



Número: **0802539-79.2018.8.15.0001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **10ª Vara Cível de Campina Grande**

Última distribuição : **31/08/2018**

Valor da causa: **R\$ 8.369,00**

Processo referência: **0809550-96.2017.8.15.0001**

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
EMANUEL ALMEIDA COSTA (AUTOR)		MARCONI ACIOLI SAMPAIO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
ROSANA BEZERRA DUARTE DE PAIVA (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
35158424	06/10/2020 13:38	Petição	Petição
35158431	06/10/2020 13:38	2564887_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros Documentos
35158652	06/10/2020 13:38	2564887_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02-compactado	Outros Documentos

EM ANEXO





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 10ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE CAMPINA GRANDE/PB

Processo: 08025397920188150001

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

DO LAUDO PERICIAL

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

Inicialmente, a parte ré informa que para realização de qualquer pagamento administrativo por Seguro DPVAT concernente à cobertura por invalidez permanente, as vítimas são submetidas à avaliação médica criteriosa com o escopo de ser apurado o *quantum* indenizatório devido em decorrência da lesão suportada pela vítima, nos termos da lei 6.194/74.

Frisa-se que aludido exame é realizado por profissional imparcial e tecnicamente competente, obedecendo os estritos limites da legislação aplicável.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 2.531,25 (dois mil e quinhentos e trinta e um reais e vinte e cinco centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

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

Não é crível que com os avanços da medicina, os tratamentos realizados na parte autora serviram para agravar a doença e não oportunizaram uma melhora ou, no mínimo, a manutenção da lesão apurada na esfera administrativa.



É certo que o julgador não está adstrito à conclusão contida no laudo pericial, mas a simples leitura do mesmo demonstra que a r. Perito não buscou comprovar o suposto agravamento da lesão, somente limitando-se a responder os quesitos apresentados de maneira simplista e sem qualquer fundamentação.

Pelo exposto, a parte ré impugna o laudo pericial produzido, requerendo que seja afastada a conclusão pericial, devendo ser levado em consideração o conjunto fático-probatório dos autos, sobretudo os documentos médicos acostados na exordial, que demonstram a ausência de agravamento da lesão capaz de gerar complementação indenizatória, sendo os pedidos autorais julgados improcedentes.

Caso não seja esse o entendimento de Vossa Excelência, requer a produção de nova prova pericial, nos termos dos art. 480 do CPC.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

CAMPINA GRANDE, 2 de outubro de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB





Rio de Janeiro, 06 de Novembro de 2017

Carta nº: 11914743

A/C: EMANUEL ALMEIDA COSTA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170583340 ASL-0415676/17

Vitima: EMANUEL ALMEIDA COSTA

Data Acidente: 10/07/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: JOSEILTON FARIAS PEREIRA

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 início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à COMPREV SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00877/00878 - carta_01





Rio de Janeiro, 09 de Novembro de 2017

Carta nº: 11934386

A/C: EMANUEL ALMEIDA COSTA

Sinistro: 3170583340 ASL-0415676/17
Vítima: EMANUEL ALMEIDA COSTA
Data Acidente: 10/07/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: JOSEILTON FARIAS PEREIRA

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 início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00881/00882 - carta_02

00060441



Rio de Janeiro, 01 de Dezembro de 2017

Carta nº: 12040614

A/C: EMANUEL ALMEIDA COSTA

Nº Sinistro: 3170583340
Vitima: EMANUEL ALMEIDA COSTA
Data do Acidente: 10/07/2016
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: JOSEILTON FARIAS PEREIRA

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: EMANUEL ALMEIDA COSTA

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 104

Agência: 000002221

Conta: 0000018635-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 =	R\$	2.531,25
---	-----	----------

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01139/01140 - carta_15R - INVALIDEZ

00020570



Autorização de pagamento



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 22120 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima 104-919-984-73	Nome completo da vítima EMANUEL ALMEIDA COSTA
---------------------------	--	---

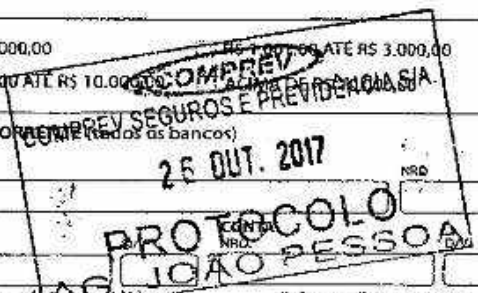
DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo EMANUEL ALMEIDA COSTA	CPF titular da conta 104-919-984-73	Profissão NECISO
Endereço RUA - FRIELEMANTINO	Número 119	Complemento
Bairro CENTRO	Cidade LAGOA SÊCA	Estado PI
E-mail luisgustavadaoliveira@outlook.com	CEP 58-117-000	Telefone (DDD) 83 998555526

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☐ RECUSO INFORMAR	☐ SEM RENDA	☐ ATÉ R\$ 1.000,00	☐ ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	☐ R\$ 10.001,00 ATÉ R\$ 15.000,00
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ BRASESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (341) ☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		☐ CONTA CORRENTE (Somente para os bancos) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (341) ☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)	
AGÊNCIA NRO. 2221 (Informar dígito se existir)	D/V	CONTA NRO. 18635-9 (Informar dígito se existir)	D/V



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

LAGOA SÊCA, 25 de outubro de 2017
Local e Data

Emmanuel Almeida Costa

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FADE 001 V001/2017





AUTO-ATENDIMENTO - AG BORBOREMA
DATA: 19/10/2017 HORA: 17:00:32
TERMINAL: 07371686 CONTROLE: 073716860299

AGÊNCIA: 2221 - FIEP
CONTA: 013.00018635-9
CLIENTE: EMANUEL ALMEIDA COSTA

EXTRATO PARA SIMPLES CONFERÊNCIA

RESUMO DO DIA
SALDO BLOQUEADO
SALDO DISPONÍVEL
SALDO TOTAL



Informações, reclamações, sugestões e elogios
SAC CAIXA: 0800-726 0101
Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474
www.caixa.gov.br



AUTO-ATENDIMENTO - AG BORBOREMA
DATA: 19/10/2017 HORA: 17:00:32
TERMINAL: 07371686 CONTROLE: 073716860299

AGÊNCIA: 2221 - FIEP
CONTA: 013.00018635-9
CLIENTE: EMANUEL ALMEIDA COSTA

EXTRATO PARA SIMPLES CONFERÊNCIA

RESUMO DO DIA
SALDO BLOQUEADO
SALDO DISPONÍVEL
SALDO TOTAL



Informações, reclamações, sugestões e elogios
SAC CAIXA: 0800-726 0101
Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474
www.caixa.gov.br





GOVERNO DO ESTADO DA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA
DELEGACIA MUNICIPAL DE LAGOA SECA -
R. José Jerônimo da Costa, 412 - Centro - Lagoa Seca - PB PC01 - 58117-000 - 83-3310-9300

Boletim de ocorrência



OCORRÊNCIA Nº 000981/16

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Registros de Ocorrências Policiais deste Órgão, encontrei a Ocorrência de Nº 000981/16 registrada em 10/08/2016, que passo a transcrever na íntegra: Aos dez dias do mês de agosto do ano de 2016, nesta cidade de Lagoa Seca - PB PC01, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA MUNICIPAL DE LAGOA SECA - PB, quando encontrava-se presente o Bel. LUCIANO MENDONÇA CAVALCANTI, Delegado de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo ao final assinado e declarado, aí, por volta das 16:28 horas, compareceu o Sr. EMANUEL ALMEIDA COSTA, com 21 anos de idade, filho de JOSE JERONIMO DA COSTA e COSMA ALNEIDA COSTA, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de CAMPINA GRANDE - PB, Solteiro, escolaridade Medio Completo, profissão MECANICO DE AUTO, portador da Cédula de Identidade Nº 3486943, expedido pela SSP-PB, com C.P.F. de Nº 10491998473, residindo à rua FREI CLEMENTINO, 119, CASA, bairro CENTRO, na cidade de Lagoa Seca - PB PC01 - PB, fone 9-.

Declarou que:

QUE SOFREU UM ACIDENTE DE TRANSITO - QUE O CONDUTOR TEM CNH DE Nº 05914819061 - NO DIA 10/07/2016 POR VOLTA DE 20:22 HORAS DEU ENTRADA NO HOSPITAL DE TRAUMAS DE CAMPINA GRANDE/PB QUE UM VEICULO NÃO IDENTIFICADO BATEU DE FRENTE QUANDO IA CHEGANDO NO FLORIANO - DISTRITO DE LAGOA SECA/PB, QUE A VITIMA PILOTAVA O SEGUINTE VEICULO TIPO: HONDA CB 300 R DE COR VERMELHA ANO: 2013/13, DE PLACA: OGA 5446/PB CÓD. RENAVAM: 00546914-8 CHASSI: 9C2NC4910DR016286 QUE O MOTORISTA QUE BATEU NA VITIMA AINDA NÃO FOI IDENTIFICADO - QUE SOCORREU A VITIMA FOI O SAMU DA CIDADE DE ALAGOA NOVA/PB, NO DIA 10/07/16, POR VOLTA DE 19 HORAS NA PISTA; QUE QUEBROU O TORNOZELO, A "BACIA", E O JOELHO ESQUERDO E TEVE VARIAS LESÕES PELO CORPO - COM FRATURAS - COPIA EM ANEXO - QUE APRESENTOU DUAS TESTEMUNHAS: ARTUR ALCANTARA DA SILVA RG DE Nº 3530895 SSPPB E JANAINA LIMA DE SANTANA RG DE Nº 3276651 SSPPB. Nada mais havendo a tratar o declarante das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente certidão. O referido é verdade e dou FÉ.

Lagoa Seca - PB PC01, Sexta-feira, 1 de Setembro de 2017

EMANUEL ALMEIDA COSTA
Declarante

JOSÉ FERREIRA NUNES
Escrivão



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Declaração de Inexistência de I



Eu, EMANUEL ALMEIDA COSTA, portador da carteira de identidade nº 3486943 e inscrito no CPF/MF sob o nº 104-919-984-73 residente e domiciliado na RUA - FARI CLEMENTINO Nº 119 Cidade LAGOA SECA Estado PARAIBA, 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 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 às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

LAGOA SECA 25/10/2017

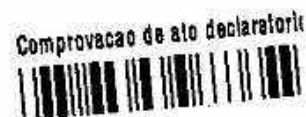
Local e data





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
DELEGACIA GERAL DE POLICIA CIVIL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLICIA CIVIL
10ª DELEGACIA SECCIONAL DE CAMPINA GRANDE
DELEGACIA DE POLICIA DE LAGOA SECA



CERTIDÃO

Certifico que, em razão do meu cargo e a requerimento verbal de pessoa interessada, é que revendo neste Cartório Policial, nele verifiquei constar o Registro da Ocorrência Policial Nº 000981\17, versando sobre o acidente de trânsito que tem como vítima o senhor EMANUEL ALMEIDA COSTA, ocorre que, inicialmente por lapso da vítima, apresentou a documentação de uma MOTO HONDA CB 300, COR VERMELHA, PLACA OGA – 5446-PB, mas que em correção faz juntada nestes autos, a documentação da MOTOCICLETA DE MARCA HONDA CCB 300, COR AMARELA, ANO 2009, MODELO 2010, PLACA NPW – 2916-PB, CHASSI Nº 9C2NC4310AR000341, registrada em nome de JOSEILTON FARIAS PEREIRA, como verdadeiramente, sendo o veículo envolvido no mencionado sinistro. Nada mais havendo a constar encerramos estes termos, que vai devidamente assinada por mim JOSÉ FERREIRA NUNES, escrivão que o digitei.

