
Rio de Janeiro, 18 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190199034

Vítima: JOAB GOMES DA SILVA

Data do Acidente: 08/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOAB GOMES DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 25 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190199034

Vítima: JOAB GOMES DA SILVA

Data do Acidente: 08/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOAB GOMES DA SILVA

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50
Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%	
Graduação: Em grau médio 50%	
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%	
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$ 1.687,50

Recebedor: **JOAB GOMES DA SILVA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **0000041**

Conta: **00000290319-4**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: 0087304/19 CPF da vítima: 714.522.224-87 Nome completo da vítima: JOÃO GOMES DA SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: JOÃO GOMES DA SILVA CPF: 714.522.224-87
Profissão: PROFESSOR Endereço: RUA ANTONIA NUNES PATRIOTA Número: 119 Complemento: CASA
Bairro: TRÊS IRMÃS Cidade: CAMPINA GRANDE Estado: PARABÁ CEP: 58.423-326
E-mail: BALBINOSCE@HOTMAIL.COM Tel.(DDD): (83) 99829-8855

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0041 CONTA: 290.319 4
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado Local e Data: João Gomes 14/03/2019
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º Nome: _____
CPF: _____
Assinatura

2º Nome: _____
CPF: _____
Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

>P/ EXTRATO ALEM DO PERIODO INFORMADO, INFORME AS DATA | EXTRATO DE POUPANCA

G: 0041 CAMPINA GRANDE OPER: 013 CONTA: 290.319-4
 PERIODO: 07022019 ATE: 27022019 CPF: 714.522.224-87
 NOME: JOAB GOMES DA SILVA VLR.BLQ.JUD. : 0,00

DATA MOV	NR.DOC	HISTORICO	T A X A	V A L O R	S A L D O
21/02/2019	000000	REM BASICA	0,000000000	0,00 C	0,52 C



	SALDO EM 26/02/2019	RS	0,52	C
AJUDA	F4 SALDO POR DATA LIMITE	F7 VOLTAR PAG.	TWW3F0F3	
RETORNAR	F6 EXTRATO ANTERIOR	F8 AVANCAR PAG.	F12 FINALIZAR	



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº00365.01.2018.2.00.420

OCORRÊNCIA(S)

Suposto(s) Autor(es):

Tipificação 1: LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO

Data da Ocorrência: 08/11/2018

Hora: 07:27:00

Forma da Comunicação: Verbal

Endereço: Rua Teixeira de Freitas, São José, Campina Grande, PB.

Ponto de referência: Por Trás do Campo do Treze

PARTE(S)

VITIMA	Nome: Joab Gomes da Silva
	Conhecido por: Não informado
	Filiação: Maria da Salette Gomes da Silva e João Zeca da Silva
	Idade: 49 Data de Nascimento: 26/12/1969 Identidade de Gênero: masculino
	Nacionalidade: brasileira Naturalidade: Campina Grande
	Estado Civil: casado(a)
	Escolaridade: Não informado Profissão: Conferente
	Cargo: Não informado Matrícula: Não informado
	Documentos(s) de Identificação: CPF nº 714.522.224-87
	Endereço: Rua Antônio Nunes Patriota, 119, Três Irmãs, Campina Grande, PB
	Complemento: Não informado
	Ponto de referência: Perto do Campo do Madrugão
	Telefone: (83) 99857-8851
TESTEMUNHA	Nome: Gabriele Queiroz de Souza
	Conhecido por: Não informado
	Filiação: Maria Cália Jeronimo Queiroz de Sousa e Ernani Garcia de Sousa
	Idade: 34 Data de Nascimento: 17/02/1984 Identidade de Gênero: feminino
	Nacionalidade: brasileira Naturalidade: Campina Grande
	Estado Civil: casado(a)
	Escolaridade: Não informado Profissão: Caixa
	Cargo: Não informado Matrícula: Não informado
	Documentos(s) de Identificação: CPF nº 052.994.074-40
	Endereço: Rua- Severino Herminio de Carvalho, 739, Serrotão, Campina Grande, PB
	Complemento: APTº001 Bloco B
	Ponto de referência: Por Trás do Hospital de Traumas
	Telefone: (83) 98830-8089





TESTEMUNHA

Nome: Alessandro de Araújo Silva
Conhecido por: Não informado
Filiação: Alba Lúcia de Araújo Silva e Antonio Henrique da Silva
Idade: 34 **Data de Nascimento:** 15/02/1984 **Identidade de Gênero:** masculino
Nacionalidade: brasileira **Naturalidade:** Campina Grande
Estado Civil: casado(a)
Escolaridade: Não informado **Profissão:** Auxiliar de Logística
Cargo: Não informado **Matrícula:** Não informado
Documentos(s) de Identificação: CPF nº 049.414.344-47
Endereço: Rua Rev. Gilson Lima, 132, Três Irmãs, Campina Grande, PB
Complemento: Não informado
Ponto de referência: Perto da 1ª Pracinha do Portal Sudoeste
Telefone: (83) 98853-7297

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

(1) **Moto**, marca Honda, modelo BIZ 125 ES, tipo de veículo Motoneta, cor vermelha, ano 2010, placa NQD-2055, chassi 9C2JC4220AR205246, renavam 0021930304-5

DILIGÊNCIAS ADOTADAS/EXAMES REQUISITADOS

HISTÓRICO

Informa o comunicante/vítima, que no dia, hora e local já descritos, conduzia a motocicleta Honda/BIZ 125 ES, Ano/Modelo 2010/2010, cor vermelha, Placa NQD-2055-PB, Chassi de Nº 9C2JC4220AR205246, licenciada em nome de Claudia Simone Gomes, quando trafegava na rua Teixeira de Freitas, bairro São José, momento em que o condutor do Veículo Fiat Uno, de Placas NPY-7390/PB, colidiu na traseira da moto em que a vítima conduzia, tendo esta caído ao solo e sofrido fratura da cabeça da fibula e incisão lateral em joelho esquerdo, sendo socorrida pelo SAMU e encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma, nesta cidade. Na ocasião do acidente o tempo apresentava-se bom, com via seca e boa visibilidade, não se encontrando o envolvido sob a influência de bebidas alcoólicas. Não compareceram os Policiais Militares do CPTRAN, razão pela qual não foi elaborado o Boletim de Acidente de Trânsito. Afirma a vítima não ter o desejo de Representar Criminalmente contra o condutor do veículo causador do acidente.

Nada mais disse. Encerrado está o presente termo.



SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
2ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Delegacia Especializada de Acidentes de
Veículos de Campina Grande



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

Campina Grande/PB, 11 de fevereiro de 2019.



SEVERINO DE CARVALHO LOPES
Delegado(a) de Polícia Civil

Joab Gomes da Silva

JOAB GOMES DA SILVA
Noticiante

ADEMIR DA COSTA VILAR
Escrivão de Polícia



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: 0087304119 CPF da vítima: 714.522.224-87 Nome completo da vítima: JOAO GOMES DA SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: JOAO GOMES DA SILVA CPF: 714.522.224-87
Profissão: Endereço: RUA ANTONIA NUNES PATRIOTA Número: 119 Complemento: CASA
Bairro: TRÊS ERVAS Cidade: CAMPINA GRANDE Estado: PARAIBA CEP: 58.423-326
E-mail: BALBINO@HMAIL.COM Tel (DDD): (83) 99829-8855

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

REDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0041 CONTA: 290.319 4
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, João Pessoa 14/03/2019
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



Estado da Paraíba
Prefeitura Municipal de Campina Grande-PB
Secretaria de Saúde do Município
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAMU Regional CG - 192



DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Declaramos para os devidos fins de direito que o **SAMU REGIONAL CG – 192** foi solicitado para prestar atendimento médico pré-hospitalar de urgência ao paciente conforme dados a seguir:

DATA: 8/11/2018	HORA: 07:27 HRS	ID Nº: 1735984
NOME:	JOAB GOMES DA SILVA	
QUEIXA:	ACIDENTE DE TRÂNSITO	
LOCAL:	RUA: TEIXEIRA DE FREITAS - SÃO JOSE	
COMPLEMENTO:	APÓS O CAMPO DO TREZE	
CIDADE:	CAMPINA GRANDE / PB	
DADOS DA REMOÇÃO		
Paciente removido para o Hospital de Emergencia e Trauma		

Campina Grande, 9 de novembro de 2018.




SUPERVISOR
24/11/2018
Deoclecio F Nascimento
Coordenação Administrativa
SAMU REGIONAL CG - 192

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 26/03/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOAB GOMES DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00041

CONTA: 000000290319-4

Nr. da Autenticação E079660CA2991BC3

JOÃO GOMES DA SILVA
RUA ANTÔNIO TRISTÃO - VILA ROTA, 118 - TRS 3 RMA5
CAMPINA GRANDE/PB CEP: 58423-226 (AO 401)

Emissão: 23/01/2019 Referência: Jan/2019
Classificação: RESÍDUO CIAL / RESIDENCIAL
Rota: 14-401-118-2140 Nº medidor: X00802322



ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Três Irmãs - Campina Grande/PB - CEP 58423-700
CNPJ 06.9960001-05 Ins. Est. 10.000.028-1

Nota Fiscal: Conta de Energia Elétrica 17002 857 558
Cód. para Dto. Automático: 00001720178

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Jan / 2019	23/01/2019	21/02/2019	714.522.224-87 Mes. Est.

