



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00105.01.2018.1.02.008

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00105.01.2018.1.02.008, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 14:42 horas do dia 08 de junho de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta 8ª Delegacia Distrital da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Marcos Antônio Vasconcelos, matrícula 0573132, e lavrado por Everaldo Martins da Costa, Escrivão de Polícia, matrícula 765015, ao final assinado, compareceu **Eduardo Jorge de Carvalho Mendonça**, conhecido(a) por Jorge, CNH nº 00508235696, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Autônomo, filho(a) de Neuma Tereza de Carvalho Mendonça e Severino Soares de Mendonça, natural de Bayeux/PB, nascido(a) em 17/09/1962 (55 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Tenente Luiz Batista de Oliveira, Nº s/n., complemento casa, bairro José Américo, tendo como ponto de referência Depósito Judiciário, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 99841-8296.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua Hilton Souto Maior, nº s/n., Fórum de Mangabeira., João Pessoa/PB, bairro Mangabeira; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 21/03/18 14:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) CPB ART. 129 § 6º C/C ART. 18 INC. II: **LESÃO CORPORAL CULPOSA**.

Objeto(s) Envolvido(s):


(1) Moto, modelo JTA Suzuck GSR 150, marca Suzuck, tipo de veículo motocicleta, cor amarela, ano 2015, placa QFB-8864, chassi 9CDNG4AAJGM208525, renavam 01044882708

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

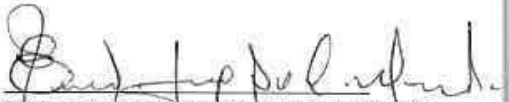
Que, na data supra, se conduzia em sua motocicleta já cadastrada e, nas proximidades do fórum em Mangabeira, foi alvo de colisão por parte de um veículo de placas e Condutor não identificado, até porque, este após a colisão evadiu-se do local, consequentemente, foi socorrido para o Hospital de Traumas Senador Humberto Lucena, onde foi identificado Fratura de Côlon do Fêmur Esquerdo, identificado pelo CID 10 S 72.0, conforme Laudo Médico apresentado.

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, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 08 de junho de 2018.


EVERALDO MARTINS DA COSTA

Escrivão de Polícia

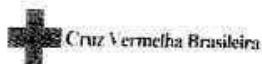

EDUARDO JORGE DE CARVALHO MENDONÇA

Noticiante



Procedimento Policial: 00105.01.2018.1.02.008





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

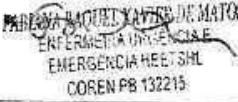



GOVERNO
DA PARAIBA

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

Boletim de Atendimento: 1070627



Identificação do paciente						
ID 1272505	Nome EDUARDO JORGE DE CARVALHO MENDONÇA		Sexo Masculino			
Data de nascimento 17/09/1962	Idade 55 anos 6 meses 4 dias	Estado civil	Religião Prontuário			
Mãe NEUMA TEREZA DE CARVALHO MENDONÇA	Pai SEVERINO SOARES DE MENDONÇA					
Escolaridade	Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)					
DDD Móvel 00	Fone Móvel 000000000	DDD Fixo	Fone Fixo			
Tipo documento CNH	Número documento 00508235696	Nº Cns				
Local de procedência MANGABEIRA		Tipo BAIRRO	UF PB			
Email	Naturalidade BAVEUX	CBO/R				
Endereço						
CEP 58074660	Município de residência JOÃO PESSOA	UF PB	Logradouro TENENTE LUIZ BATISTA DE OLIVEIRA			
Número 27	Complemento	Bairro JOSÉ AMÉRICO DE ALMEIDA				
Admissão						
Data e Hora 21/03/2018 15:32:49	Número da pulseira 100006291142	Convênio SUS				
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica					
Classificação de risco	Origem do paciente RUA					
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO				
Indicadores e Transporte						
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não			
Meio de transporte REGATE - BOMBEIROS	Quem transportou					
Sinais Vitais						
PA X mmHg	Pulso	Temperatura				
Exames complementares						
Ralo X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos HISTÓRIA CONCOMITANTE DE NEURITE E/OU ENF. QUADRIL						
						
Diagnóstico						
Atendido por MICHEL CARVALHO BORGES						
Imprimir						
						

21/03/2018 15:35



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 <i>EDUARDO JORGE DE CALVO LHO MENDONÇA</i>	CPF da Vítima <i>308.716.034-20</i>	Data do Acidente <i>21/03/2018</i>
-----------------------------------------------------------------------	----------------------------------------	---------------------------------------

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

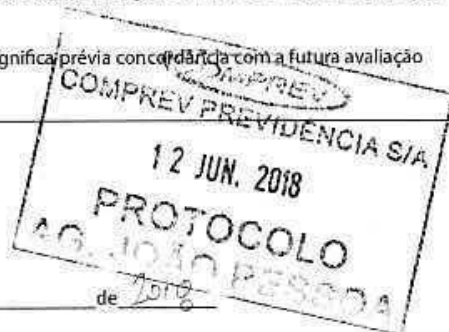
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.



João Pessoa, 12 de *Junho* de *2018*
Local e Data

Ruy Neves Amaral da Rocha
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIREÇÃO TÉCNICA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE EDUARDO JORGE DE CARVALHO MENDOÇA
DADOS DE NASCIMENTO 17/09/62
NOME DA MÃE NEUMA TEREZA DE CARVALHO MENDONÇA

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1.076.027
Nº PRONTUARIO 107.771
DATA DO ATENDIMENTO 21/03/18
HORA DO ATENDIMENTO 15:32
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S) FRATURA DO COLO DO FEMUR E
CID 10 S 72.0

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta, trazido pelos Bombeiros, apresentando queixas de dor em quadril E e coxa E + limitação dos movimentos. Glasgow 15. Avaliado pela equipe médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX da coluna cervical - AP e P
RX do tórax - AP
RX da bacia - AP
RX do quadril - AP



TRATAMENTO:

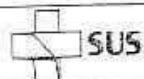
Fratura do colo do femur E ao RX. Sem alteração aos outros RX. Realizado internamento e tratamento cirúrgico pelo Dr. Marcos Vinicius Freitas e Dr. Gustavo Mendonça da equipe da Ortopedia.

ALTA HOSPITALAR: 04/04/18
DATA DA EMISSÃO: 06/06/18

Dr. Ewerton Noronha Teixeira
CRM: 2516/PB

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





Sistema Único de Saúde
 Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

Folha 1/2

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

ENRIQUE ROBERTO C. NEVES

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc 1

Fem 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

DDD

11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - Cód. IBGE - MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

19 - Cód. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

21 - Cód. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

22 - DIAGNÓSTICO INICIAL

23 - CID 10 PRINCIPAL

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

27 - Cód. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

DIÁRIA DE UTI TIPO I

DIÁRIA DE UTI TIPO II

DIÁRIA DE UTI TIPO III

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

30 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

31 - Cód.

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - Cód.

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - Cód.

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Cx. Acesso Cancelado 7.0 tmc-01
 PARAFUSO CANCELADO ROSCA LONGA - N 000-01
 N 85-01
 N 000-01
 FIO KC.2.0 - 3 UNID (GUIA)

12 JUN. 2018
 PROTOCOLO
 NEVENDENCIA

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL SOLICITANTE

40 - DATA DA SOLICITAÇÃO

41 - DOCUMENTO

42 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

| CNS | | CPF

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - Cód. ORGÃO EMISSOR

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

47 - DOCUMENTO

48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

| CNS | | CPF





RELATÓRIO DE CIRURGIA



Nome: Edwardo Luiz de C. Pontes BE/Prontuário: _____
 Idade: _____ Sexo: Masculino Feminino Cor: _____ Data: 22/09/18
 Clínica/Setor: _____ EMP: _____ LR: _____
 Cirurgia: osteossíntese de fratura do colo do fêmur
 Cirurgião: Dr. Vinícius 1º Assistente: Dr. Gustavo
 2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____
 Instrumentador: _____ Anestesista: Dr. Constantino
 Tipo de Anestesia: Raqui Horário: Início: _____ Término: _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>fratura do colo do fêmur (E)</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>osteossíntese de fratura do colo do fêmur (E)</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: Sim Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelação: Sim Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