Campina Grande – PB, 31 de agosto de 2017

José Ferreira Nunes

Escrivão de Polícia Civil

Emanuel Almeida Costa
Emanuel Almeida Costa
Notificante





JOSEILTON FARIAS PEREIRA
RUA UNIAO, 157 - CENTRO
LAGOA SECA/PB CEP: 58111-000 (AG-484)

ENERGISA NORDESTE - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Energisa 21/08/2017 Referência Ago/2017 BR230-KM158-Açaí Sub-est. Triângulo - Campina Grande/PB - CEP 56420-700
CNPJ 08.826.558/0001-95 Ins. Est. 16.003.639-1
Cidade para Débito Automático: 06000676591

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 023 0196 Acesse: www.energisa.com.br

prevista da
cima leitura CPE/ CNPJ/ RANI

09/2017 6734144429
Ins. Est:

4/87509-6

NR. AUTENTICADO F.100.ACF 710.ARE.259

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 18/07/17	Leitura 20800	Data 21/08/17	Leitura 20933	
Demonstrativo				
Q03 Descrição	Quantidade	Taxa/Unid	Valor Base Calc	Alig. (R\$) Base Calc
Q01 Consumo AMAX	133,00L 0,842140	85,40	85,40 27	33,08 66,40 0,88 4,55
Q01 Ant. B. Amarela	1,44	1,44 27	0,39	1,44 0,02 0,08
Q01 Ant. B. Verde	3,83	3,83 27	1,03	3,83 0,04 0,20
LÍQUIDOS E SERVIÇOS				
Q007 CONTRIBUIÇÃO PÚBLICA		10,57	0,00 0	0,00 0,00 0,00 0,00
Q008 JUROS DE MORA 08/2017		1,20	0,00 0	0,00 0,00 0,00 0,00
Q005 MULTA 08/2017		1,75	0,00 0	0,00 0,00 0,00 0,00

Código de Classificação: 104.19 30.87 24.48 30.87 1.04 4.33

Média últimos meses (kWh) 131

VENCIMENTO **TOTAL A PAGAR**
28/08/2017 **R\$ 104,19**

Histórico de Consumo (kWh)

117 138 114 121 159 120 121 117 151 144 140 132
Jul17 Jun17 Mai17 Abr17 Mar17 Fev17 Jan17 Dez16 Nov16 Out16 Set16 Ago16

5899.665e.4d2a.37c0.51ce.429b.aa4b.cc40.

Indicadores de Qualidade 08/2017 - Aba Branco

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
DE MENSAL	5,55	7,99	Serviços de Dist. da Energia/SD	20,07	19,28
DE TRIMESTRAL	11,10		Compra de Energia	31,05	29,80
DE ANUAL	22,21		Serviços de Transmissão	1,12	1,07
DE MENSAL	3,42	2,00	Encargos Balancê	4,08	3,92
DE TRIMESTRAL	8,35		Impostos, Dividas e Encargos	43,87	42,11
DE ANUAL	13,10		Outros Serviços	0,00	0,00
DE MENSAL	3,20	2,03			
			Total	104,19	100,00

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
25 OUT. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



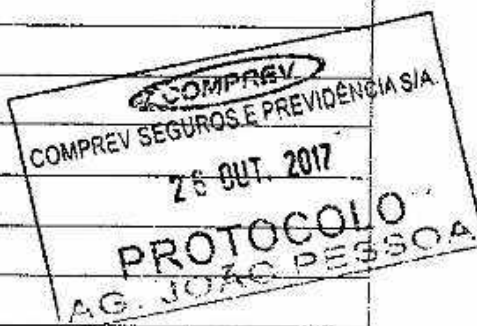


DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, EMANUEL ALMEIDA COSTARG nº 34.86943, data de expedição 06/09/2006 Órgão SSP-PR.

CPF nº 104-919-984-73 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)	<u>RUA = FREI CLEMENTINO</u>
Número	<u>Nº 119</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>CENTRO</u>
Cidade	<u>LAGOA SECA</u>
Estado	<u>PARANÁ</u>
CEP	<u>58.117 000</u>
Telefone de Contato	<u>83 99855 8526</u>
E-mail	<u>luisguistavodasilvachamim@gmail.com</u>



Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: LAGOA SECA 25/10/2017

Assinatura do Declarante:

Emanuel Almeida Costa



Emissão 20/08/2017 Referência 5617617 BR20-KM 156 - Alça Sumaré - 7 km Vila - Campinas Grande FPO - CEP 13405-700
 Casa/Subjecto RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO
 R. 11 - 492-257-2500 Nº medidor N108180137

Não Faltam Cadeiras de Espuma EVA na MODO 12 e 14
Cada uma 360, Autolimpejor: 99999999999999999999

Atendimento ao Cliente: 0800-023 0196 www.easingsa.com.br

Conta referente a:	Apresentação:	Data prevista na próxima leitura:	CPF/CNPJ/RN:
Set/2017	20/09/2017	20/10/2017	79300227734
UC (Unidade Consumidora):			Ins. Exp.
			4189408-6

Canale de contacto

As ações são energéticas e com o nível necessário para que o país cumpra a agenda de São Paulo. São Paulo sempre se dispôs a cumprir a agenda de São Paulo. A agenda de São Paulo sempre se dispôs a cumprir a agenda de São Paulo.

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Letras	Data	Letras			
24/06/17	44627	24/06/17	44626	1	316	30
Contratadas						
C-2	Descrição	Localidade	Terreno	Valor Localiz. m	Valor m²	Valor m³
				100,00	100,00	100,00
0001	Contrato de Locação			100,00	100,00	100,00
0002	Loc. B. Vermelho			100,00	100,00	100,00
0003	Loc. B. Amarelo			100,00	100,00	100,00
ENCARGAMENTOS E SERVIÇOS						
0004	CONTRATO DE LOCAÇÃO			100,00	100,00	100,00
0005	JURAMENTO DE MORAIS/2017			100,00	100,00	100,00
0006	MULTA/2017			100,00	100,00	100,00

CCr Chôco de Chocolate 200 g/box	14,12	15,71	22,00	70,24	0,02	2,05
----------------------------------	-------	-------	-------	-------	------	------

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
27/09/2017	R\$ 88,72

Histórico de Consumo (kWh)													
129	106	801	70	63	102	81	51	80	43	53	74		
Apr/72	Jul/72	Jun/73	Mar/73	Apr/73	Mar/73	Fev/73	Jan/73	Dez/72	Nov/72	Out/72	Set/72		

88b0 50b5 a23f 6d1e cc00 bd55 6d93 2513.

Indicadores de Qualidade		Unidade	Valor	%
Q1C MENSAL	5,56			
Q1C TRIMESTRAL	11,38			
Q2C ANUAL	22,77			
Q3C ANUAL	34,15			
Q4C TRIMESTRAL	8,85			
Q4C ANUAL	13,70			
Q4C TRIMESTRAL	0,00			
Q4C TRIMESTRAL	12,22			
Unidade	Apresentado	Unidade de Tensão (V)		
	5,00	10,00		
		15,00		
		20,00		
		25,00		
		30,00		
		35,00		
		40,00		
		45,00		
		50,00		
		55,00		
		60,00		
		65,00		
		70,00		
		75,00		
		80,00		
		85,00		
		90,00		
		95,00		
		100,00		

Valor do FIMED: (R\$) 7,2017 e R\$ 22,00

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
26 OUT. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
23 OUT. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECABWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das 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 de **profissão e renda**, 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 JOSEILTON FARIAS PEREIRA inscrito (a) no CPF 067.341.444-79 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário EMANUEL ALMEIDA COSTA inscrito (a) no CPF sob o Nº 104-919-987-73 do sinistro de DPVAT cobertura da vítima EMANUEL ALMEIDA COSTA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 104-919-987-73, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: RECUSO Renda: RECUSO e apresento os documentos comprobatórios

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>RUA = UNIÃO</u>		Número <u>157</u>	Complemento
Bairro <u>CENTRO</u>	Cidade <u>LAGOA SECA</u>	Estado <u>RO</u>	CEP <u>58.117-000</u>
Email <u>luizgustavo.dasilva@paricentro@gmail.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>83 99855 8526</u>	Telefone celular (DDD) <u>83 991482505</u>

J. Pessoa 26 de Outubro de 2017
Local e Data

Joseilton Farias Pereira
Assinatura do Declarante



DLDR001 V001/2017





Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, JOSEILTON FARIAS PENEIRA,
 RG nº 2813011, data de expedição 11/07/09/2000
 Órgão SSP-PB, portador do CPF nº 067.741.444-28 com
 domicílio na cidade de Lagoa Seca, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA = UNIÃO, nº 157.

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
 mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
 vítima EMANUEL ALMEIDA COSTA cujo o condutor era
EMANUEL ALMEIDA COSTA.

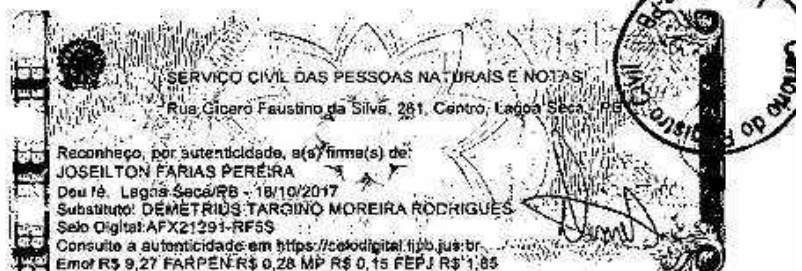
Veículo: PASIMOTOCICLE/MAO WPLIC
 Modelo: HONDA CD 300 R
 Ano: 2009 2010
 Placa: NW 29161 PD
 Chassi: 968 N4310 AA 000341
 Data do Acidente: 10-07-2016
 Local e Data: Lagoa Seca 18-10-2017

Joseilton Farias Peneira
 Assinatura do Declarante



Emanuel Almeida Costa

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



13.07.16
Pto transpido da enfermaria (5-2) para a enfermaria (9-2)
no final da tarde, onde aguarda intervenções cirúrgicas em ME
Sem tempo mais foi realizado procedimento cirúrgico, que sequele
o residente do ortopedista Halson Ramos, a ~~intervenção~~ Tranquila
sangueira teve sido realizada tarde e por isso ~~melhor~~
o procedimento não foi realizado hoje. ~~Amor~~ 13.07.16

Trocado acesso lumbal

13.07.16 Data PA: 1206604444 Valência

Pto apresenta novas uscultações

por todo o corpo, a valência em dacio

A ME. e mesmo não apresentar queixas ou

intolerâncias. deitei o plantão, M.C.P.M.

