Seguradora Líder • DPVAT

Rio de Janeiro, 23 de Dezembro de 2016

Carta n°: 10235424

A/C: JOSE CLAUDIO SOARES DOS SANTOS

Sinistro/Aviso Sinistro Líder:	**3160747275 ASL-1200838/16**
Vitima:	**JOSE CLAUDIO SOARES DOS SANTOS**
Data Acidente:	**23/03/2016**
Natureza:	**INVALIDEZ**
Procurador:	

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **01/12/2016** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **23/03/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Comprovação de ato declaratório faltando
página

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

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

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00237/00238 - carta_03
00060119

Seguradora Líder · DPVAT

Rio de Janeiro, 23 de Dezembro de 2016

Carta n°: 10235460

A/C: JOSE CLAUDIO SOARES DOS SANTOS

Sinistro/Aviso Sinistro Líder:	**3160747275 ASL-1200838/16**
Vitima:	**JOSE CLAUDIO SOARES DOS SANTOS**
Data Acidente:	**23/03/2016**
Natureza:	**INVALIDEZ**
Procurador:	

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.dpvatsegurodotransito.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.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01049/01050 - carta_01
00020525

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 29 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: **JOSE CLAUDIO SOARES DOS SANTOS**

Nº Sinistro: **3180045725**
Vitima: **JOSE CLAUDIO SOARES DOS SANTOS**
Data do Acidente: **23/03/2016**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180045725**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovante de residência não conclusivo
- Comprovação de ato declaratório faltando
página

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00715/00716 - carta_03 - INVALIDEZ
00070358
Carta nº 12304201

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 29 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: **JOSE CLAUDIO SOARES DOS SANTOS**

Nº Sinistro: **3180045725**
Vitima: **JOSE CLAUDIO SOARES DOS SANTOS**
Data do Acidente: **23/03/2016**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180045725.**

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01961/01962 - carta_01 - INVALIDEZ
00020981
Carta nº 12304471

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 07 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **JOSE CLAUDIO SOARES DOS SANTOS**

Sinistro: **3180045725**
Vítima: **JOSE CLAUDIO SOARES DOS SANTOS**
Data do Acidente: **23/03/2016**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180045725** foi **interrompido,** em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00637/00638 - carta_02 - INVALIDEZ
00050319
Carta nº 12759721

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 08 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: **JOSE CLAUDIO SOARES DOS SANTOS**

Nº Sinistro: **3180045725**
Vitima: **JOSE CLAUDIO SOARES DOS SANTOS**
Data do Acidente: **23/03/2016**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180045725**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00419/00420 - carta_03 - INVALIDEZ
00060210
Carta nº 12935987

Seguradora LÍDER

AUTORIZAÇÃO DE PA DOCUMENTO 1 *T1%* **AT**

Nº DO SINISTRO _____ CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU, JOSÉ CLAUDIO SOARES DOS SANTOS

PORTADOR(A) DO RG Nº 44.829 EXPEDIDO POR SSP/PB EM 28/01/2003 E

CPF 025051264-53 /CNPJ ___-___-___-___, PROFISSÃO APOSENTADO

E RENDA MENSAL DE R$ 880,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA O PRÓPIO (O MESMO), AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

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

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

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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)
Nº do BANCO 001 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1617-9 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 37.317-6

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

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

João Pessoa, 16 de Novembro de 2016
LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de **R$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de **até R$13.500,00 em caso de invalidez permanente** (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de cálculo prevista na Lei 11.945/2009) e reembolso de até R$ 2.700,00 em caso de despesas médico hospitalares.

SEGURADORA LIDER DPVAT 4 8 01/12/2016 11:19:11 0000004557

c/c

SEGURADORA LIDER [PUAT 4 & 01/12/2016 11:07 - 00000001583

Seguradora LÍDER

AUTORIZAÇÃO DE PA Autorizacao de pagamento **AT**

Nº DO SINISTRO _____ CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU, JOSÉ CLAUDIO SOARES DOS SANTOS

PORTADOR(A) DO RG Nº 44.829 EXPEDIDO POR SSP/PB EM 28/01/2003 E

CPF 025051264-53 /CNPJ ___-___-___-___, PROFISSÃO APOSENTADO

E RENDA MENSAL DE R$ 880,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA O PRÓPRIO (O MESMO), AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

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

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

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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)
Nº do BANCO 001 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1617-9 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 37.317-6

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

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

João Pessoa, 16 de Novembro de 2016

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de **R$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até **R$13.500,00 em caso de invalidez permanente** (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de [illegible]

SEG-IRMPAR LIDER DPVAT 4 2 01/12/2016 11:[illegible]

c/c

SSP/PROPA LIGER (PUBT 4 & 01/12/2016 11:07 - 0000050150)

--- Imprimir Boletos ---

DETRAN-PB Departamento Estadual de Transito da Paraíba

DEMONSTRATIVO DOS PAGAMENTOS Usuário

Nome	CPF/CNPJ	NossoNúmero
JOSE CLAUDIO SOARES DOS SANTOS	02505126453	2017061630010595

Placa	Chassi	Código Renavan	Data Vencimento	Data Emissão	Valor Documento
MNI1138	8AFER13D7XJ104403	722361823	30/06/2017	16/06/2017	423,01

Discriminação dos Débitos: Multas:

LICENCIAMENTO 2016	140,22
BOMBEIRO 2016	21,03
LIC.ATRAS.LEI 7.656	29,43
LICENCIAMENTO 2017	140,22
BOMBEIRO 2017	21,03
SEG.OBRIGATORIO 2017	71,08

Na Estrada da vida, não de carona para a dengue.

16/06/2017

DETRAN - Departamento Estadual de Transito da Paraíba **Usuário/DETRAN**

Nome	CPF/CNPJ	NossoNúmero
JOSE CLAUDIO SOARES DOS SANTOS	02505126453	2017061630010595

Placa	Chassi	Código Renavan	Data Vencimento	Data Emissão	Valor Documento
MNI1138	8AFER13D7XJ104403	722361823	30/06/2017	16/06/2017	423,01

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

RENOVACAO DO LICENCIAMENTO ANUAL

Taxas 309,87 Multas 0,00 Bombeiros 42,06

Seguro 71,08 Contrib. Confed/Sindicato 0,00

Renovações:

2018-JAN-16 16:39 019815 1/1

Secretaria da
Segurança e da Defesa Social
Delegacia Geral de Polícia Civil
Delegacia Geral Da Polícia Civil
1ª Superintendência Regional De Polícia Civil
Central de Policia Civil de João Pessoa

DOCUMENTO 1 "T1%"

DA PARAÍBA

DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL DA CAPITAL
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGUR. E DEFESA SOCIAL

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 03244.01.2016.1.91.000

CERTIFICO, em razão de meu oficio e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 03244.01.2016.1.91.000, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: Ao(s) 19 dias do mês de Agosto de 2016, nesta cidade de João Pessoa, Central de Policia Civil de João Pessoa, presente o(a) Delegado(a) de Polícia Civil Policial, **FRANCISCO DEUSDEDIT LEITÃO FILHO**, comigo, **RIVALDO MARCOS DE SOUZA MELO**, Agente De Investigacao, às 12:11 horas, compareceu **JOSÉ CLAUDIO SOARES DOS SANTOS**, nacionalidade BRASILEIRA, profissão APOSENTADO, naturalidade João Pessoa, data de nascimento 26 de Janeiro de 1936, idade 80, filiação MARIA DA PENHA SOARES DOS SANTOS e JOSÉ SOARES DOS SANTOS, Documento - CPF: 025.051.264-53, residente R. SILVA MARIZ,579, Cruz das Armas, na cidade de João Pessoa/PB, telefone (83) 98775-3580

DADO(S) DO(S) FATO(S)

Ocorrência 1:

Data/Hora do Fato: 23/03/16 14:00

Tipo do Local: VIA/LOCAL DE ACESSO PÚBLICO (RUA, PRAÇA, ETC)

Local do Fato: [NÃO INFORMADO], Cabedelo - PB

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que , no dia 23/03/2016, por volta das 14:00, quando se encontrava de carona na carroceria da caminhonete de marca I/FORD RANGER XLT 13D, ano 1999, de cor AZUL, placa MNI1138/PB, CHASSI: 8AFER13D7XJ104403, Registrada em nome do notificante, Por uma rua no Bairro de Intermares-bairro Cabedelo/PB, quando o veiculo em que ia de carona deu marcha a Ré, e o notificante perdeu o equilíbrio caindo ao solo,e em decorrência desse fato sofreu FRATURA TRANSTROCANTERIANA DO FÊMUR DIREITO, Sendo conduzido ao Hospital de Emergência e Truama Senador Humberto Lucena, nesta capital.

Nada mais havendo a declarar, foi cientificado o declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa (PB) 19 de Agosto de 2016

JOSÉ CLAUDIO SOARES DOS SANTOS
Noticiante

RIVALDO MARCOS DE SOUZA MELO
Agente De Investigacao

SOUTO
Segurança Empresarial e Registral
Bairro Maria Angela Souto Cardoso
Recife

1º OFÍCIO DE NOTAS
1º TABELIONATO DE PROTESTOS
PRAÇA DEP. ANTÔNIO CENTRO
CEP: 58013-011 - JOÃO PESSOA - PB
FONE (83) 3241-3040 - FAX (83) 3241-5220

Autentico a presente copia, reprodução fiel do original que me foi apresentado. Em testemunho da verdade.
João Pessoa-PB 24/11/2016 14:07:39
Carlos Antonio da S. Torres - Escrevente
[2016-085246] EMOL:R$ 2,12 FARPEN:R$ 0,25 FEPJ:R$ 0,42 ISS:R$ 0,11
SELO DIGITAL: AED43850-LPYR
Confira a autenticidade em https://selodigital.tjpb.jus.br

Carlos Antonio da Silva Torres
SOUTO
Segurança Empresarial e Registral

Procedimento: 03244.01.2016.1.91.000

SECRETARIA LIDER DPANT 4 @ 01/12/2016 11:06 - 000000501567

Secretaria de
Segurança e da Defesa Social
Delegacia Geral de Policia Civil
Delegacia Geral Da Policia Civil
1ª Superintendência Regional De Polícia Civil
Central de Policia Civil de João Pessoa

Boletim de ocorrencia

DA PARAÍBA

DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL DA CAPITAL
SEC. DE EST. DA SEGUR. E DEFESA SOCIAL

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 03244.01.2016.1.91.000

CERTIFICO, em razão de meu oficio e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 03244.01.2016.1.91.000, cujo teor agora passo a transcrever na integra: Ao(s) 19 dias do mês de Agosto de 2016, nesta cidade de João Pessoa, Central de Policia Civil de João Pessoa, presente o(a) Delegado(a) de Policia Civil Policial, **FRANCISCO DEUSDEDIT LEITÃO FILHO**, comigo, **RIVALDO MARCOS DE SOUZA MELO**, Agente De Investigacao, às 12:11 horas, compareceu **JOSÉ CLAUDIO SOARES DOS SANTOS**, nacionalidade BRASILEIRA, profissão APOSENTADO, naturalidade João Pessoa, data de nascimento 26 de Janeiro de 1936, idade 80, filiação MARIA DA PENHA SOARES DOS SANTOS e JOSÉ SOARES DOS SANTOS, Documento - CPF: 025.051.264-53, residente R. SILVA MARIZ,579, Cruz das Armas, na cidade de João Pessoa/PB, telefone (83) 98775-3580

DADO(S) DO(S) FATO(S)

Ocorrência 1:

Data/Hora do Fato: 23/03/16 14:00

Tipo do Local: VIA/LOCAL DE ACESSO PÚBLICO (RUA, PRAÇA, ETC)

Local do Fato: [NÃO INFORMADO], Cabedelo - PB

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que , no dia 23/03/2016, por volta das 14:00, quando se encontrava de carona na carroceria da caminhonete de marca I/FORD RANGER XLT 13D, ano 1999, de cor AZUL, placa MNI1138/PB, CHASSI: 8AFER13D7XJ104403, Registrada em nome do notificante, Por uma rua no Bairro de Intermares-bairro Cabedelo/PB, quando o veiculo em que ia de carona deu marcha a Ré, e o notificante perdeu o equilibrio caindo ao solo,e em decorrência desse fato sofreu FRATURA TRANSTROCANTERIANA DO FÉMUR DIREITO, Sendo conduzido ao Hospital de Emergência e Truama Senador Humberto Lucena, nesta capital.

Nada mais havendo a declarar, foi cientificado o declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa (PB) 19 de Agosto de 2016

JOSÉ CLAUDIO SOARES DOS SANTOS
Noticiante

RIVALDO MARCOS DE SOUZA MELO
Agente De Investigacao

SOUTO
Carlos Antonio da Silva Torres
SOUTO

Autentico a presente copia, reprodução fiel do original que me foi apresentado. Em testemunho da verdade.
João Pessoa-PB 24/11/2016 14:07:30
Carlos Antonio da S. Torres - Escrevente
[2016-085246] EMOL:R$ 2,12 FAPEN:R$ 0,25 TFJ:R$ 0,41 TFDJ:R$ 0,11
SELO DIGITAL: AED43850-LPRS
Confira a autenticidade em https://selodigital.tjpb.jus.br

Procedimento: 03244.01.2016.1.91.000

SECRETARIA 1.DISTR. OPUNT 4 8 01/12/2016 11:06 - 0300050015:67

Secretaria da
Segurança e da Defesa Social
Delegacia Geral de Polícia Civil
Delegacia Geral Da Polícia Civil
1ª Superintendência Regional De Polícia Civil
Central de Policia Civil de João Pessoa

GOVERNO DA PARAÍBA

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 03244.01.2016.1.91.000

CERTIFICO, em razão de meu oficio e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 03244.01.2016.1.91.000, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: Ao(s) 19 dias do mês de Agosto de 2016, nesta cidade de João Pessoa, Central de Policia Civil de João Pessoa, presente o(a) Delegado(a) de Polícia Civil Policial, **FRANCISCO DEUSDEDIT LEITãO FILHO**, comigo, **RIVALDO MARCOS DE SOUZA MELO**, Agente De Investigacao, às 12:11 horas, compareceu **JOSÉ CLAUDIO SOARES DOS SANTOS**, nacionalidade BRASILEIRA, profissão APOSENTADO, naturalidade João Pessoa, data de nascimento 26 de Janeiro de 1936, idade 80, filiação MARIA DA PENHA SOARES DOS SANTOS e JOSÉ SOARES DOS SANTOS, Documento - CPF: 025.051.264-53, residente R. SILVA MARIZ,579, Cruz das Armas, na cidade de João Pessoa/PB, telefone (83) 98775-3580

DADO(S) DO(S) FATO(S)

Ocorrência 1:

Data/Hora do Fato:	23/03/16 14:00
Tipo do Local:	VIA/LOCAL DE ACESSO PÚBLICO (RUA, PRAÇA, ETC)
Local do Fato:	[NÃO INFORMADO], Cabedelo - PB

Boletim de ocorrencia

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que , no dia 23/03/2016, por volta das 14:00, quando se encontrava de carona na carroceria da caminhonete de marca I/FORD RANGER XLT 13D, ano 1999, de cor AZUL, placa MNI1138/PB, CHASSI: 8AFER13D7XJ104403, Registrada em nome do notificante, Por uma rua no Bairro de Intermares-bairro Cabedelo/PB, quando o veiculo em que ia de carona deu marcha a Ré, e o notificante perdeu o equilíbrio caindo ao solo,e em decorrência desse fato sofreu FRATURA TRANSTROCANTERIANA DO FÊMUR DIREITO, Sendo conduzido ao Hospital de Emergência e Truama Senador Humberto Lucena, nesta capital.

Nada mais havendo a declarar, foi cientificado o declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa (PB) 19 de Agosto de 2016

JOSÉ CLAUDIO SOARES DOS SANTOS
Noticiante

RIVALDO MARCOS DE SOUZA MELO
Agente De Investigacao

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE

DOCUMENTO 2 *T2%*

Eu, JOSÉ CLAUDIO SOARES DOS SANTOS, portador da carteira de identidade nº 44.829 e inscrito no CPF/MF sob o nº 025.051.264-53 residente e domiciliado na RUA SILVA MARIZ, Nº 579 - BAIRRO CRUZ DAS ARMAS Cidade João Pessoa, Estado PARAÍBA, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

(X) 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

João Pessoa, 16 de novembro 2016.

Local e data

SEGURADORA LIDER DPVAT 4 % 01/12/2016 11:07 - 0000005015584

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE Declaracao de Inexistencia de i

Eu, JOSÉ CLAUDIO SOARES DOS SANTOS, portador da carteira de identidade nº 44.829 e inscrito no CPF/MF sob o nº 025.051.264-53 residente e domiciliado na RUA SILVA MARIZ, Nº 579 - BAIRRO CRUZ DAS ARMAS Cidade João Pessoa, Estado PARAÍBA, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

(X) 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

João Pessoa, 16 de novembro 2016.

Local e data

SEGURADORA LIDER DPVAT 4 % 01/12/2016 11:07 - 00000501584

DOCUMENTO 1 "T1%"

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

LAUDO MÉDICO

OBS: DADOS EXTRAÍDOS DO BE nº 908542 e PRONTUÁRIO nº 94178

PACIENTE: JOSÉ CLAUDIO SOARES DOS SANTOS

DATA DE NASCIMENTO: 26.01.36

Data e Hora do Atendimento: 23.03.16 **Horário: 18:36h**

MOTIVO(S) DO ATENDIMENTO: Paciente deu entrada neste hospital vítima de queda da própria altura com quadro de dor na região pélvica à direita. Atendido pelo Dr. Glauber Novais Miranda CRM 9220.

DIAGNÓSTICO INICIAL: FRATURA TRANSTROCANTERIANA DO FÊMUR DIREITO CID 10 S 72 1

RESUMO DOS PRINCIPAIS EXAMES E PROCEDIMENTO(S) REALIZADO(S): Primeiro atendimento, avaliação da traumatologia, Rx de Tórax PA e Perfil, Rx da bacia AP e Perfil, Rx da coxa direita AP e Perfil e tratamento cirúrgico com redução e fixação de fratura transtrocanteriana do fêmur direito.

ALTA HOSPITALAR: 14.04.16

CÓPIA

Dr. Glender Tércio Trindade
Auditor / HETSHL
CRM 3920 - Mat. 29031-9

Data da Emissão: 26.07.16

Dr. Glender Tércio G. G. da Trindade
Médico Auditor - HETSHL
Mat. 29.031-9 CRM 3920

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar
Para: DMU, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.

ASL-1200838/16 iso.correio801 08/02/2017 15:45:23

SEGURADORA LIDER DPVAT 4 8 01/12/2016 11:06 - 000000601549

Comprovação de ato declaratório

CRUZ VERMELHA BRASILEIRA

Receituário Médico

HEMOSUL

Venho através deste, Retificar o laudo de internamento Hospitalar do paciente José Claudio dos Santos, 80 anos,

Afirmo que o motivo do atendimento Hospitalar no dia 23/03/16, relatado pelo paciente foi: Acidente de Trânsito.

Data: 18/08/16

Médico - CRM

F(NG).CC.002-1

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

RECEBI 12 ABR 2018

Nome:

SEGURADO 11.038 BAIXI

16 ABR 2018 08:08 035867 V1

CRUZ VERMELHA BRASILEIRA

Receituário Médico

HEETSHL

Laudo médico

Paciente José Claudio S. dos Santos, 82 anos, em pós operatório tardio (abril/2016) de fratura transtrocantérica do fêmur direito, evoluindo com coxartrose pós traumática associada a claudicação e limitação funcional severa.

CID S72.1
M16

Data: 01/03/18

Médico - CRM

F(NG).CC.002-1

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

RECEBI 12 ABR 2018

Nome:

SEGURADO 1 DOR MAIS

SEGURADO 1 DOR MAIS

Secretaria da
Segurança e da Defesa Social
Delegacia Geral de Polícia Civil
Delegacia Geral Da Polícia Civil
1ª Superintendência Regional De Polícia Civil
Central de Policia Civil de João Pessoa

GOVERNO DA PARAÍBA

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 03244.01.2016.1.91.000

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 03244.01.2016.1.91.000, cujo teor agora passo a transcrever na integra: Ao(s) 19 dias do mês de Agosto de 2016, nesta cidade de João Pessoa, Central de Policia Civil de João Pessoa, presente o(a) Delegado(a) de Polícia Civil Policial, **FRANCISCO DEUSDEDIT LEITãO FILHO**, comigo, **RIVALDO MARCOS DE SOUZA MELO**, Agente De Investigacao, às 12:11 horas, compareceu **JOSÉ CLAUDIO SOARES DOS SANTOS**, nacionalidade BRASILEIRA, profissão APOSENTADO, naturalidade João Pessoa, data de nascimento 26 de Janeiro de 1936, idade 80, filiação MARIA DA PENHA SOARES DOS SANTOS e JOSÉ SOARES DOS SANTOS, Documento - CPF: 025.051.264-53, residente R. SILVA MARIZ,579, Cruz das Armas, na cidade de João Pessoa/PB, telefone (83) 98775-3580

DADO(S) DO(S) FATO(S)

Ocorrência 1:

Data/Hora do Fato: 23/03/16 14:00

Tipo do Local: VIA/LOCAL DE ACESSO PÚBLICO (RUA, PRAÇA, ETC)

Local do Fato: [NÃO INFORMADO], Cabedelo - PB

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que , no dia 23/03/2016, por volta das 14:00, quando se encontrava de carona na carroceria da caminhonete de marca I/FORD RANGER XLT 13D, ano 1999, de cor AZUL, placa MNI1138/PB, CHASSI: 8AFER13D7XJ104403, Registrada em nome do notificante, Por uma rua no Bairro de Intermares-bairro Cabedelo/PB, quando o veiculo em que ia de carona deu marcha a Ré, e o notificante perdeu o equilíbrio caindo ao solo,e em decorrência desse fato sofreu FRATURA TRANSTROCANTERIANA DO FÊMUR DIREITO, Sendo conduzido ao Hospital de Emergência e Truama Senador Humberto Lucena, nesta capital.

Nada mais havendo a declarar, foi cientificado o declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa (PB) 19 de Agosto de 2016

JOSÉ CLAUDIO SOARES DOS SANTOS
Noticiante

RIVALDO MARCOS DE SOUZA MELO
Agente De Investigacao

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
RECEBI 12 ABR 2018
Nome:

Procedimento: 03244.01.2016.1.91.000

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 04/09/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*******TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE CLAUDIO SOARES DOS SANTOS

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01617-9

CONTA: 000010037317-8

Nr. da Autenticação 1E9A07A1DCF47924

DOCUMENTO 2 *T2%*

CAGEP

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Felizardo Cirne, 230 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

437301
REFERENCIA

CONTA DE CONSUMO DE AGUA / ESGOTO E SERVICOS — JUL/2016

JOSE CLAUDIO SOARES DOS S
AV SILVA MARIZ 579
CRUZ DAS ARMAS 58085- 350
JOAO PESSOA

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias (Residencial / Comercial / Industrial / Pública)				Responsável
001.09.105.0150	0	1	0	0	0	437301

Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto
Y12N225200	11/07/2012	S	LIGADO	LIGADO

ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (m3)	NUM. DE DIAS	PROXIMA LEITURA
502	510	8	31	07/08/2016

HIST. DE CONS./ANOR. LEIT. | QUALID. DA AGUA-DECRETO 2.914/2011-MS

JAN/2016	22	0	NUMERO DE AMOSTRAS			
FEV/2016	18	32	PARAMETROS	EXIG.	ANALIS.	CONFORMES
MAR/2016	15	0	COLIFORMES	0	0	0
ABR/2016	0	32	COR	77	102	102
MAI/2016	0	32	TURBIDEZ	294	294	200
JUN/2016	10	0	COLIFORMES	294	294	294
MEDIA(M)	16		DADOS REFERENTES A:MAI/2016			

DATA DA LEITURA: 11/07/2016 HORA DA LEITURA: 11:40:21

DESCRICAO	CONSUMO	VL AGUA	VL ESGOTO	TOTAL(R$)
RESIDENCIAL CONSUMO ATE 10m	10	32,78	26,22	R$59,00
030-PARCELAMENTO				R$10.24
047-JUROS DE MORA				R$0.38
050 ACRESCIMO(S) MES(ES) ANT.				R$2.25
821-PARC DEB A COBRAR PARCEL				R$37.24

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS, R$8,90 PIS E COFINS. LEI 12.741/12

VENCIMENTO:	Total a Pagar:
23/07/2016	R$110,11

v.16.4 R. 1.0

INDICAO DE LEITURA:REALIZADA
INDICAO DO FATURAMENTO:REAL TIPO DE TARIFA:NORMAL

POSICAO DE DEB. ANTERIOR(ES)
NAO EXISTE(M) CONTA(S) ANTER. EM DEBITO.

INFORMACOES GERAIS:
PARA SUA COMODIDADE, PAGUE SUA CONTA PELA INTERNET OU DEBITO AUTOMATICO.

