 4 1 1 9 1 0 1 8 1 8 1 9 1 2

Data Nascimento 25 / 09 / 1966 Residente à (Rua, Av.) PROJETADA

N.º SN Bairro ALTO DA B. VISTA

Cidade VIRAUNA UF PB Segurado ou Dependente

Grau Parentesco ESPOSA

no qual dou fé

Cajazeiras, 07 / 02 / 17

Funcionário Responsável

Paciente Responsável

Gráfica IDEAL (83) 3531-2442

HOSPITAL REGIONAL DE CAJAZEIRAS

(preencher quando não houver etiqueta)

Nome: GERALDO V. M. DA SILVA

Idade: 50 anos ____ meses

IH: ____ Leito: ____

Resumo de Alta / Transferência

RESUMO CLÍNICO

Evolução / Intercorrências / Medicações relevantes: Acidente de trânsito (SIL) com fratura em membro direito

Diagnóstico principal: fratura grevada

Diagnósticos secundários: clavícula / membro superior

Procedimentos Cirúrgicos ☐ Não

1- Cirurgia Realizada: ____ Cirurgião: ____

Tipo de anestesia / sedação: ____

2- Cirurgia Realizada: ____ Data: ___/___/___

Tipo de anestesia / sedação: ____ Cirurgião: ____

Data: ___/___/___

Procedimentos / Exames Invasivos ☐ Não

1- ____

2- ____ Data: ___/___/___

3- ____ Data: ___/___/___

Data: ___/___/___

Condições de Alta / Transferência

☐ Curado ☐ Melhorado ☐ Inalterado ☐ Óbito

Destino: ☐ Residência ☐ Atendimento domiciliar ☐ Transferência para: STC

Retornar: ☐ Consultório em ____ dias Aos cuidados de: ____

Observações: ____

Data: 10/02/2017

Médico

CRM / Carimbo

Marcos Aurelio Vidal

22 MAIO 2017

CORRETAGEM DE SEGUROS EIRELI - ME

Estado da Paraíba
Hospital Regional de Cajazeiras

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Marcos Aurelio Vi... 22 MAIO 2017 CORRETAGEM DE SEGURO... EIRELI - ME

Nome: Geraldo Lieira Idade: Cor: Enfermaria: 116 Leito: 03 Categoria:

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	RELATÓRIO
			A Fundo Ecestase
10/02/14	1) DIETA LIVRE		
	2) SF 0,9 1000 ml	8/8 h	
	3) DIPIRONA 1 F.A. + 40 gotas		6/6 h
	4) TILATIL 25 mg + 40 gotas		8/8 h - 10
	5) DIAZEPAM 10 mg + 10		56
	6) SORO GLIC 5%		
	Dr. Carlos Fabrício de S. Santos ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA CRM 4575 - SBOT 7970		Dr. Carlos Fabrício de S. Santos ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA CRM 4575 - SBOT 7970
	MORFINA 10 mg		
	10 ml ABD Fraturas		
	3 ml EV de 06/06	21-06-14	
	- NBI	SFO.9% 500 ml Atropina 10 gts Reforte 5 gts	14 21 06 14
	8/8 h		
	→ Avaliar clínico		Médico 5212

Estado da Paraíba

Hospital Regional de Cajazeiras

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Nome: Osvaldo V Silva Enf.: Leito:

DATA	HORA	
06/02/17	10:52	Paciente admitido nesse setor. HD: Fratura de clavícula (D), trazido pelo SAMU. Ao exame: Consciente e orientado, verbalizando, deambulando, anictérico, acianótico, afebril, eupneico. Refere livre CPA, eliminações vesicais e intestinais presentes - SIC. Segue aguardando procedimento cirúrgico ortopédico.
		Emanuelly F. A. Cavalcante Rolim Enfermeira Coren: 284482-14
07/02/17	10:50	Paciente admitido, procedente da ortopedia, segue aos cuidados.
		Juliana Pereira Batista Enfermeira COREN-PB: 202713
08/02/17	09:30	Paciente evolui em 2º DIH em pré-operatório, consciente, orientado, verbalizando, normocorado, higienizado, hidratado, deambulando. Normotérmico, normocardico, normotenso, eupneico. Em jejum pré-operatório, eliminações vesicais presentes e intestinais ausentes a ± um dia (SIC), sono e repouso prejudicados, em AVP em MSE. Refere dor em região torácica. Segue aos cuidados da equipe.
		Acadêmica de Enfermagem FSM Maria de Fátima Bezerra de Alencar
09-02-16	10:h	Paciente evolui em ECR, calmo, consciente, orientado, verbalizando, deambulando, aceita dieta, sono presente, eliminações vesicais presente e intestinais ausente há ± 3 dias (SIC) hidratado, higienizado, afebril, ~~[illegible]~~ normotérmico, anictérico, cooperativo, segue os cuidados da equipe. ~~[illegible]~~ COREN 000454692.
		Marcos Aurelio Vidal 22 MAIO 2017 CORRETAGEM DE SEGUROS EIRELI - ME

Estado da Paraíba
Hospital Regional de Cajazeiras

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Marcos Aurelio Vidal
MAIO 2017
CORRETAGEM DE SEGUROS
ABELI - ME

Nome: Gonaldo [illegible] da Silva Idade: Cor: Enfermaria: 116 Leito: 03 Categoria:

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	RELATÓRIO
07/01/12	[illegible]	[illegible]	[illegible]
	[illegible]	12 18 24 06 12	[illegible]
	[illegible]	10	
	[illegible]	06	
	[illegible]	10 22 06 14	
	[illegible]		

10711611-5
Dr. José Leite Landim Neto
Ortopedista/Traumatologista
CRM 11611/SBOT 13284

10711611-5
Dr. José Leite Landim Neto
Ortopedista/Traumatologista
CRM 11611/SBOT 13284

Gráfica IDEAL 83 3531.2442

NOME: GERALDO VIEIRA DA SILVA
MEDICO: DR. PALMERINDO MENDONÇA
DATA: 08/02/2016

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE OMBRO

TÉCNICA:

Exame de Tomografia Computadorizada de ombro, cortes axiais de 3,0 mm de espessura orientados através da radiografia digital.

DESCRIÇÃO:

- Aumento de partes moles.
- **Fratura do terço médio da clavícula direita.**
- **Fratura cominutiva escapular direita.**
- **Fraturas de arcos costais à direita.**

Dr. EVALDO DE SOUSA NÓBREGA
Radiologia e Diagnóstico Por Imagem
Médico CRM - PB 5227

NOTA: As informações contidas neste resultado representam a impressão diagnóstica através da interpretação realizada pelo médico radiologista do exame atual. Este laudo não deve ser considerado como absoluto e definitivo, já que as patologias são evolutivas e a identificação das mesmas.

Marcos Aurelio Vidal
22 MAIO 2017
CORRETAGEM DE SEGUROS
EIRELI - ME

PACIENTE: GERALDO VIEIRA DA SILVA
DATA DO EXAME: 15.02.2017

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO TÓRAX

TECNICA:

- Realizados cortes axiais com espessura de 5,0 mm pela técnica helicoidal, sem a injeção endovenosa do meio de contraste iodado.

LAUDO:

- **Fraturas do 2º ao 4º arcos costais à direita.**
- **Fratura cominutiva da escápula direita.**
- **Fratura no terço médio da clavícula direita.**
- **Moderado derrame pleural à direita.**
- **Atelectasia do lobo inferior direito.**
- Parênquima pulmonar restante com coeficientes de atenuação normal.
- Traquéia e brônquios-fonte anatômicos.
- Cavidades pleurais livres sem evidências de derrame e/ou espessamento.
- Mediastino centrado, de contornos e amplitude normais, sem evidências de linfoadenomegalias.
- Área cardíaca e vasos da base de dimensões preservadas.

DR. DANIEL TÁVORA
CRM- 7206

Marcos Aurelio Vidal
22 MAIO 2017
CORRETAGEM DE SEGUROS
EIRELI - ME

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RICARDO GUMBLETON DAUNT

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL
CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

NÚMERO DE INSCRIÇÃO NO CPF
095 318 12

GERALDO VIEIRA DA SILVA.

25/09/66.

Documentos de identificacao

VALIDA EM TODO O TERRITORIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 20.897.186-3 DATA DE EXPEDIÇÃO 09/AGO/83

NOME GERALDO VIEIRA DA SILVA

FILIAÇÃO JOAQUIM VIEIRA DA SILVA
E ISABEL JOSEFA DE JESUS

NATURALIDADE UIRAUNA -PB

DATA DE NASCIMENTO 25/SET/196

DOC ORIGEM UIRAUNA BA
POCO DANTAS
CN=LV.A03 /FLS.99V /N.0014

CPF

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29.08/83

80001/6477

29/07/88

DRF/ ... ROLHOS - SP

Marcos Aurelio Vidal

22 MAIO 2017

CORRETAGEM DE SEGUROS
EIRELI - ME

Documentos de identificacao

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME: MAURICELIO MACARIO DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF: 2421541 SSP PB

CPF: 035.831.484-44

DATA NASCIMENTO: 12/06/1980

FILIAÇÃO: CELIO MACARIO DA SILVA
MARIA CASIMIRO DA SILVA

PERMISSÃO: [redacted]

ACC: [redacted]

CATEG.: AD

Nº REGISTRO: 02386026015

VALIDADE: 20/01/2021

1ª HABILITAÇÃO: 20/06/2002

OBSERVAÇÕES: A; EXERCE ATIV REMUNERADA;

LOCAL: SOUSA, PB

DATA EMISSÃO: 15/02/2016

71549061165
PB031864783

DETRAN PB PARAÍBA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1275469425

PRIMEIRO PLASTIFICAR

1275469425

Marcos Aurelio Vidal

22 MAIO 2017

CORRETAGEM DE SEGUROS
EIRELI - ME

DUT

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
Nº 012298236552

DENATRAN

LACRE 0904182

VIA	CÓD. RENAVAM	PRT 20160600004795	Exercício
	0104094820-8	00/00000000	2015

NOME: JOALIBON JUNIOR DA SILVA

CPF / CNPJ	PLACA
10416303447	OEU4282/PB

PLACA ANT / UF	CHASSI
PB	9C2JC4160FR102336

ESPÉCIE TIPO	COMBUSTÍVEL
[illegible] LE/NAO APLIC	GASOLINA

MARCA / MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.
HONDA/CG 125 FAN ESD	2014	2015

CAP / POT / CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
2 P/124 /CI	PARTIC	VERMELHA

IPVA

COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC / COTAS
IPVA PAGO EM	14/03/2016	1ª
FAIXA I.P.V.A.	PARCELAMENTO / COTAS	2ª
*******	0	3ª

PRÊMIO TARIFÁRIO (R$)	IOF (R$)	PRÊMIO TOTAL (R$)	DATA DE PAGAMENTO
********	SEGURO	P A G O	14/03/2016

OBSERVAÇÕES
A.F ADM DE CONC NACION HONDA LTDA
0

CACHOE. DOS INDIOS-PB

	DATA
15022 [illegible]	14/03/2016

19186

CONTRAN

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍ
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PES
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PB Nº 012298236552 BILHETE DE SEGURO D

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
*** PARA MAIS INFORMAÇÕES LEIA NO VERSO ***
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatseguradotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

	DATA EMISSÃ
2016	14/03/

VIA	CPF / CNPJ	PLACA
1	10416303447	OEU4282

RENAVAM	MARCA / MODELO
0104094820	HONDA/CG 125 FAN ESD

ANO FAB.	CAT. TARIF.	NºCHASSI
2014	9	9C2JC4160FR102336

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R$)	DENATRAN (R$)	CUSTO DO SEGURO (R$)
******	******	******

CUSTO DO BILHETE (R$)	IOF (R$)	TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R$)
******	SEGURO	P A G O

PAGAMENTO	DATA DE QUITAÇÃO
☐ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO	14/03/201

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04
www.seguradoralider.com.br

19186-1020319-20160314

Marcos Aurelio Vidal
22 MAIO 2017
CORRETAGEM DE SEGUROS
EIRELI - ME

Procuracao

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Geraldo Vieira da Silva
Nacionalidade: Brasileiro
Estado Civil: Casado
Identidade: 20.897.186-5
CPF: 095.384.318.12
Profissão: agricultor
Endereço: Rod. Br. 230, SN, Bela Vista, Uiraúna - PB

CARTÓRIO MOUSINHO NONATO
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL
Rua Francisco Lulo Valoso, 177 - Centro - Uiraúna-PB - CEP: 58915-000 - Fone: (83)3534-2888
Reconheco (POR AUTENTICIDADE) a firma de: GERALDO VIEIRA DA SILVA. Uiraúna-Paraíba, 17/04/2017.
CLAUDIO MARCIO FERNANDES
Selo Digital de Autenticidade Tipo Normal B-AE08209-HH2G
MOUSINHO NONATO - UIRAÚNA-PB

OUTORGADO:

Nome: MAURICELIO MACARIO DA SILVA
Nacionalidade: BRASILEIRO
Estado Civil: CASADO
Identidade: 2421541
CPF: 035.831.484-44.
Profissão: AUTONOMO
Endereço: RUA JOSE RODOVALHO DE ALENCAR, 331, CASA CENTRO, CAJAZEIRAS- PB.

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar ou requerer quaisquer documentos necessários junto asseguradoras consorciadas, incluído receber informações sobre pericia medica e solicitar reagendamento , podendo substalecer e praticar, enfim, todos os atos de direitos permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, a fim de requerer a indenização do Seguro obrigatório DPVAT para a vítima Geraldo Vieira da Silva

MOUSINHO NONATO

Cajazeiras, 17 de abril de 2017.

Geraldo Vieira da Silva

ASSINATURA DO OUTORGANTE

Marcos Aurelio Vidal
22 MAIO 2017
CORRETAGEM DE SEGUROS EIRELI - ME

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: _____
Nacionalidade: _____
Estado Civil: _____
Identidade: _____
CPF: _____
Profissão: _____
Endereço: _____

OUTORGADO:

Nome: MAURICELIO MACARIO DA SILVA
Nacionalidade: BRASILEIRO
Estado Civil: CASADO
Identidade: 242.[illegible]
CPF: 085.831.484-44
Profissão: AUTÔNOMO
Endereço: RUA JOSÉ RODOVALHO DE ALBUQUERQUE [illegible]
CALAZEIRAS - PB.

Pelo presente instrumento particular de [illegible] bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, receber ou requerer quaisquer documentos necessários junto às seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar recadastramento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito necessários para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato. O fim exclusivo é receber a indenização do Seguro Obrigatório - DPVAT, para a vítima

[illegible]

_____

ASSINATURA DO OUTORGANTE

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

Nome do(a) Examinado(a): ***GERALDO VIEIRA DA SILVA*** **Sinistro:** ***3170285329*** **Data:** ***07/02/2017***

Endereço do(a) Examinado(a): ***ROD BR 230, S/N - BELA VISTA - Uiraúna - PB - CEP 58915-000***

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [***SSP /SP***] ***20897186-5***

Data local do exame: [***26/08/2017***] ***Pombal*** [***PB***]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA, FRATURA COMINUTIVA ESCAPULAR DIREITA E FRATURA DE ARCOS COSTAIS A DIREITA. . AO EXAME, HIPOTROFIA MUSCULAR EM REGIÃO ESCAPULAR DIREITA ++/+4. PRESENÇA DE CICATRIZES EM PROJEÇÃO DA CLAVÍCULA DIREITA E REGIÃO ESCAPULAR COM GRAVE RESTRIÇÃO DA MOBILIDADE DO OMBRO DIREITO. DÉFICIT DE FORÇA MOTORA NO MEMBRO. EXPANSIBILIDADE PULMONAR PRESERVADA.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [***X***] Sim [ ] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [***X***] Sim [ ] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
TRATAMENTOS CIRÚRGICOS DAS FRATURAS (ESCÁPULA E CLAVÍCULA DIREITA). FEZ USO DE ANTIBIÓTICOS E ANTIINFLAMATÓRIOS. REALIZOU SESSÕES DE FISIOTERAPIA. ALTA MÉDICA.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [***X***] Sim [ ] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Limitação funcional do membro superior direito

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opçõe no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

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

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

( ) "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser repetida em ___ dias

( ) "Exame não permite conclusão"
Vide motivo do impedimento no campo das observações

( ) "Sem sequela permanente" *(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)*

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

Região Corporal (Sequela):
Membro superior direito

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve
(***X***) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):
_____

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):
_____

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):
_____

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

( ) Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Rosana Bezerra Duarte de Paiva - CRM: 4183 - PB