Valência

13.07.16
Pto apresenta novas uscultações
por todo o corpo, a valência em dacio
A ME. e mesmo não apresentar queixas ou
intolerâncias. deitei o plantão, M.C.P.M.

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
26 OUT. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

$\rho \propto x^{-1}$

DIAGNÓSTICO

→ $\frac{1}{2} \times 2 \times 2 \times 2$ Fern des $f(E)$

[illegible]

COVINGTON, LOUISIANA, DECEMBER 1993

[illegible]



FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO CLÍNICA

EMANUEL ALMEIDA

Paciente

Alcance

Leito

Convênio

1. DIETA LIVRE

2. SFO 9% 1500ml EV/P/24h

3. DIFERONAL 500mg/ml - 01amp + ASB EV 6/5h

4. OMEPRAZOL 40mg - 01 FA/jejum

5. NAUSEDRON 8mg/ml - 1amp + ABD EV 8/3h (3x)

6. TRAMAL 100mg/ml - 01amp + SFO 9% 100ml EV 8/3h (3x)

7. CLEXANE 40 UI - SC 1x/dia

8. CUIDAR 600mg EV 6/6h

9. GENT-242mg EV 1x/dia

10. CURATIVO

11. SSV + COSS

12. SSV + COSS

13. SSV + COSS

14. SSV + COSS

15. SSV + COSS

16. SSV + COSS

17. SSV + COSS

18. SSV + COSS

19. SSV + COSS

20. SSV + COSS

21. SSV + COSS

22. SSV + COSS

23. SSV + COSS

24. SSV + COSS

25. SSV + COSS

Duf. sim f. física

Diagnóstico

Ex exp jejun-destil (C)

-omeprazole

lux exp + m (C)

LEITO 53

Convênio

Evolução Médica

Pot em interação grave/regular

cl fixado em boca, regular

estado procedendo seu feiti

APNV: OK

OD: VPM

Exams Pré exp

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A

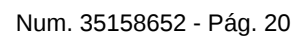
25 OUT. 2017

PROTOCOLO

AG JOÃO PESSOA

Data

31
to
31



Diagnóstico

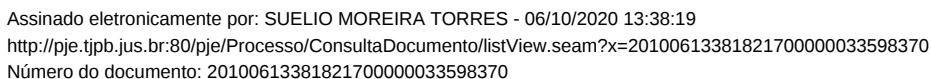
Distancia de 51475 metros
 Por apertura de conducto lateral (ver
 anexos do TUF) ⑤ a porta
 está no LCP / quadrante lateral

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

[illegible]

[illegible]

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

[illegible]

[illegible]

Receituário Simples

FRANCIS HARRISON

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
26 OUT. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Verdellho - elevadissimo - Verde - elevadissimo alio 4 horas

() Amardo - atendimento ao cliente
() Azul - atendimento administrativo

Estreptococos

८५. ब्रह्मः

Nome: Francisco de Paula
 Data de Nascimento: 21-04-93
 Documento de Identificação: 20.042.000-5
 Data do Aluguel: 30-07-16 Hora: 12:30 Documento: 20.042.000-5
 () Sim (X) Não
 Classificação de Risco

Estado de consciência: () Bom () Regular () Ruim () Perigo
 Frequência cardíaca: 70
 Temperatura axilar: 36,5
 Mucosas: () Normocrada () Palida
 Sinais de desidratação: () Língua () Cauda de rodar () Mucosa

Ficha de Acolhimento

SECRETARIA DE SAUDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

GOVERNO
DA PARÁIBA



[illegible]

Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: <u>Emmanuel Calmon de Souza</u>	Idade: <u>31/08/19</u>
Convênio: <u>Saúde</u>	Data: <u>11/08/19</u>
Procedimento: <u>TE urog. ext. Bcips.</u>	
Cirurgião: <u>Walter</u>	Auxiliar: <u></u>
	Anestesista: <u>Dr. Rito</u>
Início: <u>22:30</u>	Término: <u>00:30</u>
	Anestesia: <u>propofol</u>

[illegible][illegible]

Observações:

Às 03:15 h comunicado ao NER sobre o parecer solicitado pela Intendência, o mesmo inferiu que deve ser respondido ao parecer pela manha no Estepelício.

Às 03:15 h comunicado ao Diretor Vascular sobre o mesmo solicitado, o mesmo solicitou que chamasse o Stenopelício, tudo isso seria visto pelo Sr. Valtir Mendes e o mesmo nos esteve no repouso nem na sala de atendimento nem a atender os pacientes, Sr. João Vando veio no D.C. às 04:50 h e o cirurgião Vascular solicitou a presença do staff

Assinatura Anestesista

Circulante

Relatório de Operações





GOVERNO
DA PARAIBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



TABELA DE ALDRETE E KROULIK MODIFICADA

et 30

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

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
23 OUT. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Valelúcia Oliveira

Assinatura Anestesiologista





**GOVERNO
DA PARAÍBA**

**SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNA**

Nome do Paciente EMANUEL MEDEIRA COSTA		Nº Prontuário
Data da Operação 10/07/16	Enf.	Leito
Operador Dr. VARTIL		1º Auxiliar
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador José
Anestesia	Tipo de Anestesia	
Diagnóstico Pré-Operatório Disrupção da sínfise púbica + fx exposta da lateral do fêmur (E) + lesão parcial do tendão do quadríceps		
Tipo de Operação + fixação externa do fêmur (E)		
Diagnóstico Pós-Operatório o mesmo		
Relatório Imediato da Patologia		
Exame Radiológico no Ato	COMPREV COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A 26 OUT. 2017 PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA	
Acidente Durante a Operação		

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

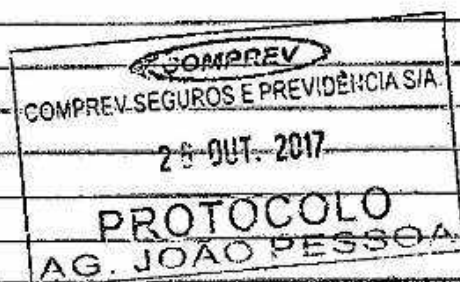
Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visuais
01. Decúbito dorsal sob anestesia
02. antiseptia e antisepsia
03. Campos estéril
04. Medição imediata da disrupção da sínfise púbica + fixação externa
05. Desbridamento de tecidos desvitalizados no bomo da parte e do fêmur (E)
06. irrigação c/ soro abundante
07. 1º tempo: lesão grave de partes moles pinda de pubisfusão do vasto lateral, alto grau de contaminação + lesão parcial do tendão do quadríceps, decidida por Ho cirurgia definitiva do fêmur em 2º tempo
08. Tenotomia do tendão do quadríceps
09. redução da luxação do fêmur (E) + fixação transcutânea
10. Sutura dos ferimentos
11. Ao exame notamos lesões LCP, LCA e LCM suturados.



12. No final do procedimento não conseguiu palpitar realizar distal
porém a/ boa perfuração distal, solicita manuseio
do clampagem vascular.

13. Encerrado

Dr. Valdir Ribeiro Guimarães
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PB 6326 / TEOT 15.090



TM Cirúrgica
Ortopedia - Neurologia - Buco

Rua Guadalupe, 43 - Guadalupe - Olinda-PE
CEP: 53.020-230 | E-mail: tmcirurgica@hotmail.com
Fones: 3431.4960 | 3076.0422 | 9452.1153

Nº 0991

IMPEDIDO DE FATURAMENTO

NOME DO HOSPITAL

CIDADE

NOME DO PACIENTE

IP DO PROPRIETÁRIO

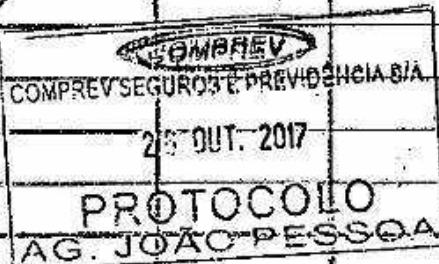
Nº ALI

CCO. PROCEDIMENTO

CONVEXO

PROCEDIMENTO REALIZADO

PRODUTO	REF	QUANT	CODIROMP
FIXADOR EXTERNO GILMER		02	



DATA DA UTILIZAÇÃO

DATA DA COMPROVAÇÃO

MÉDICO RESPONSÁVEL - CITA

10/10/2016

Dr. VALT

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

[Assinatura]

2



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECC		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ CONZA FERREIRAS		CLASSIFICAÇÃO	LEITO	Nº PROTOCOLO
FOLHA DE ANESTESIA		NOME: <i>Carla Maria de Almeida Brito</i>		DATA: <i>23/07</i>	SEXO: <i>M</i>	COF: <i>M</i>
DATA: <i>10-07-16</i>	PROFISSIONAL: <i>[assinatura]</i>	PLANO: <i>96</i>	RESERVAÇÃO	TEMPERATURA	SEDO	ALTEIA
TIPO DE ANESTESIA	INDICAÇÃO	INDICAÇÃO DA	REANIMAÇÃO	OLCIMA	URINA	OUTROS
AP. RESPIRATORIO					AP. CIRCULATÓRIO	ELETROCARDIOGRAMA
AP. DIGESTIVO			DEITES	RESERVAÇÃO	AP. GENITAL	
ESTADO VITAL			ATRAVÉS	CONTROLO	ALTEIA	HEPOTENTIA
DIAGNÓSTICO PRÉ-ANESTÉSICO: <i>Fratura exposta de Rota e Rota</i>					ESTADO GERAL	RISCO
ANESTESIA ANTERIORES						
PREPARAÇÃO PRE-ANESTÉSICA						
MÉDICOS AS EFETUO						
DESCRIÇÃO DO CASO	HISTÓRIA					Exat: <i>[assinatura]</i>
DESCRIÇÃO DO CASO	Linha de exame: <i>[assinatura]</i>					Exat: <i>[assinatura]</i>
DESCRIÇÃO DO CASO	Neuro: <i>[assinatura]</i>					Exat: <i>[assinatura]</i>
DESCRIÇÃO DO CASO	Outros: <i>[assinatura]</i>					Exat: <i>[assinatura]</i>
DESCRIÇÃO DO CASO	MANTENÇÃO					Exat: <i>[assinatura]</i>
DESCRIÇÃO DO CASO	28 OUT. 2017					Exat: <i>[assinatura]</i>
DESCRIÇÃO DO CASO	PROTÓCOLO					Exat: <i>[assinatura]</i>
DESCRIÇÃO DO CASO	AG. JOAO PESSOA					Exat: <i>[assinatura]</i>
DESCRIÇÃO DO CASO	DESPERAR					Exat: <i>[assinatura]</i>
DESCRIÇÃO DO CASO	Relatores no SO:					Exat: <i>[assinatura]</i>
DESCRIÇÃO DO CASO	Cód. Co. Exat:					Exat: <i>[assinatura]</i>
DESCRIÇÃO DO CASO	Neuro: <i>[assinatura]</i>					Exat: <i>[assinatura]</i>
DESCRIÇÃO DO CASO	Outros: <i>[assinatura]</i>					Exat: <i>[assinatura]</i>
DESCRIÇÃO DO CASO	Com câmbio:					Exat: <i>[assinatura]</i>
DESCRIÇÃO DO CASO	Para o Leito Sim Não					Exat: <i>[assinatura]</i>
DESCRIÇÃO DO CASO	CONDIÇÕES					Exat: <i>[assinatura]</i>
DESCRIÇÃO DO CASO	PÓS-OP					Exat: <i>[assinatura]</i>
DESCRIÇÃO DO CASO	AGENTE					Exat: <i>[assinatura]</i>
DESCRIÇÃO DO CASO	TÉCNICA					Exat: <i>[assinatura]</i>
DESCRIÇÃO DO CASO	OPERAÇÃO					Exat: <i>[assinatura]</i>
DESCRIÇÃO DO CASO	ORIENTAÇÕES					Exat: <i>[assinatura]</i>
DESCRIÇÃO DO CASO	ANESTESISTAS					Exat: <i>[assinatura]</i>
DESCRIÇÃO DO CASO	OUTROS					Exat: <i>[assinatura]</i>