Enfermaria Terapia Intensa Residência Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM: _____

Dr. Marcos Vinícius A. Freitas
 Ortopedia / Traumatologia
 Cirurgia do Quadril
 CREMERF 25922 / CRM-PA 7405

COMPREV PREVIDENCIA S/A
 12 JUN. 2018
 PROTOCOLO

João Pessoa, 22/09/18

(NG).ASCIR.009-1



FICHA DE ANESTESIA



PACIENTE: Eduardo Jorge L. Mendes DATA: 07/06/18 PRONTUÁRIO: 5520 COR: BRN IDADE: 55

PRESSÃO ARTERIAL 130/80 PULSO 70 RESPIRAÇÃO 18 TEMPERATURA 36,5 PESO 70 GRUPO SANGUÍNEO A

ESTADO GERAL BOM () REGULAR () MAL () PÉSSIMO RISCO CIRÚRGICO BOM () REGULAR () MAL () PÉSSIMO

EXAMES COMPLEMENTARES DENTISTAS PACIENTE

AP. RESPIRATÓRIO MVA (MALT) (M) AP. CIRCULATÓRIO CA (M) (M) (M) (M)

AP. DIGESTIVO JEJUM ESTADO MENTAL BOA DROGAS EM USO

PRE-ANESTÉSICO ESTADO FÍSICO (ASA) II

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO FRATURA FÊMUR ESQUERDO

CIRURGIA REALIZADA TROCANTERICO FÊMUR ESQUERDO

CIRURGIÃO VINÍCIUS AUXILIARES GUSTAVO

INÍCIO DA ANESTESIA 09:00 TÉRMINO DA ANESTESIA DURAÇÃO DA ANESTESIA

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO QUANT. DE CH. VALORES R\$

ANESTESISTA GULENBERG BORBORA CRM-PB 2343

INTESSORA 09:00 10:00 11:00



TÉCNICA ANESTESIA GERAL RAQUIDIANA EPIDURAL BLOCO FLEXO BLOCO NEUROS OUTROS

USUÁRIOS PUNÇÃO CATETER 13-14 46/20/18 11:00 0,15/100 203

Table with columns for medication name, volume, and quantity used during anesthesia.

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES: PUNÇÃO UNIA - SINTOMA COMÉNTIAS

Dr. Gutemberg Borbora Médico Anestesiologista CRM-PB 2343

PROTÓCOLO PREVIDENCIA SIA 12 JUN 2018





CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

Visita Pré Anestésica



HETS

10/10/18 T03

Anes

29/09/18 DATA 1070627

PRONTUÁRIO

NOME DO PACIENTE: <u>Edinaldo Jorge de Oliveira</u>	DATA: <u>29/09/18</u>	PRONTUÁRIO: <u>1070627</u>
Idade: <u>42</u>	Sexo: <u>M</u>	Profissão:
Patologia principal: <u>Insuficiência de todo o rim E</u>		
Cirurgia: <u>Anestesia proposta: Propofol Sedação</u>		