UC (Unidade Consumidora): 4/173817-8

Canal de contato

- Exemplos de agendamento da Reserva 2019 de 10 a 14 de dezembro de 2019.
Retirada: apresentar a sua Organização Alitar

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data: 23/01/18 Leitura: 371	Data: 23/01/19 Leitura: 0872	1	158	33

Demonstrativo

CD	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor
				Base	Base	Base	Base	Base	Base	Base
				Base	Base	Base	Base	Base	Base	Base
001	Consumo - MW	158,302	0,726480	114,78	114,78	27	30,99	114,78	0,88	4,06
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS										
002	COSTO B LIAÇÃO			14,19	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
004	JUROS CE - 01/01/2019			0,19	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
005	MULTA - 20/18			1,41	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00

CD: Cód. de Cálculo de Valor do Bem TOTAL: 130,57 114,78 30,99 114,78 0,88 4,06

Média últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
114	30/01/2019	R\$ 130,57

Histórico de Consumo (kWh)

101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120
Jan/18	Fev/18	Mar/18	Abr/18	Mai/18	Jun/18	Jul/18	Ago/18	Set/18	Out/18	Nov/18	Dez/18								

RESERVADO AO FISCO

b3 9.b344.8362.888b.8612.2560.7c37.5e34.

Indicadores de Qualidade

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
30 ME - VAL	0,00	NOMINAL 220
30 ME - VAL	0,00	CONTRATADA 202
30 ME - VAL	0,00	1 MTE INFERIOR 221

Composição do Consumo

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviço de Dist. da Energia Elétrica	33,89	18,29
Compra de Energia	39,03	29,91
Serviço de Transmissão	5,90	4,54
Encargos Setoriais	10,10	7,74
Impostos Diretos e Encargos	91,74	69,52
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	130,57	100,00





FECHINE

SERVIÇO NOTARIAL

4º OFÍCIO



ANTONIO HAMILTON FECHINE DANTAS
TABELIÃO

SARAH DA SILVA FECHINE
TABELIÃ



LIVRO.: 0481

FOLHA: 005



DECLARAÇÃO DE PROPRIEDADE DE VEICULO

SAIBAM quantos esta Pública Procuração virem que aos 05 (cinco) dias do mês de fevereiro do ano de 2019 (dois mil e dezenove), neste FECHINE - SERVIÇO NOTARIAL, situado na R. Marques do Herval, 58 - Centro - Campina Grande - PB - Fone: 3321-3002, foi lavrado o presente **Instrumento de Procuração Pública** em que, perante mim, **ANTONIO HAMILTON FECHINE DANTAS - Titular**, compareceu como **OUTORGANTE CLAUDIA SIMONE GOMES**, brasileira, solteira, pesquisadora, portadora do Documento de Identidade nº 2.270.251 - SSP/PB, inscrita no CPF/MF nº 028.065.654-80, residente e domiciliada na Rua Barão da Passagem, nº. 257, Catolé, Campina Grande-PB; reconhecido de mim Notário, pelos documentos referidos e apresentados, por ele me foi dito, que por este público INSTRUMENTO, e nos termos de direito nomeia e constitui seu procurador: **JOAB GOMES DA SILVA**, brasileiro, casado, estoquista, portador do Documento de Identidade nº. 1.515.544 - SSP/PB, inscrito no CPF/MF nº 714.522.224-87, residente e domiciliado na Rua Antonia Nunes Patriota, nº. 119, Três Irmãs, Campina Grande/PB; para o fim especial de representá-la junto a **SEGURADORA LIDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO - DPVAT, Banco do Brasil S/A e Caixa Econômica Federal**, podendo abrir, movimentar e encerrar conta corrente e/ou poupança, requerer e receber ordem de pagamento de indenização do Seguro DPVAT em decorrência de acidente sofrido em 08.11.2018 na cidade de Campina Grande/PB, ao conduzir uma Moto Honda Biz 125 ES, Placa NQD 2055/PB, Ano/Modelo 2010, Chassi 9C2JC4220AR205246, Cor Vermelha, Renavam 21930304-5; podendo assinar guias de retirada, bem como assinar autorização de sinistro referente à indenização de acidente automobilístico, confessar, transigir, firmar compromisso ou acordos, assinar recibos, bem como praticar todo e qualquer ato legal necessário ao cumprimento de mandato. Os elementos relativos à qualificação e identificação do procurador, bem como o objeto do presente mandato foram fornecidos e conferidos pelo outorgante, que por eles se responsabiliza. Recolhidas as Taxas FARPEN - Fundo de Apoio ao Registro das Pessoas Naturais, no valor de R\$ 5,37, FEPEJ - Fundo Especial do Poder Judiciário, no valor de R\$ 19,81, ISS - Imposto Sobre Serviço, no valor de R\$ 4,95, sendo os Emolumentos R\$ 99,07. Selo Digital: AHO51723-GSNB. Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>. Em fé de verdade assim o disse e outorgou, sendo lavrada a presente **Procuração**, a qual feita e lida sendo lida, em alta e clara voz, achou-a conforme, outorgando, aceitando e assinando, sendo dispensadas a presença e a assinatura de testemunhas, de acordo com o Provimento da Corregedoria Geral da Justiça do Estado da Paraíba. Eu, Suênia Medeiros Agra Brandão (_____), Escrevente Autorizado, lavrei, rubriquei e encerrei este ato, conferindo toda a documentação necessária para sua devida efetivação, como também, as assinaturas apostas neste documento. Eu, **SUÊNIA MEDEIROS AGRA BRANDÃO - Escrevente do Fechine - Serviço Notarial**, subscrevo e assino, estando conforme o original.

Em testemunho (_____) da verdade.

SUÊNIA MEDEIROS AGRA BRANDÃO

- ESCRIVENTE -





FECHINE

SERVIÇO NOTARIAL

4º OFÍCIO



ANTONIO HAMILTON FECHINE DANTAS
TABELIÃO

SARAH DA SILVA FECHINE
TABELIÃ



LIVRO.: 0481

FOLHA: 005



DECLARAÇÃO DE PROPRIEDADE DE VEICULO

SAIBAM quantos esta Pública Procuração virem que aos 05 (cinco) dias do mês de fevereiro do ano de 2019 (dois mil e dezenove), neste FECHINE - SERVIÇO NOTARIAL, situado na R. Marques do Herval, 58 - Centro - Campina Grande - PB - Fone: 3321-3002, foi lavrado o presente **Instrumento de Procuração Pública** em que, perante mim, **ANTONIO HAMILTON FECHINE DANTAS - Titular**, compareceu como **OUTORGANTE CLAUDIA SIMONE GOMES**, brasileira, solteira, pesquisadora, portadora do Documento de Identidade nº 2.270.251 - SSP/PB, inscrita no CPF/MF nº 028.065.654-80, residente e domiciliada na Rua Barão da Passagem, nº. 257, Catolé, Campina Grande-PB; reconhecido de mim Notário, pelos documentos referidos e apresentados, por ele me foi dito, que por este público INSTRUMENTO, e nos termos de direito nomeia e constitui seu procurador: **JOAB GOMES DA SILVA**, brasileiro, casado, estoquista, portador do Documento de Identidade nº. 1.515.544 - SSP/PB, inscrito no CPF/MF nº 714.522.224-87, residente e domiciliado na Rua Antonia Nunes Patriota, nº. 119, Três Irmãs, Campina Grande/PB; para o fim especial de representá-la junto a **SEGURADORA LIDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO - DPVAT, Banco do Brasil S/A e Caixa Econômica Federal**, podendo abrir, movimentar e encerrar conta corrente e/ou poupança, requerer e receber ordem de pagamento de indenização do Seguro DPVAT em decorrência de acidente sofrido em 08.11.2018 na cidade de Campina Grande/PB, ao conduzir uma Moto Honda Biz 125 ES, Placa NQD 2055/PB, Ano/Modelo 2010, Chassi 9C2JC4220AR205246, Cor Vermelha, Renavam 21930304-5; podendo assinar guias de retirada, bem como assinar autorização de sinistro referente à indenização de acidente automobilístico, confessar, transigir, firmar compromisso ou acordos, assinar recibos, bem como praticar todo e qualquer ato legal necessário ao cumprimento de mandato. Os elementos relativos à qualificação e identificação do procurador, bem como o objeto do presente mandato foram fornecidos e conferidos pelo outorgante, que por eles se responsabiliza. Recolhidas as Taxas FARPEN - Fundo de Apoio ao Registro das Pessoas Naturais, no valor de R\$ 5,37, FEPEJ - Fundo Especial do Poder Judiciário, no valor de R\$ 19,81, ISS - Imposto Sobre Serviço, no valor de R\$ 4,95, sendo os Emolumentos R\$ 99,07. Selo Digital: AHO51723-GSNB. Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>. Em fé de verdade assim o disse e outorgou, sendo lavrada a presente **Procuração**, a qual feita e lida sendo lida, em alta e clara voz, achou-a conforme, outorgando, aceitando e assinando, sendo dispensadas a presença e a assinatura de testemunhas, de acordo com o Provimento da Corregedoria Geral da Justiça do Estado da Paraíba. Eu, Suênia Medeiros Agra Brandão (_____), Escrevente Autorizado, lavrei, rubriquei e encerrei este ato, conferindo toda a documentação necessária para sua devida efetivação, como também, as assinaturas apostas neste documento. Eu, **SUÊNIA MEDEIROS AGRA BRANDÃO - Escrevente do Fechine - Serviço Notarial**, subscrevo e assino, estando conforme o original.

Em testemunho (_____) da verdade.

SUÊNIA MEDEIROS AGRA BRANDÃO

- ESCRIVENTE -





GOVERNO
DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº:1770065

CLASS. DE RISCO: VERMELHO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 08/11/2018
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: Francinalva Almeida Torres

PACIENTE: JOAB GOMES DA SILVA

CEP:58400002

Nascimento:26/12/1969

Endereço:R ANTONIA NUNES PATRIOTA

Sexo:M

Telefone: 981131311

Cidade: Campina Grande

Idade:048

Bairro:ROCHA CAVALCANTE

Nome da Mãe:

RG:

Nº:119

Responsável: PABLO HIGO NASCIMENTO

CPF:

Profissão:VENDEDOR

Estado Civil:Casado(a)

Data de

CNS:26121969

Motivo: ACIDENTE DE MOTO

Atend:08/11/2018

Médico:

Hora: 08:24:33

CONVÊNIO: SUS

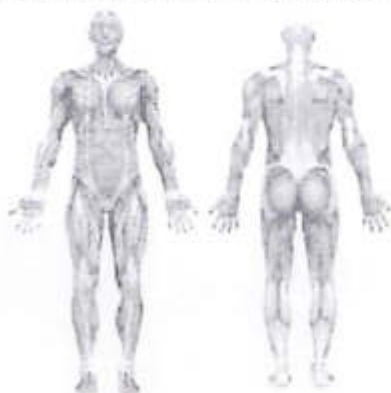
Especialidade:

CRM:

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO (Identifique o local com o número correspondente ao lado)



- | | |
|-------------------------|----------------------------------|
| 1. Abrasão | 15. Fratura óssea fechada |
| 2. Amputação | 20. Fratura óssea aberta |
| 3. Avulsão | 21. Hematoma |
| 4. Contusão | 22. Ingurgitamento Venoso |
| 5. Crepitação | 23. Laceração |
| 6. Dor | 24. Lesão tendinosa |
| 7. Edema | 25. Luxação |
| 8. Empalhamento | 26. Mordedura |
| 9. Enfisema subcutâneo | 27. Movimento torácico paradoxal |
| 10. Esmagamento | 28. Objeto Encravado |
| 11. Equimose | 29. Otorrágia |
| 12. F. Arma branca | 30. Paralisia |
| 13. F. Arma de fogo | 31. Paresia |
| 14. F. Cortado | 32. Parestesia |
| 15. F. Cortante | 33. Queimadura |
| 16. F. Corto-contuso | 34. Rinorréia |
| 17. F. Perfuro-contuso | 35. Sinais de Isquemia |
| 18. F. Perfuro-cortante | 36. |

OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada = % Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau

DIGNOSTICO / CID:

Politrauma / trauma de extremidade

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍN

Paciente admitido neste hospital após acidente de motocicleta às 14:30. Transportado pelo SAMU. Estava com ferimentos. Apresenta dor e hipotensão em membro Esquerdo.

ALERGIA: -

MEDICAMENTOS: -

PATOLOGIAS: -

EXAME FÍSICO

PUPILAS (X)Fotorreagentes (X)Isocóricas ()Anisocóricas ()

Glasgow 15 PA HGT: SatO2

AE tem náuseas, vômitos e dor abdominal

B = MV + m. ART, SIRA + FR = 16 + 50 = 97%

C = PCR em 2T, SRE, S12 + FC = 100

D = Glasgow 15 e pupilas isocóricas e fotorreagentes

E = Traumatismo em membro Esquerdo

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais () Ultrassonografia:
() Gasometria arterial () Radiografias:
() Tomografia Computadorizada ()

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: ortopedista, às 09:00 Dia 8/11/18

Especialista: / às : Dia / /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	Revo x de joelho, perna e tornozelo	Esquerdo
2	Alto do membro esquerdo	
3		
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

15.12.15
CR

Jessé Clementino Filho
Endoscopia
CRM PB 15115

17/11 10:00 hs Paciente aguarda procedimento cirúrgico,
P.A 120x80 segue aos cuidados da enfermagem.
Débora

17/11/2018

21:00

PA=120/80 R.

18/11/18

13.12

PA-130/70

Frente, avulsi sem
feridas, aguarda cirurgia
medicada, mantendo feras
cobertos até data.

Josane Cristina de Albuquerque
COREN-PR 174.938-TE

18-11-18

20 h

PA-120x80

es



ORTOPEDIA 1
LEITO 10-4 N° PRONTUÁRIO: 1770139
JOAB GOMES DA SILVA, 48

FX FIBULA COM AVULSÃO DO LCL

LEITO 10-4

17/11

- 1 DIETA PARA HAS
- 2 JELCO SALINIZADO
- 3 DIPIRONA 1g + ABD EV 6/6h SN 14
- 4 NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8h SN
- 5 TRAMAL 100mg + SF0,9% 100ml EV 8/8h SN
- 6 TILATIL 20MG + ABD EV 12/12h SN
- 7 OMEPRAZOL 20MG 01 CP VO EM JEJUM PELA MANHÃ 25
- 8 CLEXANE 40MG SC AS 20h 25
- 9 ENALAPRIL 10MG 01 CP VO 12/12h 25
- 10 FISIOTOMIA
- 11 SSV+CCGG M N

ECB, S/ INTERCORRENTES, S/ SINTOMAS, DIURSE E EVASÃO PRESENTES
cd: VPM

18/11

1) Data Pl HAS

2) Salto Salinizado

- 3) Dipirona 1g + ABD EV 6/6h SN SN
- 4) NauseDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8h SN SN
- 5) Tramadol 100mg + SF0,9% 100ml EV 8/8h SN SN
- 6) Tilatil 20mg + ABD EV 12/12h SN SN
- 7) Omeprazol 20mg 1cp VO em jejum 25
- 8) Clexane 40mg SC 20h 25
- 9) Enalapril 10mg 1cp VO 12/12h 25
- 10) Fisiotomia (1) SSV+CCGG



BFC insinu. n. d. m.

25

DATA - 16 - 11 - 18

HORA - 09:00

P.A. - 140 x 100

Paciente consciente
orientado tempo, lugar
e dor o mesmo
segue com curativo
de *infecção*

Wladimir Santos Silva
COREN-PB 458.700-75



16-11-18 Pa - 140x100

P.C.T. extensoral o.H. e

momento. segue em evolução
de equipe

Daniela Araújo de Araújo
COREN-PB 1.248.511-TE

ORTOPEDIA 1

LEITO 10-4

Nº PRONTUÁRIO: 1770139

JOAB GOMES DA SILVA, 48

16/11

- 1 DIETA PARA HAS
- 2 JELCO SALINIZADO
- 3 DIPIRONA 1G + ABD EV 6/6H SN -
- 4 NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8h SN -
- 5 TRAMAL 100mg + SFO,9% 100ml EV 8/8H SN -
- 6 TILATIL 20MG + ABD EV 12/12H SN -
- 7 OMEPRAZOL 20MG 01 CP VO EM JEJUM PELA MANHÃ
- 8 CLEXANE 40MG SC AS 20H ~~20~~ *20*
- 9 ENALAPRIL 10MG 01 CP VO 12/12H
- 10 FISIO MOTORA
- 11 SSVV+CCGG



JE 24
CE

FX FIBULA COM AVULSÃO DO LCL

LEITO 10-4

*ECB, não interconectar, sem distensão,
livre de reações locais*

CD: VPM



ORTOPEDIA 1

LEITO 10-4

Nº PRONTUÁRIO: 1770139

JOAB GOMES DA SILVA, 48

FX FIBULA COM AVULSÃO DO ICL

LEITO 10-4

15/11

- 1 DIETA PARA HAS
- 2 JELCO SALINIZADO
- 3 DIPIRONA 1G + ABD EV 6/6H SN ~~2L~~
- 4 NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8H SN
- 5 TRAMAL 100mg + SFO,9% 100ml EV 8/8H SN
- 6 TILATIL 20MG + ABD EV 12/12H SN
- 7 OMEPRAZOL 20MG 01 CP VO EM JEJUM PELA MANHÃ ~~2L~~ OS
- 8 CLEXANE 40MG SC AS 20H
- 9 ENALAPRIL 10MG 01 CP VO 12/12H ~~12~~ 24
- 10 FISIOTOMIA
- 11 SSV+CCGG

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]



00:80

PA-110x30

Sigue aguardando
luzes km quiza o
momento



3102/17/15

00 12

PA-100/100

ORTOPEDIA 1

LEITO 10-4 N° PRONTUÁRIO: 1770139

JOAB GOMES DA SILVA, 48

14/11

- 1 DIETA LIVRE *OK*
- 2 JELCO SALINIZADO
- 3 DIPIRONA 1g + ABD EV 6/6H *OK*
- 4 NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8H SN
- 5 TRAMAL 100mg + SFO,9% 100ml EV 8/8H SN
- 6 TILATIL 20MG + ABD EV 12/12H SN
- 7 OMEPRAZOL 20MG 01 CP VO EM JEIUM PELA MANHÃ *OK*
- 8 CLEXANE 40MG SC AS 20H *OK*
- 9 CURATIVO DIÁRIO
- 10 FISIO MOTORA *OK*
- 11 SSV+CCGG

- (12) *Endaga 10mg 01x 12/12h*
- (13)

Endaga 10mg 01x 12/12h

FX FÍBULA COM AVULSÃO DO ICL

LEITO 10-4



13-11-18

Paciente estável, sem queixas no momento, acordando procedimento cirúrgico e medicado conforme prescrição médica.

PA - 130 x 80





NEURO

9.2

OK

9.2 - JOAB GOMES DA SILVA, 48

FX FÍBULA PROX D (LESÃO LCL D)

13/11

- 1 DIETA LIVRE (Estaro opor 00:00)
2 JELCO SALINIZADO
3 DAPIRONA 1g+ABD EV 6/6H 12 18 24 30
4 NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8h SN 24
5 TILATIL 20MG + ABD EV 12/12H 12 18 24 30
6 CLEXANE 40MG SC AS 21H (24) 5:00 P
7 TORAGESIC 10MG VO 12/12H SN 24
8 ENALAPRIL 10MG VO 1XDIA (24) 24
9 ÓLEO MINERAL 10ML VO 8/8H ATÉ EVACUAR (14) (22) (28)
10 MUDANÇA DE DECUBITO 2/2H
11 SSVV + CCGG

ACG. Estável, s/ deformidade

Diagnóstico (+) contusão

ul. vpm



RESUMO DE ALTA
(REFERÊNCIA OU CONTRA REFERÊNCIA)

NOME:

DN:

PRONT. Nº:

NATURALIDADE:

PROCEDÊNCIA:

ADMISSÃO:

ALTA:

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

2. Resultado dos principais exames

3. Evolução e complicações

4. Terapêutica realizada

5. Diagnóstico (hipotético ou definitivo)

6. Orientações médicas para pacientes / egresso

7. Condições de alta

☐ Curado

☐ A pedido

☐ Óbito

☐ Melhorado

☐ Inalterado

☐ Transferido para: _____

Campina Grande, _____ de _____ de _____

Responsável pelo resumo

11-11-58 9:00 AM 1A. 120x80 Vacante no shuis.
Tavel, consiente, Ouantado, aguardando
procedimento curacao.

Nedi

20/11/58 1A 120x80

med

8/11/58 1A 120x80

11/11/58 1A 120x80

11/11/58





João Gomes da Silva, 48

9-4

fx Tabela proximal E

11/11

- 1 DIETA LIVRE
- 2 JELCO SALINIZADO N° 18 *etc*
- 3 DIPIRONA 1g+ABD EV 6/6H *etc*
- 4 TILATIL 20MG + ABD EV 12/12H *etc*
- 5 TVLEX 30MG VO 6/6H SE DOR *etc*
- 6 NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8h SN *etc*
- 7 OMEPRAZOL 40MG + DILUENTE EV EM JEJUM *etc*
- 8 CLEXANE 40MG SC AS 20H *etc*
- 9 MUDANÇA DE DECÚBITO 2/2H *etc*
- 10 SSW + CCGG *etc*
- 11 Enalapril 10mg VO 1x/dia *etc*
- 12 Lactulose 15ml VO 8/8h até evacuar *etc*

14 22 06

REG. Estável, 5/1 determinação
diária (+) conversão 03-1
cd VPm
Aguarda amig. i.

Vitor de Paiva Câmara
CRAMPB 10807

Vitor de Paiva Câmara
CRAMPB 10807

10/03/18 08:00 160
 100
 Paciente consciente e orientado, medicado conforme prescrição médica, sem queixas no momento da avaliação da Enfermagem.

Sandra Lages Henrique dos Santos
 COREN-PA 509944/E

18hs. Paciente consciente, orientado, apiretico, admitido na Ala Neuropsiquiátrica vindo da Ala Amarela, em uso de fala gessada em NFE. Segue aos cuidados da Enfermagem.



08.11.18 - OSM - 40x100 Paciente com AUP Com MIE unilobizado
contato. Não segue dos Respostas.

MIE

h/10

h/10

h/10

COMF2

h/10

8



08.11.18. 08h -

- Paciente camilado consciente,
com AVD com MHC imobilizado com talas gástricas.
Segue em obs. Paliativa

PA=120x70



FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

'aciente

Alojamento	
-------------------	--

Leito

Convênio	
----------	--

Data

Prescrição Médica

Horário

Evolução Médica

04/11	1	Diele Wwe	ck
11	2	SRL — 1500 — 20	ck
	3	Dispersie zu Nr. 6/62	ck
	4	Feld 1/20 Nr. 12/17	ck
	5	Wurmschutz 40, 10/17	ck
	6	Lease 40, 5/1/17	ck
	7	SHV + 1/1/17	ck

Dr. Agnaldo Lima P. Júnior
Ortopedista/Traumatologista
Cirurgia do Joelho
CRM-PB 2116 - EOP-1926

Dr. Agnaldo Lima P. Júnior
Ortopedista/Traumatologista
Cirurgia do Joelho
CRM-PR 9116 - FEQ-15263

14 MAR 2019



TABELA DE ALDRETE E KROULIK MODIFICADA
(Critérios para altas da SRPA)

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

Alta
RPA

CRM 1300

Assinatura do anestesista



Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente:	João Gomes da Silva	Idade:	48 anos
Convênio:	Plano: 1270068	Data:	23/11/18
Procedimento:	Osteossíntese de fêmur E.		
Cirurgião:	Dr. Bruno Pinheiro	Auxiliar:	Dr. Laguarda
		Anestesista:	Dr. Jaylon
Início:	08:15	Término:	09:10
		Anestesia:	Raqui

[illegible][illegible][illegible]

11/10/1957

11/10/1957

11/10/1957

11/10/1957

11/10/1957

11/10/1957

11/10/1957

11/10/1957

11/10/1957

11/10/1957

11/10/1957

11/10/1957

11/10/1957

11/10/1957

11/10/1957

11/10/1957

11/10/1957

11/10/1957

11/10/1957

11/10/1957

11/10/1957

11/10/1957

11/10/1957

11/10/1957

11/10/1957

11/10/1957

11/10/1957

11/10/1957

11/10/1957

11/10/1957

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE:

Joab Gomes da Silva DN 26-12-1969

QI *LEITE* CONVÊNIO *48 anos* IDADE *1740065* REGISTRO

CIRURGIA *Osteossíntese de fratura de fíbula esquerda* CIRURGIÃO *Dr. Bruno Bulhões, Dr. Wagner*

ANESTESIA *raqui* ANESTESISTA *Dr. Taylor*

INSTRUMENTADORA *Norma* DATA *25-11-18* INÍCIO *7:15* FIM *9:10*

GOVERNO DA PARAIBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CODIGO
	Adrenalina amp.		Catet. p/ Oxg.	1	Catgut cromado Sertix	0
	Atropina amp.		Catet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix	
	Diazepam amp.	L	Compressa Grande <i>Roco 1p</i>		Catgut cromado Sertix	
	Dimore amp.		Compressa Pequena		Catgut Simples	
	Dolantina amp.		Colonoide		Catgut Simples Sertix	
	Efrane ml		Dreno		Catgut Simples Sertix	
	Fenagim amp.		Dreno Kerr nº		Catgut Simples Sertix	
	Fentanil ml		Dreno Penrose nº		Cera p/ osso	
	Inova ml		Dreno Pezzer nº	03	Ethibond	5
	Ketalar ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Mercaina % ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Nubalin amp.		Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix	
	Pavulon amp.		Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix	
	Protigmine amp.	Q15	Esparadrapo Larco cm		Fio de Algodão Sutupak	
	Protóxido l/m		Furacim ml		Fio de Algodão Sutupak	
03	Quelcin ml. <i>Donmonid</i>	Q	Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardíaca	
03	Rapifen amp. <i>Milperidol</i>		H.O. ml	L	Mononylon	3-0
	Thionembutal ml		Intracath Adulto		Mononylon	
	Tracrium amp.		Intracath Infantil		Prolene Sertix	
Qtd.	MEDICAÇÕES	L	Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Sertix	
	Água Destilada amp.		Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Sertix	
01	Cecadron amp.		Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Sertix	
02	Ciprona amp.		Luvas 7.0		Vicryl Sertix	
	Flaxidol amp.	L	Luvas 7.5		Vicryl Sertix	
	Flebocortid amp.	1	Luvas 8.0		Vicryl Sertix	
	Geramicina amp.	1	Luvas 8.5			
	Glicose amp.	901	Oxigênio l/m	3L		
	Glucos de Cálcio amp.		Polifix			
	Haemacel ml		PVPI Degemante ml			
02	Heparema ml. <i>T. Natil 20</i>		PVPI Tópico ml.	Qtd.	SOROS	
	Kanakon amp.		Sabão Antisséptico		SG Normotérmico fr 500 ml	
03	<i>taxi amp. Murection</i>		Saco coletor		SG Gelado fr 500 ml	
	Medrolinazol	L	Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml	
03	<i>Rascl amp. cefepime 1g</i>	L	Seringa desc. 20 ml	1	SG Ringr fr 500 ml	
	Prolamina	L	Seringa desc. 05 ml	L	SE fr 500 ml	
	Revivan amp.		Sonda	1	<i>SF para cavidade</i>	
	Stuption amp.		Sonda Foley	Qtd.	ORTESE E PROTESE	
	Cefalotina 1g		Sonda Nasogátrica	L	<i>Fio Steermann 1.5</i>	
03	<i>Mercaina 0.5 per</i>		Sonda Uretral nº	03	<i>Fio Cerclagem nº 1</i>	
03	<i>Donmonid 0.2mg</i>		Sterydrem ml			
			Tonerinha			
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml			
L	Agulha desc. 25 x 1.2		Gelcon 18 <i>Jaqueline</i>			
	Agulha desc. 28 x 28		Látex			
	Agulha desc. 3 x 4.5	Q15	<i>8000000</i>			
03	Agulha p/ raque nº <i>276</i>		<i>descontado Dr. geramete</i>			
	Álcool de Enfermagem					
	Álcool Iodado ml					
Q	Ataduras de Crepon <i>30cm</i>					
	Ataduras de Gessada					
	Azul metileno amp.					
	Benzina ml					

IOI IMPLANTES LTDA.

Modelo Comercial:

PF. ANCORA:OL 5.0
MM2 FIBER
Código: 40085000020
Lote: 05148/18
ANVISA: 10223680071

EQUIPAMENTOS

- () Oxímetro de Pulso
- () Serra
- () Desfibrilador
- () Foco Frontal
- () Fonte de Luz
- () Foco Auxiliar *conheço*
- () Eletrocautério
- () Oxícapígrafo
- () Cardiomonitor
- () Perfurador Elétrico

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

Macacinho 37895
Mariano C. da Silva
Téc. ENFERMAGEM
COREN-PB 32851



Nome do Paciente <i>2026 Casimiro da Silva</i>		Nº Prontuário	
Data da Operação <i>21/11/13</i>	Enf.	Leito	
Operador <i>J.M. Barros</i>	1º Auxiliar <i>J.M. Wagner</i>		
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador	
Anestesia	Tipo de Anestesia		
Diagnóstico Pré-Operatório <i>fx Avulsão do cabeça da fíbula</i>			
Tipo de Operação <i>O97.09.41.40</i>			
Diagnóstico Pós-Operatório <i>Doença</i>			
Relatório Imediato da Patologia			
Exame Radiológico no Ato <i>Não</i>			
Acidente Durante a Operação <i>Não</i>			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras
<i>1) Paciente em JDM sob anestesia</i>
<i>2) Acesso + Antese</i>
<i>3) Incisão lateral em JDM (L)</i>
<i>4) Fissura com plano</i>
<i>5) Identificação e isolamento do H. Fíbula</i>
<i>6) Redução e redução de fratura</i>
<i>7) fixação com Ancora 5.0 + Compogon</i>
<i>8) fixação com 2 bandas de torniquete</i>
<i>9) Lavagem de fco. e sutura com plano</i>
<i>[Signature]</i>
<i>[Stamp: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES - 1643]</i>

ORTOPEDIA 1

LEITO 10-4

Nº PRONTUÁRIO: 1770139

JOAB GOMES DA SILVA, 48

21/11

1 DIETA PARA HAS, APÓS RPA

2 JELCO SALINIZADO

3 DIPIRONA 1G + ABD EV 6/6H SN

4 NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8h SN

5 TRAMAL 100mg + SF0,9% 100ml EV 8/8H SN

6 TILATIL 20MG + ABD EV 12/12H SN

7 OMEPRAZOL 20MG 01 CP VO EM JEJUM PELA MANHÃ

8 CLEXANE 40MG SC ÀS 20H

9 ENALAPRIL 10MG 01 CP VO 12/12H

10 FISIO MOTORA

11 SSVV+CCGG

12 CEFEPIM 1g EV 12/12h

FX FÍBULA COM AVULSÃO DO LCL

LEITO 10-4

CGX: ESTÁVEL, SI DISTENSA
ENCURTAMENTO E DUREZA (1)

CD: LPM

POI

PACIENTE SUBMETIDO A PROCEDIMENTO
CIRÚRGICO ORTOPÉDICO, SI INTERCORRENTES

CD: VPM + Rx de CONTATO

Dr. Evertan Meira
MR Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 9900

Dr. Evertan Meira
MR Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 9900

20
13
18

34:hrs P.A. 350x60

Paciente estável com
contato com os enfermeiros
da enfermagem.

Joelma da
COREN-PB 400.765-11

20/11/18 às 20:00hs
P.A.: 340 x 10

Paciente segue aos
cuidados da enfer-
magem. m.c. p.m.
feito troca de A.V.P.

Ana Maria Cavalcante Falcão
COREN-PB 177.451-TE

A

15:00 - 17:00

15:00

60

ORTOPEDIA 1

LEITO 10-4

Nº PRONTUÁRIO: 1770139

JOAB GOMES DA SILVA, 48

- 20/11
- 1 DIETA PARA HAS
 - 2 JELCO SALINIZADO
 - 3 DIPIRONA 1G + ABD EV 6/6H SN - 22 96
 - 4 NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8H SN -
 - 5 TRAMAL 100mg + SF0,9% 100ml EV 8/8H SN -
 - 6 TILATIL 20MG + ABD EV 12/12H SN -
 - 7 OMEPRAZOL 20MG 01 CP VO EM JEIUM PELA MANHÃ
 - 8 CLEXANE 40MG SC AS 20H 5-58
 - 9 ENALAPRIL 10MG 01 CP VO 12/12H X2 24 96
 - 10 FISIO MOTORA
 - 11 SSVV+CCGG

Dr. Everlan Meira
MR Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 9900

FX FÍBULA COM AVULSÃO DO LCL

LEITO 10-4

EGL. ESTÁVEL, S/ DISTENSIÃO
EVACUAÇÕES E URINÁRIAS (+)

Od: UPM

Dr. Everlan Meira
MR Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 9900

15-12-2013

14 MAI 2013
COMPETÊNCIA

PA-100170

14.20

19/11/2018

Pacienti, având la
dispoziție energie, medicament

Având la dispoziție de energie

19/11/18

PA-110/80

18/10/8

Pacienti, având la
dispoziție de energie

având la dispoziție

de energie



14.20

Josana Cristina de Albuquerque
OREN-1 14.9.38 - TE

Josana Cristina de Albuquerque
OREN-1 14.9.38 - TE

ORTOPEDIA 1

LEITO 10-4

Nº PRONTUÁRIO: 1770139

JOAB GOMES DA SILVA, 48

19/11

1 DIETA PARA HAS

2 JELCO SALINIZADO

3 DIPIRONA 1G + ABD EV 6/6H SN SN

4 NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8h SN SN

5 TRAMAL 100mg + SF0,9% 100ml EV 8/8H SN SN

6 TILATIL 20MG + ABD EV 12/12H SN SN

7 OMEPRAZOL 20MG 01 CP VO EM JEJUM PELA MANHÃ

8 CLEXANE 40MG SC ÀS 20H

9 ENALAPRIL 10MG 01 CP VO 12/12H

10 FISIO MOTORA

11 SSVV+CCGG

FX FÍBULA COM AVULSÃO DO LCL

112 D14.

LEITO 10-4

EBB, instável, w/ distensão, w/ manobras
dureza 0.

CD: VPM





dim 13/11/18, 12h, 13h, 14h, 15h, 16h, 17h, 18h, 19h, 20h, 21h, 22h, 23h, 24h

19h: 150

29-11-18
14h

Paciente exposto, que apresenta
um aumento de medula
adiposa pericardio medula.

PA: 120 x 80

[Signature]

28-11-18 Paciente exposto, confusos.

que queixas e medula.
exposto pericardio medula.

PA: 120 x 80

13/11/18 ou 14/11/18
13h 14h 15h 16h 17h 18h 19h 20h 21h 22h 23h 24h

Hospital: El Comendador y Trujillo de Código: 15016

Procedimento: Teste de Filtro Cód. Procedimento:

Paciente: João Gomes do Silva

Data da Cirurgia: 21/11/2015 Nº prontuário: 1110963 Convênio:

Cirurgião: Dr. Paulo Código: 1234 (☒) Reposição (☐) Caixa Pronta

DESCRIÇÃO DE PRODUTOS UTILIZADOS

Qtd.	Descrição	Cód. Produto	Valor Unit.	Valor Total
	IOL IMPLANTES LTDA			
	Modelo Comercial:			
	PF. ANCORA-IOL 5.0			
	MM2 FIBER			
	Código: 40085000020			
	Lote: 05148/18			
	ANVISA: 10223680071			

ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS

							Valor Unit.	Valor Total
Parafuso Cortical () mm	Nº							
	Qtd.							
	Cód.							
Parafuso Cortical () mm	Nº							
	Qtd.							
	Cód.							
Parafuso Esponjoso 4.0 mm	Nº							
	Qtd.							
	Cód.							
Parafuso Esponjoso 6.5 mm R/16 Curta	Nº							
	Qtd.							
	Cód.							
Parafuso Esponjoso 6.5 mm R/32 Longa	Nº							
	Qtd.							
	Cód.							
Parafuso Maleolar 4.5 mm	Nº							
	Qtd.							
	Cód.							

OBS.: O PREENCHIMENTO DO PRONTUÁRIO É OBRIGATÓRIO.

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO CONSULTOR DE VENDAS

Condições de Pagamento: 01

Faturar N.F para: 25/05/2017

Cód. do consultor: _____ Total: _____

Cód. Instrumentador: _____

Anotações do Médico



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

REQUISIÇÃO DE EXAME

PRONTUÁRIO:												
	1770065											
LEITO:												
ENF:												
CLÍNICA:												
ALTURA:												
PESO:												
COR:												
SEXO:												
IDADE:												

DADOS CLÍNICOS: Pol. trauma
Queixo de motor elétrico

REALIZADO POR: [assinatura]
Cirurgia de Trauma
CRM: 8.015 - REG: 1926

MATERIAL A EXAMINAR: 14 joelhos e 14 braços

EXAMES SOLICITADOS: Raxo x de ~~trauma~~ joelho Ap - perf. p
Raxo x de Raxo PP - perf. p
Raxo x de transp. AP - perf. p

URGÊNCIA:	☒	ROTINA:	☐
DATA:	8/6/18		

HORA DA SOLICITAÇÃO:





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

REQUISIÇÃO DE EXAME:

NOME:	7026	Priscilla	da Silva							PRONTUÁRIO:	567		
IDADE:		SEXO:	M	F	COR:	B	P	A	PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF.:	LEITO:

DADOS CLÍNICOS:

RAIO X
REALIZADO EM:
21/04/19

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

2 x de Joelho e Anca

URGÊNCIA:	☐	ROTINA:	☐
DATA:	21/04/19	HORA DA SOLICITAÇÃO:	

Dr. Reginaldo Falcão
CRM-PA 8643



REQUISIÇÃO DE EXAME

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

GOVERNO
DO PARÁ

NOME:	João Carlos da Silva										PRONTUÁRIO:			
DADE:	SEXO:		COR:		PESO:		ALTURA:		CLÍNICA:		ENF.:		LEITO:	
	M	F	B	P	A					orto 1	10		4	

DADOS CLÍNICOS:

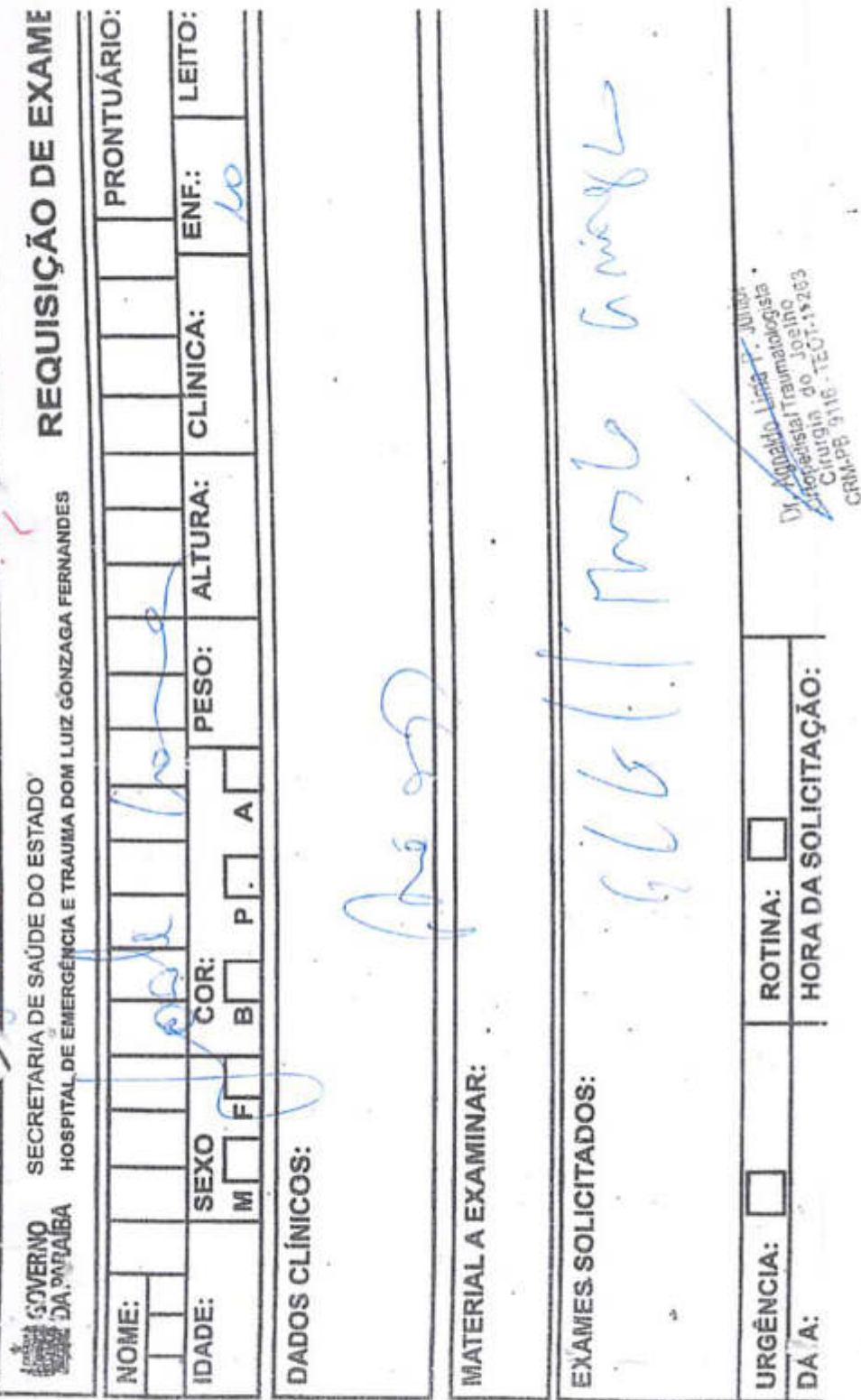
MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

Rx tomografia (E) AP e perfil

URGÊNCIA:	☐	ROTINA:	☐
DATA:	13/11/18		

HORA DA SOLICITAÇÃO:





EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO



DESTINO DO PACIENTE ____/____/____ às ____:____ hs.

() Centro cirúrgico _____ () Alta hospitalar / () A revelia
() Internação (setor) _____ \ () Decisão Médica
() Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL _____ () Óbito

Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO

CBO

IDADE

[illegible]

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA COM LUÍZ GONZAGA FERNANDES			ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO	
FOLHA DE ANESTESIA		NOME <u>Jonh Gomes da Silva</u>			IDADE <u>48a</u>	SEXO <u>M</u>	COR	
DATA <u>24/11/18</u>	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA		
TIPO SANGÜÍNEO	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	UREIA	OUTROS		
	URINA							
AP. RESPIRATÓRIO					ASMA		BRONQUITE	
AP. CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA			
AP. DIGESTIVO			DIÁTESIS	PESCOÇO	AP. URINÁRIO			
ESTADO MENTAL			ATAXIAS	CORTICOIDES	ALERGIA	HIPOTENSORES		
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					ESTADO FÍSICO	RISCO		
ANESTESIAS ANTERIORES								
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA					APLICADA	AS	EFEITO	

AGENTES AMBIENT. SÓDIO	LÍQUIDOS	CÓDIGOS VR. ARTERIAL: 0 - PULSO: 0 - RESPIRAÇÃO: 0 - ANESTESIA: 0 - OPERAÇÃO: 0	→ SF 1000 PNE ECG SpO2		INDICAÇÃO Satisf.: _____ Excit.: _____ Tosses: _____ Largura espanto: _____ Lente: _____ Núcleos: _____ Vômitos: _____ Outros: _____	
			MANUTENÇÃO appt. ml 1A de perona 2A bilateral 2A nausea de 1A de cadon 1A ni/pouca 1A		ANESTESIA SATISF.: Sim _____ Não _____ Não, por quê? _____	
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES 07h15 → 08h30.			DESPERTAR Reflexos na SO: _____ Obr.: _____ Co.: _____ Excit.: _____ Núcleos: _____ Vômitos: _____ Outros: _____		Com cânula: _____ Pelo o Leito Sim _____ Não _____ CONDIÇÕES: _____	
POSICÃO						
AGENTES moderna 20mg + dimorol 80mg						
TÉCNICA maqui B26 C3-C4 E			CÂNULAS SN O2			
OPERAÇÃO tro. cirurgico.						
COLABORADORES Dr Bruno B. + Dr Wagner.						
ANESTESISTAS Dr. Talyah						
OBSERVAÇÕES						
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E POS-OPERATÓRIAS.			PERDA SANGÜÍNEA			

DIAGNÓSTICO

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

OK OK

Paciente	Joaquim Borges da Silva		Alojamento:	10	Leito	04	Convênio
Data	Prescrição Médica		Horário		Evolução Médica		
22/11	1. Dieta 2. SRT 1500ml EV/24h 3. Dipirona 02ML + AD EV 06/06h 4. Tilatil 20mg + AD EV 12/12h 5. Omeprazol 40mg EV/jejum 6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN 7. Nauseudron 01 FA + AD EV 8/8h SN 8. Clexane 40mg SC/dia 9. SSVV + CCGG 10. fiso MOTORA 11. Escopolam 10mg OICP VO 12/12h 12. Capreomil 1g EV 12/12h		12h 18h 18h		EGR, ESTÁVEL, SI DISTENDE MDS DURANTE A PROCESSO (F) Ad: 18h		
					22/11 20h DPO BEC, DISTENDE MDS DURANTE CR: ABR. HONORADA JORN. NEST. ALB. ALB. Amadurece + Centro de Sistema de Paralelepípedos		
					Dr. Everton Almeida MA. Otorrinolaringologia CR. 12.11.2018		
					Dr. Everton Almeida MA. Otorrinolaringologia CR. 12.11.2018		



MOD. 060

Ass. do paciente ou responsável

Eu, _____
Dr., _____
autorizo o _____ a registrar o diagnóstico
codificado CID ou por extenso neste atestado médico.

AUTORIZAÇÃO

Ass. do médico - Nº. do CRM _____
CRM 28.9900
Dr. Roberlan Almeida
MR Ortopedia e Traumatologia
Campina Grande 23 / 11 / 18
60 (sessenta) DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES.
O PERÍODO DE 08 / 11 / 18 A 23 / 11 / 18 NECESSITANDO DE
TRATAMENTO ESPECIALIZADO DE ENTIDADE NOSOLÓGICA DE Nº. 582 NO CID. DURANTE
SÉRIE _____ ESTEVE INTERNADO (A) NESTA UNIDADE HOSPITALAR SUBMETENDO-SE A
PORTADOR (A) DA CARTEIRA PROFISSIONAL Nº. _____
ATESTAMOS PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) SR. (A): JOÃO GOMES DA SILVA

ATESTADO

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

GOVERNO
DA PARAIBA



104

ATESTADO

Atestamos para os devidos fins que o

Sr. (a) José Gomes da Silva

encontra-se INTERNADO (A) nesta Unidade Hospitalar, submetendo-se a tratamento especializado desde 08 / 11 / 18 CID: S82

ALM NEUROSURG
GUF. 9-4.

Campina Grande, 12 / 11 / 18

Ass. Do Médico - Nº do CRM





②



GOVERNO
DA PARÁIBA

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

Ficha de Acolhimento

Nome:	Fale Gomes da Silva		
End:	Fátima Nova do Brasil		
Data de Nascimento:	06.12.69	Bairro:	119 Rocha
Queixa:	Documento de Identificação: 94040000		
Acidente de trabalho?	() Sim	() Não	Data do Atend.: 08.11.18 Hora: 8:00 Documento:

Classificação de Risco

Nível de consciência:	() Bom	() Regular	() Baixo	Aspecto:	() Calmo	() Fácies de dor	() Gemente
Frequência respiratória:	Frequência cardíaca:						
Pressão arterial:	Temperatura axilar:						
Dosagem de HGT:	Mucosas: () Normocorada () Pálida						
Deambulação:	() Livre	() Cadeira de rodas	() Maca				

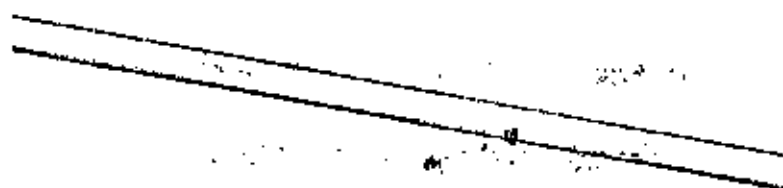
Estratificação

MOD. 110

() Vermelho - atendimento imediato
() Verde - atendimento até 4 horas

() Amarelo - atendimento até 1 hora
() Azul - atendimento ambulatorial

Assinatura e carimbo do profissional





Data: 23 / 11 / 19

2) Clethane 40mg ----- 1 unidade
Aplicar subcutâneo 1x ao dia às 20h

USO SUBCUTÂNEO

Leito: 10 - 04 - Ortopedia 1

Nome: JOÃO ROBERTO DA SILVA

Pele: (☒) Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: () ≤ 3 segundos; () >3 segundos. () Turgência jugular: ()	
Drogas vasoativas: () Quais?	Precordialgia ()
Ausculta cardíaca: () Rítmica () Arritmica () Sopros () Outros. Marcapasso: () Transitório () Definitivo	
Cateter vascular: (☒) Periférico () Central () Dissecção. Localização: <u>MSE</u>	Data da punção: <u>12/11/18</u>
Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações: <u>Tuor ↑</u>	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
Tipo somático: (☒) Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.	
Dentição: () Completa () Incompleta () Prótese.	
Alimentação: (☒) VO () SNG () SNE () Gastronomia () Jejunostomia () NPT; Hora: Data: <u>11/11/18</u>	
Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:	
Abdômen: () Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:	
RHA: () Normoativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados	
Eliminação intestinal: (☒) Normal () Líquida () Constipado há <u>1</u> dias () Outros:	
Eliminação urinária: (☒) Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematúria () SVD: Débito <u>1</u> ml/h;	
Aspecto: () Outros:	Observações:
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: (☒) Íntegra () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outro:	
Coloração da pele: (☒) Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica	Turgor da pele: () Preservado
Condições das mucosas: () Úmidas () Secas Manifestações de sede: ()	
Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto: Curativo em: <u>11/11/18</u>	
Dreno: () Tipo/Aspecto:	Débito: Retirado em: <u>11/11/18</u>
Úlcera de pressão: () Estágio:	Local: Descrição: Curativo: <u>11/11/18</u>
CUIDADO CORPORAL	
Cuidado corporal: () Independente (☒) Dependente () Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: (☒) Satisfatória () Insatisfatória	Higiene Corporal: () Satisfatória () Insatisfatória.
Limitação física: () Acamado () Cadeira de rodas () Outro:	
SONO E REPOUSO	
(☒) Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono interrompido. Observações:	
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	
Comunicação: (☒) Preservada () Prejudicada	Sentimentos e comportamentos: () Cooperativo () Medo:
() Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:	
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS	
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE	
Tipo: () Praticante () Não praticante. Observações:	
INTERCORRÊNCIAS	
<u>frase de Tala 115 E</u>	
	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:	DATA: <u>12/11/18</u> HORA: <u>10:00</u> h
	

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: João Gomes da Silva Registro: 10 Leito: 4 Setor Atual: 043

2. AVALIAÇÃO GERAL

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:



3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

GLASGOW(3-15): Drogas (Sedação/Analgesia):

Pupilas: () Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () Midríaticas

Mobilidade Física: () Preservada () Paresia () Plegia () Parestesia Local:

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

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

() VMNI () VMI TOT nº Comissura labial nº FIO2 % PEEP cmH2O

(☒) Eupnéia: () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispnéia () Outros:

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

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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



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



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

Sr(a): JOAB GOMES DA SILVA
Dr(a): AGUINALDO L. P. JUNIOR
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES
Protocolo: 0000435215
Data: 08-11-2018 11:27
Idade: 48 anos
RG: NÃO INFORMADO
Origem: AREA AMARELA
Destino: AREA AMARELA

HEMOGRAMA

[DATA DA COLETA: 08/11/2018 11:26]

Resultados

Valores de Referência

SÉRIE VERMELHA

Eritrócitos.....	4.87 milhões/mm ³	4,2 a 6,0 milhões/mm ³
Hemoglobina.....	13,8 g/dL	13,5 a 16,0 g/dL
Hematócrito.....	42,0 %	40,0 a 52,0 %
V.C.M.....	86 fL	82,0 a 92,0 fL
H.C.M.....	28 pg	27,0 a 31,0 pg
C.H.C.M.....	33 g/dL	32,0 a 36,0 g/dL

SÉRIE BRANCA

Leucócitos.....	8.700 /mm ³	5.000 a 10.000 /mm ³
	(%)	(/mm ³)
Neutrófilos		
Promielócitos.....	0	0
Mielócitos.....	0	0
Metamielócitos.....	0	0
Bastonetes.....	3,0	261
Segmentados.....	81,0	7.047
Eosinófilos.....	1,0	87
Basófilos.....	0	0
Linfócitos		
Típicos.....	12,0	1.044
Atípicos.....	0	0
Monócitos.....	3,0	261
CONTAGEM DE PLAQUETAS.....	174.000 mm ³	140.000 a 400.000 mm ³

OBSERVAÇÕES..... Contagens repetidas e confirmadas.



Carlos Felipe Souza de Moraes Botelho

Carlos Felipe Souza de Moraes Botelho
Biomédico
CRM 5409

ento

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: CA13-1EB7-DA56-1465-9806-9DD5-F157-339D



10-10-1964

10-10-1964

10-10-1964

10-10-1964

10-10-1964

10-10-1964

10-10-1964

10-10-1964

10-10-1964

10-10-1964

10-10-1964

10-10-1964

10-10-1964

10-10-1964

10-10-1964

10-10-1964

10-10-1964

10-10-1964

10-10-1964

10-10-1964

10-10-1964

10-10-1964

10-10-1964

10-10-1964

10-10-1964

10-10-1964

10-10-1964

10-10-1964

10-10-1964

10-10-1964



10-10-1964

10-10-1964

10-10-1964

10-10-1964

10-10-1964

10-10-1964

10-10-1964

10-10-1964

10-10-1964

10-10-1964

10-10-1964



AVALIAÇÃO CARDIOLÓGICA COM RISCO CIRÚRGICO

NOME: João Gomes da Silva IDADE: 48 SEXO: M
IMC: _____ PROCEDÊNCIA: _____ PROFISSÃO: _____ DATA: 20/11/18

1 - SINTOMATOLOGIA CARDIOVASCULAR:

☒ Assintomática () Sintomática () Oligossintomática

SINTOMAS:

() Cefaléia () Tontura () Síncope
() Dispnéia de esforço () Grande () Pequena
() Média () Ortopnéia
() Palpitações () Tosse Seca () Expectoração
() Dor Precordial () Típica () Atípica
Relacionada: () Esforço () Emoções () Frio () Pós-prandial

Comentários: _____

2 - PATOLOGIAS EM CURSO:

☒ Hipertensão Arterial Sistêmica () Hipertensão Pulmonar () DPOC () Outros
() Diabetes Mellitus N () Insul. Cardíaca Congestiva N () Insuficiência Coronariana N
() Arritmias () Insuf. Renal () Aguda () Crônica

3 - ANTECEDENTES PESSOAIS:

() Alergia a Medicamentos: ninguém () Tabagismo N
() Etilismo () Sedentarismo
() Dislipidemia () Cirúrgico ninguém () Outros

Medicamentos em uso ☒ Não () Sim

4 - EXAME FÍSICO:

() Estado Geral ☒ Bom () Regular () Comprometido () Precário () Altura () Peso

Ap. Cardiovascular - Comentários: ROR 2T, 1/D

70 b.p.m P.A.: 150 x 100 mmHg

A. Respiratório - Comentários: _____

Abdômen - Comentários: _____

Membros Inferiores - Comentários: _____

5 - E.C.G.: normal

Ex. Laboratoriais: hg: 13,8

6 - CONCLUSÃO - RISCO CIRÚRGICO:

☒ Grau I - AVC e ECG - normais (Risco Cirúrgico Normal)
() Grau II - AVC e ECG - anormais (Risco Cirúrgico Normal)
() Grau III - AVC e ECG - anormais (Indicado Monitorização Cardíaca)
() Grau IV - AVC e ECG - com graves alterações (Alto Risco Cirúrgico - se possível evitar)

Obs.: paciente em uso de 40 mg

Dr. João Gomes da Silva
Cardiologista
CRM 5463

Ass. do Médico

PACIENTE: JOAB GOMES DA SILVA
IDADE: 49A
MÉDICO SOLICIT: À PEDIDO MEDICO
EXAME: RX PERNA ESQUERDA

Nº DO EXAME: 352724
DATA DO EXAME: 27/02/2019

RESSONÂNCIA
MAGNÉTICA
TOMOGRAFIA
COMPUTADORIZADA
MULTISLICE
ULTRASSONOGRAFIA
3D E 4D
DOPPLER COLORIDO
MAMOGRAFIA
DIGITAL
ESTEREOTAXIA
MAMARIA
RADIOLOGIA
DIGITAL
RADIOLOGIA
INTERVENCIONISTA
ANGIOGRAFIA
DIGITAL
DENSITOMETRIA
ÓSSEA
PUNÇÃO-BIÓPSIA
ECOCARDIOGRAFIA
LABORATÓRIO DE
ANÁLISES CLÍNICAS

RELATÓRIO:

- Fratura da epífise proximal da fíbula com presença de parafusos e fio de sutura.
- Demais estruturas ósseas visualizadas íntegras.

OBS.: EXAME RADIOGRÁFICO DIGITAL DE ALTA RESOLUÇÃO.

hl

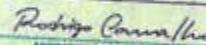
Nota: As informações contidas neste resultado representam a impressão diagnóstica através da interpretação realizada pelo médico radiologista do exame atual. Este laudo não deve ser considerado como absoluto e definitivo, já que as patologias são evolutivas e a identificação das mesmas pode se modificar de acordo com a história natural da doença ou investigação mais profunda.



CAMPIMAGEM - Diagnostico por Imagem
JOAB GOMES DA SILVA (M) NASC 26.12.1969 ID 982724
825891EXP 27.02.2019 (15:31) PERNA LAT RT-02 ESC 66%

CAMPIMAGEM - Diagnostico por Imagem
JOAB GOMES DA SILVA (M) NASC 26.12.1969 ID 982724
825891EXP 27.02.2019 (15:31) PERNA AP RT-01 ESC 66%



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTERIO DAS CIDADES	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO	
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO	
NOME JOAB GOMES DA SILVA	
	
DOC IDENTIDADE / ORG EMISSOR UF 1515544 SSP PB	CPF 714.522.224-87
DATA NASCIMENTO 26/12/1969	
FILIAÇÃO JOAO ZECA DA SILVA MARIA DA SALETE GOMES DA SILVA	
PERMISSÃO AB	ACC AB
IP REGISTRO 04598133480	VALIDADE 14/01/2019
1ª HABILITAÇÃO 25/03/2009	
OBSERVAÇÕES	
	
LOCAL CAMPINA GRANDE, PB	
DATA EMISSÃO 16/01/2014	
	
06155540170 PB027799344	
DETRAN - PB (PARAIBA)	

VÁLIDA EM TODOS
O TERRITÓRIO NACIONAL
881288403

PROIBIDO PLASTIFICAR
881288403



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

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

PB Nº 014200772023 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 DATA EMISSÃO
2018 01/08/2018

VIA CPF / CNPJ PLACA
1 02806565480 NQD2055/PB

RENAVAM MARCA / MODELO
0219303045 HONDA/B12 125 ES

ANO FAB. CAT. TAB. Nº CHASSI
2010 9 9C2JC4220AR205246

PRÊMIO TARIFÁRIO

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

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

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO
COTA ÚNICA PARCELADO 17/07/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.606/0001-04

34665-1647449-20180801

DETTRAN - PB Nº 014200772023
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA CÔD. RENAVAM ANO INÍCIO EXERCÍCIO
1 0021930304-5 00/00000000 2019

NOME
CLAUDIA SIMONE GOMES

CPF / CNPJ PLACA
02806565480 NQD2055/PB

PLACA ANT. / UF CHASSI
NOVO PB 9C2JC4220AR205246

ESPÉCIE TIPO COMBUSTÍVEL
PAS/MOTONETA/NAO APLIC GASOLINA

MARCA / MODELO ANO FAB. ANO MOD.
HONDA/B12 125 ES 2010 2010

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

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. / COTAS
00/00/0000 1º

FAIXA LPVA. PARCELAMENTO / COTAS 2º
***** 0 3º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
***** SEGURO P A G O 17/07/2018

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA DE DOMÍNIO

LOCAL DATA
CAMPINA GRANDE-PB 01/08/2018

33375 34665





IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA JOÃO GOMES DA SILVADATA DO ACIDENTE 08.11.2018 CPF DA VÍTIMA 714.522.224-87

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☐ VÍTIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COMA VÍTIMA É JOÃO GOMES DA SILVAENDEREÇO DO PORTADOR R. AURÍLIO NUNES PATRIOTANº 119 COMPLEMENTO CASA BAIRROCIDADE Camfil. Trator UF Paraná CEP 58423-326E-MAIL joaogomes@hotmail.com TELEFONE (53) 998879.8855

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 VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☐ CPF DA VÍTIMA (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 VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM 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 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 DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA 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 VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☐ CPF DA VÍTIMA (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 VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM 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 É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO

- MORTE = R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE 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.

- O 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

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA João Gomes da Silva 24/03/2019IDENTIDADE 3515544ASSINATURA João Gomes da Silva

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 14/04/2019NOME João Gomes da SilvaASSINATURA João Gomes da Silva

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190199034 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOAB GOMES DA SILVA **Data do acidente:** 08/11/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DA FÍBULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (ÂNCORA, PARAFUSOS E FIOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: PG27

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190199034 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOAB GOMES DA SILVA **Data do acidente:** 08/11/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DA FÍBULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (ÂNCORA, PARAFUSOS E FIOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO ESQUERDO.

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 joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0087304/19

Vítima: JOAB GOMES DA SILVA

CPF: 714.522.224-87

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 08/11/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOAB GOMES DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

JOAB GOMES DA SILVA : 714.522.224-87

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

Data da entrega: 14/03/2019
Nome: JOAB GOMES DA SILVA
CPF: 714.522.224-87

JOAB GOMES DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/03/2019
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA