

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima 115.840.124-80	Nome completo da vítima Jose Claudio Gomes de Lima
---------------------------	--	--

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO - BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Jose Claudio Gomes de Lima		CPF titular da conta 115.840.124-80	Profissão DESEMPREGADO
Endereço RUA PROF. FRANCISCO MOTA WANDERLEY		Número 188	Complemento
Bairro MAN GABEIRO	Cidade João Pessoa	Estado PB	CEP 58056-670
Email		Telefone (DDD) 83 98630-1130	

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECURSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input type="checkbox"/> CONTA POUPIANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos) BANCO Nome: BANCO DO BRASIL NRO:		AGÊNCIA NRO.: 3501 D/V: 7 CONTA NRO.: 59798 D/V: 8 <small>(Informar dígito se existir)</small>	
AGÊNCIA NRO.:	D/V:	CONTA NRO.:	D/V:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<small>(Informar dígito se existir)</small>		<small>(Informar dígito se existir)</small>	

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

João Pessoa, 20 de Fevereiro de 2018
Local e Data

A Jose Claudio Gomes de Lima
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



IDENTIFICAÇÃO

VITIMA Jose Claudio Gomes de Lima

DATA DO ACIDENTE _____ CPF DA VITIMA _____

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO VITIMA REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VITIMA REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM

A VITIMA É _____

ENDERECO DO PORTADOR _____ BAIRRO _____

Nº _____ COMPLEMENTO _____ UF _____ CEP _____

CIDADE _____ TELEFONE (____) _____

E-MAIL _____

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML, DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA.
- REALIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CÉDULO DE INDENIZAÇÃO DO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CÉDULO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFERMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL E QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CÉDULO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFERMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL E QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

VALORES DE INDENIZAÇÃO

INVALIDEZ PERMANENTE: R\$ 53.900,00
 DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74
 DESPESAS MÉDICAS (DAMS) - REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO); ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA _____

IDENTIDADE _____

ASSINATURA Jose Claudio Gomes de Lima

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____

NOME _____

ASSINATURA _____

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima

JOSE CLAUDIO GOMES DE LIMA

CPF da Vítima

115.840.124-80

Data do Acidente

17/10/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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

João Pessoa, 16 de Fevereiro de 2018

Local e Data

Assinatura do Beneficiário

Assinatura do Representante Legal

Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00287.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00287.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 12:33 horas do dia 16 de fevereiro de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Policia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigação, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu **Jose Claudio Gomes de Lima**, CPF nº 115.840.124-80, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Estudante, filho(a) de Creuda Ferreira de Lima Silva e Jose Gomes da Silva, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 13/08/1997 (20 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Prof. Francisco Maia Wanderley, Nº 188, bairro Mangabeira, tendo como ponto de referência Antigo Fantástico Clube, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 32391-259.

Dados do(s) Fatos:

Local: Av. Josefa Taveira, Próximo Ao Casa Tudo, João Pessoa/PB, bairro Mangabeira; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 17/10/17 14:10h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que ao atravessar a via pela faixa de pedestres foi atropelado por uma MOTO HONDA/CG 125 FAN, PRETA, PLACA MNZ 7857/PB, vindo em decorrência a lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. JOSÉ DE ALMEIDA BRAGA, CRM 2329/PB, DATADO DE 15.01.2018, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, para onde foi socorrido pelos BOMBEIROS; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, excepo a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.


FABIANA DE LIMA BEZERRA
Agente de Investigação

João Pessoa/PB, 16 de fevereiro de 2018.


JOSE CLAUDIO GOMES DE LIMA
Noticiante

Procedimento Policial: 00287.01.2018.1.00.420





VISTO EM: 23/10/17


Comandante do BAPH

**BATALHÃO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
3ª SEÇÃO – OPERAÇÕES**

João Pessoa-PB, 20 de Outubro de 2017.

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA Nº. 418/2017

Certifico que revendo as fichas de ocorrências atendidas no dia 17/10/2017, conforme requerimento nº 396/17, solicitado pela pessoa interessada, consta que foi socorrido (a) por volta das 14h30min o/a Sr.(a) **JOSE CLAUDIO GOMES DE LIMA**, CPF: 115.840.124-80, vítima de acidente de trânsito (*atropelamento*), ocorrido na Av. Josefa Taveira, Mangabeira – João Pessoa/PB. Que a guarnição da viatura de prefixo AR-47 tendo como chefe o/a **SOLDADO BM MANOEL JOSE DE ALMEIDA NETO**, Matrícula: 525.810-3. Vítima consciente e orientada, com suspeita de fratura no punho e dores na cervical. Que após os procedimentos de imobilização a referida guarnição a transportou na viatura acima citada em prancha rígida para o Hospital de Emergência e Traumas Senador Humberto Lucena.