CAGEPA

MATRICULA	REFERENCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
437301	JUL/2016	23/07/2016	R$110,11

82680000001-8 10110010820-4 04373010720-8 16000000002-8

SEGURADO: 11068 OPUNIT 4 & 01/12/2016 11:37 - 00000501586

Comprovante de residencia

CAGEP

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Felicíano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

437301
REFERENCIA
JUL/2016

CONTA DE CONSUMO DE AGUA / ESGOTO E SERVICOS

JOSE CLAUDIO SOARES DOS S
AV SILVA MARIZ 579
CRUZ DAS ARMAS 58085-350
JOAO PESSOA

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Mista	
001.09.105.0150	0	1	0	0	0	437301

Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto
Y12N225200	11/07/2012	5	LIGADO	LIGADO

ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (m3)	NUM. DE DIAS	PROXIMA LEITURA
502	510	8	31	07/08/2016

HIST. DE CONS./ANOR. LEIT. | QUALID. DA AGUA-DECRETO 2.914/2011-MS

JAN/2016	22	0	NUMERO DE AMOSTRAS			
FEV/2016	13	32	PARAMETROS	EXIG.	ANALIS.	CONFORMES
MAR/2016	15	0	COLIFORMES	0	0	0
ABR/2016	0	32	COR	77	102	102
MAI/2016	0	32	TURBIDEZ	294	294	200
JUN/2016	10	0	COLIFORMES	294	294	294
MEDIA(M)	16		DADOS REFERENTES A:MAI/2016			

DATA DA LEITURA: 11/07/2016 HORA DA LEITURA: 11:40:21

DESCRICAO	CONSUMO	VL AGUA	VL ESGOTO	TOTAL(R$)
RESIDENCIAL CONSUMO ATE 10m	10	32,78	26,22	R$59,00
030-PARCELAMENTO				R$10.24
047-JUROS DE MORA				R$0.38
038 ACRESCIMO(S) MESCIS ANT.				R$3.25
821-PARC DEB A COBRAR PARCEL				R$37.24

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS, R$8.90 PIS E COFINS. LEI 12.741/12

VENCIMENTO:	Total a Pagar:
23/07/2016	R$110,11

v.16.4 R. 1.0

INDICAO DE LEITURA:REALIZADA
INDICAO DO FATURAMENTO:REAL TIPO DE TARIFA:NORMAL

POSICAO DE DEB. ANTERIOR(ES)
NAO EXISTE(M) CONTA(S) ANTER. EM DEBITO.

INFORMACOES GERAIS:
PARA SUA COMODIDADE, PAGUE SUA CONTA PELA INTERNET OU DEBITO AUTOMATICO.

CAGEPA

MATRICULA	REFERENCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
437301	JUL/2016	23/07/2016	R$110,11

010720-8 16000000002-8

SENHOR(A) USER DRAFT 4 R 06/12/2016 11:07 - 000000150505

Comprovante de residência

CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Felizardo Abrantes, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-67

PARA CONTATO COM A CAGEPA INFORME ESTE NÚMERO
MATRÍCULA: 437301
REFERÊNCIA: JUL/2016

CONTA DE CONSUMO DE AGUA / ESGOTO E SERVICOS

JOSE CLAUDIO SOARES DOS S
AV SILVA MARIZ 579
CRUZ DAS ARMAS 58085- 350
JOAO PESSOA

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias: Residencial	Comercial	Industrial	Outro	Responsável
001.09.105.0150	0	1	0	0	0	437301

Hidrômetro	Data da Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto
Y12N225200	11/07/2012	5	LIGADO	LIGADO

ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (m3)	NUM. DE DIAS	PROXIMA LEITURA
502	510	8	31	07/08/2016

HIST. DE CONS./ANOR. LEIT. | QUALID. DA AGUA-DECRETO 2.914/2011-MS

JAN/2016	22	0	NUMERO DE AMOSTRAS			
FEV/2016	18	32	PARAMETROS	EXIG.	ANALIS.	CONFORMES
MAR/2016	15	0	COLIFORMES	0	0	0
ABR/2016	0	32	COR	77	302	302
MAI/2016	0	32	TURBIDEZ	294	294	200
JUN/2016	10	0	COLIFORMES	294	294	294
MEDIA(M)	16		DADOS REFERENTES A:MAI/2016			

DATA DA LEITURA: 11/07/2016 HORA DA LEITURA: 11:40:21

DESCRICAO	CONSUMO	VL AGUA	VL ESGOTO	TOTAL(R$)
RESIDENCIAL CONSUMO ATE 10m	10	32,78	26,22	R$59,00
030-PARCELAMENTO				R$10.24
047-JUROS DE MORA				R$0.38
050-ACRESCIMO(S) DEC(ES) ANT.				R$0.25
821-PARC DEB A COBRAR PARCEL				R$37.24

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS, R$8,90 PIS E COFINS. LEI 12.741/12.

VENCIMENTO: 23/07/2016

Total a Pagar: R$110,11

v.16.4 R. 1.0

CONDICAO DE LEITURA:REALIZADA
CONDICAO DO FATURAMENTO:REAL TIPO DE TARIFA:NORMAL
POSICAO DE DEB. ANTERIOR(ES)
IL- EXISTE(M) CONTA(S) ANTER. EM DEBITO.

INFORMACOES GERAIS:
PARA SUA COMODIDADE, PAGUE SUA CONTA PELA INTERNET OU DEBITO AUTOMATICO.

CAGEPA

MATRÍCULA	REFERÊNCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
437301	JUL/2016	23/07/2016	R$110,11

0437301072 0 0437301072 0-8 1600000000Z-8

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
RECEBI 12 ABR 2018
Nome:

COMPROVANTE RESIDÊNCIA

Seguradora
LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

2º Correio
Posto

JOSE CLAUDIO SOARES DOS SANTOS
AV SILVA MARIZ, 579 C
CRUZ DAS ARMAS
CEP 58085350 - JOAO PESSOA - PB

SEGURADORA LIDER DPVAT

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A.
RECEBI 12 ABR 2018
Nome:

16-ABR-2018 09:47 0035066 1/1

DOCUMENTO 3 *T396*

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, JOSÉ CLAUDIO SOARES DOS SANTOS, RG nº 44 829, data de expedição 28/01/2003 Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 025.055.264-53, com domicílio na cidade de JOÃO PESSOA, no Estado de PARAÍBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) RUA SILVA MARIZ - BAIRRO CRUZ DAS ALMAS nº 579, 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 O PRÓPIO (O MESMO), cujo o condutor era SEVERINA FABIOLA MARQUES GUIMARÃES

Veículo: CAMINHONETE/ABERTA/CC DUPLA
Modelo: FORD RANGER XLT 3.3 D
Ano: 1999
Placa: MNI 3338/PB
Chassi: 8AFER13D7XJ304403
Data do Acidente: 23/03/2016
Local e Data: BAIRRO INTERMARES - CABEDELO.

Assinatura do Declarante

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

SEGURADORA LIDER SPVAT 4 & 01/12/2016 11:07 - 00000501587

Declaracao do proprietario do v

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, JOSÉ CLAUDIO SOARES DOS SANTOS,
RG nº 44 829, data de expedição 28/09/2003
Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 025.053.264-53, com domicílio na cidade de JOÃO PESSOA, no Estado de PARAÍBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) RUA SILVA MARIZ - BAIRRO CRUZ DAS ARMAS nº 579, 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 O PRÓPIO (O MESMO), cujo o condutor era SEVERINA FABIOLA MARQUES GUIMARÃES

Veículo: CAMINHONETE/ABERTA/CC DUPLA
Modelo: FORD RANGER XLT 33 D
Ano: 1999
Placa: MNI 3338/PB
Chassi: 8AFER13D7XJ304403
Data do Acidente: 23/03/2016 - BAIRRO INTERMARES - CABEDELO
Local e Data: _____

_____
Assinatura do Declarante

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

SEGURADORA LIDER JURIT 4 E 01/12/2016 11:07 - 00000050:587

Declaracao do proprietario do v

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, JOSÉ CLAUDIO SOARES DOS SANTOS,
RG nº 44 829, data de expedição 28/09/2003
Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 025.053.264-53, com domicílio na cidade de JOÃO PESSOA, no Estado de PARAÍBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) RUA SILVA MARIZ - BAIRRO CRUZ DAS ARMAS nº 579, 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 O PRÓPIO (O MESMO), cujo o condutor era SEVERINA FABIOLA MARQUES GUIMARÃES

Veículo: CAMINHONETE/ABERTA/CC DUPLA
Modelo: FORD RANGER XLT 33 D
Ano: 1999
Placa: MNI 3338/PB
Chassi: 8AFER13D7XJ304403
Data do Acidente: 23/03/2016 - BAIRRO INTERMARES - CABEDELO
Local e Data: _____

_____
Assinatura do Declarante

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

SEGURADORA LIDER JURIT 4 E 01/12/2016 11:07 - 00000050:587

DOCUMENTO 4 "T4%"

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

LAUDO MÉDICO

OBS: DADOS EXTRAÍDOS DO BE nº 908542 e PRONTUÁRIO nº 94178

PACIENTE: JOSÉ CLAUDIO SOARES DOS SANTOS

DATA DE NASCIMENTO: 26.01.36

Data e Hora do Atendimento: 23.03.16 **Horário: 18:36h**

MOTIVO(S) DO ATENDIMENTO: Paciente deu entrada neste hospital vitima de queda da própria altura com quadro de dor na região pélvica à direita. Atendido pelo Dr. Glauber Novais Miranda CRM 9220.

DIAGNÓSTICO INICIAL: FRATURA TRANSTROCANTERIANA DO FEMUR DIREITO
CID 10 S 72 1

RESUMO DOS PRINCIPAIS EXAMES E PROCEDIMENTO(S) REALIZADO(S): Primeiro atendimento, avaliação da traumatologia, Rx de Tórax PA e Perfil, Rx da bacia AP e Perfil, Rx da coxa direita AP e Perfil e tratamento cirúrgico com redução e fixação de fratura transtrocanteriana do fêmur direito.

ALTA HOSPITALAR: 14.04.16

Dr. Glender Tércio Trindade
Auditor / HETSHL
CRM 3920 - Mat. 29031-9

Data da Emissão: 26.07.16

Dr. Glender Tércio G. G. da Trindade
Médico Auditor - HETSHL
Mat. 29.031-9/ CRM 3920

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

SEGURADORA LIDER (PUNT 4 & 01/12/2016 11:06 - 0000050015 68

Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena

GOVERNO DA PARAÍBA

ACOLHIMENTO, sn - - CNES: 123512 - Tel.:

Boletim de Atendimento: 906542

Identificação do paciente

ID: 1016866	Nome: JOSE CLAUDIO SOARES DOS SANTOS			Sexo: Masculino
Data de nascimento: 26/01/1936	Idade: 80 anos 1 mes 26 dias	Estado civil: SOLTEIRO(A)	Religião: NAO INFORMADA	Prontuário:
Mãe: MARIA DA PENHA SOARES DOS SANTOS			Pai: JOSE SOARES DOS SANTOS	
Escolaridade: FUNDAMENTAL INCOMPLETO			Responsável (Parentesco): JUSSARA PEREIRA DE SOUZA - ACOMPANHANTE	
DDD Móvel: 83	Fone Móvel: 988504121		DDD Fixo:	Fone Fixo:
Tipo documento: RG (IDENTIDADE)	Número documento: 44829		Nº Cns: 898000433091055	
Local de procedência: CRUZ DAS ARMAS			Tipo: BAIRRO	UF: PB
Email:	Naturalidade: JOAO PESSOA		CBO/R:	

Endereço

CEP: 58085360	Município de residência: JOAO PESSOA	UF: PB	Logradouro: SILVA MARIZ
Número: 579	Complemento:		Bairro: CRUZ DAS ARMAS

Admissão

Data e Hora Prevista: 23/03/2016 18:36:20	Número da pulseira: **1000004317417**	Convênio: SUS
Especialidade: CLINICA GERAL	Clínica: CLINICA TRAUMA E GERAL	
Classificação de risco:		Origem do paciente: RESIDENCIA
Caráter de atendimento: URGENCIA	Motivo do atendimento: QUEDA	Detalhe do acidente: QUEDA DO MESMO NIVEL

Indicadores e Transporte

Caso policial: Não	Plano de saúde: Não	Veio de ambulância: Não	Trauma: Não
Meio de transporte: CARRO PARTICULAR		Quem transportou: THAYNA OLIVEIRA DE SOUZA	

Sinais Vitais

PA: _____ X _____ mmHg	Pulso:	Temperatura:

Exames complementares

Raio X [ ] Sangue [ ] Urina [ ] TC [ ] Liquor [ ] ECG [ ] Ultrasonografia [ ]

Dados clínicos

Medicamento
12/04
Dr
25/04

Diagnóstico

CID

Atendido por: ANIELLY ARAUJO DOS SANTOS

Tempo: 05min 34seg

Imprimir

SEGURANÇA LIDER DRAGÃ 4 & 01/12/2016 11:07 - 00000001562

CRUZ VERMELHA BRASILEIRA

Primeiro Atendimento Médico

1630004317417
JOSE CLAUDIO SOARES DOS SANTOS
DT. NASC.: 28/01/1938
MAE: MARIA DA PENHA SOARES DOS SANTOS
END.: SILVA MARIZ
N. 279 - CRUZ DAS ARMAS
JOAO PESSOA
FONE: ()
CELULAR: (83) 988504121
IDADE: 60
DT. ENTRADA:
BE: 908542

PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

NOME DO PACIENTE: | IDADE:

DADOS CLÍNICOS – MECANISMOS DO TRAUMA

Vítima de queda de própria altura
c/ queixa de dor em região pélvica à direita

ME PRIMARIO

VIAS AÉREAS ( ) Pérvias ( ) Obstruídas
CERVICAL IMOBILIZADA: ( ) Sim ( ) Não
VENTILAÇÃO:
TRAQUEIA NA LINHA MEDIANA ( ) Sim ( ) Não
RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA ( ) Sem dificuldade
( ) Com dificuldade
( ) VENTILAÇÃO MECÂNICA
( ) APNÉNIA
AUSCUTA PULMONAR:
1- MURMÚRIO VESICULAR
HTD: ( ) Presente e normal ( ) Rude ( ) Diminuído ( ) Ausente
HTE: ( ) Presente e normal ( ) Rude ( ) Diminuído ( ) Ausente
RUIDOS
( ) sim
HTD: Roncos, Sibilos, Estertores
HTE: Roncos, Sibilos, Estertores
( ) Não
_____ imp SaO2 _____%

CIRCULAÇÃO

COR DA PELE: ( ) Normal ( ) Pálida ( ) Cianótica ( ) Pletórica ( ) Ictérica
TEMPERATURA DA PELE: ( ) Normal ( ) Quente ( ) Fria
PULSO: ( ) Normal ( ) Aumentado ( ) Fino ( ) Ausente
AUSCUTA CARDÍACA
RÍTIMO: ( ) Regular ( ) Irregular ( ) Ausente
BULHAS: ( ) Normatonéticas ( ) Hipofonéticas ( ) Hipofonéticas ( ) Ausente
SOPRO: ( ) Presente ( ) Ausente
BE OU B4: ( ) Sim ( ) Não
FC: ____ bmp PA: _____X_____ mmHg T: _____°C
ECG: _____

ABDOMEN: _____

DEFICIT NEUROLÓGICO

Pupilas: ( ) Fotorreagente ( ) Paralisadas ( ) Isocóricas ( ) Anisocóricas (diferença = _____mm)

Escala de Glasgow:

ABERTURA OCULAR		MELHOR RESPOSTA VERBAL ESCALA VERBAL PEDIÁTRICA (<4anos)		MELHOR RESPOSTA MOTORA	
Espontânea	4	Consciente / Palavras apropriadas, sorriso social, fixa e segue objetos	5	Obedece aos comandos	6
À solicitação verbal	3	Confuso / Chora, mas é consolável	4	Localiza a dor	5
Ao contínuo estímulo	2	Palavras inapropriadas / Irritado (persistente)	3	Retira o Membro	4
Nenhuma	1	Sons incompreensíveis / Inquieto	2	Flexão anormal (decorticação)	3
		Nenhuma / Nenhuma	1	Extensão Anormal (decerebração)	2
				Nenhuma	1
TOTAL: 15					

F(NG).CC.001-1

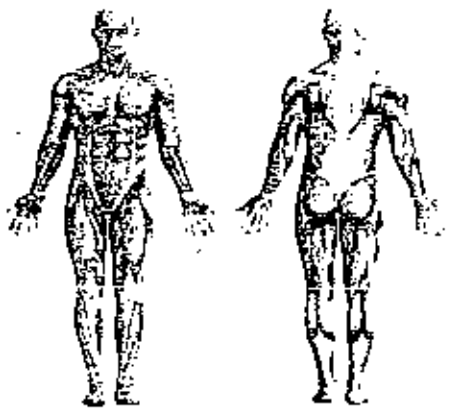
SESBRASIL 11:58 PM 4 E 01/12/2016 11:03 - 0000004570

EXAME SECUNDÁRIO

ALERGIA: ( ) Não ( ) Sim: _____
MEDICAMENTOS: ( ) Não ( ) Sim: _____
IMUNIZAÇÃO ( ) Não ( ) Sim: _____
PATOLOGIA ( ) Não ( ) Sim: _____
ALIMENTOS INGERIDOS: ( ) Não ( ) Sim: _____

LOCAL DA LESÃO

Identifique o local com o número correspondente ao lado ——→



1 Abrasão
2 Amputação
3 Avulsão
4 Contusão
5 Crepitação
6 Dor
7 Edema
8 Empalamento
9 Efisema subcutâneo
10 Esmagamento
11 Equimose
12 F. Arma Branca
13 F. Arma de Fogo
14 F. Contuso
15 F. Cortante
16 F. Corto-Contuso
17 F. Perfuro-Contuso
18 F. Perfuro-Cortante
19 Fratura Óssea Fechada
20 Fratura Óssea Aberta
21 Hematoma
22 Ingurgitamento Nervoso
23 Laceração
24 Lesão Tendínea
25 Luxação
26 Mordedura
27 Movimento torácico paradoxal
28 Objeto Encravado
29 Otorragia
30 Paralisia
31 Paresia
32 Parestesia
33 Queimadura
34 Rinorragia
35 Sinais de Isquemia
36

OBS.: _____

QUEIMADURA:
Superfície corporal lesada (regra da palma 1%) _____% Graus de queimadura: ( ) 1º grau ( ) 2º grau ( ) 3º grau

EXAMES SOLICITADOS
( ) Radiografias
( ) Ultrassonografia (FAST)
( ) Tomografia computadorizada
( ) Lavado peritonial
( ) Gasometria arterial
( ) Tipagem sanguínea

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

	CONDUTAS E PROCEDIMENTOS	CÓDIGO	ASSINATURA E CARIMBO
1	[illegible]		
2	[illegible]		
3			
4			
5	[illegible]		
6	[illegible]		
7			
8	[illegible]		
9	[illegible]		
10	[illegible]		

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO
Solicito parecer da Pediatria às ____:____ do dia ____/____/____
Solicito parecer da _____ às ____:____ do dia ____/____/____

DESTINO DO PACIENTE
DATA DA SAÍDA ____/____/____
HORAS: ____:____

( ) Centro cirúrgico
( ) Transferencia (unidade de saúde) _____
( ) Internado (setor) _____
( ) Alta hospitalar ( ) Decisão médica ( ) A pedido ( ) A revalia ( ) Desistência
( ) Óbito ( ) Até 48 hs. ( ) Após 48 hs. ( ) Familia ( ) IML ( ) SVC

_____ ASSIN
ATURA/CARIMBO

_____ ASSIN
ATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

F(NG).CC.001-1

CRZ VERMELHA BRASILEIRA

00000431741 BE.: 908542
JOSE CLAUDIO SORRES DOS SANTOS
DT. NASC.: 26/01/1936
MAE: MARIA DA PENHA SORRES DOS SANTOS
END.: SILVA MARIZ
N. 579 - CRUZ DAS ARMAS
JOAO PESSOA
FONE: ()
CELULAR: (83) 88850721
IDADE: 80
DT. ENTRADA:

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM B.E./PRONT

NOME DO PACIENTE: IDADE:

PROCEDÊNCIA: [ ] Domicílio [ ] Ambulatórios de urgente [ ] Ambulância SAMU

TIPO DE ACIDENTE: [ ] Moto [ ] Automóvel [ ] Ônibus [ ] Bicicleta [ ] Atropelamento
[ ] Envenenamento [ ] Incêndio [ ] Explosão [ ] Arma de Fogo [ ] Arma branca [ ] Outros: _____

TIPO DE LESÃO: [ ] Fratura fechada [ ] Ferimento aberto [ ] Esmagamento [ ] [illegible] [ ] Queimadura
[ ] Mordedura [ ] Objeto encravado [ ] Ferimento contuso [ ] Amputação membro [ ] [illegible] _____

LOCAL DA LESÃO: [ ] Membros sup. [ ] Membros inf. [ ] Tronco [ ] Cabeça e pescoço [ ] Outros: _____

DADOS CLÍNICOS (sintomas) _____

DATA DE INÍCIO DOS SITOMAS: 16/06/16

EXAME FÍSICO PA.____/____mmhg F.____bpm SpO2:_____ Tax:_____

Sistema Neurológico:
Nível de Consciência: [ ] Consciente [ ] Inconsciente [ ] Confundido [ ] Desorientado
Avaliação das pupilas: Simetria: [ ] Isocóricas [ ] Anisocóricas Reação: [ ] Midríase [ ] Miose

Sistema Respiratório: [ ] Ventilação invasiva [ ] Ventilação espontânea [ ] Vias aéreas pérvias
[ ] Traqueostomia [ ] Respiração rápida [ ] Obstrução parcial das vias aéreas
[ ] Respiração ruidosa [ ] Suporte ventilatório não invasivo [ ] Obstrução total das vias aéreas

Sistema Circulatório: [ ] Pulso ausente [ ] Pele fria e úmida [ ] Perfusão tecular satisfatória
[ ] Taquicardia [ ] Bradicardia [ ] Perfusão tecular comprometida
[ ] Palidez [ ] Outros: _____

Sistema Digestório: [ ] HDA [ ] Uso de SNG [ ] Vômitos [ ] Dor à palpação superficial
[ ] HDB [ ] Coque[illegible] [ ] Dor à palpação profunda
Outros: _____ [ ] Rig[illegible] [ ] Distensão abdominal

Sistema Genito-urinário: [ ] Disúria [ ] Hematúria [ ] Oligúria [ ] Poliúria [ ] [illegible] [ ] Outros: _____

HISTÓRICO CLÍNICO E CIRÚRGICO: [ ] Hipertensão [ ] Diabetes [ ] Câncer [ ] Alergias [ ] Cirurgias
[ ] Internações [ ] Outros. Especificar: _____

USO DE MEDICAÇÃO? [ ] Sim [ ] Não Especificar: _____

HORÁRIO DA ÚLTIMA REFEIÇÃO:

IMUNIZADO CONTRA O TÉTANO? [ ] Sim [ ] Não

OUTRAS INFORMAÇÕES IMPORTANTES: _____

Wallma Carla S. [illegible]
ENFERMEIRA
COREN-PB [illegible]

DESTINO: COREN:

F(NG).ENF.022-1

SEGURADOR LIDER DPVAT 4 8 01/12/2016 11:07 - 00000501571

CRUZ VERMELHA BRASILEIRA

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

HEERSEL

BE/PRONTUÁRIO 90 8542

Nome do paciente José Claudio Souza dos Santos

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
		Internação 20.4.8
		Extrantrocantérica D.
		Tração II
		Internado c/ T 10 livre/25
		Solicito Pré-op / ECG e
		risco cirúrgico
		STAFF Dr Diego Lim

SEGURADORA LIDER DPVAT 4 6 01/12/2016 11:07 - 00000601572

F(NG).ENF.018-1

CRUZ VERMELHA BRASILEIRA

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

BE/PRONTUÁ.

1000004377617 BE.: 908542.
JOSE CLAUDIO SOARES DOS SANTOS
DT. NASC : 26/01/1936
MAE MARIA DA PENHA SOARES DOS SANTOS

END.: SILVA MARIZ
N. 579 - CRUZ DAS ARMAS
JOAO PESSOA
FONE: ()
CELULAR: (83) 988504121
IDADE: 80
DT. ENTRADA:

Nome do paciente

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EV
		Ortopedia 17:37
		Vítima de queda de
		própria altura c/ dor
		c/ limitação funcional
		e [illegible]
		Ao exame [illegible]
		[illegible]
		Solicito Radiografias

SEGURADORA LIDER DPVAT 4 E 01/12/2016 11:07 - 0000000015723

CRUZ VERMELHA BRASILEIRA

RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEETSIL

Nome: José Claudio Souza dos Santos RE/Prontuário: 908542

Idade: 30 anos Sexo: (X) Masculino ( ) Feminino Cor: _____ Data: __/__/__

Clínica/Setor: Ortopedia EMP: _____ LR: _____

Cirurgia: Osteossíntese de Fêmur Direito

Cirurgião: Dr. Nilson Dimas 1° Assistente: Dr. Douglas

2° Assistente: Dr. André (MR2) 3° Assistente: Dr. Claudio (MR1)

Instrumentador: _____ Anestesista: Dr. Bruno

Tipo de Anestesia: Raquianestesia Horário: Início __:__ Término __:__

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
Fratura Transtrocantérica de Fêmur Direito	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
Tto Cirúrgico de Fratura Transtrocantérica de Fêmur Direito	

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

Biopsia de Congelação: ( ) Sim (X) Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

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

João Pessoa, 21/04/16

Médico/CRM: _____

F(NG).ASCIR.009-1

SEGURANÇA LIDER DPUNT 4 6 01/12/2016 11:07 - 0000015011574

CRUZ VERMELHA BRASILEIRA

RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEMOSE

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

1 - Paciente em Decúbito Dorsal sob Tração e sob Anestesia
2 - Assepsia + Antissepsia
3 - Aparação de campos cirúrgicos

Incisão:

4 - Incisão lateral da coxa direita
5 - Dissecção por planos
6 - Hemostasia cuidadosa

Achados:

7 - Fratura transtrocantérica de fêmur

Conduta:

8 - Redução indireta em mesa de tração sob escopia
9 - Passagem de fio guia em colo do fêmur sob escopia.
10 - Fresagem
11 - Fixação com DHS + 3 parafusos corticais.
12 - Controle com ScopiX.