SIM NÃO		SIM NÃO		SIM NÃO	
Dor no peito, angina?	<input type="checkbox"/>	Diabetes?	<input checked="" type="checkbox"/>	Alergia a drogas?	<input checked="" type="checkbox"/>
infarto? (<input type="checkbox"/> <3M <input type="checkbox"/> 3-6M <input type="checkbox"/> >6M)	<input type="checkbox"/>	Doença da tireóide?	<input type="checkbox"/>	Quadro clínico?	<input type="checkbox"/>
Pressão alta?	<input checked="" type="checkbox"/>	Mudança no hábito miccional?	<input type="checkbox"/>	Tratamento?	<input type="checkbox"/>
Sopro, febre reumática?	<input type="checkbox"/>	Modificação no apetite?	<input type="checkbox"/>	Alergia a pó, fô, odores, alimentos?	<input checked="" type="checkbox"/>
Arritmia, taquicardia: (<input type="checkbox"/> espontânea <input type="checkbox"/> médios)	<input type="checkbox"/>	Queimação, azia, H. de hiato, dor?	<input type="checkbox"/>	Quadro clínico?	<input type="checkbox"/>
Edema de MMII: (<input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> Verão)	<input type="checkbox"/>	Náuseas, vômitos? (cor:)	<input type="checkbox"/>	Tratamento?	<input type="checkbox"/>
Dispneia de decúbito (<input type="checkbox"/>)	<input type="checkbox"/>	Mudança no hábito intestinal?	<input type="checkbox"/>	Alergia a derivado de borracha?	<input checked="" type="checkbox"/>
Asma/bronquite:	<input type="checkbox"/>	Alteração na cor das fezes?	<input type="checkbox"/>	Quadro clínico?	<input type="checkbox"/>
Tosse/catarro? (cor)	<input type="checkbox"/>	Perda de peso a/dieta?	<input type="checkbox"/>	Tratamento?	<input type="checkbox"/>
Fumante: há <u> </u> anos. Parou há <u> </u> anos	<input checked="" type="checkbox"/>	Hepatite, icterícia, malária, Chagas?	<input type="checkbox"/>	PARA CRIANÇAS (0-14 anos)	
Desmaios, tonturas?	<input type="checkbox"/>	Anemia?	<input type="checkbox"/>	A criança é prematura?	<input type="checkbox"/>
Convulsões, abalos, tremores?	<input type="checkbox"/>	Sangramento? (onde?)	<input type="checkbox"/>	A criança tem <input type="checkbox"/> de desenvolvimento?	<input type="checkbox"/>
Fraqueza muscular, miopatia?	<input type="checkbox"/>	Hematomas/manchas roxas?	<input type="checkbox"/>	A criança está gripada, c/tosse, febre?	<input type="checkbox"/>
Dor nas juntas, artrite, colagenose?	<input type="checkbox"/>	Gripe, febre, recente?	<input type="checkbox"/>	A criança tem outra doença?	<input type="checkbox"/>
Problema de coluna?	<input type="checkbox"/>	Está ou pode estar grávida? (DUM: /)	<input type="checkbox"/>	ANTECEDENTES FAMILIARES DE:	
Etilista social	<input type="checkbox"/>	Tem problema de surdez, visão?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> diabetes <input type="checkbox"/> doença cvasc. <input type="checkbox"/> miopatia	
Alcoolatra: há <u> </u> anos. Parou há <u> </u> anos	<input type="checkbox"/>	Teve febre alta quando foi operado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Febre alta durante a anestesia?	
		Recebeu Transf.sangue? Há <u> </u> anos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Problema durante a anestesia?	
		Aceita transf.sangue numa emergência?	<input checked="" type="checkbox"/>	Qual?	

Dados importantes da Anamnese e/ou EF	Cirurgias / Anestésias prévias / Complicações	Medicamentos (Dietas)
<u>Diabetes - Insuficiência renal</u>	<u>Uterotomia de 1988</u>	<u>Valproato / 500mg S.O.</u>
<u>Insuficiência renal</u>	<u>de 15 anos</u>	<u>1000mg S.O.</u>

EXAME FÍSICO

Peso: 70 Altura: PA: P: Hidratado/Desidratado

Cordeiro/disco: espontâneo/disco/taquip. cianótico/cianótico. icterícia/anictérico

Arterial:

Dentária/prótese (incluindo móvel/fixa)

Dentes:

Abertura da boca (Normal):

Pescoço:

Flexão/Extensão do pescoço:

Normal/Limitada:

MMII:

MMI:

Anotar de preferência exames com <21 anos

Exames Subsidiários: DATA 29/09/18

Hb- 15,7 Ht- 51,9 Glc- Cr- 1,1 Ur- 35

Na- K- TC- TS-

Pla- 269 K

Cnagul- Normal Alterada TT- TP- 13,5 TTPA- 26,8

RX tórax (/ /)

EKG (/ /)

Avaliação clínica: 100%

Próximamente 100%

RETORNOS: NÃO SIM Motivos: Exatidão complementar Encaminhado p/Clinica Qual.

(VIRAR VERSO)

Aline C. Lira de Souza Lima MÉDICO
MÉDICA RESIDENTE ANESTESIOLOGIA
CRM-PB 11.171

COMPREV PREVIDENCIA S/A
12 JUN. 2018
PROTOCOLO

Se o paciente tiver Retorno(s) preencher "CONDUTA FINAL" e "PROBLEMAS GRAVES". APENAS após a liberação do Ambulatório

CONDUTA FINAL:	<input type="checkbox"/> Liberado para cirurgia
	<input type="checkbox"/> Reavaliar na internação (motivo(s)):
	<input type="checkbox"/> Reavaliar na SO (motivo(s)):
DATA: <u> </u>	<input type="checkbox"/> NÃO LIBERADO p/ CIRURGIA (motivo(s)):

PROBLEMAS GRAVES

MÉDICO: _____ CRM: _____



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	acumbato lateral em mesa de triângulo Drapagem + Antiseptico + esponja de campos
Incisão:	linha de alongo lateral em quadril
Achados:	
Conduta:	<ul style="list-style-type: none">- Ressecção de os fós de Kirschner- Lavagem com solução- Aplicação de os parafusos acumulados- 2,5mm + 20 unidades.- Lavagem com 5409%- Neblina de peróxido- Antibiótico
Fechamento:	
Observação:	

Dr. Marcos Vinícius A. Freitas
Ortopedia / Traumatologia
Cirurgia do Quadril
CRM-SP - 25922 / CRM-PR - 1495

COMPREV PREVIDENCIA S/A
12 JUN. 2018
PROTOCOLO

João Pessoa, 22/09/18

Médico/CRM

F(NG).ASCIR.009-1





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SEN. HUMBERTO LUCENA

CARTÃO DE RETORNO

PACIENTE: Edson Jorge

DATA DO ATENDIMENTO: 02 / 04 / 18

Nº PRONTUÁRIO: _____ FICHA: _____

MÉDICO (CARIMBO): Dr. Vinícius

DIAGNÓSTICO: fx Colo FEMUR.

PROCEDIMENTO: Fixação c/

canal

SEMPRE QUE RETORNAR AO HOSPITAL É
NECESSÁRIO APRESENTAR ESTE CARTÃO

LIGAR : 3214-29-11

F(NG).APC.035-1

Biópsias:

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
12 JUN. 2018
PROTOCOLO
16.100.0000

Scanned with CamScanner



Nome: <u>Edson de Jesus de C. Mendes</u>		N de BE:	
Idade:	Sexo:	Clinica	Euf.: Letto:
Data de admissão: <u>21.5.18</u>	Alta: <u>04.04.18</u>	Tempo de Permanência:	
Diagnóstico de Internação: <u>Fixação de Placa de Jumeo esquerdo</u>			
Diagnóstico Definitivo: <u>Jumeo.</u>			
Diagnóstico Secundário:			
Principais exames: <u>Radiografias.</u>			
Cirurgia realizada - data e equipe: <u>Fixação interna com 3 placas e parafusos.</u>			
Biópsias:			
Anatomia patológica:			
Infecção: sim () não (x) Coleta de material: sim () não ()			
Resultado bacteriologista:			
Condições de alta: Melhorado () Removido () A pedido () Curado () Óbito () À Revelia ()			
Resumo Clínico: história evolução, terapêutica, complicações:			
Orientações Pós Alta			
Dieta: <u>líquida</u>			
Repouso:			
Relativo em casa por _____ dias.			
Retorno às atividades sem esforço físico em _____ dias.			
Retorno às atividades com esforço físico leve, _____ dias e com maior em, _____ dias.			
Cuidados com a ferida operatória: lavá-la com água e sabão duas vezes por dia se sentir dor, calor, vermelhidão ou inchaço no local ou se ocorrer febre, procurar imediatamente o Htop.			
Medicações para casa: <u>Splaxina 500mg, Claxam 400mg, Flanax 400mg</u>			
Retorno:			
Ao posto de saúde em _____ para retirada de pontos.			
Ao ambulatório _____ em 30 dias para revisão.			
João Pessoa: <u>04 de 04</u> de <u>18</u>			
Ass. Médico/CRM _____			
Este documento destina-se a aprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.			

COMPREV PREVIDENCIA S/A
12 JUN 2018
PROCOLO



Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a)
Sr.(a) Eduardo Jorge C. Mendonça portador(a)
da identidade RG _____, que o(a)
mesmo(a) foi atendido(a) por mim no dia de hoje, às
_____ horas, portador(a) da patologia CID-
10 S720, devendo permanecer afastado(a)
de suas atividades laborativas por um período
de 90 (Noventa) dias, a partir
desta data.

João Pessoa, 21.05.18

Dr. Hugo Martins Ferreira
Cirurgião de Cabeça e Pescoço
RCSB CRM-PE 148330

Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a)

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____
autorizo o(a) Dr.(a) _____
registrar o diagnóstico codificado CID-10 ou por extensão
neste atestado médico.

COMPREV PREVIDENCIA S/A
12 JUN. 2018
PROTÓCOLO

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

1ª VIA - PACIENTE

2ª VIA ANEXA AO PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

F(NG) CC.003-1



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

NOME
EDUARDO JORGE DE CARVALHO MENDONÇA



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
832580 SSP PB

CPF DATA NASCIMENTO
308.716.034-20 17/09/1962

FILIAÇÃO
SEVERINO SOARES DE MENDONÇA
NEUMA TEREZA DE CARVALHO MENDONÇA

PERMISSÃO ACC CAT. HAS
AB

Nº REGISTRO VALIDADE 1ª HABILITAÇÃO
00508235696 11/11/2019 01/02/1999

VALIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
1009004480

OBSERVAÇÕES
A

RECEBUEMOS
COMPREV PREVIDENCIA
12 JUN. 2018
PROT. 0000

Eduardo Jorge de Carvalho Mendonça

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL DATA EMISSÃO
JOAO PESSOA, PB 11/11/2014

Rodrigo Carvalho

ASSINATURA DO EMISSOR

78011497664
PB029561353

PROIBIDO PLASTIFICAR
1009004480

DETRAN - PB (PARAIBA)

Scanned with CamScanner



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADIAS

DESCRIÇÃO DO VEÍCULO
CATEGORIA DE VEÍCULO: LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
PLACA: 30871603420
Y 01049872018 00/00000000 2017

QUANTO ÀQUEL DO REGISTRO

30871603420 08/08/2017

NOVO PB 4000CC 4700CMZ 085525

PALANQUETE/ELIAS APPLIC GASOLINA

2 2/150 /571 00/00/000000 2017 2017

12 JUN 2018
COMPREV PREVIDENCIA S/A
PROTOCOLO

36633

06/2017



36927

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS MATERIAIS CAUSADOS POR VEÍCULO AUTOMOTORES DE VIE TERRESTRES - SEGURO PARA VEÍCULO AUTOMOTOR - SEGURO DPVAT

PB Nº 013221098153 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 1142 1204

2017 08/06/2017

30871603420

08/08/2017

1044882708 J.L.A.-DUZOLI/GER1501

2015 9

9CD8G4AAJCMZ085525

PRÊMIO TARIFÁRIO

SEGURO # A G O

08/06/2017

SEGURO LÍDER - DPVAT

SEGURO PARA VEÍCULO AUTOMOTOR

36927-1234450-20170609



INFORMAÇÕES SOBRE O VEÍCULO

QFB8864

2017

EDUARDO JORGE D

Imprimir Consulta

QFB8864

Último Licenciamento: 2017
Proprietário: **EDUARDO JORGE D**
Placa: **QFB8864**
Combustível: **GASOLINA**
Marca/Modelo: **JTA-SUZUKI/GSR150I**
Espécie/Tipo: **PASSA / MOTOCICLET**
Ano de Fabricação: 2015
Ano Modelo: 2016
Categoria: **PARTICULAR**
Cor Predominante: **AMARELA**
Vencimento Licenciamento: **30/06/2018**
Observação:
Restrição: **ALIENACAO FIDUCIARIA**
Financeira: #####
Município: **JOAO PESSOA**
Situação: **EM CIRCULACAO**
Data da Consulta: **04/05/2018**

PASSA / MOTOCICLET

GASOLINA

JTA-SUZUKI/GSR150I

2015 2016

PARTICULAR AMARELA

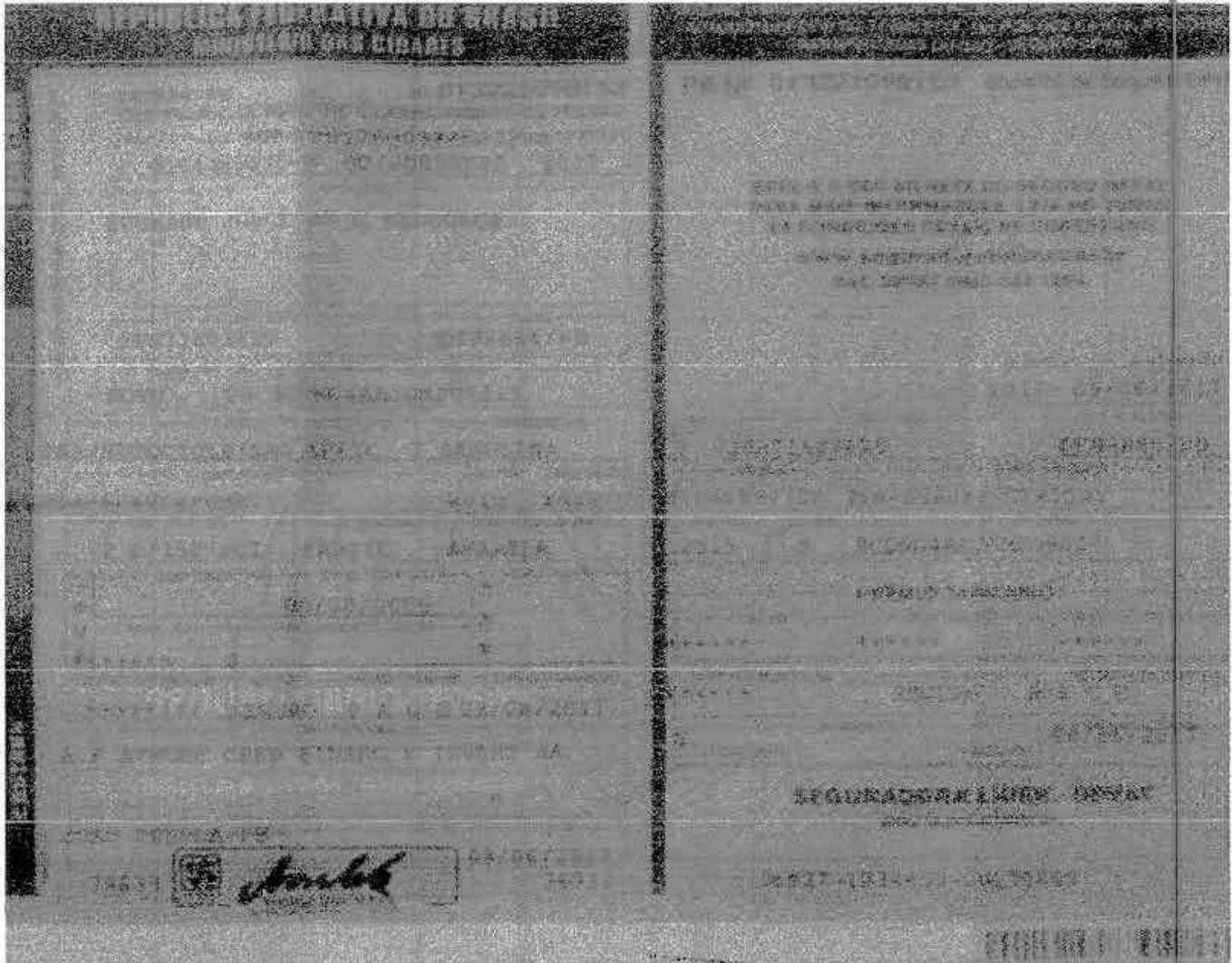
30/06/2018

ALIENACAO FIDUCIARIA

JOAO PESSOA

04/05/2018



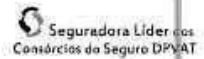


COMPREV
COMPREV PREVIDENCIA S/A
12 JUN. 2018
PROTOCOLO

Scanned with CamScanner



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0208417/18
Vítima: EDUARDO JORGE DE CARVALHO MENDONÇA Data do Acidente: 21/03/2018
CPF: 308.716.034-20 CPF de: Próprio Titular do CPF: EDUARDO JORGE DE CARVALHO MENDONÇA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

EDUARDO JORGE DE CARVALHO MENDONÇA : 308.716.034-20

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.

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: 12/06/2018
Nome: EDUARDO JORGE DE CARVALHO MENDONÇA
CPF/CNPJ: 308.716.034-20

Data do cadastramento: 12/06/2018
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

EDUARDO JORGE DE CARVALHO MENDONÇA

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA





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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 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 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 308.716.034-20	Nome completo da vítima EDUARDO JOGE DE CARVALHO MENDONÇA
---------------------------	---------------------------------	--------------------------------------------------------------

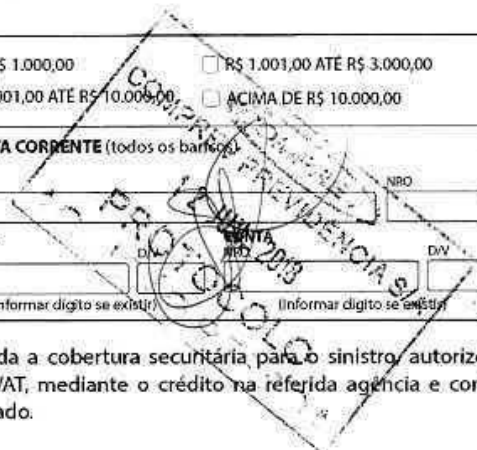
DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo EDUARDO JOGE DE CARVALHO MENDONÇA	CPF titular da conta 308.716.034-20	Profissão Autônomo
Endereço RUA TEU LUIZ BATISTA DE OLIVEIRA	Número 51N	Complemento CASA
Bairro JOSE AMERICO	Cidade JOAO PESSOA	Estado PB
Email	CEP 58074-660	Telefone (DDD) 03 9981-8296

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"/> RECUSO 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"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (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 checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRO. 3487	DIV. []	CONTA NRO. 37820	DIV. 7
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	



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.

JOAO PESSOA, 12 de JUNHO de 2018
Local e Data

[Handwritten signature]
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017





CAGEPA

COMUNIDADE DE JOÃO PESSOA - C. PARANÁ
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA,
INFORME ESTE NÚMERO

MATÍCULA

71593322

REFERÊNCIA

MAR/2018

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

EDUARDO JORGE DE CARVALHO MENDONÇA
RUA TEN LUIZ BATISTA DE OLIVEIRA, SN - JOSE
AMÉRICO JOÃO PESSOA PB 58074-660

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Pública	
001.080.230.0267.000	000	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
Y15N515082	25/01/2016	EXTERNO LIGADO		POTENCIAL		

ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (M3)	NUM DE DIAS	PROXIMA LEITURA
265	283	18	28	16/04/2018

HIST. DE CONS./ANOR.	LEIT.	QUALID. DA ÁGUA-DECRETO 2.914/2011-MS.
FEV/2018	15	0
JAN/2018	22	0
DEZ/2017	24	0
NOV/2017	23	0
OUT/2017	24	0
SET/2017	14	0
MEDIA(H)	20	

DADOS REFERENTES A: JAN/2013
COMPREV PREVIDENCIA S/A

DATA DA IMPRESSÃO: 19/03/2018

12 JUN. 2018
HORA DA IMPRESSÃO: 13:58:54

DESCRICAÇÃO
ÁGUA

	CONSUMO	TOTAL (R\$)
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
ATE 10 M3 - 36,84 POR UNIDADE	10 M3	36,84
11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,75 POR M3	8 M3	38,00

Scanned with CamScanner



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180267735

Cidade: João Pessoa

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: EDUARDO JORGE DE CARVALHO
MENDONÇA

Data do acidente: 21/03/2018

Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA
S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/06/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO FÊMUR PROXIMAL ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL MODERADA DO QUADRIL

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: QUADRIL 50%

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 completa da mobilidade de um quadril	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: MARIA TEREZA R DE A AMORIM

CRM do médico: 52.31475-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