Para constar, eu **André Vieira** de Souza - SD BM Mat. 523.518-9, () auxiliar da 3ª Seção/BAPH, digitei a presente certidão, que vai assinada por mim e pelo (a) chefe da 3ª Seção/BAPH.


Josinete B. S. dos Santos
TEN. QOABM- 517240-3

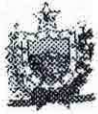
Chefe da 3ª Seção



**GOVERNO
DA PARAIBA**

Corpo de Bombeiros Militar da Paraíba - Batalhão de Atendimento Pré-hospitalar.
Rua Doutor Orestes Lisboa, S/nº, Conj. Pedro Gondim, 58.031-090, João Pessoa-PB
Fone: (83) 3243-9044 / (83) 3216-5751 / (83) 3218-7979 (FAX) - E-mail: craphbbs@bombeiros.pb.gov.br





LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	JOSE CLAUDIO GOMES DE LIMA
DATA DE NASCIMENTO	13/08/97
NOME DA MÃE	CREUDA FERREIRA DE LIMA SILVA

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.034.925
DATA DO ATENDIMENTO	17/10/17
HORA DO ATENDIMENTO	15:03
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ATROPELAMENTO
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA DE RÁDIO DISTAL DIREITO
CID 10	S52.5

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de atropelamento(sic), refere perda da consciência no local do acidente. Nega cefaleia e nega vômito. Refere dor em punho direito, com limitação funcional. Torax e abdomen sem alterações. Presença de fratura de rádio distal direito, cominutiva e desviada. Encaminhado para o Ortotrauma de Mangabeira, para tratamento cirúrgico, conforme pactuação.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX de torax
RX de punho direito
RX de antebraço direito
RX de mão direita

RESULTADOS DOS EXAMES:

Fratura de rádio distal direito.

TRATAMENTO:

Atendimento inicial.

ALTA HOSPITALAR:	17/10/17
DATA DA EMISSÃO:	15/01/18

Dr. José de Almeida Braga
CRM: 2329/PB

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





33

CERTIDÃO

Nº. 1771/2017

Atendendo solicitação de **JOSE CLAUDIO GOMES DE LIMA** e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de atendimento ambulatorial N°70145 e prontuário de n°2017.10.002628 pertencentes a requerente que foi atendido dia 18/10/2017 às 07h53min, vítima de atropelamento apresentando trauma em punho direito.

Submetido à avaliação médica e exames de imagem que evidenciou fratura de rádio distal direito. Realizado tratamento conservador.

E para constar eu, Rosângela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à Saúde do Estado e assino a presente certidão.

João Pessoa, 01 de dezembro de 2017

Rosângela M. Escorel Almeida
Médica da Vigilância à Saúde
CRM-PB 3883
Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83)3214-1980
FAX: () CNPJ:

Ficha Nr: 70145 Atd: Nao Regulac
Data: 18/10/2017
Hora: 07:53:36
Recepcionista: ANA CLAUDIA XAVIER SAN
Clinica: ORTOPEdia

DADOS DO PACIENTE

Nome: JOSE CLAUDIO GOMES DE LIMA

CNS: 706009331272840 Sexo: M IDENTIDADE: 4036344 Fone: 988137707

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 13/08/1997 Id: 20 ano(s)

End.: RUA PROFESSOR FRANCISCO MAIA WANDERLEY, 188

Bairro: MANGABEIRA Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: CREUDA FERREIRA DE LIMA SILVA

Pai: JOSE GOMES DA SILVA

Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: VENDEDOR SEM ESPECIFICACAO

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: MAE.

Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: HOSPITAL TRAUMA

FATURADO

Transporte utilizado: TAXI

Vitima de acidente por: VITIMA DE ATROPELAMENTO AS 14HRS DIA 17/10

Vitima de violência por: POR MOTO NA JOSEFA TAVERA

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: VERDE

PA: ER:

FC: TP:

Peso: Altura:

Glicemia: IMC:

Circ. Abd: O2%:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

- | | |
|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Aparentemente Bem | <input type="checkbox"/> Grave |
| <input type="checkbox"/> Politraumatizado | <input type="checkbox"/> Convulsao |
| <input type="checkbox"/> Hemorragia | <input type="checkbox"/> Dispneia |
| <input type="checkbox"/> Diarreia | <input type="checkbox"/> Agitado |
| <input type="checkbox"/> Regular | <input type="checkbox"/> Chocado |
| <input type="checkbox"/> Vomito | |

Observacao

Queixa Principal

FRATURA DE RADIO DISTAL.

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

*Primo em pulso @ br' 1st com de
e solto*

Diagnostico

Conduta

HTO conservadora

Fract. Radio distal @

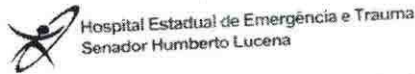
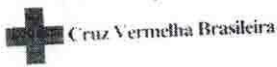
Prescricao

Horario da medicacao

*Dr. Daniel A. Cavalcanti
Ortopedia
Cristina 5248*

Dr. Jensen





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

Boletim de Atendimento: 1034925

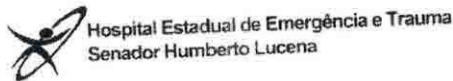
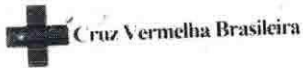


Identificação do paciente			
ID 1220934	Nome JOSE CLAUDIO GOMES DE LIMA	Sexo Masculino	
Data de nascimento 13/08/1997	Idade 20 anos 2 meses 4 dias	Estado civil	Religião
Mãe CREUDA FERREIRA DE LIMA	Pai JOSE GOMES DA SILVA		
Escolaridade	Responsável (Parentesco) CREUDA FERREIRA DE LIMA - MAE		
DDD Móvel 83	Fone Móvel 988137707	DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento	Número documento	Nº Cns	
Local de procedência MANGABEIRA		Tipo BAIRRO	UF PB
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R	
Endereço			
CEP 58056670	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro PROFESSOR FRANCISCO MAIA WANDERLEY
Número 188	Complemento	Bairro MANGABEIRA	
Admissão			
Data e Hora 17/10/2017 15:03:36	Número da pulseira 100006312069	Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica		
Classificação de risco	Origem do paciente RUA		
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ATROPELAMENTO	Detalhe do acidente MOTO X PEDESTRE	
Indicadores e Transporte			
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte RESGATE - BOMBEIROS		Quem transportou	
Sinais Vitais			
PA	x	mmHg	Pulso
Temperatura			
Exames complementares			
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []
Liquor []		ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos Paciente vítima de atropelamento consciente, orientado, encaminhado ao EDI, mega Hx SPD, alergia			
Diagnóstico			
Atendido por MARNIELE JANAINA DA COSTA GAMA			

Imprimir

Dr. Marniele Janaina da Costa Gama
49366
Coron 30724





HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA
 Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
 Tel: 32165700
 CNES:

Paciente JOSE CLAUDIO GOMES DE LIMA		BAE 1034925	Data/Hora Entrada 17/10/2017 15:03:36	Data Baixa
Data de nascimento 13/08/1997	Idade 20	Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato (83) 988137707
Mãe CREUDA FERREIRA DE LIMA				Prontuário
Endereço PROFESSOR FRANCISCO MAIA WANDERLEY, 188		Bairro MANGABEIRA	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente MOTO X PEDESTRE	Motivo ATROPELAMENTO	Profissional JOSE VILDOMAR BELMIRO JUNIOR		Nº Cons. Regional 10837/PB
Data/Hora Classificação 17/10/2017 15:03:36		Data/Hora Prescrição 17/10/2017 15:16:36		
Convênio SUS	Nº Matrícula			Senha

Anamnese

Paciente vítima de atropelamento por motocicleta há +- 1h. Trazido pelo corpo de bombeiros em uso de colar cervical. Refere perda da consciência no local. Nega cefaléia e vômitos. Referindo dores em punho direito com limitação de movimento do mesmo. Sem quiexas de dor torácica e abdominal.

Glasgow 15
 Hematoma em couro cabeludo
 Edema em punho direito
 Abdômen plano, depressível e indolor

- CD: 1) Parecer da neurocirurgia
 2) Rx de tórax e punho direito
 3) Parecer da Ortopedia
 4) Dipirona 1g EV

MEDICAÇÃO

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 8,0 ML VIA E.V., AGORA, 0.0 (MGTSM)

Diluir

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), DILUIR 2,0 ML

CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA

SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIURURGIA

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)

RADIOGRAFIA DE PUNHO DIREITO (AP + LATERAL + OBLIQUA)

RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO DIREITO

RADIOGRAFIA DE MAO DIREITA

Dr. Vildomar Belmiro Jr

Ortopedia

CREMEPE 18687

CRM - PB 10837

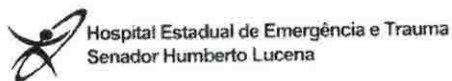
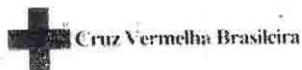
CID10

Íg

Descrição

Pedestre traumatizado em colisão com um veículo a motor de duas ou três rodas - acidente de trânsito





HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA
Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700
CNES:


Paciente JOSE CLAUDIO GOMES DE LIMA		BAE 1034925	Data/Hora Entrada 17/10/2017 15:03:36	Data Baixa
Data de nascimento 13/08/1997	Idade 20	Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato (83) 988137707
Mãe CREUDA FERREIRA DE LIMA				Prontuário
Endereço PROFESSOR FRANCISCO MAIA WANDERLEY, 188		Bairro MANGABEIRA	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente MOTO X PEDESTRE	Motivo ATROPELAMENTO	Profissional FRANCISCO KARTNEY SARMENTO PEDROSA		Nº Cons. Regional 5804/PB
Data/Hora Classificação 17/10/2017 15:03:36			Data/Hora Prescrição 17/10/2017 19:07:36	
Convênio SUS		Nº Matrícula	Senha	

Anamnese

PACIENTE VÍTIMA DE TRAUMA EM PUNHO D. APRESENTANDO: DOR, EDEMA E DEFORMIDADE;
RX: FRATURA RÁDIO DISTAL COMINUTIVA E DESVIADA;
CD: INDICO TRATAMENTO CIRÚRGICO; IMOBILIZAÇÃO;
CONFORME PACTUAÇÃO, PACIENTE ENCAMINHADO P/ TRAUMINHA APÓS LIBERAÇÃO DA NEURO.

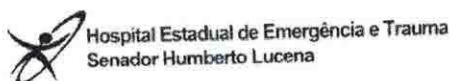
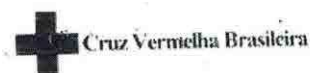
Conduta

Em observação


FRANCISCO KARTNEY SARMENTO PEDROSA
(5804/PB)

JOSE CLAUDIO GOMES DE LIMA





HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA
Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700
CNES:

Paciente JOSE CLAUDIO GOMES DE LIMA		BAE 1034925	Data/Hora Entrada 17/10/2017 15:03:36	Data Baixa
Data de nascimento 13/08/1997	Idade 20	Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato (83) 988137707
Mãe CREUDA FERREIRA DE LIMA				Prontuário
Endereço PROFESSOR FRANCISCO MAIA WANDERLEY, 188		Bairro MANGABEIRA	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente MOTO X PEDESTRE		Motivo ATROPELAMENTO	Profissional JIM UMBERTO CANTISANI NETO	Nº Cons. Regional 7765/PB
Data/Hora Classificação 17/10/2017 15:03:36			Data/Hora Prescrição 17/10/2017 20:33:55	
Convênio SUS		Nº Matrícula		Senha

Anamnese

#NEUROCIRURGIA#

TCE LEVE HJ COM PERDA DE CONSCIÊNCIA NO LOCAL

AO EXAME: SEM DEFICITS APENDICULARES
PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREATIVAS

CD: TC DE CRANIO

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO

Conduta

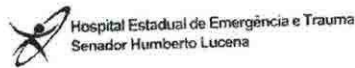
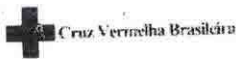
Em observação

Dr. Jim U. Cantisani Neto
Médico Especialista Cr. da coluna
CRM - 7765

JIM UMBERTO CANTISANI NETO
(7765/PB)

JOSE CLAUDIO GOMES DE LIMA





HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA
 Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
 Tel: 32165700
 CNES:

Paciente JOSE CLAUDIO GOMES DE LIMA		BAE 1034925	Data/Hora Entrada 17/10/2017 15:03:36	Data Baixa 2017-10-17 21:49:24.0
Data de nascimento 13/08/1997	Idade 20	Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato (83) 988137707
Mãe CREUDA FERREIRA DE LIMA				Prontuário
Endereço PROFESSOR FRANCISCO MAIA WANDERLEY, 188		Bairro MANGABEIRA	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente MOTO X PEDESTRE	Motivo ATROPELAMENTO	Profissional ALECIO CRISTINO EVANGELISTA SANTOS BARCELOS		Nº Cons. Regional 7104/PB
Data/Hora Classificação 17/10/2017 15:03:36			Data/Hora Prescrição 17/10/2017 21:49:43	
Convênio SUS	Nº Matrícula		Senha	

Anamnese

#NEUROCIRURGIA#

TCE LEVE HJ COM PERDA DE CONSCIÊNCIA NO LOCAL

AO EXAME: SEM DEFICITS APENDICULARES
 PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREATIVAS

CD: TC DE CRANIO

PARECER NEUROCIR

TC CRANIO NORMAL

CD: ALTA DA NEUROCIRURGIA. ALTA. AGUARDA ATESTADO DO ORTOPEDISTA.

Conduta

Alta médica

Alta Hospitalar

Usuário
ALECIO CRISTINO EVANGELISTA SANTOS BARCELOS

Motivo de Alta
ALTA HOSPITALAR

Data e Hora
17/10/2017 21:49:24

Observações
ALTA. SEGUIMENTO CONFORME ORIENTAÇÃO DO ORTOPEDISTA

Dr. Alcécio C. E. Santos Barcelos
 Neurocirurgião
 CRM-PB 7104

 ALECIO CRISTINO EVANGELISTA SANTOS BARCELOS
 (7104/PB)

 JOSE CLAUDIO GOMES DE LIMA



REQUISIÇÃO DE EXAMES DE IMAGEM

Nome JOSE CLAUDIO GOMES DE LIMA		Prontuário
Data de 13/08/1997	Nº Boletim Emergencia 1034925	
Material a examinar		
EXAME DE IMAGEM RADIOGRAFIA DE TORAX (PA) RADIOGRAFIA DE PUNHO DIREITO (AP + LATERAL + OBLIQUA) RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO DIREITO RADIOGRAFIA DE MAO DIREITA		

RAIOS-X

TIPO ... *PA LATERAL*

DATA ... *13/08/1997*

HORA ... *14:30*

LOCAL TC. MD. *1034925*

Ass: *[Signature]*

Dr. Vildomar Belmiro Jr
Urologia
CRM-PB 10837

Dr. Vildomar Belmiro Jr
Urologia
CRM-PB 10837

17 de Outubro de 2017

Assinatura e Carimbo do Profissional

1) preservar cópias separadas para imagem e laboratório análises clínicas

[Handwritten signatures]

[Handwritten initials]

[Handwritten initials]



REQUISIÇÃO DE EXAMES DE IMAGEM

Nome JOSE CLAUDIO GOMES DE LIMA		
Data de 13/08/1997	Nº Boletim Emergencia 1034925	Prontuario
Material a examinar		

EXAME DE IMAGEM
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO

TOMOGRAFIA
TIPO: CRANIO
DATA: 17/10/2017
HORA: 20:51
NOME TÉCNICO: ANTONIO DE
ASS: _____

17 de Outubro de 2017

Assinatura e Carimbo do Dr. Tim L. Carrisani Neto
Neurologista CRM - 7765

1) preservar cópias separadas para imagem e laboratório análises clínicas





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



RUA ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM - JOAO PESSOA - PB - 58031090

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome	JOSE CLAUDIO GOMES DE LIMA		Data de	13/08/1997	Idade	20	Sexo	MASCULINO	Nº	1034925	Nº		Data Prescrição	17/10/2017 15:16:36
Motivo do Atendimento	ATROPELAMENTO		Sector		Posto de Trabalho				Leito				Prescrição válida a	17/10/2017 15:16:36

MEDICAMENTOS PRESCRITOS

Nome do medicamento	Dose	U.M.	VL	Via de	Veloc. Inf.	Posologia	Orientação de Uso	Aprazamento
DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2,0	ML				AGORA		<i>JSPSS</i>
Diluir em	8,0	ML		E.V.				
2 PARECER ORTO	0,0							
3 SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA	0,0							

17 de Outubro de 2017

JOSE VILDOMAR BELMIRO JUNIOR
CRM: 10837

Dr Vildomar Belmiro Jr
Urologia
CREMESP 18687
CRM-PB 10837

Assinatura e Carimbo do Profissional





**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Senador Humberto Lucena

Atendimento: 000000852864

Idade: 20 anos

Paciente: JOSE CLAUDIO GOMES DE LIMA

Data: 17/10/2017

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

Técnica:

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste iodado endovenoso.

Análise:

Hematoma subgaleal parietal alto à direita.

Cisternas presentes, sulcos corticais e espaços periencefálicos de aspecto preservado.

Sistema ventricular simétrico, de topografia e dimensões usuais.

Parênquima cerebral, cerebelo e as estruturas do tronco encefálico possuem coeficientes de atenuação adequados.

Não há desvio de estruturas da linha média.

Ausência de coleções líquida extra-axiais, processos expansivos intra-parenquimatosos ou sinais de hemorragia aguda/subaguda.

Não se evidenciam traços de fraturas desalinhadas na calota craniana.

Nota: Exame realizado em condições de urgência/emergência.

O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.

Este laudo foi liberado em 18/10/2017 06:48 .

Dra. Melissa M. Leite Ferranti
CRM 6513 - PB



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.036.344 DATA DE EXPEDIÇÃO 20/03/2012
 NOME JOSÉ CLÁUDIO GOMES DE LIMA

FILIAÇÃO JOSÉ GOMES DA SILVA
 CREUDA FERREIRA DE LIMA SILVA

NATURALIDADE JOÃO PESSOA-PB DATA DE NASCIMENTO 13/08/1997

DGC ORIGEM
 NASC.N.1155010 FLS.186 LIV.012
 CARTORIO 12 JOÃO PESSOA/PB

CPF 115.840.124-80

João Pessoa - PB

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI N° 7.116 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA
 SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
 INSTITUTO DE POLÍCIA-CIENTÍFICA
 DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

Assinatura digitalizada de José Cláudio Gomes de Lima

CARTEIRA DE IDENTIDADE

ENERGISA

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
 Rua Prof. Francisco Maia Wanderley, 186 - Mangabeira
 João Pessoa/PB CEP: 53055-870 (AG: 1)
 Emissão: 17/01/2018 Referência: Jan / 2018
 Classe/Subcl: COMERCIAL / OUTROS SERVIÇOS E MONOFASICO
 Roteiro 10 - 5 - 252 - 2820 Nº medidor: 00031239990
 Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº000140974
 Cód. para Dth. Automático: 0004085643

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

Conta referente a Apresentação Data prevista da próxima leitura CPF / CNPJ / RANI
 Jan / 2018 17/01/2018 16/02/2018 39638189487
 Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/408564-3

Canal de contato
 - Compartilhe sua energia conosco também nas redes sociais. Estamos presentes no facebook.com.br/energisa e no Twitter (@energisa), sempre que precisar da gente. Queremos estar sempre próximos!

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	
19/12/17	18493	17/01/18	18808	
			1	30

Demonstrativo

CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor	Base Calc	Unid	Unid (R\$)	Base Calc	Por (R\$)	Por (R\$)	Por (%)	Por (%)
0501	Consumo em kWh	115,000	0,714770	82,19	82,19	25	20,54	82,19	0,85	3,82		
0601	Adic. B. Vermelha			2,12	2,12	25	0,53	2,12	0,02	0,10		
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS												
0807	CONTRIB SERV.ILUM.PUBLICA			4,22	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00		
TOTAL				88,53	84,31		21,07	84,31	0,87	4,02		

Média últimos meses (kWh) 119

VENCIMENTO 06/02/2018

TOTAL A PAGAR R\$ 88,53

Histórico de Consumo (kWh)

114 | 131 | 116 | 117 | 111 | 100 | 137 | 120 | 120 | 109 | 128
 Dez/17 Nov/17 Out/17 Set/17 Ago/17 Jul/17 Jun/17 Mai/17 Abr/17 Mar/17 Fev/17 Jan/17

RESERVADO AO CLIENTE
 d71b.3e7d.01b5.d8db.c21f.0321.bcf9.b333.

Indicadores de Qualidade T1/2017 - Mangabeira

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. da Energia/PB	22,32	25,23
Compra de Energia	28,40	32,08
Emprego de Transmissão	3,43	3,87
Encargos Setoriais	6,19	6,99
Impostos Diretos e Encargos	30,18	34,08
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	88,53	100,00