Fechamento:

13 - Sutura por planos
14 - Curativo estéril
15 - Rx de controle

Observação:

João Pessoa, 12/04/12

Médico/CRM: _____

F(NG).ASCIR.009-1

Nota de Sala Cirúrgica

NOME DO PACIENTE: José Claudio Soares dos Santos

IDADE: 80 DE: PRONTUÁRIO: 908 ALTURA: PESO:

CIRURGIA: Prostatectomia

CIRURGIÃO: Dr. Nilson Dr. Amaral Dr. Dr. Glauber

ANESTESIA: Raqui

ANESTESISTA: Dr. Hercules

INSTRUMENTADOR: Jamille

DATA: 12/04/16 TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA: INÍCIO: FIM: CIRURGIA: INÍCIO: 14:30 FIM: 16:30

INDICE DE RISCO DE CIRÚGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTESIOLOGISTE)

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

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

MEDICAÇÕES ANESTESICAS	QTD.
ALFENTANILA	
BUPIVACAÍNA ISOBÁRICA	
BUPIVACAÍNA PESADA	Jorge Rodrigues
CETAMINA	
DROPERIDOL	
ETOMIDATO	
FENOBARBITAL	
FENTANILA	
FLUMAZENIL	
ISOFLURANO	
LEVOBUPIVACAÍNA C/ VASO	
LEVOBUPIVACAÍNA S/ VASO	
LIDOCAÍNA C/ VASO	
LIDOCAÍNA S/ VASO	
MIDAZOLAN	
MORFINA	
NIMBIUM	
PANCURÔNIO	
PETIDINA	
PROPOFPOL	
RAMIFENTANILA	
ROCURÔNIO	
SEVOFLURANO	
SUXAMETÔNIO	
TIOPENTAL	

MEDICAÇÕES	QTD.
ADRENALINA	
ÁGUA DESTILADA	
ATROPINA	
BENTRA	
CEFAZOLINA	
DEXAMETASONA	
DIPIRONA SÓDICA	
EFEDRINA	
FUROSEMIDA	
GLICOSE 50%	
GLUCONATO DE CALCIO	
HIDROCORTISONA	
LIDOCAÍNA GELÉIA	
ONDASENTRONA	
PLASIL	
PROSTIGMINE	
PROTAMINA	
TENOXICAN	

SOLUÇÕES	QTD.
ÁLCOOL ETÍLICO 70%	OK
PVPI DEGERMANTE	OK
PVPI TINTURA	OK
PVPI TÓPICO	
SABÃO ANTISÉPTICO	

MATERIAIS	QTD.
AGULHA 13X4,5	
AGULHA 25X07	
AGULHA 25X08	
AGULHA 40X12	
AGULHA PERIDURAL Nº16	
AGULHA PERIDURAL Nº17	
AGULHA PERIDURAL Nº18	
AGULHA RAQUI Nº25G	
AGULHA RAQUI Nº26G	
AGULHA RAQUI Nº27G	
ALGODÃO ORTOPÉDICO	
ATADURA DE CREPOM	
ATADURA GESSADA	
BOLSA P/ COLOSTOMIA	
CÂNULA P/ TRAQUEOSTOMIA Nº	
CATETER DE OXIGÊNIO	1
CATETER EMBOLEC ARTERIAL Nº	
CATETER EPIDURAL Nº16	
CATETER EPIDURAL Nº17	
CATETER EPIDURAL Nº18	
CERA PARA OSSO	
COLET. URINA FECHADO	
COMPRESSAS CIRÚRGICAS	
COMPRESSAS CIRÚRGICAS	
DRENO DE PENROSE	
DRENO DE SUCÇÃO	
ELETRODOS	
EQUIPO MACROGOTAS	
EQUIPO TRANSF. SANGUE	
EQUIPO MICROGOTAS	
ESPONJA DE PVPI	
ESPARADRAPO	OK
GAZES	
GAZES ALGODOADAS	
GEL ELETROLÍTICO	OK
JELCO Nº14	
JELCO Nº16	

MATERIAIS CONT.	QTD.
JELCO Nº18	
JELCO Nº20	
JELCO Nº22	
JELCO Nº24	
KIT SIST. DREN. TORÁXICA Nº	
LÂMINA BISTURI Nº11	
LÂMINA BISTURI Nº15	
LÂMINA BISTURI Nº23	
LÂMINA BISTURI Nº24	
LÂMINA DE DERMATOMO	
LÂMINA DE ENXERTO	
LISTA DE PROCEDIMENTO PAR.	
LUVA ESTÉRIL Nº7,0	
LUVA ESTÉRIL Nº7,5	
LUVA ESTÉRIL Nº8,0	
LUVA ESTÉRIL Nº8,5	
MÁSCARA CIRÚRGICA	
MULTIVIAS	
PERFURADOR DE SORO	
SCALP Nº19	
SCALP Nº21	
SERINGA 3ML	
SERINGA 5ML	
SERINGA 10ML	
SERINGA 20ML	
SONDA ASP. TRAQUEAL Nº8	
SONDA ASP. TRAQUEAL Nº10	
SONDA ASP. TRAQUEAL Nº12	
SONDA ASP. TRAQUEAL Nº14	
SONDA ASP. TRAQUEAL Nº16	
SONDA FOLEY 2VIAS Nº12	
SONDA FOLEY 2VIAS Nº14	
SONDA NASOG. CURTA	
SONDA NASOG. LONGA	
SONDA URETRAL Nº	
TORNEIRINHA	
TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	
TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	
TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	
TUBO SILICONE (LATEX)	1

FIOS	QTD.
FIO CAT GUT CROMADO Nº	
FIO CAT GUT CROMADO Nº	
FIO DE AÇO Nº	
FIO DE AÇO Nº	
FIO DE NYLON Nº	
FIO DE NYLON Nº 3,0	1
FIO DE NYLON Nº	
FIO POLIGLACTINA Nº 2,0	1
FIO POLIGLACTINA Nº	
FIO POLIGLACTINA Nº	
FIO POLIPROPILENO Nº	
FIO POLIPROPILENO Nº	
FIO POLIPROPILENO Nº	
FIO POLIGLECAPRONE Nº	
FIO SEDA Nº	
FITA CARDÍACA	

MATERIAL ESPECIAL	QTD.
CATETER DE PIC	
CIMENTO CIRÚRGICO	
CLIP TITÂNIO LIGADURA	
FIO DE KIRSCHNER Nº	
FIO DE KIRSCHNER Nº	
FIO STEINMAN Nº	
FIO STEINMAN Nº	
GRAMPEADOR CIRÚRGICO	
HEMOST. ABSORVÍVEL	
KIT. DERIVA. VENTRICULAR	
PRÓTESE VASCULAR	
KIT. PAM	
FIXADOR EXTERNO	

EMPRESA
PARAFUSOS CORTICAIS
PARAFUSOS CORTICAIS
PARAFUSOS ESPONJOSO
PARAFUSOS ESPONJOSO
PARAFUSOS MALEOLAR
PARAFUSOS MALEOLAR
PLACA
PLACA

EQUIPAMENTOS
( ) ASPIRADOR
(X) BISTURI ELÉTRICO
( ) CAPNÓGRAFO
(X) CARDIOMONITOR
( ) DESFIBRILADOR
( ) FOCO AUXILIAR
(X) FOCO CENTRAL
( ) MICROSCÓPIO
(X) OXÍMETRO DE PULSO
(X) PA NÃO INVASIVA/NÃO INVASIVA
(X) PERFURADOR ELÉTRICO
( ) SERRA

CIRCULANTE

FIO ALGODÃO S/A Nº
FIO ALGODÃO S/A Nº
FIO ALGODÃO C/A Nº
FIO ALGODÃO C/A Nº

01 Placa DHS 3 furos
01 Parafuso de Esponjoso
03 Parafusos corticais nº 40

FINGLASCIR 0012

SEGURADORA LIDER DPVAT 4 8 01/12/2016 11:07 - 00000501575

FICHA DE ANESTESIA

DATA: 12/04/16 FRONTUÁRIO:

PACIENTE: José Cândido Soares Santos SEXO: M IDADE: 80

PRESSÃO ARTERIAL PULSO 142 x 83 RESPIRAÇÃO 6 x 6 TEMPERATURA PESO GRUPO SANGUÍNEO

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

EXAMES COMPLEMENTARES

AP. RESPIRATÓRIO AP. CIRCULATÓRIO

AP. DIGESTIVO ESTADO MENTAL DROGAS EM USO ESTADO FÍSICO (ASA)

PRÉ-ANESTÉSICO

DOSE / HORA

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO Fratura transgastrointestinal de femur direito

CIRURGIA REALIZADA Tratamento cirúrgico de fratura transgastrointestinal de femur

CIRURGIÃO Dr. [illegible] + Dr. [illegible] AUXILIARES

INÍCIO DA ANESTESIA 14:30 TÉRMINO DA ANESTESIA 15:45 DURAÇÃO DA ANESTESIA

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO QUANT. DE CH. VALORES R$

ANESTESISTA Dr. Hércules CPF CRM-PB

Dr. Hércules Pereira Trindade
Médico Anestesiologista
CRM 3274-PB / 3474-PE

AGENTE/HORA	14:30	15:00			
O_2 / N_2O					
LÍQUIDOS VENOSOS					
PULSO / PA SISTÓLICA / PA DIASTÓLICA (220, 200, 180, 160, 140, 120, 100, 80, 60, 40, 20)					
ANOTAÇÕES					

☐ ANESTESIA GERAL ☐ RAQUIDIANA ☐ EPIDURAL ☐ BLOC PLEXO ☐ BLOQUEIOS ☐ OUTROS

TÉCNICA Tipo Geral, monitorização, assepsia, [illegible] 13:44, [illegible] 15:45 [illegible]

MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

LÍQUIDOS	Volume em ml		
GLICOSE	1	Bupivacaína Hiperbárica 0,5%	11
SORO	2	Dexmedetomidina 0,08 mg	12
BANQUE	3	Ceftriaxona 2g	13
RINGER	4	Metoclopramida 10mg	14
TOTAL	5		15
DESTINO DO PACIENTE	6		16
☐ APT* ☐ ENFERMARIA	7		17
	8		18
☐ UTI ☐ RESIDÊNCIA	9		19
☐ OUTROS	10		20

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

ASSINATURA DO ANESTESISTA

Dr. Hércules Pereira Trindade
Médico Anestesiologista
CRM 3274-PB / 3474-PE

F.(NG).ASCIR.028-1

SEGURADORA LIDER DPVAT 4 6 01/12/2016 11:07 - 00000501576

Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena

GOVERNO DA PARAÍBA

ACOLHIMENTO, sn - - CNES: 123312 - Tel.:

Boletim de Atendimento: 941300

Identificação do paciente

ID 1016866	Nome JOSE CLAUDIO SOARES DOS SANTOS			Sexo Masculino
Data de nascimento 26/01/1936	Idade 80 anos 6 meses 23 dias	Estado civil SOLTEIRO(A)	Religião CATOLICA	Prontuário 94178
Mãe MARIA DA PENHA SOARES DOS SANTOS			Pai JOSE SOARES DOS SANTOS	
Escolaridade FUNDAMENTAL INCOMPLETO			Responsável (Parentesco) CLODOMAR MARQUES SOARES - FILHO(A)	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 988604121		DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 44829		Nº Cns 898000433091056	
Local de procedência CRUZ DAS ARMAS			Tipo BAIRRO	UF PB
Email	Naturalidade JOAO PESSOA		CBO/R	

Endereço

CEP 58085360	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro SILVA MARIZ
Número 579	Complemento		Bairro CRUZ DAS ARMAS

Admissão

Data e Hora 18/08/2016 11:27:19	Número da pulseira 1000005762704	Convênio SUS
Especialidade CLINICA GERAL		Clínica CLINICA TRAUMA E GERAL
Classificação de risco		Origem do paciente RESIDENCIA
Caráter de atendimento URGENCIA	Motivo do atendimento TRAUMA	Detalhe do acidente

Indicadores e Transporte

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

Sinais Vitais

PA _____ x _____ mmHg	Pulso	Temperatura

Exames complementares

Raio X [ ] Sangue [ ] Urina [ ] TC [ ] Liquor [ ] ECG [ ] Ultrasonografia [ ]

Dados clínicos

Diagnóstico	CID
Atendido por ALYSSON JOSE LIMA DA SILVA	Tempo 02min 15seg

Imprimir

SEMAMORA LIBER OPUNT 4 6. 01/12/2016 14:07 - 0000030001577

CRUZ VERMELHA BRASILEIRA

Primeiro Atendimento Médico

1000000762704 BE.: 941300
JOSÉ CLÁUDIO SOARES DOS SANTOS
DT. NASC.: 26/01/1936
MAE: MARIA DA PENHA SOARES DOS SANTOS
END.: SILVA MARIZ
N. 979 - CRUZ DAS ARMAS
JOÃO PESSOA
FONE: ()
CELULAR: (83) 988584121
IDADE: 80
DT. ENTRADA:

HL

PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

NOME DO PACIENTE:	IDADE:

DADOS CLÍNICOS – MECANISMOS DO TRAUMA

EXAME PRIMÁRIO

VIAS AÉREAS ( ) Pérvias ( ) Obstruídas

CERVICAL IMOBILIZADA: ( ) Sim ( ) Não

VENTILAÇÃO:

TRAQUÉIA NA LINHA MEDIANA ( ) Sim ( )Não

RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA ( ) Sem dificuldade
( ) Com dificuldade

( ) VENTILAÇÃO MECÂNICA

( ) APNÉIA

AUSCULTA PULMONAR:

1- MURMÚRIO VESICULAR

HTD: ( ) Presente e normal ( ) Rude ( ) Diminuído ( ) Ausente

HTE: ( ) Presente e normal ( ) Rude ( ) Diminuído ( ) Ausente

2 - RUIDOS

( ) sim — HTD: Roncos, Sibilos, Estertores — HTE: Roncos, Sibilos, Estertores

( ) Não

FR: _____ imp SaO₂ _____ %

CIRCULAÇÃO

COR DA PELE: ( ) Normal ( ) Pálida ( ) Cianótica ( ) Pletórica ( )Ictérica

TEMPERATURA DA PELE ( ) Normal ( ) Quente ( ) Fria

PULSO ( ) Normal ( ) Aumentado ( ) Fino ( ) Ausente

AUSCULTA CARDÍACA

RÍTMO ( ) Regular ( ) Irregular ( ) Ausente

BULHAS ( ) Normatonéticas ( ) Hipofonéticas ( ) Hipofonéticas ( ) Ausente

SOPRO ( ) Presente ( ) Ausente

BE OU B4 ( ) Sim ( ) Não

FC: _____ bmp **PA:** _____ **X** _____ **mmHg T:** _____ **°C**

ECG: _____

ABDOMEN: _____

DÉFICIT NEUROLÓGICO

Pupilas: ( ) Fotorreagente ( ) Paralisadas ( ) Isocóricas ( ) Anisocóricas (diferença = _____ mm)

Escala de Glasgow:

ABERTURA OCULAR		MELHOR RESPOSTA VERBAL ESCALA VERBAL PEDIÁTRICA (<4anos)		MELHOR RESPOSTA MOTORA	
Espontânea	4	Consciente / Palavras apropriadas, sorriso social, fixa e segue objetos	5	Obedece aos comandos	6
À solicitação verbal	3	Confuso / Chora, mas é consolável	4	Localiza a dor	5
Ao contínuo estímulo	2	Palavras inapropriadas / Irritado (persistente)	3	Retira o Membro	4
Nenhuma	1	Sons incompreensíveis / Inquieto	2	Flexão anormal (decorticação)	3
		Nenhuma / Nenhuma	1	Extensão Anormal (decerebração)	2
				Nenhuma	1
TOTAL:					

SEM PRAZO LIMITE DATA: 01/12/2012 11:07 - 000000010578

EXAME SECUNDÁRIO

ALERGIA: ( ) Não ( ) Sim: _____

MEDICAMENTOS: ( ) Não ( ) Sim: _____

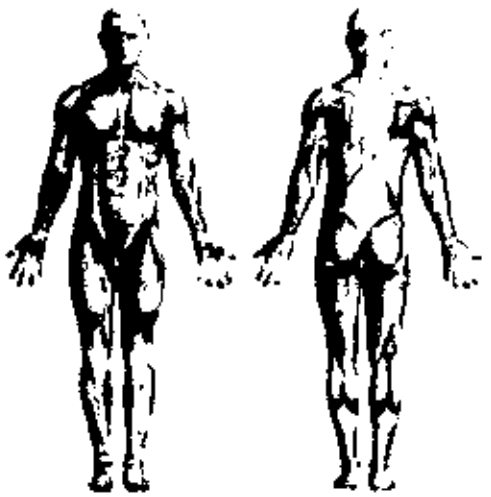
IMUNIZAÇÃO ( ) Não ( ) Sim: _____

PATOLOGIA ( ) Não ( ) Sim: _____

ALIMENTOS INGERIDOS: ( ) Não ( ) Sim: _____

LOCAL DA LESÃO

Identifique o local com o número correspondente ao lado →



1 Abrasão	19 Fratura Óssea Fechada
2 Amputação	20 Fratura Óssea Aberta
3 Avulsão	21 Hematoma
4 Contusão	22 Ingurgitamento Nervoso
5 Crepitação	23 Laceração
6 Dor	24 Lesão Tendínea
7 Edema	25 Luxação
8 Empalamento	26 Mordedura
9 Efisema subcutâneo	27 Movimento torácico paradoxal
10 Esmagamento	28 Objeto Encravado
11 Equimose	29 Otorragia
12 F. Arma Branca	30 Paralisia
13 F. Arma de Fogo	31 Paresia
14 F. Contuso	32 Parestesia
15 F. Cortante	33 Queimadura
16 F. Corto-Contuso	34 Rinorragia
17 F. Perfuro-Contuso	35 Sinais de Isquemia
18 F. Perfuro-Cortante	36

OBS.: _____

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada (regra da palma%) _____% Graus de queimadura: ( ) 1º grau ( ) 2º grau ( ) 3º grau

EXAMES SOLICITADOS

( ) Radiografias
( ) Ultrassonografia (FAST)
( ) Tomografia computadorizada
( ) Lavado peritonial
( ) Gasometria arterial
( ) Tipagem sanguínea

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

	CONDUTAS E PROCEDIMENTOS	CÓDIGO	ASSINATURA E CARIMBO
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO

Solicito parecer da _____/_____ às ____:____ do dia ____/____/____

Solicito parecer da _____/_____ às ____:____ do dia ____/____/____

DESTINO DO PACIENTE

DATA DA SAÍDA ____/____/____

HORAS: _____:_____

( ) Centro cirúrgico
( ) Transferência (unidade de saúde) _____
( ) Internado (setor) _____
( ) Alta hospitalar ( ) Decisão médica ( ) A pedido ( ) A revalia ( ) Desistência
( ) Óbito ( ) Até 48 hs. ( ) Após 48 hs. ( ) Família ( ) IML ( ) SVO

_____
ASSINATURA/CARIMBO

_____
ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

CRUZ VERMELHA BRASILEIRA

HEETSHL

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

B.E./PRONTUÁRIO

NOME DO PACIENTE: | IDADE: | DATA:

PROCEDÊNCIA: [ ] Domicílio [ ] Ambulância de resgate [ ] Ambulância SAMU [ ] Polícia

TIPO DE ACIDENTE: [ ] Moto [ ] Automóvel [ ] Ônibus [ ] Bicicleta [ ] Atropelamento
[ ] Envenenamento [ ] Incêndio [ ] Explosão [ ] Arma de Fogo [ ] Arma branca [ ] Outros: _____

TIPO DE LESÃO: [ ] Fratura fechada [ ] Ferimento aberto [ ] Esmagamento [ ] Laceração [ ] Queimadura
[ ] Mordedura [ ] Objeto encravado [ ] Ferimento contuso [ ] Amputação membro [ ] Outros: _____

LOCAL DA LESÃO: [ ] Membros sup. [ ] Membros inf. [ ] Tronco [ ] Cabeça e pescoço [ ] Outros: _____

DADOS CLÍNICOS (sintomas)

DATA DE INÍCIO DOS SINTOMAS: / /

EXAME FÍSICO PA: ___/___ mmhg P: ____ bpm SpO2: _____ Tax: ____

Sistema Neurológico:

Nível de Consciência: [ ] Consciente [ ] Inconsciente [ ] Orientado [ ] Desorientado

Avaliação das pupilas: **Simetria:** [ ] Isocóricas [ ] Anisocóricas **Tamanho:** [ ] Midríase [ ] Miose

Sistema Respiratório: [ ] Ventilação invasiva [ ] Ventilação espontânea [ ] Vias aéreas pérvias
[ ] Traqueostomia [ ] Respiração tápida [ ] Obstrução parcial das vias aéreas
[ ] Respiração ruidosa [ ] Suporte ventilatório não invasivo [ ] Obstrução total das vias aéreas

Sistema Circulatório: [ ] Pulso ausente [ ] Pele fria e úmida [ ] Perfusão tissular satisfatória
[ ] Taquicardia [ ] Bradicardia [ ] Perfusão tissular comprometida
[ ] Palidez [ ] Outros: _____

Sistema Digestório: [ ] HDA [ ] Uso de SNG [ ] Vômitos [ ] Dor à palpação superficial
[ ] HDB [ ] Corpo estranho [ ] Dor à palpação profunda
Outros: _____ [ ] Rigidez abdominal [ ] Distensão abdominal

Sistema Genito-urinário: [ ] Disúria [ ] Hematúria [ ] Oligúria [ ] Poliúria [ ] SVD [ ] Outros: _____

HISTÓRICO CLÍNICO E CIRÚRGICO: [ ] Hipertensão [ ] Diabetes [ ] Câncer [ ] Alergias [ ] Cirurgias
[ ] Internações [ ] Outros: Especificar: _____

USO DE MEDICAÇÃO? [ ] Sim [ ] Não Especificar:

HORÁRIO DA ÚLTIMA REFEIÇÃO:

IMUNIZADO CONTRA O TÉTANO? [ ] Sim [ ] Não

OUTRAS INFORMAÇÕES IMPORTANTES: _____

DESTINO: **ENFERMEIRO:** **COREN:**

SEGURANÇA LIDER GPUGI 4 2 01/12/2016 11:07 - 0000050157?

CRUZ VERMELHA BRASILEIRA

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

B.E./PRONTUÁRIO

1000005762784 BE.: 941360
JOSE CLAUDIO SOARES DOS SANTOS
DT. NASC.: 26/01/1939
MAE: MARIA DA PENHA SOARES DOS SANTOS
END.: SILVA MARIZ
N. 578 - CRUZ DAS ARMAS
JOAO PESSOA
FONE: ()
CELULAR: (83) 9885@4221
IDADE: 80
DT. ENTRADA:

NOME DO PACIENTE: | **IDADE:**

PROCEDÊNCIA: [ ] Domicílio [ ] Ambulância de resgate [ ] Ambulância SAMU

TIPO DE ACIDENTE: [ ] Moto [ ] Automóvel [ ] Ônibus [ ] Bicicleta [ ] Atropelamento
[ ] Envenenamento [ ] Incêndio [ ] Explosão [ ] Arma de Fogo [ ] Arma branca [ ] Outros: _____

TIPO DE LESÃO: [ ] Fratura fechada [ ] Ferimento aberto [ ] Esmagamento [ ] Laceração [ ] Queimadura
[ ] Mordedura [ ] Objeto encravado [ ] Ferimento contuso [ ] Amputação membro [ ] Outros: _____

LOCAL DA LESÃO: [ ] Membros sup. [ ] Membros inf. [ ] Tronco [ ] Cabeça e pescoço [ ] Outros: _____

DADOS CLÍNICOS (sintomas)

DATA DE INÍCIO DOS SINTOMAS: / /

EXAME FÍSICO PA:____/____mmhg P:_____bpm SpO2:_____ Tax:_____

Sistema Neurológico:

Nível de Consciência: [ ] Consciente [ ] Inconsciente [ ] Orientado [ ] Desorientado

Avaliação das pupilas: **Simetria:** [ ] Isocóricas [ ] Anisocóricas **Tamanho:** [ ] Midríase [ ] Miose

Sistema Respiratório: [ ] Ventilação invasiva [ ] Ventilação espontânea [ ] Vias aéreas pérvias
[ ] Traqueostomia [ ] Respiração rápida [ ] Obstrução parcial das vias aéreas
[ ] Respiração ruidosa [ ] Suporte ventilatório não invasivo [ ] Obstrução total das vias aéreas

Sistema Circulatório: [ ] Pulso ausente [ ] Pele fria e úmida [ ] Perfusão tissular satisfatória
[ ] Taquicardia [ ] Bradicardia [ ] Perfusão tissular comprometida
[ ] Palidez [ ] Outros: _____

Sistema Digestório: [ ] HDA [ ] Uso de SNG [ ] Vômitos [ ] Dor à palpação superficial
[ ] HDB [ ] Corpo estranho [ ] Dor à palpação profunda
Outros: _____ [ ] Rigidez abdominal [ ] Distensão abdominal

Sistema Genito-urinário: [ ] Disúria [ ] Hematúria [ ] Oligúria [ ] Poliúria [ ] SVD [ ] Outros: _____

HISTÓRICO CLÍNICO E CIRÚRGICO: [ ] Hipertensão [ ] Diabetes [ ] Câncer [ ] Alergias [ ] Cirurgias
[ ] Internações [ ] Outros: Especificar: _____

USO DE MEDICAÇÃO? [ ] Sim [ ] Não Especificar:

HORÁRIO DA ÚLTIMA REFEIÇÃO:

IMUNIZADO CONTRA O TÉTANO? [ ] Sim [ ] Não

OUTRAS INFORMAÇÕES IMPORTANTES: _____

DESTINO: **ENFERMEIRO:** **COREN:**

CRUZ VERMELHA BRASILEIRA

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

HEETSHL

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO

SEGURADORA LIDER DPVAT 4 & 01/12/2016 11:07 - 000000501 SAO

CRUZ VERMELHA BRASILEIRA

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

1000005762704
JOSE CLAUDIO SOARES DOS SANTOS
BE.: 941306
DT. NASC.: 26/01/1936
MAE: MARIA DA PENHA SOARES DOS SANTOS
END.: SILVA MARIZ
N. 670 - CRUZ DAS ARMAS
JOAO PESSOA
FONE: ()
CELULAR: (83) [illegible]04121
IDADE: [illegible]
DT. ENTRADA:

BE/PRONTUÁRIO

Nome do paciente

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO

CRUZ VERMELHA BRASILEIRA

Receituário Médico

HEMOSUL

Venho Através deste, Retificar o laudo de internamento Hospitalar do paciente José Claudio dos Santos, 80 anos, Afirma que o motivo do Atendimento Hospitalar no dia 23/03/16, relatado pelo paciente foi: Acidente de Trânsito.

Data: 18/08/16

Médico - CRM

F(NG).CC.002-1

SEGURADORA LIDER BRUNE 4 & 01/12/2016 11:02 - 00000059159

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

LAUDO MÉDICO

OBS: DADOS EXTRAÍDOS DO BE nº 908542 e PRONTUÁRIO nº 94178

PACIENTE: JOSÉ CLAUDIO SOARES DOS SANTOS

DATA DE NASCIMENTO: 26.01.36

Data e Hora do Atendimento: 23.03.16 **Horário: 18:36h**

MOTIVO(S) DO ATENDIMENTO: Paciente deu entrada neste hospital vitima de queda da própria altura com quadro de dor na região pélvica à direita. Atendido pelo Dr. Glauber Novais Miranda CRM 9220.

DIAGNÓSTICO INICIAL: FRATURA TRANSTROCANTERIANA DO FEMUR DIREITO
CID 10 S 72 1

RESUMO DOS PRINCIPAIS EXAMES E PROCEDIMENTO(S) REALIZADO(S): Primeiro atendimento, avaliação da traumatologia, Rx de Tórax PA e Perfil, Rx da bacia AP e Perfil, Rx da coxa direita AP e Perfil e tratamento cirúrgico com redução e fixação de fratura transtrocanteriana do fêmur direito.

ALTA HOSPITALAR: 14.04.16

Dr. Glender Tércio Trindade
Auditor / HETSHL
CRM 3920 - Mat. 29031-9

Data da Emissão: 26.07.16

Dr. Glender Tércio G. G. da Trindade
Médico Auditor - HETSHL
Mat. 29.031-9/ CRM 3920

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

SECRETARIA LAUDO 01/12/2016 11:06 - 000000015668

Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena

GOVERNO DA PARAÍBA

ACOLHIMENTO, sn - - CNES: 123312 - Tel.:

Boletim de Atendimento: 909542

Identificação do paciente

ID: 1016866	Nome: JOSE CLAUDIO SOARES DOS SANTOS		Sexo: Masculino
Data de nascimento: 26/01/1936	Idade: 80 anos 1 mes 26 dias	Estado civil: SOLTEIRO(A)	Religião: NAO INFORMADA
Prontuário:			
Mãe: MARIA DA PENHA SOARES DOS SANTOS		Pai: JOSE SOARES DOS SANTOS	
Escolaridade: FUNDAMENTAL INCOMPLETO		Responsável (Parentesco): JUSSARA PEREIRA DE SOUZA - ACOMPANHANTE	
DDD Móvel: 83	Fone Móvel: 988504121	DDD Fixo:	Fone Fixo:
Tipo documento: RG (IDENTIDADE)	Número documento: 44829	Nº Cns: 898000433091055	
Local de procedência: CRUZ DAS ARMAS		Tipo: BAIRRO	UF: PB
Email:	Naturalidade: JOAO PESSOA	CBO/R:	

Endereço

CEP: 58085350	Município de residência: JOAO PESSOA	UF: PB	Logradouro: SILVA MARIZ
Número: 579	Complemento:		Bairro: CRUZ DAS ARMAS

Admissão

Data e Hora Prevista: 23/03/2016 18:36:20	Número da pulseira: **1000004317417**		Convênio: SUS
Especialidade: CLINICA GERAL		Clínica: CLINICA TRAUMA E GERAL	
Classificação de risco:			Origem do paciente: RESIDENCIA
Caráter de atendimento: URGENCIA	Motivo do atendimento: QUEDA		Detalhe do acidente: QUEDA DO MESMO NIVEL

Indicadores e Transporte

Caso policial: Não	Plano de saúde: Não	Veio de ambulância: Não	Trauma: Não
Meio de transporte: CARRO PARTICULAR		Quem transportou: THAYNA OLIVEIRA DE SOUZA	

Sinais Vitais

PA: ____ X ____ mmHg	Pulso:	Temperatura:

Exames complementares

Raio X ( ) Sangue ( ) Urina ( ) TC ( ) Liquor ( ) ECG ( ) Ultrasonografia ( )

Dados clínicos

Diagnóstico

CID:

Atendido por: ANIELLY ARAUJO DOS SANTOS

Tempo: 05min 34seg

Imprimir

SEGURADORA LIDER DPVAT 4 8 01/12/2016 11:02 - 00000001569

Primeiro Atendimento Médico

OLIVEIRA BURNIER

1633004317417 BE.: 308562
JOSE CLAUDIO SOARES DOS SANTOS
DT. NASC.: 24/01/1938
MAE: MARIA DO PENHA SOARES DOS SANTOS
END.: SILVA MARIZ
N. 279 - CRUZ DOS ANJOS
JOAO PESSOA
FONE: ()
CELULAR: (83) 88650121
IDADE: 60
DT. ENTRADA:

PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

NOME DO PACIENTE: | IDADE:

DADOS CLÍNICOS – MECANISMOS DO TRAUMA

Recebe vítima de queda de projeto altura
a quem se de se refere pilotar - atendo

ME PRIMARIO

VIAS AÉREAS ( ) Pérvias ( ) Obstruídas
CERVICAL IMOBILIZADA: ( ) Sim ( ) Não
VENTILAÇÃO:
TRAQUEIA NA LINHA MEDIANA ( ) Sim ( ) Não
RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA ( ) Sem dificuldade
( ) Com dificuldade
( ) VENTILAÇÃO MECÂNICA
( ) APNÉNIA
AUSCUTA PULMONAR:
1- MURMÚRIO VESICULAR
HTD: ( ) Presente e normal ( ) Rude ( ) Diminuído ( ) Ausente
HTE: ( ) Presente e normal ( ) Rude ( ) Diminuído ( ) Ausente
RUIDOS ( ) sim ( ) Não
HTD: Roncos, Sibilos, Estertores
HTE: Roncos, Sibilos, Estertores
_____ imp SaO2 _____ %

CIRCULAÇÃO

COR DA PELE: ( ) Normal ( ) Pálida ( ) Cianótica ( ) Pleocórica ( ) Ictérica
TEMPERATURA DA PELE: ( ) Normal ( ) Quente ( ) Fria
PULSO: ( ) Normal ( ) Aumentado ( ) Fino ( ) Ausente
AUSCUTA CARDÍACA
RÍTIMO: ( ) Regular ( ) Irregular ( ) Ausente
BULHAS: ( ) Normatonéticas ( ) Hipofonéticas ( ) Hipofonéticas ( ) Ausente
SOPRO: ( ) Presente ( ) Ausente
BE OU B4: ( ) Sim ( ) Não
FC: _____ bmp PA: _____ X _____ mmHg T: _____ °C
ECG: _____

ABDOMEN: _____

DÉFICIT NEUROLÓGICO
Pupilas: ( ) Fotorreagente ( ) Paralisadas ( ) Isocóricas ( ) Anisocóricas (diferença = _____ mm)

Escala de Glasgow:

ABERTURA OCULAR		MELHOR RESPOSTA VERBAL ESCALA VERBAL PEDIÁTRICA (<4anos)		MELHOR RESPOSTA MOTORA	
Espontânea	4	Consciente / Palavras apropriadas, sorriso social, fixa e segue objetos	5	Obedece aos comandos	6
À solicitação verbal	3	Confuso / Chora, mas é consolável	4	Localiza a dor	5
Ao contínuo estímulo	2	Palavras inapropriadas / irritado (persistente)	3	Retira o Membro	4
Nenhuma	1	Sons incompreensíveis / inquieto	2	Flexão anormal (decorticação)	3
		Nenhuma / Nenhuma	1	Extensão Anormal (decerebração)	2
				Nenhuma	1
TOTAL: 15					

F(NG).CC.001-1

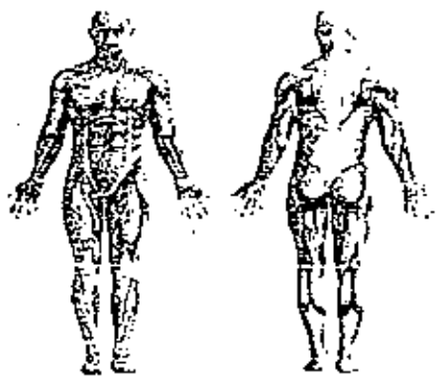
SEGURANÇA LIDER DPART 4 [06/12/2016 11:02 - 0000081570

EXAME SECUNDÁRIO

ALERGIA: ( ) Não ( ) Sim: _____
MEDICAMENTOS: ( ) Não ( ) Sim: _____
IMUNIZAÇÃO ( ) Não ( ) Sim: _____
PATOLOGIA ( ) Não ( ) Sim: _____
ALIMENTOS INGERIDOS: ( ) Não ( ) Sim: _____

LOCAL DA LESÃO

Identifique o local com o número correspondente ao lado →



1 Abrasão	19 Fratura Óssea Fechada
2 Amputação	20 Fratura Óssea Aberta
3 Avulsão	21 Hematoma
4 Contusão	22 Ingurgitamento Nervoso
5 Crepitação	23 Laceração
6 Dor	24 Lesão Tendinea
7 Edema	25 Luxação
8 Empolamento	26 Mordedura
9 Efisema subcutâneo	27 Movimento torácico paradoxal
10 Esmagamento	28 Objeto Encravado
11 Equimose	29 Otorragia
12 F. Arma Branca	30 Paralisia
13 F. Arma de Fogo	31 Paresia
14 F. Contuso	32 Parestesia
15 F. Cortante	33 Queimadura
16 F. Corto-Contuso	34 Rinorragia
17 F. Perfuro-Contuso	35 Sinais de Isquemia
18 F. Perfuro-Cortante	36

OBS.: _____

QUEIMADURA:
Superfície corporal lesada (regra da palma%) _____% Grau de queimadura: ( ) 1º grau ( ) 2º grau ( ) 3º grau

EXAMES SOLICITADOS
( ) Radiografias
( ) Ultrassonografia (FAST)
( ) Tomografia computedorizada
( ) Lavado peritonial
( ) Gasometria arterial
( ) Tipagem sanguínea

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

	CONDUTAS E PROCEDIMENTOS	CÓDIGO	ASSINATURA E CARIMBO
1	[illegible]	[illegible]	[illegible]
2			
3			
4			
5	[illegible]		
6			
7			
8	[illegible]		
9			
10	[illegible]	[illegible]	[illegible]

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO
Solicito parecer da [illegible] às ____:____ do dia ____/____/____
Solicito parecer da _____ às ____:____ do dia ____/____/____

DESTINO DO PACIENTE
DATA DA SAÍDA ____/____/____
HORAS: ____:____

( ) Centro cirúrgico
( ) Transferencia (unidade de saúde) _____
( ) Internado (setor) _____
( ) Alta hospitalar ( ) Decisão médica ( ) A pedido ( ) A revalia ( ) Desistência
( ) Óbito ( ) Até 48 hs. ( ) Após 48 hs. ( ) Família ( ) IML ( ) SVO

_____ ASSIN
ATURA/CARIMBO

_____ ASSIN
ATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

F(NG).CC.001-1

SECRETARIA DE SAÚDE

10000843174 17
JOSE CLAUDIO SOARES DOS SANTOS BE : 908542
DT. NASC.: 26/01/1936
MAE: MARIA DA PENHA SOARES DOS SANTOS
END.: SILVA MARTZ
N. 575 - CRUZ DAS ARMAS
JOAO PESSOA
FONE: ()
CELULAR: (83) 988504121
TERGE: AG
DT. ENTRADA:

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM B.E./PRONT

NOME DO PACIENTE: DATA:

PROCEDÊNCIA: [ ] Domicílio [ ] Ambulancia de resgate [ ] Ambulancia SAMU

TIPO DE ACIDENTE: [ ] Moto [ ] Automovel [ ] Ônibus [ ] Bicicleta [ ] Atropelamento
[ ] Envenenamento [ ] Incêndio [ ] Explosão [ ] Arma de Fogo [ ] Arma branca [ ] Outros: _____

TIPO DE LESÃO: [ ] Fratura fechada [ ] Ferimento aberto [ ] Esmagamento [ ] [illegible] [ ] Queimadura
[ ] Mordedura [ ] Objeto enterrado [ ] Ferimento contuso [ ] Amputação membro [ ] [illegible] _____

LOCAL DA LESÃO: [ ] Membros sup. [ ] Membros inf. [ ] Tronco [ ] Cabeça e pescoço [ ] Outros: _____

DADOS CLÍNICOS (sintomas) _____

DATA DE INÍCIO DOS SITOMAS: [illegible]

EXAME FÍSICO PA: ____/____mmhg P: ____bpm SpO2: _____ Tax: _____

Sistema Neurológico:
Nível de Consciência: [ ] Consciente [ ] Sonolento [ ] Confusado [ ] Desorientado
Avaliação das pupilas: Simetria: [ ] Isocóricas [ ] Anisocóricas Tamanho: [ ] Midríase [ ] Miose

Sistema Respiratório: [ ] Ventilação invasiva [ ] Ventilação espontânea [ ] Vias aéreas pérvias
[ ] Traqueostomia [ ] Respiração rápida [ ] Obstrução parcial das vias aéreas
[ ] Respiração ruidosa [ ] Suporte ventilatório não invasivo [ ] Obstrução total das vias aéreas

Sistema Circulatório: [ ] Pulso ausente [ ] Pele fria e úmida [ ] Perfusão tissular satisfatória
[ ] Taquicardia [ ] Bradicardia [ ] Perfusão tissular comprometida
[ ] Palidez [ ] Outros: _____

Sistema Digestório: [ ] FIDA [ ] Uso de SNG [ ] Vômito [ ] Dor à palpação superficial
[ ] HDB [ ] Ceto[illegible] [ ] Dor à palpação profunda
Outros: _____ [ ] Ripi[illegible] [ ] Distensão abdominal

Sistema Genito-urinário: [ ] Disúria [ ] Hematúria [ ] Oligúria [ ] Polúria [ ] [illegible] [ ] Outros: _____

HISTÓRICO CLÍNICO E CIRÚRGICO: [ ] Hipertensão [ ] Diabetes [ ] Câncer [ ] Alergias [ ] Cirúrgias
[ ] Internações [ ] Outros: Especificar: _____

USO DE MEDICAÇÃO? [ ] Sim [ ] Não Especificar: _____

HORÁRIO DA ÚLTIMA REFEIÇÃO:

IMUNIZADO CONTRA O TÉTANO? [ ] Sim [ ] Não

OUTRAS INFORMAÇÕES IMPORTANTES: [illegible]

Helena Carla B. Andrade
Enfermeira
COREN-PB

DESTINO: COREM

F(NG).ENF.022-1

SESPM00021 LOGER DRANT 4.1 01/12/2016 11:37 - 0000006157

CRUZ VERMELHA BRASILEIRA

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

HEETSZL

BE/PRONTUÁRIO 908542

Nome do paciente José Claudio Soares dos Santos

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
		Internado 20.4.8
		Fa trombocitêmica D
		Tranzia II
		Internado c/ tto livre/25
		Solicito Tse-02 / ECG e
		risco cirúrgico
		STAFF Dr Diego Lim

SEGURADORA TIGER BRUNE 4 & 01/12/2016 11:18 - 000028015572

F(NG).ENF.018-1

CRUZ VERMELHA BRASILEIRA

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

BE/PRONTUÁ.

BE.: 908562.
100000431741?
JOSÉ CLAUDIO SOARES DOS SANTOS
DT. NASC.: 26/01/1936
MAE: MARIA DA PENHA SOARES DOS SANTOS
END.: SILVA MARIZ
N. 575 - CRUZ DAS ARMAS
JOÃO PESSOA
COMP.: ()
CELULAR: (83) 988530121
IDADE: 80
DT. ENTRADA:

Nome do paciente

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EV
		Paciente 14:32
		VÍTIMA DE QUEDA DE TROPRIA ALTURA COM DOR LIMITAÇÃO FUNCIONAL E INVALIDEZ
		AO EXAME MOBILIDADE PREJUDICADA POR ALTERAÇÃO
		SOLICITO RADIOGRAFIAS

SEGURADORA LIDER SPUAE 4 4. 04/12/2016 11:07 - 000020152

F(NG).ENF.018-1

CRUZ VERMELHA BRASILEIRA

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: José Claudio Souza dos Santos RE/Prontuário: 908542

Idade: 80 anos Sexo: (X) Masculino ( ) Feminino Cor: _____ Data: __/__/__

Clínica/Setor: Ortopedia EMP: _____ LR: _____

Cirurgia: Osteossíntese de Fêmur Direito

Cirurgião: Dr. Nilson Lima 1º Assistente: Dr. Douglas

2º Assistente: Dr. André (MR2) 3º Assistente: Dr. Cláudio (MR3)

Instrumentador: _____ Anestesista: Dr. Hercules

Tipo de Anestesia: Raquianestesia Horário: Início ___:___ Término ___:___

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
Fratura Transtrocantérica de Fêmur Direito	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
Tto Cirúrgico de Fratura Transtrocantérica de Fêmur Direito	

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

Biopsia de Congelação: ( ) Sim (X) Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

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

João Pessoa, 12/04/16

Médico/CRM: _____

F(NG).ASCIR.009-1

SEGURANÇA LIDER (PUT 4 6 01/12/2016 11:07 - 00000050524

CRUZ VERMELHA BRASILEIRA

RELATÓRIO DE CIRURGIA

RETINA

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

1 - Paciente em Decúbito Dorsal sob Tração e sob Anestesia
2 - Assepsia + Antissepsia
3 - Aplicação de campos cirúrgicos

Incisão:

4 - Incisão lateral da coxa direita
5 - Dissecção por planos
6 - Hemostasia cuidadosa

Achados:

7 - Fratura Transtrocantérica de fêmur

Conduta:

8 - Redução indireta em Mesa de Tração sob escopia
9 - Passagem de fio guia em colo do fêmur sob escopia
10 - Fresagem
11 - Fixação com DHS + 3 parafusos corticais
12 - Cravação com SFQ21.

Fechamento:

13 - Sutura por planos
14 - Curativo estéril
15 - Rx de controle

Observação:

João Pessoa, 12/04/12

Médico/CRM: _____

F(NG).ASCIR.009-1

Nota de Sala Cirúrgica

NOME DO PACIENTE: José Clemilto Soares dos Santos
IDADE: 60 DE PRONTUÁRIO: 90 [illegible] LEITO:
CIRURGIA: Laminectomia [illegible]
CIRURGIÃO: Dr. Nilson Dr. Amaral R2 Dr. Glauber R1
ANESTESIA: Geral
ANESTESISTA: Dr. Hercules
INSTRUMENTADOR: Jamille
DATA: 20/4/16 TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA: INÍCIO: [illegible] FIM: [illegible] CIRURGIA: INÍCIO: 14:30 FIM: 16:30
ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTESIOLOGISTS)
ASA 1 ( ) ASA 2 ( ) ASA 3 ( ) ASA 4 ( ) ASA 5 ( )
GRAU DE CONTAMINAÇÃO: ( ) LIMPA ( ) CONTAMINADA ( ) INFECTADA ( ) POTENCIALMENTE CONTAMINADA

MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD.
ALFENTANILA	
BUPIVACAÍNA ISOBÁRICA	
BUPIVACAÍNA PESADA	
CETAMINA	
DROPERIDOL	
ETOMIDATO	
FENOBARBITAL	
FENTANILA	
FLUMAZENIL	
ISOFLURANO	
LEVOBUPIVACAÍNA C/ VASO	
LEVOBUPIVACAÍNA S/ VASO	
LIDOCAÍNA C/ VASO	
LIDOCAÍNA S/ VASO	
MIDAZOLAN	
MORFINA	
NIMBIUM	
PANCURÔNIO	
PETIDINA	
PROPOFOL	
RAMIFENTANILA	
ROCURÔNIO	
SEVOFLURANO	
SUXAMETÔNIO	
TIOPENTAL	

MEDICAÇÕES	QTD.
ADRENALINA	
ÁGUA DESTILADA	
ATROPINA	
DEXTRA	
CEFAZOLINA	
DEXAMETASONA	
DIPIRONA SÓDICA	
EFEDRINA	
FUROSEMIDA	
GLICOSE 50%	
GLUCONATO DE CÁLCIO	
HIDROCORTISONA	
LIDOCAÍNA GELÉIA	
ONDASENTRONA	
PLASIL	
PROSTIGMINE	
PROTAMINA	
TENOXICAM	

SOLUÇÕES	QTD.
ALCOOL ETÍLICO 70%	OK
PVPI DEGERMANTE	OK
PVPI TINTURA	OK
PVPI TÓPICO	
SABÃO ANTISÉPTICO	

MATERIAIS	QTD.
AGULHA 13X4,5	
AGULHA 25X07	
AGULHA 25X08	
AGULHA 40X12	
AGULHA PERIDURAL Nº18	
AGULHA PERIDURAL Nº19	
AGULHA PERIDURAL Nº18	
AGULHA RAQUI Nº25G	
AGULHA RAQUI Nº26G	
AGULHA RAQUI Nº27G	
ALGODÃO ORTOPÉDICO	
ATADURA DE CREPOM	
ATADURA GESSADA	
BOLSA P/ COLOSTOMIA	
CÂNULA P/ TRAQUEOSTOMIA Nº	
CATETER DE OXIGÊNIO	
CATETER EMBOLEC. ARTERIAL Nº	
CATETER EPIDURAL Nº16	
CATETER EPIDURAL Nº17	
CATETER EPIDURAL Nº18	
CERA PARA OSSO	
COLET. URINA FECHADO	
COMPRESSAS CIRÚRGICAS	NI
COMPRESSAS CIRÚRGICAS	
DRENO DE PENROSE	
DRENO DE SUCÇÃO	
ELETRODOS	
EQUIPO MACROGOTAS	
EQUIPO TRANSF. SANGUE	
EQUIPO MICROGOTAS	
ESPONJA DE PVPI	NI
ESPARADRAPO	OK
GAZES	NN
GAZES ALGODOADAS	
GEL ELETROLÍTICO	OK
JELCO Nº14	
JELCO Nº16	
01 Placa DHS 3 furos	
01 Parafuso de Lizante 8mm	
03 Parafusos corticais nº40	

MATERIAIS CONT.	QTD.
JELCO Nº18	
JELCO Nº20	
JELCO Nº22	
JELCO Nº24	
KIT SIST. DREN. TORÁXICA Nº	
LÂMINA BISTURI Nº11	
LÂMINA BISTURI Nº15	
LÂMINA BISTURI Nº21	
LÂMINA BISTURI Nº23	
LÂMINA DE DERMÁTOMO	
LÂMINA DE INSERÇÃO	
LONA DE PROCEDIMENTO PAR.	NI
LUVA ESTÉRIL Nº7,0	
LUVA ESTÉRIL Nº7,5	
LUVA ESTÉRIL Nº8,0	
LUVA ESTÉRIL Nº8,5	
MÁSCARA CIRÚRGICA	NI
MULTIVIAS	
PERFURADOR DE SORO	
SCALP Nº19	
SCALP Nº21	
SERINGA 3ML	
SERINGA 5ML	
SERINGA 10ML	
SERINGA 20ML	
SONDA ASP. TRAQUEAL Nº9	
SONDA ASP. TRAQUEAL Nº10	
SONDA ASP. TRAQUEAL Nº12	
SONDA ASP. TRAQUEAL Nº14	
SONDA ASP. TRAQUEAL Nº16	
SONDA FOLEY 2 VIAS Nº12	
SONDA FOLEY 2 VIAS Nº14	
SONDA NASOG. CURTA	
SONDA NASOG. LONGA	
SONDA URETRAL Nº	
TORNEIRINHA	
TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	
TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	
TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	
TUBO SIUCCNE (LATEX)	

FIOS	QTD.
FIO ALGODÃO 5/0 Nº	
FIO ALGODÃO 5/0 Nº	
FIO ALGODÃO 0/0 Nº	
FIO ALGODÃO 0/0 Nº	

FIOS	QTD.
FIO CAT. GUT CROMADO Nº	
FIO CAT. GUT CROMADO Nº	
FIO DE AÇO Nº	
FIO DE AÇO Nº	
FIO DE NYLON Nº	
FIO DE NYLON Nº	3.0
FIO DE NYLON Nº	
FIO POLIGLACTINA Nº	3.0
FIO POLIGLACTINA Nº	
FIO POLIGLACTINA Nº	
FIO ECOPROPLENO Nº	
FIO POLIPROPILENO Nº	
FIO POLIPROPILENO Nº	
FIO POLIGLECAPRONE Nº	
FIO SEDA Nº	
FITA CARDÍACA	

MATERIAL ESPECIAL	QTD.
CATETER DE PIC	
CIMENTO CIRÚRGICO	
CLIP TITÂNIO LIGADURA	
FIO DE KIRSCHNER Nº	
PINO DE KIRSCHNER Nº	
FIO STEINMAN Nº	
FIO STEINMAN Nº	
GRAMPEADOR CIRÚRGICO	
HEMOST. ABSORVÍVEL	
KIT DERIVA VENTRICULAR	
PRÓTESE VASCULAR	
KIT PAM	
FIXADOR EXTERNO	

EMPRESA
PARAFUSOS CORTICAIS
PARAFUSOS CORTICAIS
PARAFUSOS ESPONJOSO
PARAFUSOS ESPONJOSO
PARAFUSOS MALEOLAR
PARAFUSOS MALEOLAR
PLACA
PLACA

EQUIPAMENTOS	
( ) ASPIRADOR	
(X) BISTURI ELÉTRICO	X
( ) CAPNÓGRAFO	
(X) CARDIOMONITOR	X
( ) DESFIBRILADOR	
( ) FOCO AUXILIAR	
(X) FOCO CENTRAL	X
( ) MICROSCÓPIO	
(X) OXÍMETRO DE PULSO	X
(X) PRESSÃO NÃO INVASIVA	X
(X) PERFURADOR ELÉTRICO	X
( ) SERRA	

CIRCULANTE: [signature]

FINOLASCR 101-2

SEGURADO LIDER DPVAT 4 8 01/12/2016 11:07 - 0000050157S

FICHA DE ANESTESIA

DATA: 12/06/16 PRONTUÁRIO:

PACIENTE: José Cláudio Soares Sarmento SEXO: M IDADE: 50

PRESSÃO ARTERIAL PULSO 142x83 RESPIRAÇÃO 0 TEMPERATURA GRUPO SANGUÍNEO

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

EXAMES COMPLEMENTARES

AP. RESPIRATÓRIO AP. CIRCULATÓRIO

AP. DIGESTIVO ESTADO MENTAL DROGAS EM USO

ESTADO FÍSICO (ASA)

PRÉ-ANESTÉSICO

DOSE/HORA

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO Fratura transversal terço médio de femur direito

CIRURGIA REALIZADA Tratamento cirúrgico de fratura transversal terço médio de femur

CIRURGIÃO Dr. [illegible] + Dr. [illegible] AUXILIARES

INÍCIO DA ANESTESIA 14:30 TÉRMINO DA ANESTESIA 15:45 DURAÇÃO DA ANESTESIA

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO QUANT. DE CH. VALORES R$

ANESTESISTA Dr. Hercules CPF CRM-PB

Dr. Hércules Pereira Trindade
Médico Anestesiologista
CRM-PB 3770-98 / 3474-rd

ADMINISTRAÇÕES	14:50	16:00			
O A N T O					
LÍQUIDOS VENOSOS					
PULSO ○ / PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA ● / PRESSÃO ARTERIAL DIASTÓLICA ▲ / INSPIRAÇÃO ✕ / EXPIRAÇÃO ●	270 / 200 / 180 / 160 / 140 / 120 / 100 / 80 / 60 / 40 / 20				
ANOTAÇÕES					

☐ ANESTESIA GERAL ☐ RAQUIDIANA ☐ EPIDURAL ☐ PLANO PLEXO ☐ BLOQUEIO NERVOS ☐ OUTROS

TÉCNICAS USADAS: Mk Glasby, monitorização, PSA, Pulso, Temp, Lucas 13-44, Fluido Cristal, Tp 75 - Hidro

MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

VIA	VOLUME			
VENOSA	1	Bupivacaína Hiperbárica 0,5%	11	
NASAL	2	Morfina 0,08 mg	12	
SANGUE	3	Gelofusine 3g	13	
RINGER	4	Dexmedetomidina 100	14	
TOTAL	5		15	
DESTINO DO PACIENTE	6		16	
☐ APPT ☐ ENFERMARIA	7		17	
	8		18	
☐ UTI ☐ RESIDÊNCIA	9		19	
☐ OUTROS	10		20	

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

ASSINATURA DO ANESTESISTA

Dr. Hércules Pereira Trindade
Médico Anestesiologista
CRM-PB 3770-98 / 3474-rd

CARIMBO E ASSINATURA

SEGURADORA LIDER DPVAT 4 6 01/12/2016 11:07 - 00000050015276

Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena

GOVERNO DA PARAÍBA

ACOLHIMENTO, sn - - CNES: 123312 - Tel:

Boletim de Atendimento: 941300

Identificação do paciente

ID 1016866	Nome JOSE CLAUDIO SOARES DOS SANTOS			Sexo Masculino
Data de nascimento 26/01/1936	Idade 80 anos 6 meses 23 dias	Estado civil SOLTEIRO(A)	Religião CATOLICA	Prontuário 94178
Mãe MARIA DA PENHA SOARES DOS SANTOS			Pai JOSE SOARES DOS SANTOS	
Escolaridade FUNDAMENTAL INCOMPLETO			Responsável (Parentesco) CLODOMAR MARQUES SOARES - FILHO(A)	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 988604121		DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 44829		Nº Cns 898000433081056	
Local de procedência CRUZ DAS ARMAS			Tipo BAIRRO	UF PB
Email	Naturalidade JOAO PESSOA		CBOR	

Endereço

CEP 58085350	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro SILVA MARIZ
Número 579	Complemento		Bairro CRUZ DAS ARMAS

Admissão

Data e Hora 16/08/2016 11:27:19	Número da pulseira 1000005762704	Convênio SUS
Especialidade CLINICA GERAL		Clínica CLINICA TRAUMA E GERAL
Classificação de risco		Origem do paciente RESIDENCIA
Caráter de atendimento URGENCIA	Motivo do atendimento TRAUMA	Detalhe do acidente

Indicadores e Transporte

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

Sinais Vitais

PA _____ x _____ mmHg	Pulso	Temperatura

Exames complementares

Raio X [ ] Sangue [ ] Urina [ ] TC [ ] Liquor [ ] ECG [ ] Ultrassonografia [ ]

Dados clínicos

Diagnóstico	CID
Atendido por ALYSSON JOSE LIMA DA SILVA	Tempo 02min 15seg

Imprimir

SEGURANÇA LIDER 78187 4 6 01/12/2016 11:07 - 000025017577

CRUZ VERMELHA BRASILEIRA

Primeiro Atendimento Médico

BE.: 941300
JOSÉ CLÁUDIO GOMES DOS SANTOS
DT. NASC.: 26/01/1936
MÃE: MARIA DA PENHA GOMES DOS SANTOS
END.: EZILDA MARIZ
N. 670 - CRUZ DAS ARMAS
JOÃO PESSOA
FONE: ( )
CELULAR: (83) 88860421
IDADE: 80
DT. ENTRADA:

PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

NOME DO PACIENTE:

IDADE:

DADOS CLÍNICOS – MECANISMOS DO TRAUMA

EXAME PRIMÁRIO

VIAS AÉREAS ( ) Pérvias ( ) Obstruídas

CERVICAL IMOBILIZADA: ( ) Sim ( ) Não

VENTILAÇÃO:

TRAQUÉIA NA LINHA MEDIANA ( ) Sim ( )Não

RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA ( ) Sem dificuldade

( ) Com dificuldade

( ) VENTILAÇÃO MECÂNICA

( ) APNÉIA

AUSCULTA PULMONAR:

1- MURMÚRIO VESICULAR

HTD:
- ( ) Presente e normal
- ( ) Rude
- ( ) Diminuído
- ( ) Ausente

HTE:
- ( ) Presente e normal
- ( ) Rude
- ( ) Diminuído
- ( ) Ausente

2 - RUIDOS

- ( ) sim
  - HTD: Roncos, Sibilos, Estertores
  - HTE: Roncos, Sibilos, Estertores
- ( ) Não

FR: _____ imp SaO2: _____ %

CIRCULAÇÃO

COR DA PELE: ( ) Normal ( ) Pálida ( ) Cianótica ( ) Pletórica ( )Ictérica

TEMPERATURA DA PELE ( ) Normal ( ) Quente ( ) Fria

PULSO ( ) Normal ( ) Aumentado ( ) Fino ( ) Ausente

AUSCULTA CARDÍACA

RÍTMO ( ) Regular ( ) Irregular ( ) Ausente

BULHAS ( ) Normatonéticas ( ) Hipofonéticas ( ) Hipofonéticas ( ) Ausente

SOPRO ( ) Presente ( ) Ausente

BE OU B4 ( ) Sim ( ) Não

FC: _____ bmp PA: _____X_____ mmHg T: _____°C

ECG: _____

ABDOMEN: _____

DÉFICIT NEUROLÓGICO

Pupilas: ( ) Fotorreagente ( ) Paralisadas ( ) Isocóricas ( ) Anisocóricas (diferença = _____mm)

Escala de Glasgow:

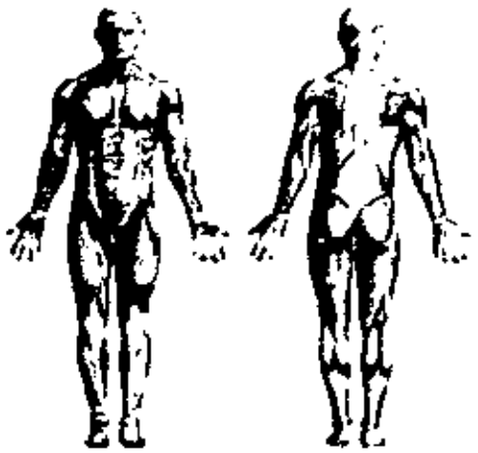
ABERTURA OCULAR		MELHOR RESPOSTA VERBAL ESCALA VERBAL PEDIÁTRICA [<4anos]		MELHOR RESPOSTA MOTORA	
Espontânea	4	Consciente / Palavras apropriadas, sorriso social, fixa e segue objetos	5	Obedece aos comandos	6
À solicitação verbal	3	Confuso / Chora, mas é consolável	4	Localiza a dor	5
Ao contínuo estímulo	2	Palavras inapropriadas / Irritado (persistente)	3	Retira o Membro	4
Nenhuma	1	Sons incompreensíveis / Inquieto	2	Flexão anormal (decorticação)	3
		Nenhuma / Nenhuma	1	Extensão Anormal (decerebração)	2
				Nenhuma	1
TOTAL:					

EXAME SECUNDÁRIO

ALERGIA: ( ) Não ( ) Sim: _____
MEDICAMENTOS: ( ) Não ( ) Sim: _____
IMUNIZAÇÃO ( ) Não ( ) Sim: _____
PATOLOGIA ( ) Não ( ) Sim: _____
ALIMENTOS INGERIDOS: ( ) Não ( ) Sim: _____

LOCAL DA LESÃO

Identifique o local com o número correspondente ao lado →



1 Abrasão	19 Fratura Óssea Fechada
2 Amputação	20 Fratura Óssea Aberta
3 Avulsão	21 Hematoma
4 Contusão	22 Ingurgitamento Nervoso
5 Crepitação	23 Laceração
6 Dor	24 Lesão Tendinea
7 Edema	25 Luxação
8 Empalamento	26 Mordedura
9 Efisema subcutâneo	27 Movimento torácico paradoxal
10 Esmagamento	28 Objeto Encravado
11 Equimose	29 Otorragia
12 F. Arma Branca	30 Paralisia
13 F. Arma de Fogo	31 Paresia
14 F. Contuso	32 Parestesia
15 F. Cortante	33 Queimadura
16 F. Corto-Contuso	34 Rinorragia
17 F. Perfuro-Contuso	35 Sinais de isquemia
18 F. Perfuro-Cortante	36

OBS.: _____

QUEIMADURA:
Superfície corporal lesada (regra da palma%) _____% Graus de queimadura: ( ) 1º grau ( ) 2º grau ( ) 3º grau

EXAMES SOLICITADOS
( ) Radiografias
( ) Ultrassonografia (FAST)
( ) Tomografia computadorizada
( ) Lavado peritonial
( ) Gasometria arterial
( ) Tipagem sanguinea

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

	CONDUTAS E PROCEDIMENTOS	CÓDIGO	ASSINATURA E CARIMBO
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO
Solicito parecer da _____/_____ às____:____ do dia____/____/____
Solicito parecer da _____/_____ às____:____ do dia____/____/____

DESTINO DO PACIENTE
DATA DA SAÍDA ____/____/____
HORAS: _____:_____

( ) Centro cirúrgico
( ) Transferência (unidade de saúde) _____
( ) Internado (setor) _____
( ) Alta hospitalar ( ) Decisão médica ( ) A pedido ( ) A revalia ( ) Desistência
( ) Óbito ( ) Até 48 hs. ( ) Após 48 hs. ( ) Família ( ) IML ( ) SVO

_____
ASSINATURA/CARIMBO

_____
ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

CRUZ VERMELHA BRASILEIRA

HEETSHI.

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

B.E./PRONTUÁRIO

NOME DO PACIENTE: | IDADE: | DATA:

PROCEDÊNCIA: [ ] Domicílio [ ] Ambulância de resgate [ ] Ambulância SAMU [ ] Polícia

TIPO DE ACIDENTE: [ ] Moto [ ] Automóvel [ ] Ônibus [ ] Bicicleta [ ] Atropelamento [ ] Envenenamento [ ] Incêndio [ ] Explosão [ ] Arma de Fogo [ ] Arma branca [ ] Outros: _____

TIPO DE LESÃO: [ ] Fratura fechada [ ] Ferimento aberto [ ] Esmagamento [ ] Laceração [ ] Queimadura [ ] Mordedura [ ] Objeto encravado [ ] Ferimento contuso [ ] Amputação membro [ ] Outros: _____

LOCAL DA LESÃO: [ ] Membros sup. [ ] Membros inf. [ ] Tronco [ ] Cabeça e pescoço [ ] Outros: _____

DADOS CLÍNICOS (sintomas)

DATA DE INÍCIO DOS SINTOMAS: / /

EXAME FÍSICO PA:____/____mmhg P:_____bpm SpO2:_____ Tax:_____

Sistema Neurológico:

Nível de Consciência: [ ] Consciente [ ] Inconsciente [ ] Orientado [ ] Desorientado

Avaliação das pupilas: Simetria: [ ] Isocóricas [ ] Anisocóricas Tamanho: [ ] Midríase [ ] Miose

Sistema Respiratório: [ ] Ventilação invasiva [ ] Ventilação espontânea [ ] Vias aéreas pérvias [ ] Traqueostomia [ ] Respiração rápida [ ] Obstrução parcial das vias aéreas [ ] Respiração ruidosa [ ] Suporte ventilatório não invasivo [ ] Obstrução total das vias aéreas

Sistema Circulatório: [ ] Pulso ausente [ ] Pele fria e úmida [ ] Perfusão tissular satisfatória [ ] Taquicardia [ ] Bradicardia [ ] Perfusão tissular comprometida [ ] Palidez [ ] Outros: _____

Sistema Digestório: [ ] HDA [ ] Uso de SNG [ ] Vômitos [ ] Dor à palpação superficial [ ] HDB [ ] Corpo estranho [ ] Dor à palpação profunda Outros: _____ [ ] Rigidez abdominal [ ] Distensão abdominal

Sistema Genito-urinário: [ ] Disúria [ ] Hematúria [ ] Oligúria [ ] Poliúria [ ] SVD [ ] Outros: _____

HISTÓRICO CLÍNICO E CIRÚRGICO: [ ] Hipertensão [ ] Diabetes [ ] Câncer [ ] Alergias [ ] Cirurgias [ ] Internações [ ] Outros: Especificar: _____

USO DE MEDICAÇÃO? [ ] Sim [ ] Não Especificar:

HORÁRIO DA ÚLTIMA REFEIÇÃO:

IMUNIZADO CONTRA O TÉTANO? [ ] Sim [ ] Não

OUTRAS INFORMAÇÕES IMPORTANTES: _____

DESTINO: ENFERMEIRO: COREN:

SEGURADORA LIDER SPURT 4 3 01/12/2016 11:47 - 04000016579

CRUZ VERMELHA BRASILEIRA

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

B.E./PRONTUÁRIO

BE.: 941300
JOSE CLAUDIO SOARES DOS SANTOS
DT. NASC.: 26/01/1939
MAE: MARIA DA PENHA SOARES DOS SANTOS
END.: SILVA MARIZ
N. 678 - CRUZ DAS ARMAS
JOAO PESSOA
FONE: ()
CELULAR: (83) 88884121
IDADE: 80
DT. ENTRADA:

NOME DO PACIENTE: | IDADE:

PROCEDÊNCIA: [ ] Domicílio [ ] Ambulância de resgate [ ] Ambulância SAMU

TIPO DE ACIDENTE: [ ] Moto [ ] Automóvel [ ] Ônibus [ ] Bicicleta [ ] Atropelamento
[ ] Envenenamento [ ] Incêndio [ ] Explosão [ ] Arma de Fogo [ ] Arma branca [ ] Outros: _____

TIPO DE LESÃO: [ ] Fratura fechada [ ] Ferimento aberto [ ] Esmagamento [ ] Laceração [ ] Queimadura
[ ] Mordedura [ ] Objeto encravado [ ] Ferimento contínuo [ ] Amputação membro [ ] Outros: _____

LOCAL DA LESÃO: [ ] Membros sup. [ ] Membros inf. [ ] Tronco [ ] Cabeça e pescoço [ ] Outros: _____

DADOS CLÍNICOS (sintomas)

DATA DE INÍCIO DOS SINTOMAS: / /

EXAME FÍSICO PA: ___/___ mmhg P: ____bpm SpO2: _____ Tax: _____

Sistema Neurológico:
Nível de Consciência: [ ] Consciente [ ] Inconsciente [ ] Orientado [ ] Desorientado
Avaliação das pupilas: Simetria: [ ] Isocóricas [ ] Anisocóricas Tamanho: [ ] Midríase [ ] Miose

Sistema Respiratório: [ ] Ventilação invasiva [ ] Ventilação espontânea [ ] Vias aéreas pérvias
[ ] Traqueostomia [ ] Respiração rápida [ ] Obstrução parcial das vias aéreas
[ ] Respiração ruidosa [ ] Suporte ventilatório não invasivo [ ] Obstrução total das vias aéreas

Sistema Circulatório: [ ] Pulso ausente [ ] Pele fria e úmida [ ] Perfusão tissular satisfatória
[ ] Taquicardia [ ] Bradicardia [ ] Perfusão tissular comprometida
[ ] Palidez [ ] Outros: _____

Sistema Digestório: [ ] HDA [ ] Uso de SNG [ ] Vômitos [ ] Dor à palpação superficial
[ ] HDB [ ] Corpo estranho [ ] Dor à palpação profunda
Outros: _____ [ ] Rigidez abdominal [ ] Distensão abdominal

Sistema Genito-urinário: [ ] Disúria [ ] Hematúria [ ] Oligúria [ ] Poliúria [ ] SVD [ ] Outros: _____

HISTÓRICO CLÍNICO E CIRÚRGICO: [ ] Hipertensão [ ] Diabetes [ ] Câncer [ ] Alergias [ ] Cirurgias
[ ] Internações [ ] Outros: Especificar: _____

USO DE MEDICAÇÃO? [ ] Sim [ ] Não Especificar:

HORÁRIO DA ÚLTIMA REFEIÇÃO:

IMUNIZADO CONTRA O TÉTANO? [ ] Sim [ ] Não

OUTRAS INFORMAÇÕES IMPORTANTES: _____

DESTINO: ENFERMEIRO: COREN:

CRUZ VERMELHA BRASILEIRA

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

HEETSHL

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO

F(NG) ENF018-1

SEGURADORA LIDER DPVAT 4 4 01/12/2016 11:07 - [illegible]

CRUZ VERMELHA BRASILEIRA

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

[illegible]
JOSE CLAUDIO GOMES DOS SANTOS — BE.: 941380
DT. NASC.: 20/01/[illegible]
MAE: MARIA DA PENHA GOMES DOS SANTOS
END.: SILVA MARIZ
N. [illegible] - CRUZ DAS ARMAS
JOAO PESSOA
FONE: ( )
CELULAR: (83) [illegible]
IDADE: [illegible]
DT. ENTRADA:

BE/PRONTUÁRIO

Nome do paciente

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO

F(NG)ENF.018-1

CRUZ VERMELHA BRASILEIRA

Receituário Médico

HEMOSUL

Venho através deste, Retificar o laudo de internamento Hospitalar do paciente José Claudio dos Santos, 80 anos, Afirmo que o motivo do Atendimento Hospitalar no dia 23/03/16, relatado pelo paciente foi: Acidente de Trânsito

Data: 18/08/16

Dr. Paul Howis Miranda
CRM 8229-RN
Médico - CRM

F(NG).CC.002-1

SEGURADORA LIDER (BRUNE 4 & 01/12/2016 11:07 - 00000250361

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

LAUDO MÉDICO

OBS: DADOS EXTRAÍDOS DO BE nº 908542 e PRONTUÁRIO nº 94178

PACIENTE: JOSÉ CLAUDIO SOARES DOS SANTOS

DATA DE NASCIMENTO: 26.01.36

Data e Hora do Atendimento: 23.03.16 **Horário: 18:36h**

MOTIVO(S) DO ATENDIMENTO: Paciente deu entrada neste hospital vitima de queda da própria altura com quadro de dor na região pélvica à direita. Atendido pelo Dr. Glauber Novais Miranda CRM 9220.

DIAGNÓSTICO INICIAL: FRATURA TRANSTROCANTERIANA DO FEMUR DIREITO
CID 10 S 72 1

RESUMO DOS PRINCIPAIS EXAMES E PROCEDIMENTO(S) REALIZADO(S): Primeiro atendimento, avaliação da traumatologia, Rx de Tórax PA e Perfil, Rx da bacia AP e Perfil, Rx da coxa direita AP e Perfil e tratamento cirúrgico com redução e fixação de fratura transtrocanteriana do fêmur direito.

ALTA HOSPITALAR: 14.04.16

Dr. Glender Tércio Trindade
Auditor / HETSHL
CRM 3920 - Mat. 29031-9

Data da Emissão: 26.07.16

Dr. Glender Tércio G. G. da Trindade
Médico Auditor - HETSHL
Mat. 29.031-9/ CRM 3920

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

SECRETARIA LAUDO 01/12/2016 11:06 - 000000015668

Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena

GOVERNO DA PARAÍBA

ACOLHIMENTO, sn - - CNES: 123312 - Tel.:

Boletim de Atendimento: 909542

Identificação do paciente

ID: 1016866	Nome: JOSE CLAUDIO SOARES DOS SANTOS		Sexo: Masculino
Data de nascimento: 26/01/1936	Idade: 80 anos 1 mes 26 dias	Estado civil: SOLTEIRO(A)	Religião: NAO INFORMADA
Prontuário:			
Mãe: MARIA DA PENHA SOARES DOS SANTOS		Pai: JOSE SOARES DOS SANTOS	
Escolaridade: FUNDAMENTAL INCOMPLETO		Responsável (Parentesco): JUSSARA PEREIRA DE SOUZA - ACOMPANHANTE	
DDD Móvel: 83	Fone Móvel: 988504121	DDD Fixo:	Fone Fixo:
Tipo documento: RG (IDENTIDADE)	Número documento: 44829	Nº Cns: 898000433091055	
Local de procedência: CRUZ DAS ARMAS		Tipo: BAIRRO	UF: PB
Email:	Naturalidade: JOAO PESSOA	CBO/R:	

Endereço

CEP: 58085350	Município de residência: JOAO PESSOA	UF: PB	Logradouro: SILVA MARIZ
Número: 579	Complemento:		Bairro: CRUZ DAS ARMAS

Admissão

Data e Hora Prevista: 23/03/2016 18:36:20	Número da pulseira: **1000004317417**		Convênio: SUS
Especialidade: CLINICA GERAL		Clínica: CLINICA TRAUMA E GERAL	
Classificação de risco:			Origem do paciente: RESIDENCIA
Caráter de atendimento: URGENCIA	Motivo do atendimento: QUEDA		Detalhe do acidente: QUEDA DO MESMO NIVEL

Indicadores e Transporte

Caso policial: Não	Plano de saúde: Não	Veio de ambulância: Não	Trauma: Não
Meio de transporte: CARRO PARTICULAR		Quem transportou: THAYNA OLIVEIRA DE SOUZA	

Sinais Vitais

PA: ____ X ____ mmHg	Pulso:	Temperatura:

Exames complementares

Raio X ( ) Sangue ( ) Urina ( ) TC ( ) Liquor ( ) ECG ( ) Ultrasonografia ( )

Dados clínicos

Diagnóstico

CID:

Atendido por: ANIELLY ARAUJO DOS SANTOS

Tempo: 05min 34seg

Imprimir

SEGURADORA LIDER DPVAT 4 8 01/12/2016 11:02 - 00000001569

Primeiro Atendimento Médico

OLIVEIRA BURNIER

1633004317417 BE.: 308562
JOSE CLAUDIO SOARES DOS SANTOS
DT. NASC.: 24/01/1938
MAE: MARIA DO PENHA SOARES DOS SANTOS
END.: SILVA MARIZ
N. 279 - CRUZ DOS ANJOS
JOAO PESSOA
FONE: ()
CELULAR: (83) 88650121
IDADE: 60
DT. ENTRADA:

PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

NOME DO PACIENTE: | IDADE:

DADOS CLÍNICOS – MECANISMOS DO TRAUMA

Recebe vítima de queda de projeto altura
a quem se de se refere pilotar - atendo

ME PRIMARIO

VIAS AÉREAS ( ) Pérvias ( ) Obstruídas
CERVICAL IMOBILIZADA: ( ) Sim ( ) Não
VENTILAÇÃO:
TRAQUEIA NA LINHA MEDIANA ( ) Sim ( ) Não
RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA ( ) Sem dificuldade
( ) Com dificuldade
( ) VENTILAÇÃO MECÂNICA
( ) APNÉNIA
AUSCUTA PULMONAR:
1- MURMÚRIO VESICULAR
HTD: ( ) Presente e normal ( ) Rude ( ) Diminuído ( ) Ausente
HTE: ( ) Presente e normal ( ) Rude ( ) Diminuído ( ) Ausente
RUIDOS ( ) sim ( ) Não
HTD: Roncos, Sibilos, Estertores
HTE: Roncos, Sibilos, Estertores
_____ imp SaO2 _____ %

CIRCULAÇÃO

COR DA PELE: ( ) Normal ( ) Pálida ( ) Cianótica ( ) Pleocórica ( ) Ictérica
TEMPERATURA DA PELE: ( ) Normal ( ) Quente ( ) Fria
PULSO: ( ) Normal ( ) Aumentado ( ) Fino ( ) Ausente
AUSCUTA CARDÍACA
RÍTIMO: ( ) Regular ( ) Irregular ( ) Ausente
BULHAS: ( ) Normatonéticas ( ) Hipofonéticas ( ) Hipofonéticas ( ) Ausente
SOPRO: ( ) Presente ( ) Ausente
BE OU B4: ( ) Sim ( ) Não
FC: _____ bmp PA: _____ X _____ mmHg T: _____ °C
ECG: _____

ABDOMEN: _____

DÉFICIT NEUROLÓGICO
Pupilas: ( ) Fotorreagente ( ) Paralisadas ( ) Isocóricas ( ) Anisocóricas (diferença = _____ mm)

Escala de Glasgow:

ABERTURA OCULAR		MELHOR RESPOSTA VERBAL ESCALA VERBAL PEDIÁTRICA (<4anos)		MELHOR RESPOSTA MOTORA	
Espontânea	4	Consciente / Palavras apropriadas, sorriso social, fixa e segue objetos	5	Obedece aos comandos	6
À solicitação verbal	3	Confuso / Chora, mas é consolável	4	Localiza a dor	5
Ao contínuo estímulo	2	Palavras inapropriadas / irritado (persistente)	3	Retira o Membro	4
Nenhuma	1	Sons incompreensíveis / inquieto	2	Flexão anormal (decorticação)	3
		Nenhuma / Nenhuma	1	Extensão Anormal (decerebração)	2
				Nenhuma	1
TOTAL: 15					