LÍDER DE EQUIPE DE ANESTESIA





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANI

RESUMO DE ALTA
(REFERÊNCIA OU CONTRA REFERÊNCIA)

NOME: *Emmanuel Almeida Cruz* DN: _____ PRONT. Nº: _____
NATURALIDADE: _____ PROCEDÊNCIA: _____
ADMISSÃO: *10.07.16* ALTA: *19.07.16*

1. Motivo da hospitalização (dados positivos da anamnese / exame físico)

Fet. intr. e trauma c/ deformidade no braço + deformidade + ferida com sang. (E) + joelho (E)

2. Resultado dos principais exames

R-X membros ex. físico

3. Evolução e complicações

§



4. Terapêutica realizada

*Tratado externamente de base
Reclusos + fix. ext. com tng + bandagem curativa
Osteossíntese com joelho (E)*

5. Diagnóstico (hipotético ou definitivo)

*Disjunção de sínfise púbica
fx exposta joelho (E)
lux exp. tng (E)*

6. Orientações médicas para pacientes / egresso

*Alta c/ orientações + retorno ambu
lince + antibioticos + analgesicos + fisioterapia + X
long v/ 60 dias*

7. Condições de alta

☐ Curado ☐ Apendido ☐ Obito ☒ Melhorado ☐ Inalterado
☐ Transferido para: _____



Nome:	EMANUEL ALMEIDA COSTA	Protocolo:	0600286472	RG:	NÃO INFORMADA
Diagnóstico:	HALLUSIN BARROS DE ALMEIDA	Data:	11-07-2016 14:32	Serviço:	CLÍNICA ORTOPÉDICA
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade:	23 anos	Residência:	INTERIORES

HEMOGRAMA

DATA DA COLETA: 11/07/2016 15:54

Resultados

SÉRIE VERMELHA

E. 1. células	2,55 milhões/mm ³
Hemoglobina	7,4 g/dL
Hematócrito	22 %
V.C.M.	87 fL
H.C.M.	29 pg
C.H.C.M.	33 g/dL

SÉRIE BRANCA

Leucócitos	5.900 /mm ³
	(%)

Neutrófilos	0
Linfócitos	0
Monócitos	0
Eosinófilos	6,0
Basófilos	78,0
Plaquetas	0
Hemácias	0

Hemácias	15,0
Atipicos	0
Monócitos	1,0
CONTAGEM DE PLACETAS	119.000 mm ³

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
26 OUT. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

CONTAGEM DE PLACETAS

Contagens repetidas e confirmadas.

Ana Claudia Barroso
Ana Claudia Barroso
Secretaria
0804-6753

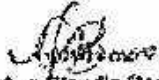


Socio: EMANUEL ALMEIDA COSTA Protocolo: 0000286472 RG: 4601804320
Diretor: RALLISSON BARROS DE ALMEIDA Data: 11-07-2016 15:42 Oficina: CLINICA ORTOPEDICA
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES Idade: 23 anos Data: 11/05/16

HEMATOCRITO, DETERMINAÇÃO DE 22,2 %

Local de Coleta: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES
Método: Automatizado
Observação: Nenhuma

Unidade de Medida: g/dL
Ref: 37 - 52 % (Males)


Ana Claudia Barroso
Banco de
CRBM - 5700





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



SU
Siste
Uni
da
Saú

Solicitante:	EMANUEL ALMEIDA COSTA	Protocolo:	0000226472	RG:	NÃO INFORMADO
Destino:	HALISON BARROS DE ALMEIDA	Data:	11-07-2016 15:42	Origem:	CLINICA OSTEOEDRA
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade:	23 anos	Trabalha:	INFORMADO

TEMPO DE SANGRAMENTO 1'30"

DATA EM QUE FOI REALIZADO: 11/07/2016 15:42
Método de coleta: Hematoma
Exatidão: Boa

Valores de Referência:
De 1 a 3 minutos

TEMPO DE COAGULAÇÃO

7'00" min

DATA EM QUE FOI REALIZADO: 11/07/2016 15:42
Método de coleta: Hematoma
Exatidão: Boa

Valores de Referência:
De 1 a 11 minutos

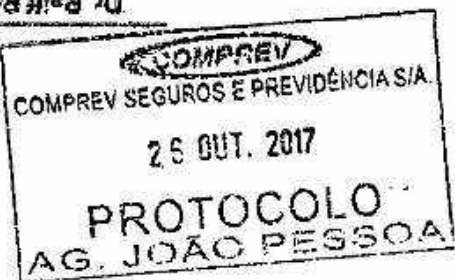
Anna Claudia Barroso
Biómedica
CRM - 6783



PNCQ
Programa Nacional
de Controle de Qualidade



Dr. Ralf Ramalho Cavalcanti
Médico Radiologista
CRM-PR: 6320



Observação: Realizamos a exames de ultrassonografia no departamento de exames de imagem, não havendo critério
compartilhado seguras para indicação de alta hospitalar baseada-se apenas no resultado negativo de ultrassonografia.

Não foram evidenciadas lesões viscerais relacionadas ao trauma.

Não identificamos sinais de líquido livre intra-abdominal ou derrame pleural no presente estudo.

ANÁLISE:

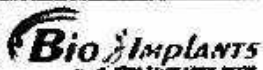
Exame realizado em modo bidimensional com equipamento digital na frequência de 4,0 MHz.

METODOLOGIA:

ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL - "FAST"

PACIENTE:	DATA DO EXAME:
AMANDA - 20/10	10/07/2016
SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CAMPINA GRANDE - PARAIBA	





MATERIAL UTILIZADO EM CIRURGIA

Rastreame
568

Hospital: União de São Paulo Código: 00000000

Procedimento: Prost. de artic. de quadril Cód. Procedimento: 00000000

Paciente: JOÃO PESSOA

Data da Cirurgia: 25/09/2017 Nº prontuário: 00000000 Convênio: COMPREV

Cirurgião: Dr. Suelio Moreira Torres Código: 00000000 ☐ Reposição ☐ Caixa Pro

DESCRIÇÃO DE PRODUTOS UTILIZADOS

Qtd.	Descrição	Cód. Produto	Valor Unit.	Valor Tot.
1	Parafuso Cortical 4.5 mm			

ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS

						Valor Unit.	Valor Tot.
Parafuso Cortical (4.5) mm	Nº	000					
	Qtd	001					
	Cód						
Parafuso Cortical () mm	Nº						
	Qtd						
	Cód						
Parafuso Esponjoso 4.0 mm	Nº						
	Qtd						
	Cód						
Parafuso Esponjoso 6.5 mm R/16 Curto	Nº						
	Qtd						
	Cód						
Parafuso Esponjoso 6.5 mm R/32 Longa	Nº	000					
	Qtd	001					
	Cód						
Parafuso Maleolar 4.5 mm	Nº						
	Qtd						
	Cód						

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
25.09.2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

OBS: O PREENCHIMENTO DO PRONTUÁRIO É OBRIGATORIO.

Anotações do Médico

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO CONSULTOR DE VENDAS

Condições de Pagamento: _____

Faturar N.F. para: _____

Cód. do consultor: _____ Total: _____

Cód. Instrumentador: _____





Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1. NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

2. CNPJ
23020235

3. NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

4. CNPJ
23020235

Identificação do Paciente

5. NOME DO PACIENTE
EMANUEL ALMEIDA COSTA

6. Nº DO REGISTRO
23020235

7. CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)
710134011017113712141711

8. DATA DE NASCIMENTO
23/04/1993

9. SEXO
M
10. FEM
F

11. NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

12. Nº DO REGISTRO

13. ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO, CIDADE, ESTADO, CEP)

14. Nº DO REGISTRO

15. NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO

16. Nº DO REGISTRO

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17. TRATAMENTO SINTOMÁTICO E/OU CIRÚRGICO

trauma na tórax, pelvis e
+ NT @, acidente de moto.
envolvido c/ berm open box,
fx condilo lateral exp. fratura + luxação +

18. CONDIÇÕES DE JUSTIFICATIVA INTERNAÇÃO

rec. Hs craniogica

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
26 OUT. 2017

19. PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Anamnese + ex. físico

PROTOCOLO
JOÃO PESSOA

20. DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

fratura

PROCEDIMENTO SOLICITADO

21. CATEGORIA DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

22. CATEGORIA DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
23. CATEGORIA DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
24. CATEGORIA DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
25. CATEGORIA DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
26. CATEGORIA DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
27. CATEGORIA DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
28. CATEGORIA DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
29. CATEGORIA DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
30. CATEGORIA DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
31. DATA DA SOLICITAÇÃO
10/07/16
32. NOME DO RESPONSÁVEL
33. NOME DO RESPONSÁVEL
34. NOME DO RESPONSÁVEL
35. NOME DO RESPONSÁVEL
36. NOME DO RESPONSÁVEL
37. NOME DO RESPONSÁVEL
38. NOME DO RESPONSÁVEL
39. NOME DO RESPONSÁVEL
40. NOME DO RESPONSÁVEL
41. NOME DO RESPONSÁVEL
42. NOME DO RESPONSÁVEL
43. NOME DO RESPONSÁVEL
44. NOME DO RESPONSÁVEL
45. NOME DO RESPONSÁVEL
46. NOME DO RESPONSÁVEL
47. NOME DO RESPONSÁVEL
48. NOME DO RESPONSÁVEL
49. NOME DO RESPONSÁVEL
50. NOME DO RESPONSÁVEL
51. NOME DO RESPONSÁVEL
52. NOME DO RESPONSÁVEL
53. NOME DO RESPONSÁVEL
54. NOME DO RESPONSÁVEL
55. NOME DO RESPONSÁVEL
56. NOME DO RESPONSÁVEL
57. NOME DO RESPONSÁVEL
58. NOME DO RESPONSÁVEL
59. NOME DO RESPONSÁVEL
60. NOME DO RESPONSÁVEL
61. NOME DO RESPONSÁVEL
62. NOME DO RESPONSÁVEL
63. NOME DO RESPONSÁVEL
64. NOME DO RESPONSÁVEL
65. NOME DO RESPONSÁVEL
66. NOME DO RESPONSÁVEL
67. NOME DO RESPONSÁVEL
68. NOME DO RESPONSÁVEL
69. NOME DO RESPONSÁVEL
70. NOME DO RESPONSÁVEL
71. NOME DO RESPONSÁVEL
72. NOME DO RESPONSÁVEL
73. NOME DO RESPONSÁVEL
74. NOME DO RESPONSÁVEL
75. NOME DO RESPONSÁVEL
76. NOME DO RESPONSÁVEL
77. NOME DO RESPONSÁVEL
78. NOME DO RESPONSÁVEL
79. NOME DO RESPONSÁVEL
80. NOME DO RESPONSÁVEL
81. NOME DO RESPONSÁVEL
82. NOME DO RESPONSÁVEL
83. NOME DO RESPONSÁVEL
84. NOME DO RESPONSÁVEL
85. NOME DO RESPONSÁVEL
86. NOME DO RESPONSÁVEL
87. NOME DO RESPONSÁVEL
88. NOME DO RESPONSÁVEL
89. NOME DO RESPONSÁVEL
90. NOME DO RESPONSÁVEL
91. NOME DO RESPONSÁVEL
92. NOME DO RESPONSÁVEL
93. NOME DO RESPONSÁVEL
94. NOME DO RESPONSÁVEL
95. NOME DO RESPONSÁVEL
96. NOME DO RESPONSÁVEL
97. NOME DO RESPONSÁVEL
98. NOME DO RESPONSÁVEL
99. NOME DO RESPONSÁVEL
100. NOME DO RESPONSÁVEL

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

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

AUTORIZAÇÃO

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



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Ernanil Almeida Registro: Leito: 93 Setor: Atual

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: °C: P: bpm: FR: bpm: PA: mmHg: FC: bpm: SPO2: %
HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm Dor: () Local: Obs.:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:



3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: (☒) Consciente (☒) Orientado () Confuso () Intéxico () Torporoso () Comatoso () C

GLASGOW (3-15):

Drogas (Sedação/Analgesia):

Pupilas: (☒) Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D () Fotomórgicas () Mioticas () Midriáticas

Mobilidade Física: (☒) Preservada () Parésia () Plegia () Parestesia Local:

Linguagem: () Qual? () Distonia () Afasia () Disfasia () Disartria.

Obs:

OXIGENACÃO

Respiração: (☒) Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % Pmin () Tricostomia () Ayre/Tubo T

() VENT () VM TQT nº Comissura labial nº FiO2 % PEEP cmH2O

(☒) Eupneia () Taquipneia () Bradipneia () Dispneia () Outros:

Ausculta pulmonar: Murmúro vesicular presente: () Diminuído () D () E

Ruidos adventícios: () Roncos () Sibilos () Estridor () Outros:

Tosse: () Improdutiva () Produtiva Expectoração: () Quantidade e aspecto:

Aspiração: Quantidade e aspecto: Dreno de tórax: () D () E () Selo d'água:

Data da inserção do dreno / / Aspecto da drenagem torácica:

Gasometria arterial: PH PCO2 PO2 HCO3 EB SaO2 Data: / / Hora:

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração: () Visão () Audição () Tato () Olfato () Paladar Observação:

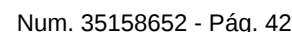
SEGURANÇA FÍSICA

(☒) Tranquilo () Agitado () Agressivo () Risco de queda. Observação:

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

Pulso: (☒) Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme () Cheio.



32

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Emanuel Almeida Registro: _____ Leitor: 9.3 Seta: Arterial

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: _____ °C: P: _____ bpm: FR: _____ mmHg: PA: _____ mmHg: FC: _____ bpm: SPO2: _____
HGT: _____ mg/dl: Peso: _____ Kg: Altura: _____ cm Dor: (X) Local: MF Obs: _____

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:



3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: (X) Consciente () Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso ()

GLASGOW (3-15): _____

Drogas (Sedação/Anestesia): _____

Pupilas: (X) Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D () Forneagentes () Ilóticas () Mioticas

Mobilidade Física: () Preservada () Parêsis () Plégia () Parêsis Local

Linguagem: () Oral () Disfonia () Afasia () Dislalia () Disartria

Obs: _____

OXIGENAÇÃO

Respiração: (X) Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % / min () Tráqueotomia () Ayra/Tubo T

() VENT () VENTOT n° _____ Comissura labial n° _____ FIO2 _____ % PEEP _____ cmH2O

() Apnéia () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispnéia () Outros: _____

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: () Diminuído () D () E

Ruídos adventícios: () Roncos () Sibilos () Estridor () Outros: _____

Tosse: () Imprevedível () Produtiva Expectoração: () Quantidade e aspecto: _____

Aspiração: Quantidade e aspecto: _____ Dreno de tórax: () D () E () Selo d'água: _____

Data da inserção do dreno: _____ / _____ / _____ Aspecto da drenagem torácica: _____

Gasometria arterial: PH _____ PCO2 _____ PO2 _____ HCO3 _____ EB _____ SpO2 _____ Data: _____ / _____ / _____ Hora: _____

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração: () Visão () Audição () Tato () Olfato () Paladar Observação: _____

SEGURANÇA FÍSICA

(X) Tranquilo () Agitado () Agressivo () Risco de queda Observação: _____

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

Pulso: (X) Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme () Cheio



Pele: () Corada () Hipocorada () Cíano () Sudorese () Fria () Aquecida.			
Tempo de enchimento capilar: () < 3 segundos () > 3 segundos () Fungância jugular: ()			
Drogas vasoativas: () Outros?			Precondição: ()
Ausculta cardíaca: () Rítmica () Arritmica () Sopros () Outros. Marcapasso: () Transitório () Definitivo			
Cateter vascular: () Periférico () Central () Dissecção. Localização: A. S. D. Data da punção: 15.10.16			
Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:			
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)			
Tipo somático: () Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.			
Dentição: () Completa () Incompleta () Prótese.			
Alimentação: () VO () SNG () SNE () Gastrostomia () Jejunostomia () NPT. Hora: Data: 15.10.16			
Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Diarreia () Outros:			
Abdômen: () Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:			
RHA: () Normotivas () Ausentes () Diminuídas () Aumentadas			
Eliminação intestinal: () Normal () Líquida () Constipado há dias () Outros:			
Eliminação urinária: () Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematúria () SVD: Débito ml/h:			
Aspecto: () Outros: Observações:			
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA.			
Condição da pele: () Íntegra () Rosácea () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outros:			
Coloração da pele: () Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica. Turgor da pele: () Preservado			
Condições das mucosas: () Úmidas () Secas. Manifestações de sede: ()			
Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto: Curativo em: 15.10.16			
Dreno: () Tipo/Aspecto: Débito: Refrão em: 15.10.16			
Úlcera de pressão: () Estágio: Local: Descrição: Curativo: 15.10.16			
CUIDADO CORPORAL			
Cuidado corporal: () Independente () Dependente () Parcialmente dependente. Observações:			
Higiene corporal: () Satisfatória () Insatisfatória. Higiene Corporal: () Satisfatória () Insatisfatória.			
Limitação física: () Acamado () Cadeira de rodas () Outros:			
SONO E REPOUSO			
() Preservado () Insônia () Dormiu durante o dia () Sono interrompido. Observações:			
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS			
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL			
Comunicação: () Preservada () Prejudicada. Sentimentos e comportamentos: () Cooperativo () Medo:			
() Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:			
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS			
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE			
Tipo: () Praticante () Não praticante. Observações:			
INTERCORRÊNCIAS			
COMPREV COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A. 26 OUT. 2017 PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA			
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: DATA: 15.10.16 HORA:			



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Emanuel Almeida da Costa Registro: _____ Leito: 9-3 Setor Atual: Pré-PU

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: _____ °C; P: _____ bpm; FR: _____ lpm; PA: _____ mmHg; FC: _____ bpm; SPO2: _____
HGT: _____ mg/dl; Peso: _____ Kg; Altura: _____ cm; Dor: () Local: _____ Obs: _____

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:



3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: (x) Consciente (x) Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatozo ()

GLASGOW(3-15): _____

Drogas (Sedação/Analgesia): _____

Pupilas: (x) Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D () Polimarginais () Mioticas () Midríicas

Mobilidade Física: (x) Preservada () Parésia () Plegia () Parosteia Local:

Linguagem: () Qual? () Distúrbio () Afasia () Disfasia () Disartro.

Obs: _____

OXIGENIZAÇÃO

Respiração: (x) Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % l/min () Traqueostomia () Ayra/Tubo T

() VIANI () VMI TOT n° _____ Comissura labial n° _____ FIO2 % PEEP cmH2O

(x) Eupnéia () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispneia () Outros:

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: () Diminuídos () D () E

Ruídos adventícios: () Sussurros () Sibilos () Estridor () Outros:

Tosse: () Improdutiva () Produtiva Expectoração: () Quantidade e aspecto:

Aspiração: Quantidade e aspecto: _____ Dreno de tórax: () D () E () Selo d'água:

Data da inserção do dreno: _____ / _____ / _____ Aspecto da drenagem torácica:

Gasometria arterial: PH _____ PCO2 _____ PO2 _____ HCO3 _____ EB _____ SpO2 _____ Data: _____ / _____ / _____ Hora: _____

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração: () Visão () Audição () Tato () Olfato () Paladar Observação:

SEGURANÇA FÍSICA

(x) Tranquilo () Agitado () Agressivo () Risco de queda Observação:

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

Pulso: (x) Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme () Cheio.



Pele: (x) Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.
Tempo de enchimento capilar: () < 3 segundos () > 3 segundos () Turgência jugular: ()
Drogas vasodilativas: () Quais? Precontensão ()
Ausculta cardíaca: () Rítmica () Arritmica () Sopros () Outros. Rincopasso: () Transição () Definitiva
Cateter vascular: (x) Periférico () Central () Dissociação. Localização: Data de punção: / /
Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações: <i>presença de edema M.G. e M.D.</i>
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA) <i>presença na boca.</i>
Tipo somático: () Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.
Dentição: () Completa () Incompleta () Prótese.
Alimentação: (x) VO () SNG () SNE () Gatrostomia () Jejunostomia () NPT. Hora: Data: / /
Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Prisão () Outros:
Abdômen: () Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:
RHA: () Normotivos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados
Eliminação intestinal: (x) Normal () Líquida () Constipado há dias () Outros:
Eliminação urinária: (x) Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematúria () SVD: Débito ml/h.
Aspecto: () Outros: Observações:
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA
Condição da pele: () Íntegra () Ressecada () Equimoses () Hematomas (x) Escoriações () Outras
Coloração da pele: (x) Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica Tumor da pele: () Preservado
Condições das mucosas: () Úmidas () Secas Manifestações de sede: ()
Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto: Curação em: / /
Dreno: () Tipo/Aspecto: Débito: Retido em: / /
Úlcera de pressão: () Estágio: Local: Descrição: Curativo: / /
CUIDADO CORPORAL
Cuidado corporal: () Independente (x) Dependente () Parcialmente dependente. Observações:
Higiene corporal: (x) Satisfatória () Insatisfatória Higiene corporal: () Satisfatória () Insatisfatória
Limitação física: (x) Acamado () Cadeira de rodas () Outros:
SONO E REPOUSO
(x) Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono interrompido. Observações:
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL
Comunicação: (x) Preservada () Prejudicada Sentimentos e comportamentos: (x) Cooperativo () Reído:
() Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:
6 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE
Tipo: () Praticante () Não praticante. Observações:
INTERCORRÊNCIAS
<i>14/07/16 às 18:10hs por um pós-operatório imediato, sem queixas no momento, segue medicado e em, nos cuidados da equipe.</i>
<i>Carla R. L. Porto</i>
COMPREV COMPREV-SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A 26 OUT. 2017 PROTOCOLADO AG. JOÃO PESSOA
Carimbo e Assinatura da Enfermeira: <i>Carla R. L. Porto</i>
DATA: 14.07.16 HORA: 18:30





DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

GOVERNO DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE EMERGÊNCIA E
TRAUMA DE CAMPINA GRANDE

Nome: Emmanuel Almeida da Costa

Enfermeiro: 9 Data: 30/07/18

DIAGNÓSTICOS	FATORES RELACIONADOS / FATORES DE RISCO	CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS
Constipação	Durientes () Desorientação () Estresse () Outro () Hábitos de evacuação irregulares () Looção mucosa () Fatores biológicos () Capacidade prejudicada de ingerir os alimentos () Fatores psicológicos () Outro () Prisão de urina () Dor () Frequência () Outro () Ansiedade ()	Alcunha distendida () Dor de evacuação () Anorexia () Dor abdominal () Curaçada bucal fétida () Diarréia () Dor anorectal () Mucosas pálidas () Incapacidade de acessar o banheiro () Outro () Incapacidade de lavar o corpo ()
Dor aguda	Agentes lesivos (Ex: Biotério, químicos, físicos, psicológicos) () Outros ()	Alterações na pressão sanguínea () Outro () Relato verbal de dor ()
Hipertermia	Adesões () Desidratação () Trauma () Outro () Aumento da taxa metabólica ()	Aumento na temperatura corporal acima dos parâmetros normais () Tachicardia () Taquipneia () Outro ()
Integridade da pele prejudicada	Extrusões do tecido () Circulação prejudicada () Hipertermia () Imobilização física (X) Outro ()	Destilação de camadas da pele () Irritação de estruturas do corpo () Rompiimento da superfície da pele (X) Outro ()
Atividade Física prejudicada	Ansiedade () Desconforto () Rigidez articular Prejuízos musculares esqueléticos (X) Dor () Outro ()	Dificuldade para viver em () Dependência ao uso () Outro () Alterações nos movimentos ()
Padrão respiratório ineficaz	Ansiedade () Dor () Fome () Obesidade () Outro ()	Alterações na profundidade respiratória () Dependência () Paralisação do sistema () Outros ()
Risco de desequilíbrio eletrolítico	Asplia () Oxidantes () Vômito () Diarreia () Dermite () Outros ()	Paralisação do sistema () Dependência () Outro ()
Risco de infecção	Aumento da exposição ambiental a patógenos () Defesas físicas comprometidas () Prejuízos aos sistemas (X) Outro ()	Alterações na profundidade respiratória () Dependência () Paralisação do sistema () Dependência () Outro ()
Risco de queda	Metabolismo físico prejudicado (X) Mucosas () Extrusões do tecido () Agitação/Desorientação ()	Alterações na profundidade respiratória () Dependência () Paralisação do sistema () Dependência () Outro ()
Padrão de sono prejudicado	Falta de privacidade/ambiente do sono () Outro () Ruído () Anestesia zapping física ()	Alterações na profundidade respiratória () Dependência () Paralisação do sistema () Dependência () Outro ()
Outro		
Outro		

COMPREV
20 OUT. 2017
PROTOCOLO
COMPREV SEGUROS E PREVIDENTES
COMPREV

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.
25 OUT. 2017
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Emmanuel Almeida de Souza Registro: 23.0000 Leito: 09103 Setor Atual: Intensiva

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: 23.0000 °C: P: bpm: FR: lpm: PA: mmHg: FC: bpm: SPO2: %
HGT: mg/dl: Peso: Kg: Altura: cm: Dor: { } Local: Obs.:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:



3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: ☒ Consciente ☒ Orientado ☐ Confuso ☐ Letárgico ☐ Torporoso ☐ Comatoso ☐ Outro

GLASCOW (3-15):

Drogas (Sedação/Analgesia):

Pupilas: ☒ Isotéricas ☐ Anisocóricas ☐ D>E ☐ E>D ☐ Fotorregentes ☐ Mioticas ☐ Midrílicas

Mobilidade Física: ☐ Preservada ☐ Paresia ☐ Paralisia ☐ Parestesia Local

Linguagem: ☐ Qual? ☐ Disfonia ☐ Afasia ☐ Disfasia ☐ Disartria

Obs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: ☒ Espontânea ☐ Cateter Nasal ☐ Venturi % fmin ☐ Traqueostomia ☐ Arvo/Tubo T

☐ VVNI ☐ VNI TOT nº Comissura labial nº FIO2 % PEEP cmH2O

☒ Eupnéia ☐ Taquipnéia ☐ Bradipnéia ☐ Dispnéia ☐ Outros

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: ☐ Diminuídos ☐ D<E ☐ E

Ruidos adventícios: ☐ Roncos ☐ Sibilos ☐ Estridor ☐ Outros

Tosse: ☐ Inprodutiva ☐ Produtiva Expectoração: ☐ Quantidade e aspecto:

Aspiração: Quantidade e aspecto: Dreno de tórax: { } ☐ D<E ☐ E ☐ Solo e água:

Data da inserção do dreno: / / Aspção da drenagem torácica:

Gasometria arterial: PH PCO2 PO2 HCO3 ES SpO2 Data: / / Hora:

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração: ☐ Visão ☐ Audição ☐ Tato ☐ Olfato ☐ Paladar Observação:

SEGURANÇA FÍSICA

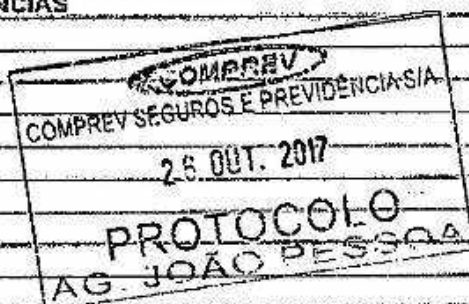
☒ Tranquilo ☐ Agitado ☐ Agressivo ☐ Risco de queda Observação:

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

Pulso: ☒ Regular ☐ Irregular ☐ Impalpável ☐ Filiforme ☐ Cheio



Pele: () Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fra () Agueda.
Tempo do enchimento capilar: () ≤ 3 segundos () > 3 segundos () Turgência jugular: ()
Órgãos vasculares: () Quais? Precordialgia ()
Ausculta cardíaca: () Rítmica () Arritmica () Sopros () Outros. Marcapasso: () Transitório () Definitivo
Cateter vascular: (X) Periférico () Central () Dissecção. Localização: Data da punção: ____/____/____
Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)
Tipo somático: () Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.
Dentição: () Completa () Incompleta () Prótese.
Alimentação: (X) VO () SNG () SNE () Gástrica () Jejunostomia () NPT. Hora: Data: ____/____/____
Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Priso () Outros:
Abdômen: () Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:
RHA: () Normotivos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados
Eliminação intestinal: (X) Normal () Líquida () Constipada há ____ dias () Outros:
Eliminação urinária: (X) Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematúria () SVD: Débil ml/h:
Aspecto: () Outros: Observações:
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA
Condição da pele: () Inteira () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outros:
Coloração da pele: () Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica Turgor da pele: () Preservado
Condição das mucosas: () Úmidas () Secas Manifestações da pele: ()
Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto: Curativo em: ____/____/____
Dreno: () Tipo/Aspecto: Dóbil: Retirado em: ____/____/____
Úlcera de pressão: () Estágio: Local: Descrição: Curativo: ____/____/____
CUIDADO CORPORAL
Cuidado corporal: () Independente (X) Dependente () Parcialmente dependente. Observações:
Higiene corporal: (X) Satisfatória () Insatisfatória Higiene Corporal: () Satisfatória () Insatisfatória
Limitação física: (X) Acamado () Cadeim de rodas () Outros:
SONO E REPOUSO
(X) Preservado () Insônia () Dorma durante o dia () Sono interrompido. Observações:
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL
Comunicação: (X) Preservada () Prejudicada Sentimentos e comportamentos: () Cooperativo () Medo;
() Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE
Tipo: () Praticante () Não praticante. Observações:
INTERCORRÊNCIAS



Carimbo e Assinatura da Enfermeira:

Dr. Valério de Carvalho
ENFERMEIRA
AREN - PO 349.001

DATA: 13/07/2016

HORA:



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

12.07.16

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Emanuel Almeida da Rocha Sexo: M Leito: 5-2 Setor: Atendimento

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: 98 °C; P: 72 bpm; FR: 18 rpm; PA: 120/80 mmHg; FC: 98 bpm; SPO2: 98 %
HGT: 1,70 m; Peso: 70 Kg; Altura: 1,70 cm; Dor: () Local: Obs:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:



3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: (X) Consciente () Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outros

GLASGOW (3-15):

Drugs (Sedação/Analgesia):

Pupilas: (X) Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () Míclínticas

Mobilidade Física: () Preservada () Parosia () Plegia () Parosia Local Preservada

Linguagem: () Qual? () Disfonia () Afasia () Distúrbio () Disartria

Obs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: (X) Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % Sat () Traqueostomia () Aym/Tubo T

() VMI () VMI TOT n° Connexura labial n° FIO2 % PEEP cmH2O

(X) Eupnéia () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispneia () Outros

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: () Diminuído () D () E

Ruídos adventícios: () Roncos () Sibilos () Estridor () Outros

Tosse: (X) Improdutiva () Produtiva Expectoração: () Quantidade e aspecto

Aspiração: Quantidade e aspecto: Obs: Dreno de tórax: () D () E () Solo d'água

Data da inserção do dreno: 12/07/16 Aspecto da drenagem torácica:

Gasometria arterial: PH 7,38 PCO2 35 PO2 95 HCO3 22 EB -2 SpO2 98 Data: 12/07/16 Hora: 14h

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração: () Tato () Audição () Tato () Olfato () Paladar Observação:

SEGURANÇA FÍSICA

(X) Tranquilo () Agitado () Agressivo (X) Risco de queda Observação:

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

Pulso: (X) Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme () Cheio



Pele: ☒ Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.
Tempo do enchimento capilar: () ≤ 3 segundos () > 3 segundos () Turgência jugular: ()
Drogas vasoativas: () Quais? Fretcardiologia ()
Ausculta cardíaca: () Rítmica () Arritmica () Sopros () Outros. Marcapasso: () Transitório () Definitivo
Cateter vascular: ☒ Periférico () Central () Dissecção. Localização: ASD / Data da punção: /
Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)
Tipos somático: ☒ Nutrido () Emagrecido () Caguético () Obeso.
Dentição: ☒ Completa () Incompleta () Prótese.
Alimentação: ☒ SVO () SNG () SNE () Gastronomia () Jejunostomia () RPT. Hora: Date: / /
Alterações: () Anorexia () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirese () Outros:
Abdômen: ☒ Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:
RHA: ☒ Normotivos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados
Eliminação intestinal: ☒ Normal () Líquida () Constipada há dias () Outros:
Eliminação urinária: ☒ Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematúria () SVO: Débil nítido.
Aspectos: () Outros: Observações:
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA
Condição da pele: () Inteira () Ressecada () Equimoses () Hematomas ☒ Escoriações () Outros:
Coloração da pele: ☒ Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica Turgor da pele: () Preservado
Condições das mucosas: ☒ Úmidas () Secas Manifestações de sede: ()
Inclinação cirúrgica: () Local/Aspecto: Wound externo / Sanguinolento Curativo em: 12.02.16
Dreno: () Tipo/Aspecto: Débito: Rolado em: / /
Úlcera de pressão: () Estágio: Local: Descrição: Curativo: / /
CUIDADO CORPORAL
Cuidado corporal: () Independente ☒ Dependente () Parcialmente dependente. Observações:
Higiene corporal: ☒ Satisfatória () Insatisfatória Higiene corporal: () Satisfatória () Insatisfatória.
Limitação física: ☒ Camado () Cadeira de rodas () Outros:
SONO E REPOUSO
☒ Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono interrompido. Observações:
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS
COMUNICAÇÃO, GREGARIA E SEGURANÇA EMOCIONAL
Comunicação: ☒ Preservada () Prajudicada Sentimentos e comportamentos: ☒ Cooperativo () Medo: () Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE
Tipos: ☒ Religioso - católico () Praticante () Não praticante. Observações:
<i>católico SJC paciente</i> INTERCORRÊNCIAS
<i>Solicitado e realizado CH, com.</i>
COMPREV COMPREV-SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A 26 OUT. 2017 PROTOCOLO AG-JOÃO PESSOA
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: <i>Carimbo SUELIO MOREIRA TORRES</i> DATA: 12.02.16 HORA: 17



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Emmanuel Almeida da Silva Registro: 23.0m/02 Leitor: 05/02 Setor Atual: Intensiv

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: 98 P: 72 bpm: 98 FR: 18 bpm: 98 PA: 120/80 mmHg: 98 FC: 98 bpm: 98 SPO2: 98 %
HGT: 170 mg/dl: 170 Peso: 70 Kg: 70 Altura: 170 cm Dor: () Local: () Obs: ()

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:



3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: ☒ Consciente ☐ Orientado ☐ Confuso ☐ Letárgico ☐ Torporoso ☐ Comatose ☐ O

GLASGOW (3-15):

Drugs (Sedação/Analgesia):

Pupilas: ☒ Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐ D>E ☐ E>D ☐ Fotoirreagentes ☐ Mióticas ☐ Miátricas

Mobilidade Física: ☐ Preservada ☐ Paresia ☐ Plegia ☐ Parestesia Local

Linguagem: ☐ Qual? ☐ Distúrbio ☐ Afasia ☐ Disfasia ☐ Disortria

Obs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: ☒ Espontânea ☐ Cateter Nasal ☐ Venturi ☐ % ☐ l/min ☐ Traqueostomia ☐ Ayre/Tubo T

☐ VANI ☐ VNI TOT n° ☐ Conexão lateral n° ☐ FiO2 ☐ % FEEP ☐ cmH2O

☒ Eupnéia ☐ Taquipnéia ☐ Bradipnéia ☐ Dispnéia ☐ Outros:

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: ☐ Diminuídos ☐ ID ☐ IE

Ruidos adventícios: ☐ Roncos ☐ Sibilos ☐ Estridor ☐ Outros:

Tosse: ☐ Improdutiva ☐ Produtiva ☐ Expectoração: ☐ Quantidade e aspecto:

Aspiração: Quantidade e aspecto: ☐ Dreno de tórax: ☐ ID ☐ IE ☐ Selo d'água:

Data da inserção do dreno: ☐ / ☐ / ☐ Aspecto da drenagem torácica:

Gasometria arterial: PH ☐ PCO2 ☐ PO2 ☐ HCO3 ☐ EB ☐ SpO2 ☐ Data: ☐ / ☐ / ☐ Hora: ☐ : ☐ : ☐

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração: ☐ Visão ☐ Audição ☐ Tato ☐ Olfato ☐ Paladar Observação:

SEGURANÇA FÍSICA

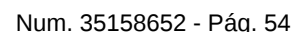
☒ Tranquilo ☐ Agitado ☐ Agressivo ☐ Risco de queda Observação:

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

Pulso: ☒ Regular ☐ Irregular ☐ Impalpável ☐ Filiforme ☐ Choio.



COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.
25 OUT. 2017
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA



Diagnóstico

10. Excep. gela (E) + 10 lux exp. m/s

LEITO 9-3

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO MÉDICA

Paciente	Comunidade	Alcance	Leito	Convênio
1. DATA INÍCIO	Prescrição Médica	Horário	8h	Evolução Médica
2. SPO2 95% ESPOCIL EV 200		8h		
3. DIFERENÇA SPO2/MIN. ULTIMA. 1 AGO EV 0705		12h		REG. subseq. al distúrbios
4. TRATIL 20 mg + AD - EV 12/12h - SUCRO		12h		F.O. em repouso, al. adu.
5. OMEPRAZOL 40mg - 01 FA / 12h		12h		sem repouso.
6. ANALGÉSICO SUCRO - 10mg. + AD EV 8/12h SM		12h		ADNV. de
7. TRAMADOL 100mg/ml. 01 amp. + SPO2 95% 100ml EV 8/12h SM		12h		5.
8. CLONIDINA 0,2mg - 01 amp. + SPO2 95% 100ml EV 8/12h SM		12h		Cid. VPM.
9. CLONIDINA 0,2mg - 01 amp. + SPO2 95% 100ml EV 8/12h SM		12h		C. Gordo: pot. al. reatividade de
10. CLONIDINA 0,2mg - 01 amp. + SPO2 95% 100ml EV 8/12h SM		12h		AT 95 EV 100ml al. SUCRO no AVP
11. SENTA 200mg EV 12/12h		12h		Sueta AVC.
12. DESCAROL 80mg EV 8/12h		12h		CONV. / AVC.
13. PARACET. C. Gordo		12h		CONV. / AVC.
14. PARACET. C. Gordo		12h		CONV. / AVC.
15. PARACET. C. Gordo		12h		CONV. / AVC.
16. PARACET. C. Gordo		12h		CONV. / AVC.
17. PARACET. C. Gordo		12h		CONV. / AVC.
18. PARACET. C. Gordo		12h		CONV. / AVC.
19. PARACET. C. Gordo		12h		CONV. / AVC.
20. PARACET. C. Gordo		12h		CONV. / AVC.
21. PARACET. C. Gordo		12h		CONV. / AVC.
22. PARACET. C. Gordo		12h		CONV. / AVC.
23. PARACET. C. Gordo		12h		CONV. / AVC.
24. PARACET. C. Gordo		12h		CONV. / AVC.
25. PARACET. C. Gordo		12h		CONV. / AVC.

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

25 OUT 2017

PROTOCOLO
AG. JOAO DE SOUZA

Alta hospitalar - Vici

Resumo

Dr. Ricardo

Médico Responsável

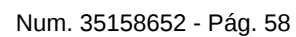
Assinatura

Data	Hora	Idade	Sexo	RA	Diagnóstico	Observações / Tratamento	Assinatura
18.07.2016	08:00	36	M		82	Paciente consciente, orientado, medicado com Tetraciclina, acaloria, brônquitos e asma, segundo o quadro de diagnóstico.	[Assinatura]
18.07.2016		36.5	M				[Assinatura]


 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
 28 OUT. 2017
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA



COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.
26 OUT 2017
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA



9-3

DIAGNÓSTICO

PO + RACIA
PO + RACIA - EXP TAV3
PO + RACIA - EXP TAV3

OPERAÇÃO DE TRANSPLANTE DE FÍGADO

Paciente	Enfermeiro	Alimentar	Leito	Convênio
9-3	Enfermeiro Almeida	3	3	Convênio
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica	
10/10/17	1. Dieta 20mg 2. 24K 1500ml EV 24h SF 0,9% 2000ml 3. Duplo 02ml + AD EV 08/06h 4. Tiothi 20mg + AD EV 12/12h 5. Omeprazol 40mg EV 12/12h 6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/2h SN 7. Hidradion 01 FA + AD EV 8/2h SN 8. Clozina 40mg SC 12h 9. SSVI + CCG	10h 30min 11h 30min 12h 30min 13h 30min 14h 30min 15h 30min 16h 30min 17h 30min 18h 30min 19h 30min 20h 30min 21h 30min 22h 30min 23h 30min 24h 30min	60K 16000 60K 16000 60K 16000 60K 16000 60K 16000 60K 16000 60K 16000 60K 16000 60K 16000 60K 16000 60K 16000 60K 16000 60K 16000 60K 16000 60K 16000	
11/10/17	10. Medicação 8mg OHA EV 8/2h 11. Clavato 600mg EV 8/2h 12. Genta 40mg EV 12/12h 13. Curativo 14. Mt. C. 200 - 01 PA	10h 30min 11h 30min 12h 30min 13h 30min 14h 30min 15h 30min 16h 30min 17h 30min 18h 30min 19h 30min 20h 30min 21h 30min 22h 30min 23h 30min 24h 30min	60K 16000 60K 16000 60K 16000 60K 16000 60K 16000 60K 16000 60K 16000 60K 16000 60K 16000 60K 16000 60K 16000 60K 16000 60K 16000 60K 16000 60K 16000	

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A
25 OUT. 2017
A Q. P. J. O. C. O. S. O. A.

DIAGNOSTICO

Dox bone
Es max sup tny
Fr. at. f. d. 12/12

UNIA DE PATOLOGIA CLINICA

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

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A
2A OUT. 2017
AG. PROTOCOLO
COAO PESSOA



15.02.16

Pr. 120.80

Pracista estadual tem
quinta de ele no
momento.
Preço de 120.80
enfermagem m.c.p.m

21 de 10:10 x 80 mmHg. Relativa
de



atendimento

Juncoas N. P. 2012

10/21

21 de 10:10 x 80 mmHg. Relativa
de

10/21



[illegible]

10/16

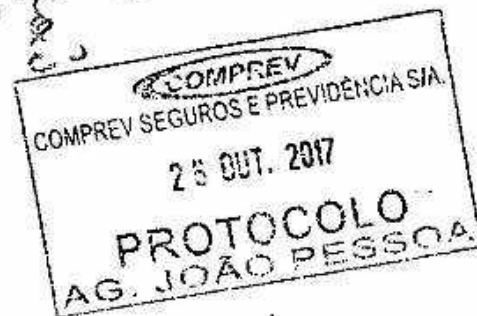
19.0

Paciente evoluiu satisfatoriamente
no pós-operatório, melhora
evoluindo no MM Superior
melhora do sangramento
melhora da pele no edema
do membro superior. bom

14 Paciente evoluiu satisfatoriamente
no pós-operatório, melhora
evoluindo no MM Superior
melhora do sangramento
melhora da pele no edema
do membro superior. bom

13 Paciente evoluiu satisfatoriamente
no pós-operatório, melhora
evoluindo no MM Superior
melhora do sangramento
melhora da pele no edema
do membro superior. bom

12 Paciente evoluiu satisfatoriamente
no pós-operatório, melhora
evoluindo no MM Superior
melhora do sangramento
melhora da pele no edema
do membro superior. bom



Assinado eletronicamente

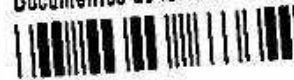
19/10/2020, 14h

19/10/2020

(10/10/2020) 14h
Assinado eletronicamente
19/10/2020, 14h



Documentos de identificação



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO
Nº 20100613381821700000033598370
PARTIDO NACIONAL DO BRASIL

NOME: JOSSILTON FARIAS PEREIRA

DOC. IDENTIFICADOR / DATA DE EMISSÃO DE: 2813011 SSP PB

CPF: 057.341.444-29 DATA NASCIMENTO: 19/12/1982

PERFIL: JOÃO SEBASTIÃO PEREIRA
VERA LUCIA FARIAS PEREIRA

PERMISSÃO: ☒ FISCAL ☐ AGO ☐ CALHAIA

VALIDADE: 30/10/2017 07/05/2013

Nº PROTOCOLO: 05771128193

ASSINATURA DO PORTADOR: *João Sebastião Pereira*

LOCAL: CAMPINA GRANDE, PE DATA DE EMISSÃO: 27/05/2014

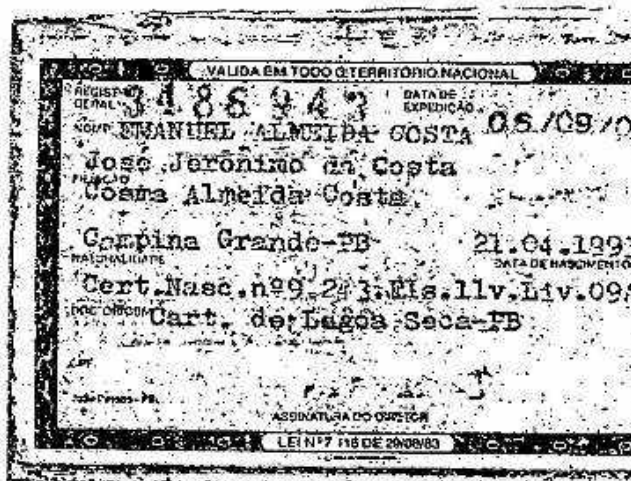
ASSINATURA DO EMISSOR: *Ricardo Carneiro* 44468007919
PB028659090

894449041

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
25 OUT. 2017
PROTOCOLO
AG JOÃO PESSOA

6





Documentos de Identificacao



**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): **EMANUEL ALMEIDA COSTA** Sinistro: **3170583340** Data: **10/07/2016**

Endereço do(a) Examinado(a): **RUA FREI CLEMENTINO, 119 - CENTRO - Lagoa Seca - PB - CEP 58117-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PB**] **3486943**

Data local do exame: [**23/11/2017**] **Campina Grande** [**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 DE BACIA, LUXAÇÃO EXPOSTA DO TORNOZELO ESQUERDO, FRATURA DO CÔNDILO FEMURAL ESQUERDO, LESÃO DO TENDÃO QUÁDRICEPS. PREÇÃO DE CICATRIZES, RETRAÇÕES E ATROFIAS

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.
PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO NO DIA 10/07/2017, COLISÃO MOTO-CARRO: SENDO SOCORRIDO PELO SAMU AO HOSPITAL DE TRAUMA DE CAMPINA GRANDE -PB, ONDE FOI REALIZADO EXAMES DE IMAGENS CONSTATANDO FRATURA DE BACIA, LUXAÇÃO EXPOSTA DO TORNOZELO ESQUERDO, FRATURA DO CÔNDILO FEMURAL ESQUERDO, LESÃO DO TENDÃO QUÁDRICEPS. SENDO REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO, MEDICAMENTOSO, FISIOTERAPIA. RECEBENDO ALTA NO DIA 19/07/2017. APRESENTA LIMITAÇÃO FUNCIONAL COM REDUÇÃO DE AMPLITUDE DE MOVIMENTO, DEFICIT DE 100 GRAUS DE FLEXÃO.

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.

APRESENTA LIMITAÇÃO FUNCIONAL COM REDUÇÃO DE AMPLITUDE DE MOVIMENTO, DEFICIT DE 100 GRAUS DE FLEXÃO.

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções 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, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

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

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "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):

JOELHO ESQUERDO

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio (**X**) 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):

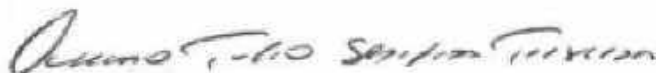
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

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.

LESÃO LIGAMENTAR DE JOELHO ESQUERDO, COM INSTABILIDADE ARTICULAR



Luciano Tulio Serafim Teixeira - CRM: 7872 - PB



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0415676/17
Vítima: EMANUEL ALMEIDA COSTA
CPF: 104.919.984-73

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 10/07/2016
Titular do CPF: EMANUEL ALMEIDA COSTA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

Outros



EMANUEL ALMEIDA COSTA : 104.919.984-73

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

JOSEILTON FARIAS PEREIRA : 067.341.444-29

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 26/10/2017
Nome: JOSEILTON FARIAS PEREIRA
CPF/CNPJ: 067.341.444-29

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/10/2017
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

JOSEILTON FARIAS PEREIRA

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170583340 **Cidade:** Lagoa Seca **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EMANUEL ALMEIDA COSTA **Data do acidente:** 10/07/2016 **Seguradora:** BRADESCO AUTO/RE
COMPANHIA DE SEG

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/11/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: Luxação exposta de tornozelo esquerdo

Resultados terapêuticos: Não há como definir ou prever com acurácia a existência de limitação funcional permanente e insusceptível a terapêutica a partir da documentação fornecida.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: Encaminhado à perícia para melhor apuração e valoração fidedigna das possíveis sequelas insusceptíveis à terapêutica nos moldes previstos pela legislação vigente.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: CARLOS MIRANDA CHAGAS

CRM do médico: 52.34765-8

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170583340 **Cidade:** Lagoa Seca **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EMANUEL ALMEIDA COSTA **Data do acidente:** 10/07/2016 **Seguradora:** BRADESCO AUTO/RE
COMPANHIA DE SEG

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE BACIA, LUXAÇÃO EXPOSTA DO TORNOZELO ESQUERDO, FRATURA DO CÔNDILO FEMURAL ESQUERDO, LESÃO DO TENDÃO QUÁDRICEPS

Descrição do exame médico pericial: PRESENÇA DE CICATRIZES, RETRAÇÕES E ATROFIAS APRESENTA LIMITAÇÃO FUNCIONAL COM REDUÇÃO DE AMPLITUDE DE MOVIMENTO DO JOELHO, DEFICIT DE 100 GRAUS DE FLEXÃO.

Resultados terapêuticos: PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO NO DIA 10/07/2017, COLISÃO MOTO-CARRO; SENDO SOCORRIDO PELO SAMU AO HOSPITAL DE TRAUMA DE CAMPINA GRANDE -PB, ONDE FOI REALIZADO EXAMES DE IMAGENS CONSTATANDO FRATURA DE BACIA, LUXAÇÃO EXPOSTA DO TORNOZELO ESQUERDO, FRATURA DO CÔNDILO FEMURAL ESQUERDO, LESÃO DO TENDÃO QUÁDRICEPS. SENDO REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO, MEDICAMENTOSO, FISIOTERAPIA. RECEBENDO ALTA NO DIA 19/07/2017.

Sequelas permanentes: Limitação funcional grave do joelho esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 23/11/2017

Conduta mantida:

Observações: LESÃO LIGAMENTAR DE JOELHO ESQUERDO, COM INSTABILIDADE ARTICULAR.
Indenização em grau intenso do joelho devido a instabilidade articular e limitação da flexão articular.
Procedida avaliação médica na cidade de Campina Grande.

Médico examinador: Luciano Tulio Serafim Teixeira

CRM do médico: 7872

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 completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PRESTADOR

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: JULIO O MOZES

CRM do médico: 20462

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:





PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: EMANUEL ALMEIDA COSTA, brasileiro(a), estado civil: SOLTEIRO
 Profissão: NECUSO, portador(a) do RG 34.869.47, órgão expedidor SSP-P
 e do CPF: 104-919-984.73, residente no(a) NA RUA - FINEI CLEMENTINO
 nº 119, bairro: CENTRO, município: LAGOA SECA - PB.

OUTORGADO:

Nome: JOSEILTON FARIAS PEREIRA brasileiro(a), estado civil: SOLTEIRO
 Profissão: NECUSO, portador(a) do RG 28-13-011, órgão expedidor SSP-P
 e do CPF: 069.341.444.29, residente no(a) RUA - UNIAO N=157
 nº 157, bairro: CENTRO, município: LAGOA SECA - PB.

PODERES: pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, a fim de que o outorgado dê entrada em meu pedido de indenização do seguro DPVAT a ser creditada em conta bancária de minha titularidade conforme ficha de Autorização de Pagamento e poderes para acompanhar toda a tramitação do referido processo junto a esta seguradora, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar, enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima EMANUEL ALMEIDA COSTA.

Local e Data: Campina Grande - PB 30/10/2017

2º CARTÓRIO

Assinatura do outorgante
 (Reconhecer firma por autenticidade)

2º Cartório de Notas de Campina Grande - PB
 Tabellão: Morte do Fátima (Morte) (Morte)
 Praça da Bandeira, 100, Centro - Campina Grande - PB
 (071) 3325-4399 - 2016-01-09

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:
 EMANUEL ALMEIDA COSTA
 Dou fe: Campina Grande/PB - 01/10/2017
 Escrevente: VIVIANE CLEVIDIA DE SOUSA CAITANO
 Selo Digital: AFX06878-3H2M
 Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>
 Emol R\$ 9,23 ISS R\$ 0,46 FARPEN R\$ 0,27 MP R\$ 0,15 FEPJ R\$ 1,12

Viviane Clevidia de Sousa Caitano
 Escrevente Autorizada