F(NG).CC.001-1

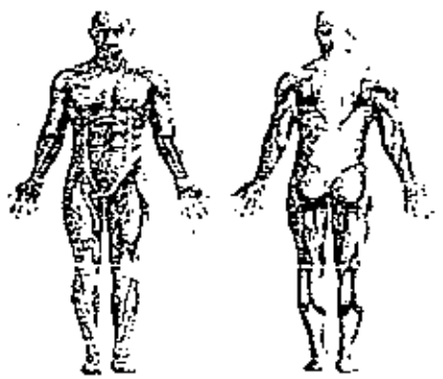
SEGURANÇA LIDER DPART 4 [06/12/2016 11:02 - 0000081570

EXAME SECUNDÁRIO

ALERGIA: ( ) Não ( ) Sim: _____
MEDICAMENTOS: ( ) Não ( ) Sim: _____
IMUNIZAÇÃO ( ) Não ( ) Sim: _____
PATOLOGIA ( ) Não ( ) Sim: _____
ALIMENTOS INGERIDOS: ( ) Não ( ) Sim: _____

LOCAL DA LESÃO

Identifique o local com o número correspondente ao lado →



1 Abrasão	19 Fratura Óssea Fechada
2 Amputação	20 Fratura Óssea Aberta
3 Avulsão	21 Hematoma
4 Contusão	22 Ingurgitamento Nervoso
5 Crepitação	23 Laceração
6 Dor	24 Lesão Tendinea
7 Edema	25 Luxação
8 Empolamento	26 Mordedura
9 Efisema subcutâneo	27 Movimento torácico paradoxal
10 Esmagamento	28 Objeto Encravado
11 Equimose	29 Otorragia
12 F. Arma Branca	30 Paralisia
13 F. Arma de Fogo	31 Paresia
14 F. Contuso	32 Parestesia
15 F. Cortante	33 Queimadura
16 F. Corto-Contuso	34 Rinorragia
17 F. Perfuro-Contuso	35 Sinais de Isquemia
18 F. Perfuro-Cortante	36

OBS.: _____

QUEIMADURA:
Superfície corporal lesada (regra da palma%) _____% Grau de queimadura: ( ) 1º grau ( ) 2º grau ( ) 3º grau

EXAMES SOLICITADOS
( ) Radiografias
( ) Ultrassonografia (FAST)
( ) Tomografia computedorizada
( ) Lavado peritonial
( ) Gasometria arterial
( ) Tipagem sanguínea

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

	CONDUTAS E PROCEDIMENTOS	CÓDIGO	ASSINATURA E CARIMBO
1	[illegible]	[illegible]	[illegible]
2			
3			
4			
5	[illegible]		
6			
7			
8	[illegible]		
9			
10	[illegible]	[illegible]	[illegible]

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO
Solicito parecer da [illegible] às ____:____ do dia ____/____/____
Solicito parecer da _____ às ____:____ do dia ____/____/____

DESTINO DO PACIENTE
DATA DA SAÍDA ____/____/____
HORAS: ____:____

( ) Centro cirúrgico
( ) Transferencia (unidade de saúde) _____
( ) Internado (setor) _____
( ) Alta hospitalar ( ) Decisão médica ( ) A pedido ( ) A revalia ( ) Desistência
( ) Óbito ( ) Até 48 hs. ( ) Após 48 hs. ( ) Família ( ) IML ( ) SVO

_____ ASSIN
ATURA/CARIMBO

_____ ASSIN
ATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

F(NG).CC.001-1

SECRETARIA DE SAÚDE

10000843174 17
JOSE CLAUDIO SOARES DOS SANTOS BE : 908542
DT. NASC.: 26/01/1936
MAE: MARIA DA PENHA SOARES DOS SANTOS
END.: SILVA MARTZ
N. 575 - CRUZ DAS ARMAS
JOAO PESSOA
FONE: ()
CELULAR: (83) 988504121
TERGE: AG
DT. ENTRADA:

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM B.E./PRONT

NOME DO PACIENTE: DATA:

PROCEDÊNCIA: [ ] Domicílio [ ] Ambulancia de resgate [ ] Ambulancia SAMU

TIPO DE ACIDENTE: [ ] Moto [ ] Automovel [ ] Ônibus [ ] Bicicleta [ ] Atropelamento
[ ] Envenenamento [ ] Incêndio [ ] Explosão [ ] Arma de Fogo [ ] Arma branca [ ] Outros: _____

TIPO DE LESÃO: [ ] Fratura fechada [ ] Ferimento aberto [ ] Esmagamento [ ] [illegible] [ ] Queimadura
[ ] Mordedura [ ] Objeto enterrado [ ] Ferimento contuso [ ] Amputação membro [ ] [illegible] _____

LOCAL DA LESÃO: [ ] Membros sup. [ ] Membros inf. [ ] Tronco [ ] Cabeça e pescoço [ ] Outros: _____

DADOS CLÍNICOS (sintomas) _____

DATA DE INÍCIO DOS SITOMAS: [illegible]

EXAME FÍSICO PA: ____/____mmhg P: ____bpm SpO2: _____ Tax: _____

Sistema Neurológico:
Nível de Consciência: [ ] Consciente [ ] Sonolento [ ] Confusado [ ] Desorientado
Avaliação das pupilas: Simetria: [ ] Isocóricas [ ] Anisocóricas Tamanho: [ ] Midríase [ ] Miose

Sistema Respiratório: [ ] Ventilação invasiva [ ] Ventilação espontânea [ ] Vias aéreas pérvias
[ ] Traqueostomia [ ] Respiração rápida [ ] Obstrução parcial das vias aéreas
[ ] Respiração ruidosa [ ] Suporte ventilatório não invasivo [ ] Obstrução total das vias aéreas

Sistema Circulatório: [ ] Pulso ausente [ ] Pele fria e úmida [ ] Perfusão tissular satisfatória
[ ] Taquicardia [ ] Bradicardia [ ] Perfusão tissular comprometida
[ ] Palidez [ ] Outros: _____

Sistema Digestório: [ ] FIDA [ ] Uso de SNG [ ] Vômito [ ] Dor à palpação superficial
[ ] HDB [ ] Ceto[illegible] [ ] Dor à palpação profunda
Outros: _____ [ ] Ripi[illegible] [ ] Distensão abdominal

Sistema Genito-urinário: [ ] Disúria [ ] Hematúria [ ] Oligúria [ ] Polúria [ ] [illegible] [ ] Outros: _____

HISTÓRICO CLÍNICO E CIRÚRGICO: [ ] Hipertensão [ ] Diabetes [ ] Câncer [ ] Alergias [ ] Cirúrgias
[ ] Internações [ ] Outros: Especificar: _____

USO DE MEDICAÇÃO? [ ] Sim [ ] Não Especificar: _____

HORÁRIO DA ÚLTIMA REFEIÇÃO:

IMUNIZADO CONTRA O TÉTANO? [ ] Sim [ ] Não

OUTRAS INFORMAÇÕES IMPORTANTES: [illegible]

Helena Carla B. Andrade
Enfermeira
COREN-PB

DESTINO: COREM

F(NG).ENF.022-1

SESPM00021 LOGER DRANT 4.1 01/12/2016 11:37 - 0000006157

CRUZ VERMELHA BRASILEIRA

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

HEETSZL

BE/PRONTUÁRIO 908542

Nome do paciente José Claudio Soares dos Santos

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
		Internado 20.4.8
		Fa trombocitêmica D
		Tranzia II
		Internado c/ tto livre/25
		Solicito Tse-02 / ECG e
		risco cirúrgico
		STAFF Dr Diego Lim

SEGURADORA TIGER BRUNE 4 & 01/12/2016 11:18 - 000028015572

F(NG).ENF.018-1

CRUZ VERMELHA BRASILEIRA

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

BE/PRONTUÁ.

BE.: 908562.
100000431741?
JOSÉ CLAUDIO SOARES DOS SANTOS
DT. NASC.: 26/01/1936
MAE: MARIA DA PENHA SOARES DOS SANTOS
END.: SILVA MARIZ
N. 575 - CRUZ DAS ARMAS
JOÃO PESSOA
COMP.: ()
CELULAR: (83) 988530121
IDADE: 80
DT. ENTRADA:

Nome do paciente

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EV
		Paciente 14:32
		VÍTIMA DE QUEDA DE TROPRIA ALTURA COM DOR LIMITAÇÃO FUNCIONAL E INVALIDEZ
		AO EXAME MOBILIDADE PREJUDICADA POR ALTERAÇÃO
		SOLICITO RADIOGRAFIAS

SEGURADORA LIDER SPUAE 4 4. 04/12/2016 11:07 - 000020152

F(NG).ENF.018-1

CRUZ VERMELHA BRASILEIRA

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: José Claudio Souza dos Santos RE/Prontuário: 908542

Idade: 80 anos Sexo: (X) Masculino ( ) Feminino Cor: _____ Data: __/__/__

Clínica/Setor: Ortopedia EMP: _____ LR: _____

Cirurgia: Osteossíntese de Fêmur Direito

Cirurgião: Dr. Nilson Lima 1º Assistente: Dr. Douglas

2º Assistente: Dr. André (MR2) 3º Assistente: Dr. Cláudio (MR3)

Instrumentador: _____ Anestesista: Dr. Hercules

Tipo de Anestesia: Raquianestesia Horário: Início ___:___ Término ___:___

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
Fratura Transtrocantérica de Fêmur Direito	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
Tto Cirúrgico de Fratura Transtrocantérica de Fêmur Direito	

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

Biopsia de Congelação: ( ) Sim (X) Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

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

João Pessoa, 12/04/16

Médico/CRM: _____

F(NG).ASCIR.009-1

SEGURANÇA LIDER (PUT 4 6 01/12/2016 11:07 - 00000050524

CRUZ VERMELHA BRASILEIRA

RELATÓRIO DE CIRURGIA

RETINA

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

1 - Paciente em Decúbito Dorsal sob Tração e sob Anestesia
2 - Assepsia + Antissepsia
3 - Aplicação de campos cirúrgicos

Incisão:

4 - Incisão lateral da coxa direita
5 - Dissecção por planos
6 - Hemostasia cuidadosa

Achados:

7 - Fratura Transtrocantérica de fêmur

Conduta:

8 - Redução indireta em Mesa de Tração sob escopia
9 - Passagem de fio guia em colo do fêmur sob escopia
10 - Fresagem
11 - Fixação com DHS + 3 parafusos corticais
12 - Cravação com SFQ21.

Fechamento:

13 - Sutura por planos
14 - Curativo estéril
15 - Rx de controle

Observação:

João Pessoa, 12/04/12

Médico/CRM: _____

F(NG).ASCIR.009-1

Nota de Sala Cirúrgica

NOME DO PACIENTE: José Clemilto Soares dos Santos
IDADE: 60 DE PRONTUÁRIO: 90 [illegible] LEITO:
CIRURGIA: Laminectomia [illegible]
CIRURGIÃO: Dr. Nilson Dr. Amaral R2 Dr. Glauber R1
ANESTESIA: Geral
ANESTESISTA: Dr. Hercules
INSTRUMENTADOR: Jamille
DATA: 20/4/16 TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA: INÍCIO: [illegible] FIM: [illegible] CIRURGIA: INÍCIO: 14:30 FIM: 16:30
ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTESIOLOGISTS)
ASA 1 ( ) ASA 2 ( ) ASA 3 ( ) ASA 4 ( ) ASA 5 ( )
GRAU DE CONTAMINAÇÃO: ( ) LIMPA ( ) CONTAMINADA ( ) INFECTADA ( ) POTENCIALMENTE CONTAMINADA

MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD.
ALFENTANILA	
BUPIVACAÍNA ISOBÁRICA	
BUPIVACAÍNA PESADA	
CETAMINA	
DROPERIDOL	
ETOMIDATO	
FENOBARBITAL	
FENTANILA	
FLUMAZENIL	
ISOFLURANO	
LEVOBUPIVACAÍNA C/ VASO	
LEVOBUPIVACAÍNA S/ VASO	
LIDOCAÍNA C/ VASO	
LIDOCAÍNA S/ VASO	
MIDAZOLAN	
MORFINA	
NIMBIUM	
PANCURÔNIO	
PETIDINA	
PROPOFOL	
RAMIFENTANILA	
ROCURÔNIO	
SEVOFLURANO	
SUXAMETÔNIO	
TIOPENTAL	

MEDICAÇÕES	QTD.
ADRENALINA	
ÁGUA DESTILADA	
ATROPINA	
DEXTRA	
CEFAZOLINA	
DEXAMETASONA	
DIPIRONA SÓDICA	
EFEDRINA	
FUROSEMIDA	
GLICOSE 50%	
GLUCONATO DE CÁLCIO	
HIDROCORTISONA	
LIDOCAÍNA GELÉIA	
ONDASENTRONA	
PLASIL	
PROSTIGMINE	
PROTAMINA	
TENOXICAM	

SOLUÇÕES	QTD.
ALCOOL ETÍLICO 70%	OK
PVPI DEGERMANTE	OK
PVPI TINTURA	OK
PVPI TÓPICO	
SABÃO ANTISÉPTICO	

MATERIAIS	QTD.
AGULHA 13X4,5	
AGULHA 25X07	
AGULHA 25X08	
AGULHA 40X12	
AGULHA PERIDURAL Nº18	
AGULHA PERIDURAL Nº19	
AGULHA PERIDURAL Nº18	
AGULHA RAQUI Nº25G	
AGULHA RAQUI Nº26G	
AGULHA RAQUI Nº27G	
ALGODÃO ORTOPÉDICO	
ATADURA DE CREPOM	
ATADURA GESSADA	
BOLSA P/ COLOSTOMIA	
CÂNULA P/ TRAQUEOSTOMIA Nº	
CATETER DE OXIGÊNIO	
CATETER EMBOLEC. ARTERIAL Nº	
CATETER EPIDURAL Nº16	
CATETER EPIDURAL Nº17	
CATETER EPIDURAL Nº18	
CERA PARA OSSO	
COLET. URINA FECHADO	
COMPRESSAS CIRÚRGICAS	NI
COMPRESSAS CIRÚRGICAS	
DRENO DE PENROSE	
DRENO DE SUCÇÃO	
ELETRODOS	
EQUIPO MACROGOTAS	
EQUIPO TRANSF. SANGUE	
EQUIPO MICROGOTAS	
ESPONJA DE PVPI	NI
ESPARADRAPO	OK
GAZES	NN
GAZES ALGODOADAS	
GEL ELETROLÍTICO	OK
JELCO Nº14	
JELCO Nº16	
01 Placa DHS 3 furos	
01 Parafuso de Lizante 8mm	
03 Parafusos corticais nº40	

MATERIAIS CONT.	QTD.
JELCO Nº18	
JELCO Nº20	
JELCO Nº22	
JELCO Nº24	
KIT SIST. DREN. TORÁXICA Nº	
LÂMINA BISTURI Nº11	
LÂMINA BISTURI Nº15	
LÂMINA BISTURI Nº21	
LÂMINA BISTURI Nº23	
LÂMINA DE DERMÁTOMO	
LÂMINA DE INSERÇÃO	
LONA DE PROCEDIMENTO PAR.	NI
LUVA ESTÉRIL Nº7,0	
LUVA ESTÉRIL Nº7,5	
LUVA ESTÉRIL Nº8,0	
LUVA ESTÉRIL Nº8,5	
MÁSCARA CIRÚRGICA	NI
MULTIVIAS	
PERFURADOR DE SORO	
SCALP Nº19	
SCALP Nº21	
SERINGA 3ML	
SERINGA 5ML	
SERINGA 10ML	
SERINGA 20ML	
SONDA ASP. TRAQUEAL Nº9	
SONDA ASP. TRAQUEAL Nº10	
SONDA ASP. TRAQUEAL Nº12	
SONDA ASP. TRAQUEAL Nº14	
SONDA ASP. TRAQUEAL Nº16	
SONDA FOLEY 2 VIAS Nº12	
SONDA FOLEY 2 VIAS Nº14	
SONDA NASOG. CURTA	
SONDA NASOG. LONGA	
SONDA URETRAL Nº	
TORNEIRINHA	
TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	
TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	
TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	
TUBO SIUCCNE (LATEX)	

FIOS	QTD.
FIO ALGODÃO 5/0 Nº	
FIO ALGODÃO 5/0 Nº	
FIO ALGODÃO 0/0 Nº	
FIO ALGODÃO 0/0 Nº	

FIOS	QTD.
FIO CAT. GUT CROMADO Nº	
FIO CAT. GUT CROMADO Nº	
FIO DE AÇO Nº	
FIO DE AÇO Nº	
FIO DE NYLON Nº	
FIO DE NYLON Nº	3.0
FIO DE NYLON Nº	
FIO POLIGLACTINA Nº	3.0
FIO POLIGLACTINA Nº	
FIO POLIGLACTINA Nº	
FIO ECOPROPLENO Nº	
FIO POLIPROPILENO Nº	
FIO POLIPROPILENO Nº	
FIO POLIGLECAPRONE Nº	
FIO SEDA Nº	
FITA CARDÍACA	

MATERIAL ESPECIAL	QTD.
CATETER DE PIC	
CIMENTO CIRÚRGICO	
CLIP TITÂNIO LIGADURA	
FIO DE KIRSCHNER Nº	
PINO DE KIRSCHNER Nº	
FIO STEINMAN Nº	
FIO STEINMAN Nº	
GRAMPEADOR CIRÚRGICO	
HEMOST. ABSORVÍVEL	
KIT DERIVA VENTRICULAR	
PRÓTESE VASCULAR	
KIT PAM	
FIXADOR EXTERNO	

EMPRESA
PARAFUSOS CORTICAIS
PARAFUSOS CORTICAIS
PARAFUSOS ESPONJOSO
PARAFUSOS ESPONJOSO
PARAFUSOS MALEOLAR
PARAFUSOS MALEOLAR
PLACA
PLACA

EQUIPAMENTOS	
( ) ASPIRADOR	
(X) BISTURI ELÉTRICO	X
( ) CAPNÓGRAFO	
(X) CARDIOMONITOR	X
( ) DESFIBRILADOR	
( ) FOCO AUXILIAR	
(X) FOCO CENTRAL	X
( ) MICROSCÓPIO	
(X) OXÍMETRO DE PULSO	X
(X) PRESSÃO NÃO INVASIVA	X
(X) PERFURADOR ELÉTRICO	X
( ) SERRA	

CIRCULANTE: [signature]

FINOLASCR 101-2

SEGURADO LIDER DPVAT 4 8 01/12/2016 11:07 - 0000050157S

FICHA DE ANESTESIA

DATA: 12/06/16 PRONTUÁRIO:

PACIENTE: José Cláudio Soares Sarmento SEXO: M IDADE: 50

PRESSÃO ARTERIAL PULSO 142x83 RESPIRAÇÃO 0 TEMPERATURA GRUPO SANGUÍNEO

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

EXAMES COMPLEMENTARES

AP. RESPIRATÓRIO AP. CIRCULATÓRIO

AP. DIGESTIVO ESTADO MENTAL DROGAS EM USO

ESTADO FÍSICO (ASA)

PRÉ-ANESTÉSICO

DOSE/HORA

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO Fratura transversal terço médio de femur direito

CIRURGIA REALIZADA Tratamento cirúrgico de fratura transversal terço médio de femur

CIRURGIÃO Dr. [illegible] + Dr. [illegible] AUXILIARES

INÍCIO DA ANESTESIA 14:30 TÉRMINO DA ANESTESIA 15:45 DURAÇÃO DA ANESTESIA

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO QUANT. DE CH. VALORES R$

ANESTESISTA Dr. Hercules CPF CRM-PB

Dr. Hércules Pereira Trindade
Médico Anestesiologista
CRM-PB 3770-98 / 3474-rd

ADMINISTRAÇÕES	14:50	16:00			
O A N T O					
LÍQUIDOS VENOSOS					
PULSO ○ / PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA ● / PRESSÃO ARTERIAL DIASTÓLICA ▲ / INSPIRAÇÃO ✕ / EXPIRAÇÃO ●	270 / 200 / 180 / 160 / 140 / 120 / 100 / 80 / 60 / 40 / 20				
ANOTAÇÕES					

☐ ANESTESIA GERAL ☐ RAQUIDIANA ☐ EPIDURAL ☐ PLANO PLEXO ☐ BLOQUEIO NERVOS ☐ OUTROS

TÉCNICAS USADAS: Mk Glasby, monitorização, PSA, Pulso, Temp, Lucas 13-44, Fluido Cristal, Tp 75 - Hidro

MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

VIA	VOLUME			
VENOSA	1	Bupivacaína Hiperbárica 0,5%	11	
NASAL	2	Morfina 0,08 mg	12	
SANGUE	3	Gelofusine 3g	13	
RINGER	4	Dexmedetomidina 100	14	
TOTAL	5		15	
DESTINO DO PACIENTE	6		16	
☐ APPT ☐ ENFERMARIA	7		17	
	8		18	
☐ UTI ☐ RESIDÊNCIA	9		19	
☐ OUTROS	10		20	

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

ASSINATURA DO ANESTESISTA

Dr. Hércules Pereira Trindade
Médico Anestesiologista
CRM-PB 3770-98 / 3474-rd

CARIMBO E ASSINATURA

SEGURADORA LIDER DPVAT 4 6 01/12/2016 11:07 - 00000050015276

Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena

GOVERNO DA PARAÍBA

ACOLHIMENTO, sn - - CNES: 123312 - Tel:

Boletim de Atendimento: 941300

Identificação do paciente

ID 1016866	Nome JOSE CLAUDIO SOARES DOS SANTOS			Sexo Masculino
Data de nascimento 26/01/1936	Idade 80 anos 6 meses 23 dias	Estado civil SOLTEIRO(A)	Religião CATOLICA	Prontuário 94178
Mãe MARIA DA PENHA SOARES DOS SANTOS			Pai JOSE SOARES DOS SANTOS	
Escolaridade FUNDAMENTAL INCOMPLETO			Responsável (Parentesco) CLODOMAR MARQUES SOARES - FILHO(A)	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 988604121		DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 44829		Nº Cns 898000433081056	
Local de procedência CRUZ DAS ARMAS			Tipo BAIRRO	UF PB
Email	Naturalidade JOAO PESSOA		CBOR	

Endereço

CEP 58085350	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro SILVA MARIZ
Número 579	Complemento		Bairro CRUZ DAS ARMAS

Admissão

Data e Hora 16/08/2016 11:27:19	Número da pulseira 1000005762704	Convênio SUS
Especialidade CLINICA GERAL		Clínica CLINICA TRAUMA E GERAL
Classificação de risco		Origem do paciente RESIDENCIA
Caráter de atendimento URGENCIA	Motivo do atendimento TRAUMA	Detalhe do acidente

Indicadores e Transporte

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

Sinais Vitais

PA _____ x _____ mmHg	Pulso	Temperatura

Exames complementares

Raio X [ ] Sangue [ ] Urina [ ] TC [ ] Liquor [ ] ECG [ ] Ultrassonografia [ ]

Dados clínicos

Diagnóstico	CID
Atendido por ALYSSON JOSE LIMA DA SILVA	Tempo 02min 15seg

Imprimir

SEGURANÇA LIDER 78187 4 6 01/12/2016 11:07 - 000025017577

CRUZ VERMELHA BRASILEIRA

Primeiro Atendimento Médico

BE.: 941300
JOSÉ CLÁUDIO GOMES DOS SANTOS
DT. NASC.: 26/01/1936
MÃE: MARIA DA PENHA GOMES DOS SANTOS
END.: EZILDA MARIZ
N. 670 - CRUZ DAS ARMAS
JOÃO PESSOA
FONE: ( )
CELULAR: (83) 88860421
IDADE: 80
DT. ENTRADA:

PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

NOME DO PACIENTE:

IDADE:

DADOS CLÍNICOS – MECANISMOS DO TRAUMA

EXAME PRIMÁRIO

VIAS AÉREAS ( ) Pérvias ( ) Obstruídas

CERVICAL IMOBILIZADA: ( ) Sim ( ) Não

VENTILAÇÃO:

TRAQUÉIA NA LINHA MEDIANA ( ) Sim ( )Não

RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA ( ) Sem dificuldade

( ) Com dificuldade

( ) VENTILAÇÃO MECÂNICA

( ) APNÉIA

AUSCULTA PULMONAR:

1- MURMÚRIO VESICULAR

HTD:
- ( ) Presente e normal
- ( ) Rude
- ( ) Diminuído
- ( ) Ausente

HTE:
- ( ) Presente e normal
- ( ) Rude
- ( ) Diminuído
- ( ) Ausente

2 - RUIDOS

- ( ) sim
  - HTD: Roncos, Sibilos, Estertores
  - HTE: Roncos, Sibilos, Estertores
- ( ) Não

FR: _____ imp SaO2: _____ %

CIRCULAÇÃO

COR DA PELE: ( ) Normal ( ) Pálida ( ) Cianótica ( ) Pletórica ( )Ictérica

TEMPERATURA DA PELE ( ) Normal ( ) Quente ( ) Fria

PULSO ( ) Normal ( ) Aumentado ( ) Fino ( ) Ausente

AUSCULTA CARDÍACA

RÍTMO ( ) Regular ( ) Irregular ( ) Ausente

BULHAS ( ) Normatonéticas ( ) Hipofonéticas ( ) Hipofonéticas ( ) Ausente

SOPRO ( ) Presente ( ) Ausente

BE OU B4 ( ) Sim ( ) Não

FC: _____ bmp PA: _____X_____ mmHg T: _____°C

ECG: _____

ABDOMEN: _____

DÉFICIT NEUROLÓGICO

Pupilas: ( ) Fotorreagente ( ) Paralisadas ( ) Isocóricas ( ) Anisocóricas (diferença = _____mm)

Escala de Glasgow:

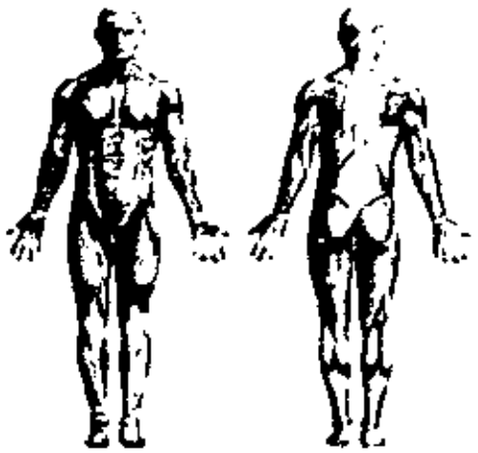
ABERTURA OCULAR		MELHOR RESPOSTA VERBAL ESCALA VERBAL PEDIÁTRICA [<4anos]		MELHOR RESPOSTA MOTORA	
Espontânea	4	Consciente / Palavras apropriadas, sorriso social, fixa e segue objetos	5	Obedece aos comandos	6
À solicitação verbal	3	Confuso / Chora, mas é consolável	4	Localiza a dor	5
Ao contínuo estímulo	2	Palavras inapropriadas / Irritado (persistente)	3	Retira o Membro	4
Nenhuma	1	Sons incompreensíveis / Inquieto	2	Flexão anormal (decorticação)	3
		Nenhuma / Nenhuma	1	Extensão Anormal (decerebração)	2
				Nenhuma	1
TOTAL:					

EXAME SECUNDÁRIO

ALERGIA: ( ) Não ( ) Sim: _____
MEDICAMENTOS: ( ) Não ( ) Sim: _____
IMUNIZAÇÃO ( ) Não ( ) Sim: _____
PATOLOGIA ( ) Não ( ) Sim: _____
ALIMENTOS INGERIDOS: ( ) Não ( ) Sim: _____

LOCAL DA LESÃO

Identifique o local com o número correspondente ao lado →



1 Abrasão	19 Fratura Óssea Fechada
2 Amputação	20 Fratura Óssea Aberta
3 Avulsão	21 Hematoma
4 Contusão	22 Ingurgitamento Nervoso
5 Crepitação	23 Laceração
6 Dor	24 Lesão Tendinea
7 Edema	25 Luxação
8 Empalamento	26 Mordedura
9 Efisema subcutâneo	27 Movimento torácico paradoxal
10 Esmagamento	28 Objeto Encravado
11 Equimose	29 Otorragia
12 F. Arma Branca	30 Paralisia
13 F. Arma de Fogo	31 Paresia
14 F. Contuso	32 Parestesia
15 F. Cortante	33 Queimadura
16 F. Corto-Contuso	34 Rinorragia
17 F. Perfuro-Contuso	35 Sinais de isquemia
18 F. Perfuro-Cortante	36

OBS.: _____

QUEIMADURA:
Superfície corporal lesada (regra da palma%) _____% Graus de queimadura: ( ) 1º grau ( ) 2º grau ( ) 3º grau

EXAMES SOLICITADOS
( ) Radiografias
( ) Ultrassonografia (FAST)
( ) Tomografia computadorizada
( ) Lavado peritonial
( ) Gasometria arterial
( ) Tipagem sanguinea

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

	CONDUTAS E PROCEDIMENTOS	CÓDIGO	ASSINATURA E CARIMBO
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO
Solicito parecer da _____/_____ às____:____ do dia____/____/____
Solicito parecer da _____/_____ às____:____ do dia____/____/____

DESTINO DO PACIENTE
DATA DA SAÍDA ____/____/____
HORAS: _____:_____

( ) Centro cirúrgico
( ) Transferência (unidade de saúde) _____
( ) Internado (setor) _____
( ) Alta hospitalar ( ) Decisão médica ( ) A pedido ( ) A revalia ( ) Desistência
( ) Óbito ( ) Até 48 hs. ( ) Após 48 hs. ( ) Família ( ) IML ( ) SVO

_____
ASSINATURA/CARIMBO

_____
ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

CRUZ VERMELHA BRASILEIRA

HEETSHI.

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

B.E./PRONTUÁRIO

NOME DO PACIENTE: | IDADE: | DATA:

PROCEDÊNCIA: [ ] Domicílio [ ] Ambulância de resgate [ ] Ambulância SAMU [ ] Polícia

TIPO DE ACIDENTE: [ ] Moto [ ] Automóvel [ ] Ônibus [ ] Bicicleta [ ] Atropelamento [ ] Envenenamento [ ] Incêndio [ ] Explosão [ ] Arma de Fogo [ ] Arma branca [ ] Outros: _____

TIPO DE LESÃO: [ ] Fratura fechada [ ] Ferimento aberto [ ] Esmagamento [ ] Laceração [ ] Queimadura [ ] Mordedura [ ] Objeto encravado [ ] Ferimento contuso [ ] Amputação membro [ ] Outros: _____

LOCAL DA LESÃO: [ ] Membros sup. [ ] Membros inf. [ ] Tronco [ ] Cabeça e pescoço [ ] Outros: _____

DADOS CLÍNICOS (sintomas)

DATA DE INÍCIO DOS SINTOMAS: / /

EXAME FÍSICO PA:____/____mmhg P:_____bpm SpO2:_____ Tax:_____

Sistema Neurológico:

Nível de Consciência: [ ] Consciente [ ] Inconsciente [ ] Orientado [ ] Desorientado

Avaliação das pupilas: Simetria: [ ] Isocóricas [ ] Anisocóricas Tamanho: [ ] Midríase [ ] Miose

Sistema Respiratório: [ ] Ventilação invasiva [ ] Ventilação espontânea [ ] Vias aéreas pérvias [ ] Traqueostomia [ ] Respiração rápida [ ] Obstrução parcial das vias aéreas [ ] Respiração ruidosa [ ] Suporte ventilatório não invasivo [ ] Obstrução total das vias aéreas

Sistema Circulatório: [ ] Pulso ausente [ ] Pele fria e úmida [ ] Perfusão tissular satisfatória [ ] Taquicardia [ ] Bradicardia [ ] Perfusão tissular comprometida [ ] Palidez [ ] Outros: _____

Sistema Digestório: [ ] HDA [ ] Uso de SNG [ ] Vômitos [ ] Dor à palpação superficial [ ] HDB [ ] Corpo estranho [ ] Dor à palpação profunda Outros: _____ [ ] Rigidez abdominal [ ] Distensão abdominal

Sistema Genito-urinário: [ ] Disúria [ ] Hematúria [ ] Oligúria [ ] Poliúria [ ] SVD [ ] Outros: _____

HISTÓRICO CLÍNICO E CIRÚRGICO: [ ] Hipertensão [ ] Diabetes [ ] Câncer [ ] Alergias [ ] Cirurgias [ ] Internações [ ] Outros: Especificar: _____

USO DE MEDICAÇÃO? [ ] Sim [ ] Não Especificar:

HORÁRIO DA ÚLTIMA REFEIÇÃO:

IMUNIZADO CONTRA O TÉTANO? [ ] Sim [ ] Não

OUTRAS INFORMAÇÕES IMPORTANTES: _____

DESTINO: ENFERMEIRO: COREN:

SEGURADORA LIDER SPURT 4 3 01/12/2016 11:47 - 04000016579

CRUZ VERMELHA BRASILEIRA

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

B.E./PRONTUÁRIO

BE.: 941300
JOSE CLAUDIO SOARES DOS SANTOS
DT. NASC.: 26/01/1939
MAE: MARIA DA PENHA SOARES DOS SANTOS
END.: SILVA MARIZ
N. 678 - CRUZ DAS ARMAS
JOAO PESSOA
FONE: ()
CELULAR: (83) 88884121
IDADE: 80
DT. ENTRADA:

NOME DO PACIENTE: | IDADE:

PROCEDÊNCIA: [ ] Domicílio [ ] Ambulância de resgate [ ] Ambulância SAMU

TIPO DE ACIDENTE: [ ] Moto [ ] Automóvel [ ] Ônibus [ ] Bicicleta [ ] Atropelamento
[ ] Envenenamento [ ] Incêndio [ ] Explosão [ ] Arma de Fogo [ ] Arma branca [ ] Outros: _____

TIPO DE LESÃO: [ ] Fratura fechada [ ] Ferimento aberto [ ] Esmagamento [ ] Laceração [ ] Queimadura
[ ] Mordedura [ ] Objeto encravado [ ] Ferimento contínuo [ ] Amputação membro [ ] Outros: _____

LOCAL DA LESÃO: [ ] Membros sup. [ ] Membros inf. [ ] Tronco [ ] Cabeça e pescoço [ ] Outros: _____

DADOS CLÍNICOS (sintomas)

DATA DE INÍCIO DOS SINTOMAS: / /

EXAME FÍSICO PA: ___/___ mmhg P: ____bpm SpO2: _____ Tax: _____

Sistema Neurológico:
Nível de Consciência: [ ] Consciente [ ] Inconsciente [ ] Orientado [ ] Desorientado
Avaliação das pupilas: Simetria: [ ] Isocóricas [ ] Anisocóricas Tamanho: [ ] Midríase [ ] Miose

Sistema Respiratório: [ ] Ventilação invasiva [ ] Ventilação espontânea [ ] Vias aéreas pérvias
[ ] Traqueostomia [ ] Respiração rápida [ ] Obstrução parcial das vias aéreas
[ ] Respiração ruidosa [ ] Suporte ventilatório não invasivo [ ] Obstrução total das vias aéreas

Sistema Circulatório: [ ] Pulso ausente [ ] Pele fria e úmida [ ] Perfusão tissular satisfatória
[ ] Taquicardia [ ] Bradicardia [ ] Perfusão tissular comprometida
[ ] Palidez [ ] Outros: _____

Sistema Digestório: [ ] HDA [ ] Uso de SNG [ ] Vômitos [ ] Dor à palpação superficial
[ ] HDB [ ] Corpo estranho [ ] Dor à palpação profunda
Outros: _____ [ ] Rigidez abdominal [ ] Distensão abdominal

Sistema Genito-urinário: [ ] Disúria [ ] Hematúria [ ] Oligúria [ ] Poliúria [ ] SVD [ ] Outros: _____

HISTÓRICO CLÍNICO E CIRÚRGICO: [ ] Hipertensão [ ] Diabetes [ ] Câncer [ ] Alergias [ ] Cirurgias
[ ] Internações [ ] Outros: Especificar: _____

USO DE MEDICAÇÃO? [ ] Sim [ ] Não Especificar:

HORÁRIO DA ÚLTIMA REFEIÇÃO:

IMUNIZADO CONTRA O TÉTANO? [ ] Sim [ ] Não

OUTRAS INFORMAÇÕES IMPORTANTES: _____

DESTINO: ENFERMEIRO: COREN:

CRUZ VERMELHA BRASILEIRA

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

HEETSHI

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO

SEGURADORA LIDER DPVAT 4 01/12/2016 11:07 - [illegible]

CRUZ VERMELHA BRASILEIRA

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

BE/PRONTUÁRIO

[illegible]
BE.: 941380
JOSE CLAUDIO [illegible] DOS SANTOS
DT. NASC.: [illegible]
MAE: MARIA DA [illegible] DOS SANTOS
END.: [illegible]
N. [illegible] - CRUZ DAS ARMAS
JOAO PESSOA
FONE: ()
CELULAR: (83) [illegible]
IDADE: [illegible]
DT. ENTRADA:

Nome do paciente

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO

CRUZ VERMELHA BRASILEIRA

Receituário Médico

HEMOSUL

Venho através deste, Retificar o laudo de internamento Hospitalar do paciente José Claudio dos Santos, 80 anos, Afirmo que o motivo do Atendimento Hospitalar no dia 23/03/16, relatado pelo paciente foi: Acidente de Trânsito

Data: 18/08/16

Dr. Paul Howis Miranda
CRM 8229-RN
Médico - CRM

F(NG).CC.002-1

SEGURADORA LIDER (BRUNE 4 & 01/12/2016 11:07 - 00000250361

Documentacao medico – hospita

CRUZ VERMELHA BRASILEIRA

Receituário Médico

HEETSHI

Venho Através deste, Retificar o laudo de internamento Hospitalar do Paciente José Claudio dos Santos, 80 anos, Afirmo que o motivo do Atendimento Hospitalar no dia 23/03/16, relatado pelo Paciente foi Acidente de Trânsito.

Data: 18/08/16

Dr. Daniel Novais Miranda
CRM 8329-RN

Médico - CRM

F(NG).CC.002-1

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

LAUDO MÉDICO

OBS: DADOS EXTRAÍDOS DO BE nº 908542 e PRONTUÁRIO nº 94178

PACIENTE: JOSÉ CLAUDIO SOARES DOS SANTOS

DATA DE NASCIMENTO: 26.01.36

Data e Hora do Atendimento: 23.03.16 **Horário: 18:36h**

MOTIVO(S) DO ATENDIMENTO: Paciente deu entrada neste hospital vitima de queda da própria altura com quadro de dor na região pélvica à direita. Atendido pelo Dr. Glauber Novais Miranda CRM 9220.

DIAGNÓSTICO INICIAL: FRATURA TRANSTROCANTERIANA DO FEMUR DIREITO
CID 10 S 72 1

RESUMO DOS PRINCIPAIS EXAMES E PROCEDIMENTO(S) REALIZADO(S): Primeiro atendimento, avaliação da traumatologia, Rx de Tórax PA e Perfil, Rx da bacia AP e Perfil, Rx da coxa direita AP e Perfil e tratamento cirúrgico com redução e fixação de fratura transtrocanteriana do fêmur direito.

ALTA HOSPITALAR: 14.04.16

Dr. Glender Tércio Trindade
Auditor / HETSHL
CRM 3920 - Mat. 29031-9

Data da Emissão: 26.07.16

Dr. Glender Tércio G. G. da Trindade
Médico Auditor - HETSHL
Mat. 29.031-9/ CRM- 3920

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

CRUZ VERMELHA BRASILEIRA

Receituário Médico

HEETSHL

Laudo Médico

Paciente José Claudio S. dos Santos, 82 anos, em pós operatório tardio (abril/2016) de fratura transtrocanteriana do fêmur direito, evoluindo com coxartrose pós traumática associada a claudicação e limitação funcional à esquerda.

CID S72.1
M16

Data: 01/03/18

Médico - CRM

F(NG).CC.002-1

DOCUMENTOS *TSMO*

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 44.829 2ª via DATA DE EXPEDIÇÃO 28..1.2003

JOSÉ CLAUDIO SOARES DOS SANTOS

José Soares dos Santos

Maria da Penha Soares dos Santos

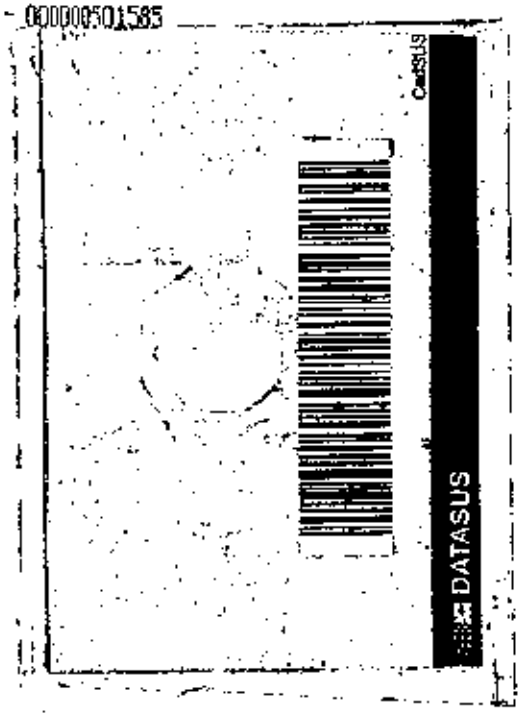
João Pessoa-Pb 26.01.1936

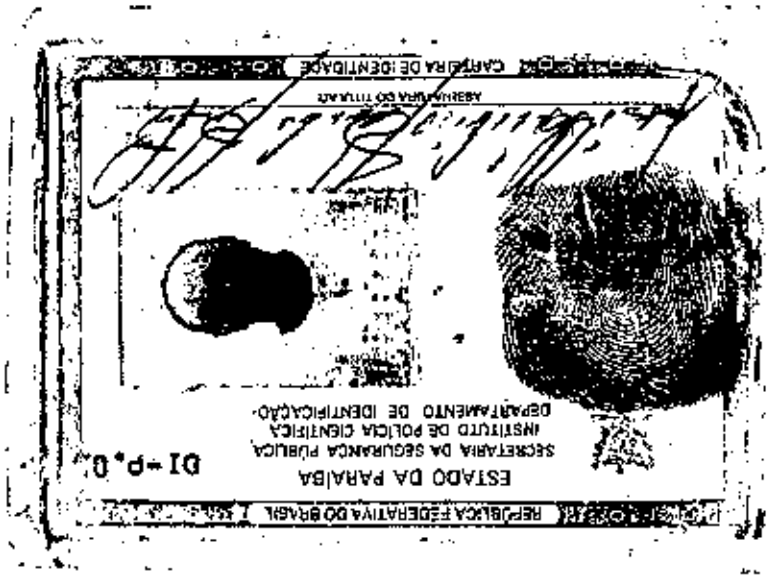
Cert.Casa.31041.Fls.025.Liv.B-069.
1º art. João Pessoa-Pb

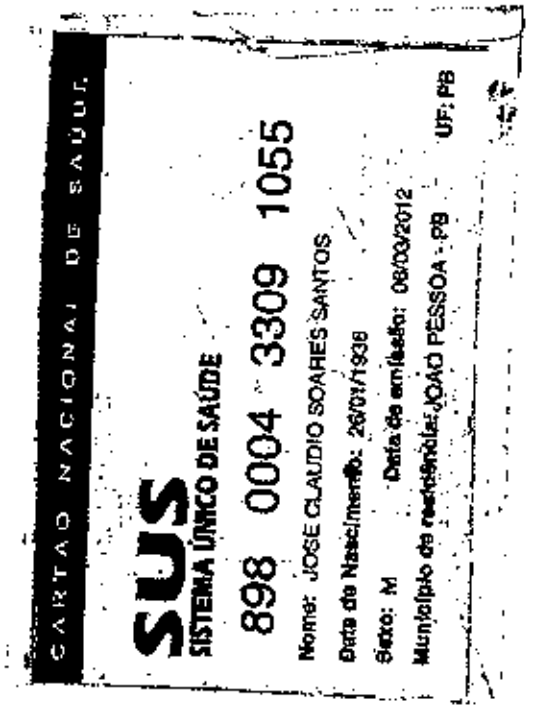
025.051.264-53

João Pessoa - PB

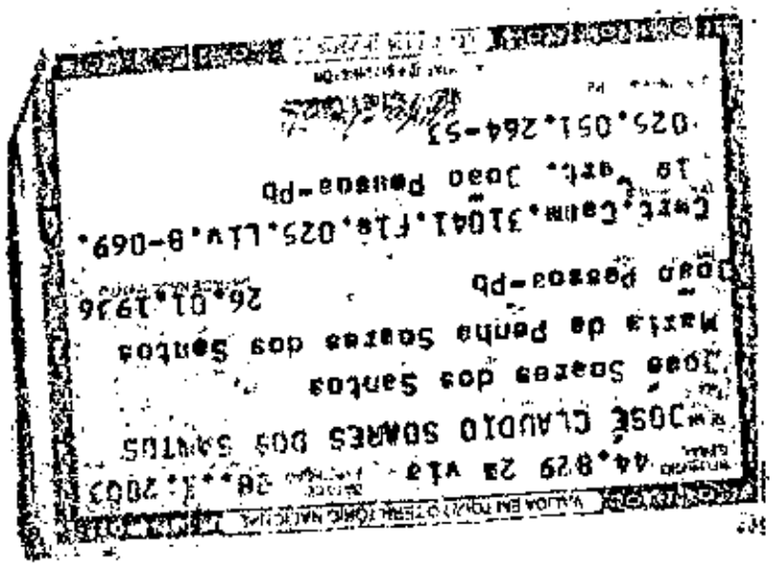
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83







Documentos de identificacao



José Claudio Soares dos Santos .. 31607472-75

SEGURADORA LIDER SPVAT SC 2016-JAN-16 18:39 019814 1/1

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

NÚMERO GERAL 44.829 2ª via DATA DE EXPEDIÇÃO 28..1.2003

JOSÉ CLAUDIO SOARES DOS SANTOS

José Soares dos Santos

Maria da Penha Soares dos Santos

João Pessoa-Pb — 26.01.1936

NATURALIDADE — DATA DE NASCIMENTO

Cert.Casa.31041.Flo.025.Liv.B-069.

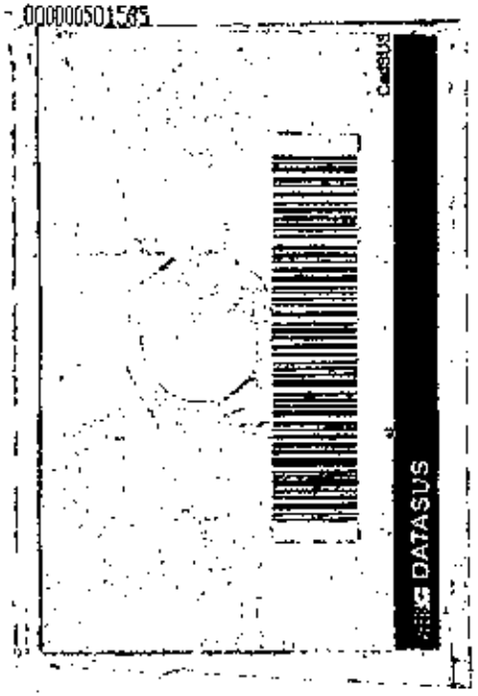
DOCUMENTO 1º Cart. João Pessoa-Pb

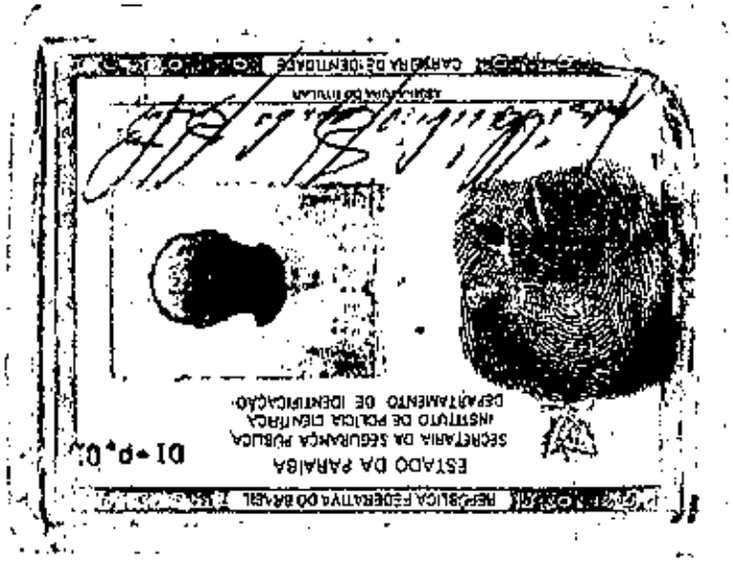
025.051.264-53

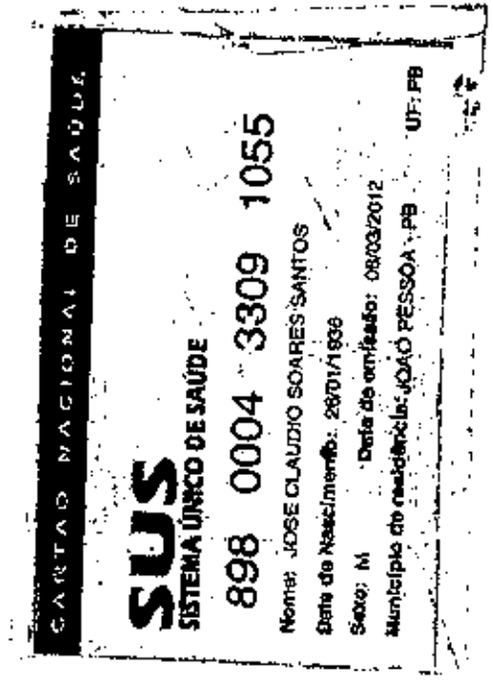
João Pessoa - PB

ASSINATURA DO PRESIDENTE

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83







REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 012029597017
PRF 2015000042696-0

VIA	COD. RENAVAM	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
1	0072236182-3	00/00000000	2015

NOME: JOSE CLAUDIO SOARES DOS SANTOS

CPF / CNPJ: 02505126453
PLACA: MNI1138/PB
PLACA ANT / UF: NOVO PB
CHASSI: 8AFER13D7XJ104403
ESPÉCIE TIPO: ESP/CAMINHONETE/ABER/CC.DUP
COMBUSTÍVEL: DIESEL
MARCA / MODELO: I/FORD RANGER XLT 13D
ANO FAB.: 1999
ANO MOD.: 1999
CAT / POT / CIL: 00P/1.10T/115CV
CATEGORIA: PARTIC
COR PREDOMINANTE: AZUL

IPVA
COTA ÚNICA: IPVA PAGO EM
VENC. COTA ÚNICA: 07/10/2015
VENC / COTAS: 1ª 2ª 3ª
FAIXA I.P.V.A.: *******
PARCELAMENTO / COTAS: 0

PRÊMIO TARIFÁRIO (R$)	IOF (R$)	PRÊMIO TOTAL (R$)	DATA DE PAGAMENTO
********	SEGURO	P A G O	07/10/2015

OBSERVAÇÕES
A.F HSBC BANK BRAS SA BCO MULTIPLO
2 EIXOS

JOÃO PESSOA - PB 08/OUT/2015
40665 30392
EXPEDIDOR

DENATRAN
CONTRAN

DOCUMENTO 6 *T6%*

P

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

EXERCÍCIO: 2015
DATA EMISSÃO: 08/10/2015
VIA: 1
CPF / CNPJ: 02505126453
PLACA: MNI1138/PB
RENAVAM: 0072236182-3
MARCA / MODELO: I/FORD RANGER XLT 13D
ANO FAB.: 1999
CAT.TARIF.: 10
Nº CHASSI: 8AFER13D7XJ104403

PRÊMIO TARIFÁRIO

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

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

PAGAMENTO: ☐ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO
DATA DO PAGAMENTO: 07/10/2015

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04
www.seguradoralider.com.br
30392-1540245-20151008

SEGURADORA LIDER DPVAT 4 % 01/12/2016 11:07 - 000000501588

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
Nº 013221284623
PRT 2017000023072-0

VIA	COD. RENAVAM	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
1	0072236182-3	00/00000000	2017

NOME: JOSE CLAUDIO SOARES DOS SANTOS

CPF / CNPJ: 02505126453
PLACA: MNI1138/PB
PLACA ANT / UF: NOVO PB
CHASSI: 8AFER13D7XJ104403
ESPÉCIE TIPO: ESP/CAMINHONETE/ABER/CC.DUP
COMBUSTÍVEL: DIESEL
MARCA / MODELO: I/FORD RANGER XLT 13D
ANO FAB.: 1999
ANO MOD.: 1999
CAP / POT / CIL: 00P/1.10T/115CV
CATEGORIA: PARTIC
COR PREDOMINANTE: AZUL

IPVA
COTA ÚNICA:
VENC. COTA ÚNICA: 00/00/0000
VENC / COTAS: 1ª 2ª 3ª
FAIXA I.P.V.A.: *******
PARCELAMENTO / COTAS: 0

PRÊMIO TARIFÁRIO (R$): *******
IOF (R$): SEGURO
PRÊMIO TOTAL (R$): P A G O
DATA DE PAGAMENTO: 29/06/2017

OBSERVAÇÕES:
A.F HSBC BANK BRAS SA BCO MULTIPLO
2 EIXOS

JOÃO PESSOA - PB
DATA: 29/06/2017
40665 30392

DETRAN

CONTRAN

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PB Nº 013221284623 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

EXERCÍCIO: 2017
DATA EMISSÃO: 29/06/2

VIA: 1
CPF / CNPJ: 02505126453
PLACA: MNI1138/
RENAVAM: 0072236182-3
MARCA / MODELO: I/FORD RANGER XLT 13D
ANO FAB.: 1999
CAT. TARIF.: 10
Nº CHASSI: 8AFER13D7XJ104403

PRÊMIO TARIFÁRIO
DNS (R$): ******
DENATRAN (R$): ******
CUSTO DO SEGURO (R$): ******
CUSTO DO BILHETE (R$): ******
IOF (R$): SEGURO
TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R$): P A G O
PAGAMENTO: COTA ÚNICA / PARCELADO
DATA DE EMISSÃO: 29/06/20

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04

30392-1422176-20170629

DUT

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
Nº 012029597017
PRT 2015000042698-0

VIA	COD. RENAVAM	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
1	0072236182-3	00/00000000	2015

NOME: JOSE CLAUDIO SOARES DOS SANTOS

CPF / CNPJ: 02505126453
PLACA: MNI1138/PB
PLACA ANT / UF: NOVO PB
CHASSI: 8AFER13D7XJ104403
ESPÉCIE TIPO: ESP/CAMINHONETE/ABER/CC.DUP
COMBUSTÍVEL: DIESEL
MARCA / MODELO: I/FORD RANGER XLT 13D
ANO FAB.: 1999
ANO MOD.: 1999
CAP / POT / CIL: 00P/1.10T/115CV
CATEGORIA: PARTIC
COR PREDOMINANTE: AZUL

IPVA
COTA ÚNICA: IPVA PAGO EM
RENC. COTA ÚNICA: 07/10/2015
VENC / COTAS: 1ª 2ª 3ª
FAIXA I.P.V.A.: *******
PARCELAMENTO / COTAS: 0

PRÊMIO TARIFÁRIO (R$): *******
IOF (R$): SEGURO
PRÊMIO TOTAL (R$): P A G O
DATA DE PAGAMENTO: 07/10/2015

OBSERVAÇÕES:
A.F HSBC BANK BRAS SA BCO MULTIPLO
2 EIXOS

DETRAN

CONTRAN

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PB Nº 012029597017 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

EXERCÍCIO: 2015
DATA EMISSÃO: 08/10/2015

VIA: 1
CPF / CNPJ: 02505126453
PLACA: MNI1138/PB
RENAVAM: 0072236182-3
MARCA / MODELO: I/FORD RANGER XLT 13D
ANO FAB.: 1999
CAT. TARIF.: 10
Nº CHASSI: 8AFER13D7XJ104403

PRÊMIO TARIFÁRIO
DNS (R$): ******
DENATRAN (R$): ******
CUSTO DO SEGURO (R$): ******
CUSTO DO BILHETE (R$): ******
IOF (R$): SEGURO
TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R$): P A G O
PAGAMENTO: COTA ÚNICA / PARCELADO
DATA DE EMISSÃO: 07/10/2015

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180045725
Cidade: Cabedelo
Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: JOSE CLAUDIO SOARES DOS SANTOS
Data do acidente: 23/03/2016
Seguradora: COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 31/08/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA TRANSTROCANTERIANA DO FÊMUR DIREITO.

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

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO, CONFORME RELATÓRIO MÉDICO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

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

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

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

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: GUSTAVO CARLOS CALCENA AGUERO

CRM: 5235988-0

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-1200838/16
Vítima: JOSE CLAUDIO SOARES DOS SANTOS — Data do Acidente: 23/03/2016
CPF: 025.051.264-53 — CPF de: Próprio — Titular do CPF: JOSE CLAUDIO SOARES DOS SANTOS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro
Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de Identificação
DUT
Outros

DOCUMENTO 7 *T7%*

JOSE CLAUDIO SOARES DOS SANTOS : 025.051.264-53
Autorização de pagamento
Comprovante de residência

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	Responsável pelo recebimento na seguradora
Data: 19/12/2016	Data: 19/12/2016
Nome: JOSE CLAUDIO SOARES DOS SANTOS	Nome: Karen Rosa de Oliveira Azevedo
CPF/CNPJ: 025.051.264-53	CPF: 131.414.327-16
JOSE CLAUDIO SOARES DOS SANTOS	Karen Rosa de Oliveira Azevedo

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

NOME
SEVERINA FARIOLA MARQUES GUIMARAES

DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF
1956136 SSP PB

CPF
981.395.844-87

DATA NASCIMENTO
01/02/1973

FILIAÇÃO
MARIA DAS NEVES MARQUES GUIMARAES

[redacted]

[redacted]

[redacted]

Nº REGISTRO
03877626122

VALIDADE
27/06/2019

1ª HABILITAÇÃO
06/07/2006

LOCAL
JOAO PESSOA, PB

DATA EMISSÃO
27/06/2014

28034631152
PB02681546 7

DETRAN-PB (PARAIBA)

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

904340810

PROIBIDO PLASTIFICAR

904340810

SEGURADORA LIDER DPVAT 4 & 01/12/2016 11:07 - 00000501589

ADVOCACIA
Consultoria e Assessoria Jurídica

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA E EXTRA JUDICIAL"

JOSÉ CLAUDIO SOARES DOS SANTOS, inscrita no RG Nº 44829 – SSP/PB, CPF Nº 025.051.264-53, com endereço na Rua Silva Mariz, nº 579, Bairro: Cruz das Armas, João Pessoa/PB, constitui como sua bastante procuradora e advogado, o **Dr. CARLOS ANDRÉ DA SILVA**, OAB-PB 22.751, com endereço profissional na Rua Rodrigues de Aquino, 368, Ed. Nenza, Sala 205, Centro, João Pessoa – PB, a quem confere amplos e ilimitados poderes para o foro em geral, a fim de agindo em conjunto ou separadamente, defender os direitos do outorgante perante qualquer juízo ou tribunal, repartição pública, autarquia e entidade para estatal, **representar o contratante em processo administrativo DPVAT, seguradora Lider e outras seguradoras**, propondo ação competente quando o outorgante for autor ou réu, podendo ainda reconhecer a procedência do pedido, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, desistir, transigir, receber e dar quitação, confessar, firmar compromisso, bem como substabelecer a presente, com ou sem reservas de poderes, se assim lhe convier, praticando todos os demais atos necessários ao bom desempenho deste mandato, que tudo será dado pelo outorgante como firme e valioso.

SEGURADORA LIDER DPVAT 4 6 01/12/2016 11:06 - 00000501566

João Pessoa, 16 de Novembro de 2016

Mandante

Carlos André – Advocacia
Rua: Rodrigues de Aquino, nº 368 – Ed. Nenza – Sala 205 – Centro – João Pessoa/PB
Contatos: (83) 98716-8816
E-mail: carlos.advocacia.pb@gmail.com

PEDIDO DE SEGURO DPVAT

site: www.dpvatsegurodotransito.com.br

SAC DPVAT 0800 022 12 04

Facebook.com/dpvatoficial

Youtube.com/dpvatoficial

Twitter.com/dpvatoficial

BLOG: www.viversegurodotransito.com.br

REMETENTE / Sender

CARLOS ANDRÉ DA SILVA

TELEFONE / Phone Number

(83) 9 8716-8816

ENDEREÇO / Address

RUA: RODRIGUES DE AQUINO, Nº 368, SALA 205

CEP / Zip

58013030

CIDADE / City

JOÃO PESSOA

UF / State

P.B.

PAÍS / Country

BRASIL

"RECICLAR MATERIAIS É PRESERVAR O MEIO AMBIENTE"

PROBAG

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0031503/18
Vítima: JOSE CLAUDIO SOARES DOS SANTOS
CPF: 025.051.264-53

Data do Acidente: 23/03/2016
CPF de: Próprio
Titular do CPF: JOSE CLAUDIO SOARES DOS SANTOS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro
Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

Outros

JOSE CLAUDIO SOARES DOS SANTOS : 025.051.264-53
Autorização de pagamento
Comprovante de residência

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	**Responsável pelo cadastramento na seguradora**
Data da entrega: 16/01/2018	Data do cadastramento: 24/01/2018
Nome: JOSE CLAUDIO SOARES DOS SANTOS	Nome: JULIANA MARQUES RODRIGUES
CPF/CNPJ: 025.051.264-53	CPF: 149.018.967-09
JOSE CLAUDIO SOARES DOS SANTOS	JULIANA MARQUES RODRIGUES

SINISTRO - 3160747275

CPF - 025.051.264-53

... PARA RETIRAR PENDÊNCIA, ONDE FUI INFORMADO QUE O PROCESSO, ESTAVA CANCELADO, POIS NA ÉPOCA DO ACIDENTE NÃO ESTARIA PAGO A DOCUMENTAÇÃO ANUAL DO VEÍCULO (INFORMAÇÃO DADA PELA COMPREV).

... SEGUE ANEXO COMPROVANTE DE PAGAMENTO DOS ANOS 2015/2016 e 2017.

... FAVOR DAR PRIORIDADE, SENHOR DE 82 ANOS, DEFICIENTE VISUAL.

OBRIGADO !!!

"FAVOR ENVIAR P/ COMPREV.
NA AVENIDA MEM DE SÁ, Nº 247 - 20ºA - A -
RIO DE JANEIRO - CEP. 20.230 - 151.

SEGURADORA LIDER DPVAT SE
2018-04-16 18:39 019812 1/1

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0031503/18
Vítima: JOSE CLAUDIO SOARES DOS SANTOS
CPF: 025.051.264-53

Data do Acidente: 23/03/2016
CPF de: Próprio
Titular do CPF: JOSE CLAUDIO SOARES DOS SANTOS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro
Comprovação de ato declaratório
Outros

JOSE CLAUDIO SOARES DOS SANTOS : 025.051.264-53
Comprovante de residência

Outros

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	**Responsável pelo cadastramento na seguradora**
Data da entrega: 16/04/2018	Data do cadastramento: 17/04/2018
Nome: JOSE CLAUDIO SOARES DOS SANTOS	Nome: Alexandre Tavares Belfort
CPF: 025.051.264-53	CPF: 024.208.707-86
JOSE CLAUDIO SOARES DOS SANTOS	Alexandre Tavares Belfort

REQUERIMENTO À SEGURADORA LIDER

/ COMPREV (DPVAT)

Eu, ***JOSÉ CLAUDIO SOARES DOS SANTOS***, portador do CPF nº 025.051.264-53, venho através deste requerimento com base por orientação dada pela Srª. Glaucia, atendente da COMPREV – RJ, **SOLICITAR A ABERTURA DO PROCESSO E ATIVAÇÃO**, cujo número do **sinistro 3180045725,** pelas seguintes razões:

Peço por gentileza, que vejam com bons olhos o referido processo, pois **tenho 82 anos**, me encontro sem poder andar sozinho em consequência deste acidente de trânsito, onde fraturei o fêmur, conforme consta em toda documentação já enviada, também sou deficiente visual, o que acarreta uma serie de limitações, e o mais relevante o tempo em que foi dado entrada e sem solução até agora.

Segue anexo, conforme orientação pela atendente o reenvio (pois já havia sido enviado) cópia:

1. Comprovante de residência
2. Laudo médico atestando o meu estado de saúde em razão do acidente de trânsito com data de 18/08/2016.
3. Certidão de Registro de Ocorrência Policial, onde declara e narra toda situação do acidente de trânsito por mim sofrido.
4. Laudo médico atualizado com a data 01/03/2018.

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
RECEBI 12 ABR 2018
Nome:

SEGURADORA LIDER
16-APR-2018 07:47 ESSOAO 1/1

Desde já agradeço, aguardo uma resposta o mais breve possível para solucionarmos essa situação, sem que seja necessário recorrer ao judiciário, pois já existem elementos probatórios suficientes para a deslinde do caso.

João Pessoa, 02 de Abril de 2018

JOSÉ CLÁUDIO SOARES DOS SANTOS

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
RECEBI 12 ABR 2018
Nome:

DEVOLUÇÃO DE DOCUMENTOS

Daniela Fidelis

qui 12/04/2018 16:42

Para:amandha.tavares@seguradoralider.com.br <amandha.tavares@seguradoralider.com.br>; consultas.dpvat@seguradoralider.com.br <consultas.dpvat@seguradoralider.com.br>;

Cc:Cássia Cristina <inspetoriadpvat@comprev.com.br>;

Prezados,

Segue abaixo a relação de documentos que foram recebidos pela Comprev, que pertencem a outra seguradora ou não constam em nossos sistemas:

3170520467 JOSE DE ARIMATEIA DE OLIVEIRA – Autorização de pagamento. Receptora: SEGURADORA LÍDER DPVAT – OPERAÇÃO CORREIOS. Processo não consta em nossos sistemas.

3180005920 GUILHERME CARLOS PRADO – Declaração do proprietário do veículo, autorização de pagamento, documento de identificação. Receptora: SEGURADORA LÍDER DPVAT – OPERAÇÃO CORREIOS. Processo não consta em nossos sistemas.

3180045725 JOSE CLAUDIO SOARES DOS SANTOS – Carta da vítima, comprovante de residência, documentação médica hospitalar, boletim de ocorrência. Receptora: SEGURADORA LÍDER DPVAT – OPERAÇÃO CORREIOS. Processo não consta em nossos sistemas.

Informo que a documentação mencionada acima será encaminhada pelo nosso portador.

Atenciosamente,

COMPREV SEGUROS, PREVIDÊNCIA E PREVIDÊNCIA 90 ANOS 1927 - 2017

Daniela Fidelis
DPVAT
Tel.: (21) 2505-2090 Fax: (21) 2505-2070
dpvat@comprev.com.br

Karinal Ferreira

Correios
REGISTRADO URGENTE
REGISTERED PRIORITY
AR MP PESO WEIGHT (kg) 0,45
JO 29487839 5 BR

DESTINATÁRIO: COMPREV

ENDEREÇO: AVENIDA MEM DE SÁ, Nº 247,
LOJA - A

BAIRRO: CENTRO - CEP: 20.230-151

RIO DE JANEIRO - R.J.

AC CRUZ DAS ARMAS
06 ABR 2018
PB

CRUZ DAS ARMAS
06 ABR 2018

REMETENTE : JOSÉ CLAUDIO SOARES DOS SANTOS

ENDEREÇO : AVENIDA SILVA MARIZ, Nº 579 - BAIRRO: CRUZ DAS ARMAS

CEP. 58.085-350

JOÃO PESSOA - PARAÍBA.

COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

CARTA PATENTE SUSEP Nº 008 - CNPJ/MF Nº 33.634.999/0001-80
FUNDADA EM 30/12/1927 - PORTARIA MF N.º 196 DE 01/04/1980

SEDE: **RIO DE JANEIRO (RJ): Av. Mem de Sá, 247/1º Andar - Centro - CEP: 20230-151 - Tel.: (21) 2505-2000 - Fax: (21) 2505-2070**
0800-704-5322 - www.comprev. com.br - e-mail: comprev@comprev.com.br

AGÊNCIAS: **RIO DE JANEIRO (RJ): Av. Mem de Sá, 247 / Loja B - Centro - CEP: 20230-151 - Tel.: (21) 2505-2080 / 2505-2082 / 2505-2083 / 2505-2084 / 2505-2085**
BRASÍLIA (DF): SCS, Qd. 1 BL. "M", Nº 30, Salas 613/615 - Ed. Gilberto Salomão - CEP: 70.305-900 - Telefax: (61) 3323-6168
GOIÂNIA (GO): Av. Goiás, 606 - Salas 1501/1503 - Centro - CEP: 74.010-010 - Telefax: (62) 3212-6426
SALVADOR (BA): Rua Miguel Calmon, 555 - Sala 509 - Ed. Citibank - Comércio - CEP: 40.015-010 - Tel.: (71) 3450-7560 - Telefax: (71) 3450-6161
FLORIANÓPOLIS (SC): Rua Ten. Silveira, 225 - Grupo 202 - Centro - Ed. Hércules - CEP: 88.010-300 - Telefax: (48) 3224-5247
BELO HORIZONTE (MG): Rua Tupis, 25 - Sala 203 - Centro - CEP: 30.190-060 - Tel.: (31) 3273-3660
PORTO VELHO (RO): Av. Sete de Setembro, 1.083 - Sala 14 - Centro - Galeria Central - CEP: 76.801-097 - Tel.: (69) 3224-6259
CURITIBA (PR): Rua Ébano Pereira, 60 - 19º andar - Conjunto 1901 - Centro - CEP: 80.410-240 - Tel.: (41) 3224-5999
RECIFE (PE): Rua do Riachuelo, 36 - 1º andar - Salas 104/105 - Ed. Aurora-Bulevar - Boa Vista - CEP: 50.050-400 - Tel.: (81) 3222-5103
FORTALEZA (CE): Rua Pedro Borges, 33 - Sala 723 - Centro - CEP: 60.055-110 - Tel.: (85) 3035-0014
JOÃO PESSOA (PB): Praça, 1817 - Loja 220 - 1º andar - Bloco B - Shopping Cidade - Centro - CEP: 58.013-010 - Tel.: (83) 3506-3966
MACEIÓ (AL): Rua Barão de Penedo, 187 - Sala 07 - Centro - CEP: 57.020-340- Tel.: (82) 3021-3791
NATAL (RN): Av. Prudente de Morais, 2679 - Lagoa Seca - CEP: 59.022-310 - Tel.: (84) 3301-4754
RIO BRANCO (AC): Av. Epaminondas Jacome, 2792 - Loja 232 - Centro - CEP: 69.900-056 - Tel.: (68) 3222-6926

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Comércios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0031503/18
Vítima: JOSE CLAUDIO SOARES DOS SANTOS
CPF: 025.051.264-53

Data do Acidente: 23/03/2016
CPF de: Próprio
Titular do CPF: JOSE CLAUDIO SOARES DOS SANTOS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro
Boletim de ocorrência
Documentação médico-hospitalar
Outros

Outros

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.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue	**Responsável pelo cadastramento na seguradora**
Data da entrega: 17/08/2018 Nome: JOSE CLAUDIO SOARES DOS SANTOS CPF: 025.051.264-53	Data do cadastramento: 22/08/2018 Nome: JOSE FRANCISCO COELHO LOUREIRO CPF: 083.495.187-82
JOSE CLAUDIO SOARES DOS SANTOS	JOSE FRANCISCO COELHO LOUREIRO

REQUERIMENTO À SEGURADORA LIDER

/ COMPREV (DPVAT)

Eu, ***JOSÉ CLAUDIO SOARES DOS SANTOS***, portador do CPF nº 025.051.264-53, venho através deste requerimento com base por orientação dada pela Srª. Glaucia, atendente da COMPREV – RJ, **SOLICITAR A ABERTURA DO PROCESSO E ATIVAÇÃO**, cujo número do **sinistro 3180045725**, pelas seguintes razões:

Peço por gentileza, que vejam com bons olhos o referido processo, pois **tenho 82 anos**, me encontro sem poder andar sozinho em consequência deste acidente de trânsito, onde fraturei o fêmur, conforme consta em toda documentação já enviada, também sou deficiente visual, o que acarreta uma serie de limitações, e o mais relevante o tempo em que foi dado entrada e sem solução até agora.

Segue anexo, conforme orientação pela atendente o reenvio (pois já havia sido enviado) cópia:

1. Comprovante de residência
2. Laudo médico atestando o meu estado de saúde em razão do acidente de trânsito com data de 18/08/2016.
3. Certidão de Registro de Ocorrência Policial, onde declara e narra toda situação do acidente de trânsito por mim sofrido.
4. Laudo médico atualizado com a data 01/03/2018.
5. Laudo médico do próprio médico do Hospital que prestou atendimento

Desde já agradeço, aguardo uma resposta o mais breve possível para solucionarmos essa situação, sem que seja necessário recorrer ao judiciário, pois já existem elementos probatórios suficientes para a deslinde do caso.

João Pessoa, 13 de Agosto de 2018

JOSÉ CLAUDIO SOARES DOS SANTOS

De: Jose Carlos
Enviada em: quinta-feira, 15 de março de 2018 11:33
Para: Vinicius Campos da Silva <vinicius.silva@seguradoralider.com.br>
Cc: Sonia Faro <soniafaro@seguradoralider.com.br>
Assunto: Protocolo

Vinicius

Em função dos problemas que estamos passando com relação a manutenção dos relógios protocoladores, **em medida extrema exceção**, autorizo até que tenhamos todos os protocoladores funcionando normalmente, protocolar somente a primeira folha dos processos recebidos dos Correios.

Para certificarmos que essa **medida de exceção é válida** somente para esse período, solicito imprimir uma cópia desse e-mail e anexar a cada processo de sinistro que estiver nessa condição.

Quando suspendermos esse critério, favor passar-me um e-mail configurando o retorno ao procedimento padrão.

José Carlos Carvalho
Gerente de Sinistros

Seguradora LÍDER

Rua da Assembleia, 100 – 21º andar
Centro - Rio de Janeiro – RJ CEP: 20011-904
Tel.: 55 21 3861-4600 / Ramal: 4654
E-mail : jose.carlos@seguradoralider.com.br

CONFIDENCIALIDADE Esta mensagem é confidencial; seu conteúdo não constitui um compromisso da Seguradora Líder, exceto se fornecido em conjunto com um acordo por escrito entre as partes. Qualquer divulgação ou uso não autorizado, total ou parcial, é proibido. Caso você não seja um dos destinatários desta mensagem, favor notificar ao remetente imediatamente.

CONFIDENTIALITY This message is confidential; its contents do not constitute a commitment by Seguradora Líder except where provided for in a written agreement between you and Seguradora Líder. Any unauthorized disclosure, use or dissemination, either whole or partial, is prohibited. If you are not the intended recipient of the message, please notify the sender immediately.

De: Arthur Froes
Enviada em: quinta-feira, 15 de março de 2018 11:18
Para: Jose Carlos <jcarloscarvalho@seguradoralider.com.br>
Assunto: RES: Produção: 13/03/2018

JC,
Contingencialmente, até que os protocoladores retornem, estou de acordo em procedermos desta forma.

Atenciosamente,

Arthur Fróes
Superintendente de Sinistros
arthur.froes@seguradoralider.com.br
Tel.: 55 21 3861-4286

Seguradora LÍDER

www.seguradoralider.com.br
Rua da Assembleia, 100 – 21º andar
Centro - Rio de Janeiro – RJ CEP: 20011-904

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180045725
Cidade: Cabedelo
Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: JOSE CLAUDIO SOARES DOS SANTOS
Data do acidente: 23/03/2016
Seguradora: COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/08/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA TRANSTROCANTERIANA DO FÊMUR DIREITO.

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

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO, CONFORME RELATÓRIO MÉDICO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

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

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180045725
Cidade: Cabedelo
Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: JOSE CLAUDIO SOARES DOS SANTOS
Data do acidente: 23/03/2016
Seguradora: COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 31/08/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA TRANSTROCANTERIANA DO FÊMUR DIREITO.

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

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO, CONFORME RELATÓRIO MÉDICO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

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

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

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

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: GUSTAVO CARLOS CALCENA AGUERO

CRM: 5235988-0

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180045725
Cidade: Cabedelo
Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: JOSE CLAUDIO SOARES DOS SANTOS
Data do acidente: 23/03/2016
Seguradora: COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/06/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE DIÁFISE DE FÊMUR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITO APRESENTAR EXAMES DE IMAGEM E RELATÓRIO MÉDICO ATUALIZADO COM DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO REALIZADO E SEQUELAS PERMANENTES, CASO EXISTAM.

DANOS

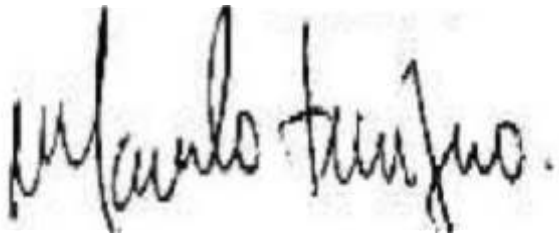
DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	**0 %**	**R$ 0,00**

PRESTADOR

Líder- Serviços AMD

Nome do médico: MARCELO TERRIGNO

CRM do médico: 52.55920-8

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico: