

Rio de Janeiro, 18 de Agosto de 2017

Carta nº: 11507986

A/C: GERSONIAS LUCENA DE SA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170444483 ASL-0313743/17

Vitima: GERSONIAS LUCENA DE SA

Data Acidente: 08/09/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **20/07/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **08/09/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo
- Comprovante de residência ilegível

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

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

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 18 de Agosto de 2017

Carta nº: 11507987

A/C: GERSONIAS LUCENA DE SA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170444483 ASL-0313743/17

Vítima: GERSONIAS LUCENA DE SA

Data Acidente: 08/09/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

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

ATENÇÃO:

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

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU, GERSONIAS LUCENA DE SA
PORTADOR(A) DO RG Nº 1423348 EXPEDIDO POR SSP/PB EM 23/07/2013 E
CPF 339310124-68 /CNPJ 000000000000000000, PROFISSÃO _____
E RENDA MENSAL DE R\$ 937,00 (**) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA _____, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

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

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

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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 204 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0904 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 84/96-6

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

Jão Pessoa 10 de junho de 2017
LOCAL E DATA

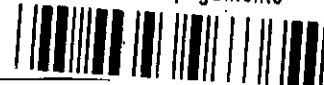
[Assinatura]
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de **R\$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até **R\$13.500,00** em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até **R\$ 2.700,00** em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221704.

Nº DO SINISTRO 3190444483

CAMPO PREENCHIDO F.



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

EU, GERSONIAS LUCENA DE SA

PORTADOR(A) DO RG Nº 1423748 EXPEDIDO POR SSP-PB EM 23/07/2013 E

CPF 739310124-68 / CNPJ 000000000000000000, PROFISSÃO Porteiro

E RENDA MENSAL DE R\$ zero (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA

AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

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

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

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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0904 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 00084196-6

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

João Pessoa, 24 de agosto de 2017
LOCAL E DATA

[Assinatura]
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

Nº DO SINISTRO 317044483

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU, GERSONIAS LUCENA DE SA,
PORTADOR(A) DO RG Nº 1423748 EXPEDIDO POR SSP-PB EM 23/07/2013 E
CPF 739310124-68 / CNPJ 000000000000000000, PROFISSÃO Porteiro
E RENDA MENSAL DE R\$ ZERO (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA GERSONIAS LUCENA DE SA, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

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

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

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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0904 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 000 84196-6

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

João Puma 24 de agosto de 2017
LOCAL E DATA



ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



AUTO-ATENDIMENTO - AG. CIDADE ANTIGA/PB
DATA: 22/08/2017 HORA: 12:30:52
TERMINAL: 19091019 CONTROLE: 190910190137

AGÊNCIA: 0904 - EPITACIO PESSOA
CONTA: 013.00084196-6
CLIENTE: GERSONIAS LUCENA DE SA

EXTRATO PARA SIMPLES CONFERÊNCIA

MOVIMENTAÇÃO

DATA	NR.DOC	HISTÓRICO	VALOR
------	--------	-----------	-------

SALDO ANTERIOR			35,31C
----------------	--	--	--------

Agosto

01/08	000000	REM BASICA	0,00C
03/08	000000	REM BASICA	0,04C
03/08	000000	CRED JUROS	0,15C
15/08	000000	REM BASICA	0,00C
15/08	000000	CRED JUROS	0,02C

RESUMO EM 21/08

SALDO	32,05C
-------	--------

RESUMO DO DIA

SALDO BLOQUEADO	3,47
SALDO DISPONIVEL	32,05C
SALDO TOTAL	35,52C

OBRIGADO, SOLODADO. 25 DE
AGOSTO - DIA DO SOLDADO

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

www.caixa.gov.br

SESSÃO LÍDER PRAT AC

18-OUT-2017 14:32 222896 1/1



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
Certidão de Casamento
Religioso com Efeito Civil

Certidão de casamento



NOME:

GERSONIAS LUCENA DE SÁ
NEIDE DO NASCIMENTO FERREIRA

MATRÍCULA:

072710 01 55 2014 3 00041 143 0008743 31

NOMES COMPLETOS DE SOLTEIRO, DATAS E LOCAIS DE NASCIMENTO, NACIONALIDADE E FILIAÇÃO DOS CÔNJUGES

GERSONIAS LUCENA DE SÁ, nacionalidade Brasileira, nascido em Santa Teresinha - PB, a 2 de setembro de 1969, filho de VIDAL CAMBOIM DE SÁ e MARIA DAS GRAÇAS LUCENA DE SÁ

NEIDE DO NASCIMENTO FERREIRA, nacionalidade brasileira, nascida e registrada em João Pessoa (2º subdistrito), Paraíba, a 6 de janeiro de 1970, filha de GILDO FERREIRA DE CASTRO e MARIA DE LOURES DO NASCIMENTO FERREIRA

DATA DE REGISTRO DO CASAMENTO POR EXTENSO

Dez de dezembro de dois mil e quatorze.

DIA

10

MÊS

12

ANO

2014

REGIME DE BENS DO CASAMENTO

Comunhão Parcial de Bens

NOME QUE CADA UM DOS CÔNJUGES PASSOU A UTILIZAR (QUANDO HOUVER ALTERAÇÃO)

NEIDE DO NASCIMENTO FERREIRA DE SÁ (ela)

OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES

Data de realização: 15 de novembro de 2014. Não constam averbações à margem do termo.

Nome do Cartório

Cartório Lima Gomes

13º Cartório de Registro Civil

Oficial Registrador Civil

Lindalva Lima Gomes

Município/UF

João Pessoa-PB

Endereço

Av Juscelino Kubitschek, 265, Geisel

Telefone: (83) 3231-6518

Email: cartoriolimagomes@hotmail.com

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.
João Pessoa-PB, 10 de dezembro de 2014.

Roberta Lima Gomes
Bela Roberta Lima Gomes
Oficiala Substituta

Selo digital AAO74625-OGMG

Consulte a autenticidade em

<https://selodigital.tjpb.jus.br/>



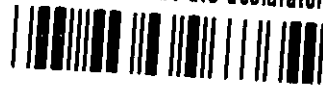
SEI/PROJETO 11087-0001-00

18-01-2017 14:32 222883 1/1

VÁLIDO EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL. QUALQUER ADULTERAÇÃO OU RASURA INVALIDA ESTE DOCUMENTO

Nº 857091

A



SAMU
192

REGIONAL JOÃO PESSOA

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA - SAME



SAMU
192

REGIONAL JOÃO PESSOA

CNPJ: 08.806.754/0015-40
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA
Av. Diógenes Chianca, 1777
Água Fria - CEP 58053-900
João Pessoa - PB

DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 609/087, **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 1416211, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente **GERSONIAS LUCENA DE SA** idade 47 anos, vítima de **Acidente de Trânsito (Queda de Moto)** no dia 08/09/2016, na Rua Vicente Lucas Borges, Bairro: Treze de Maio - João Pessoa - aproximadamente às 17:00 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 03 de Outubro de 2016.

SAME
J. Jefferson da Rocha Augusto
Coordenador
CREMOPB nº 16171
Jefferson da Rocha Augusto
Matrícula: 67.155-6
Coordenação do SAME
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA
SAMU 192 JP

GERENCIAMENTO - RESOLUÇÃO 1007/2002 e 8.194/2011 e suas alterações

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Comprovante de residência



Eu, GERSONIA LUCENA DE SA

RG nº 1423748, data de expedição 23/07/2013, Órgão SSP/PB

CPF nº 739.310.124-68, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

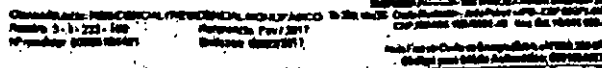
Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>JOÃO MUES RODRIGUES</u>
Número	<u>451</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>MANDAIA RU</u>
Cidade	<u>JOÃO PESSOA</u>
Estado	<u>PARAIBA</u>
CEP	<u>58027-025</u>
Telefone de Contato	<u>(33) 98678-9674</u>
E-mail	<u>uman-pouva90@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: JOÃO PESSOA 10/02/2017

Assinatura do Declarante: * Gersonia

04/01/2013 - 15:51 1102/10/23 38 004 011 64000055
Sistema de Informação de Registro



800 083 0196

Costa referente a: **UC (Unidade Curricular): B/1354227-7**

Feb / 2017

Արտուրո [Է] Նո

03.02.2017

próxima feature

CS-03/2017

LIFE/ENP/MAIN

Emprego	Atividade	Constante	Consumo	Diário
---------	-----------	-----------	---------	--------

20th July 1958

Faturas em atraso	Demonstrado

Demonstrated

Histórico de Consumo (kWh)

VENCIMIENTO

10/02/2047

TOTAL A PAGAR

R\$ 16,54

1d03 7da4.9c9f 3f9b.34n8.364d 19b9.5322

Indicadores de Qualidade

Limites de ABEF:	Aparado:	Limite de Tensão (N)
---------------------	----------	-------------------------

Component	Value	Unit
1. Labor	100	100
2. Material	20	20
3. Overhead	10	10
Total	130	130

ATENÇÃO

VENCIMENTO

10/02/2017

TOTAL A PAGAR

R\$ 15,54



06911-22471 - R.S. JAMES, JR. 18154g 2917 EXPENSES



CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARÁIBA
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.854/0001-87PARA CONTATO COM A CAGEPA,
INFORME ESTE NÚMERO

MATRÍCULA

69427780

REFERENCIA

AGO/2017

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA / ESGOTO E SERVIÇOS

NEIDE DO NASCIMENTO FERRE
RUA JOAO ALVES RODRIGUES 449

ALTO DO CEU

58027-785

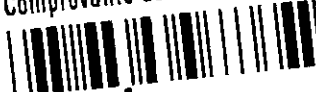
JOAO PESSOA

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
001.53.010.1074	0	Residencial	Comercial	Industrial	Pública	69427780
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
Y09S035791	27/10/2009	4	LIGADO	POTENCIAL		

ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (m³)	NUM. DE DIAS	PROXIMA LEITURA		
1	1	0	29	14/09/2017		
HIST. DE CONS./ANOR. LEIT. QUALID. DA AGUA-DECRETO 2.914/2011-MS						
FEV/2017	0	8	PARAMETROS	EXIG.	ANALIS.	CONFORMES
MAR/2017	0	8	COR	77	103	103
ABR/2017	0	8	COLORO	294	294	294
MAI/2017	0	4	TURBIDEZ	294	294	294
JUN/2017	0	32	COL.TOTAIS	294	294	294
JUL/2017	0	8	COL.TERMOT	0	0	0
MEDIA(M)	0		DADOS REFERENTES A: JUN/2017			

DATA DA LEITURA: 16/08/2017	HORA DA LEITURA: 13:17:40				
DESCRICAO	CONSUMO	VL ÁGUA	VL ESGOTO	TOTAL (R\$)	
RESIDENCIAL CONSUMO ATE 10m	10	36,84		R\$36,84	
047-JUROS DE MORA				R\$0,95	
050-ACRESCIMO(S) MES(ES) ANT.				R\$2,22	

Comprovante de residencia



VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS. R\$3.41 PIS E COFINS. LEI 12.741/12

VENCIMENTO:

28/08/2017

Total a Pagar:

R\$40,01

v. 16.11 R. 1.0



CONDICAO DE LEITURA: NAO REALIZADA
 CONDICAO DO FATURAMENTO: MEDIA TIPO DE TARIFA: NORMAL
 ANORMALIDADE DE LEITURA: 8
 POSICAO DE DEB. ANTERIOR(ES)
 NAO EXISTE(M). CONTA(S) ANTER. EM DEBITO.
 INFORMACOES GERAIS:
 ACOMPANHE COMO ESTA SENDO APLICADO SEU DINHEIRO
 WWW.TRANSPARENCIA.PB.GOV.BR

CAGEPA
COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARÁIBA

MATRÍCULA	REFERENCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
69427780	AGO/2017	28/08/2017	R\$40,01

82620000000-6 40010010826-7 94277800820-4 17000000002-7



SERVIDORA LIDER PRINT AC

18-08-2017 14:32 222887 1/1

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, GERSONIAS LUCENA DE SA

RG nº 1423748, data de expedição 23/07/2013, Órgão SSP-PB

CPF nº 739.310.124-68, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>João Aíves Rodrigues</u>
Número	<u>449</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>ALTO DO CEU</u>
Cidade	<u>João Pessoa</u>
Estado	<u>PARAÍBA</u>
CEP	<u>58027-785</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 98678-0746</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: João Pessoa 24/08/2017

Assinatura do Declarante: 

RECEITUÁRIO CONTROLE

Comprovação de ato declaratório

Documentação médico-hospitalar



IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo: RAFAEL LARA DE FREITAS
CRM-PB: 8784
Endereço: Rua Monsenhor Leal S/N Tambiá
Cidade/UF: João Pessoa - PB

1ª via - Retenção da Farmácia ou Drogaria

2ª via - Orientação ao Paciente

Paciente: GERSONIAS LUCENA DE SÁ
Endereço: RUA JOAO ALVES RODRIGUES 449 JP PB
Prescrição:

» **PARATRAM** _____ 15 comp
Tomar 01 comp de 8/8h - 5 DIAS

» 0 _____ 0
0
» 0 _____ 0
0

João Pessoa, 10/10/16

Dr. Rafael Lara de Freitas
Ortopedia e Traumatologia
CRM - PB 8784 TEOT 9693

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:

RG: Órgão emissor:

Endereço:

Cidade: UF:

Telefone:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Fornecedor

/ /

D

HTOP

000000000529 GERSONIAS LUCENA DE SA M

09.02.2017

HTOP



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

LAUDO MÉDICO

OBS: DADOS EXTRAÍDOS DO BE nº 946003

PACIENTE: GERSONIAS LUCENA DE SÁ

DATA DE NASCIMENTO: 02.09.69

Data e Hora do Atendimento: 08.09.16

Horário: 18:24h

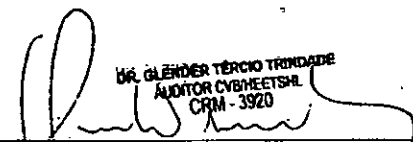
MOTIVO(S) DO ATENDIMENTO: Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta apresentando fratura fechada na clavícula direita apresentando escoriações local sem déficit compartimental. Atendido pelo Dr. Alberto Rodrigues de Oliveira CRM 5221.

DIAGNÓSTICO INICIAL: FRATURA DO 1/3 MÉDIO DA CLAVÍCULA DIREITA
CID 10 S 42 0

RESUMO DOS PRINCIPAIS EXAMES E PROCEDIMENTO(S) REALIZADO(S):
Primeiro atendimento, avaliação da traumatologia, Rx da clavícula direita AP e Perfil e tratamento conservador com enfaixamento em oito do ombro direito e acompanhamento ambulatorial.

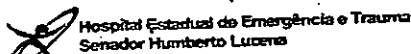
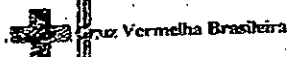
ALTA HOSPITALAR: 08.09.16

Data da Emissão: 07.02.17


DR. GLENDER TERCIO TRINDADE
AUDITOR CVBMEETSHL
CRM - 3920
Dr. Glender Tércio G. G. da Trindade
Médico Auditor - HETSHL
Mat. 29.031-9/ CRM- 3920

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

ASSINADO - RENTRE/MON & TEND ASSI EXPANSES



ACOLHIMENTO, an -- CNES: 123312 - Tel:

Boletim de Atendimento: 846003

Identificação do paciente			
ID	Nome		Sexo
1079429	GERSONIAS LUCENA DE SA		Masculino
Data de nascimento	Idade	Estado civil	Religião
02/09/1969	47 anos 6 dias	CASADO(A)	NAO INFORMADA
Mãe	Pai		Prontuário
MARIA DAS GRACAS LUCENA DE SA	VIDAL CAMBOIM DE SA		
Escolaridade	Responsável (Parentesco)		
FUNDAMENTAL INCOMPLETO	NEIDE DO NASCIMENTO FERREIRA - ESPOSO(A)		
DDD Móvel	Fone Móvel	DDD Fixo	Fone Fixo
83	988342580		
Tipo documento	Número documento	Nº Cns	
RG (IDENTIDADE)	1423748		
Local de procedência	Tipo		UF
TREZE DE MAIO	BAIRRO		PB
Email	Naturalidade	CBO/R	
	SANTA TERESINHA		
Endereço			
CEP	Município de residência	UF	Logradouro
58027735	JOAO PESSOA	PB	JOÃO ALVES RODRIGUES
Número	Complemento	Bairro	
449		ALTO DO CÉU	
Admissão			
Data e hora	Número da pulseira	Convênio	
08/09/2016 18:24:10	1000005644277	SUS	
Especialidade	Clínica		
CLINICA GERAL	CLINICA TRAUMA E GERAL		
Classificação de risco	Origem do paciente		
	RUA		
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento	Detalhe do acidente	
URGÊNCIA	ACIDENTE DE MOTOCICLETA		
Indicadores e Transporte			
Caso social	Plano de saúde	Veio de ambulância	Trauma
Não	Não	Sim	Não
Meio de transporte	Quem transportou		
SAMB			
Sinais Vitais			
PA	Pulso	Temperatura	
X mmHg			
Exames complementares			
Raios X []	Sangue []	Urina []	TC []
			Liquor []
			ECG []
			Ultrasonografia []
Dados clínicos			
Queda de moto (sic). GCS: 15			
Diagnóstico	CID		
Fract. de clavícula			
Atendido por	Tempo		
PRISCILA JORGE DA SILVA	04min 05seg		

ICM/2016 - 08/09/2016 18:24:10



Primeiro Atendimento Médico

1000005644277 BE.: 946003
GERSONIAS LUCENA DE SA
DT. NASC.: 02/09/1969
MAE: MARIA DAS GRACAS LUCENA DE SA
END.: JOAO ALVES RODRIGUES
N. 443 - ALTO DO C. MU
JORD PESSOA
FONE: ()
CELULAR: (82) 969342900
IDADE: 47
DT. ENTRADA:

PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

B.E.

NOME DO PACIENTE:

IDADE:

DADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA

Vítima de queda de moto apresentando
posturas doloridas em clavícula D.
Membro inferior e pé direito, com calhao.

EXAME PRIMÁRIO

VIAS ☐ Normais ☐ Obstruídas
AÉREAS ☐ Normais ☐ Obstruídas
CERVICAL IMOBILIZADA: ☐ Sim ☐ Não
VENTILAÇÃO:
TRAQUEIA NA LINHA MEDIANA ☐ Sim ☐ Não
RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA ☐ Sem dificuldade
☐ Com dificuldade
☐ VENTILAÇÃO MECÂNICA
☐ APNÉIA
AUSCULTA PULMONAR:
1- MURMÚRIO VESICULAR
HTD: ☐ Presente e normal ☐ Rude ☐ Diminuído ☐ Ausente
HTE: ☐ Presente e normal ☐ Rude ☐ Diminuído ☐ Ausente
2- RUÍDOS
HTD: ☐ Sim ☐ Não
HTE: ☐ Roncos ☐ Sibilos ☐ Estertores

FR: _____ imp SaO₂: _____ %

CIRCULAÇÃO

COR DA PELE: ☐ Normal ☐ Pálida ☐ Cianótica
☐ Pletórica ☐ Ictérica
TEMPERATURA DA PELE: ☐ Normal ☐ Quente ☐ Fria
PULSO: ☐ Normal ☐ Aumentado
☐ Fino ☐ Ausente
AUSCULTA CARDÍACA
RÍTIMO: ☐ Regular ☐ Irregular ☐ Ausente
BULHAS: ☐ Normotonéticas ☐ Hipofonéticas
☐ Hipofonéticas ☐ Ausente
SOPRO: ☐ Presente ☐ Ausente
BE OU B4: ☐ Sim ☐ Não
FC: _____ bpm PA: _____ X _____ mmHg T: _____ °C
ECG: _____

ABDOMEN:

DÉFICIT NEUROLÓGICO

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

Escala de Glasgow:

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

F(NG).CC.001-1

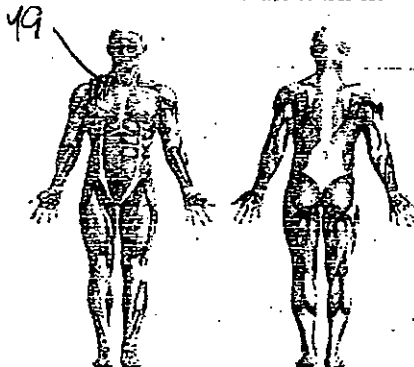
753710000 - 0001 0001/0001 1 8 0001 0001 0001 0001

EXAME SECUNDÁRIO

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

LOCAL DA LESÃO

Identifique o local com o número correspondente ao lado →



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

OBS.: _____

QUEIMADURA:

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

EXAMES SOLICITADOS

- | | |
|--------------------------------|-------------------------|
| () Radiografias | () Lavado peritoneal |
| () Ultrassonografia (FAST) | () Gasometria arterial |
| () Tomografia computadorizada | () Tipagem sanguínea |

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

COMPUTAS E PROCEDIMENTOS		CÓDIGO
1	1º Atendimento	
2		
3		
4		
5	no Clareira	
6		
7		
8		
9		
10		

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO

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

DESTINO DO PACIENTE

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

ATURA/CARIMBO

ATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

ASSIN

Dr. Alberto Rodrigues de Oliveira
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
 CRM-5221 TEOT 7702



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

Atendimento: 000000013975

Idade: 47 anos

Paciente: GERSONIAS LUCENA DE SA

Data: 08/09/2016

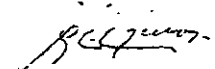
RADIOGRAFIA OMBRO DIREITO -

FRATURA NA CLAVÍCULA

** O Raio-X é um exame subsidiário, devendo ser correlacionada com outros dados clínico-laboratoriais a critério clínico.*

SC010000 - ACERVA 31/09/2016 13:15

Este laudo foi liberado em 16/09/2016 13:15.


Dr. Caio M. M. Medeiros
CRM: 3645 - PB

02-7 9475 29

 SUS Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde	
LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			
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		6 - N° DO PRONTUÁRIO	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO	
9 - SEXO		10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL	
11 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)		12 - TELEFONE DE CONTATO	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO	
15 - UF		16 - CEP	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL			
21 - CID 10 PRIMÁRIO			
22 - CID 10 SECUNDÁRIO			
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS			
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
26 - CLÍNICA	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	28 - DOCUMENTO	29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		31 - DATA DA SOLICITAÇÃO	
32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)			
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO		36 - CNPJ DA SEGURADORA	
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO		37 - N° DO BILHETE	
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		38 - SÉRIE	
39 - CNPJ EMPRESA		40 - CNAE DA EMPRESA	
41 - CBOR		42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA	
() EMPREGADO		() EMPREGADOR	
() AUTÔNOMO		() DESEMPREGADO	
() APOSENTADO		() NÃO SEGURADO	
AUTORIZAÇÃO			
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR	
45 - DOCUMENTO		46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	
49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			

4-3110100000 - ACEN 02/10/02 13:14:41 000000



ATESTADO MÉDICO



Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a)
Sr.(a) GERSONIAS LUXEM DE SA 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 S12.0, devendo permanecer afastado(a)
de suas atividades laborativas por um período
de 30 (trinta) dias, a partir
desta data.

João Pessoa, 08/09/16

Assinatura e Carimbo

Dr. Alberto Rodrigues de Oliveira
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-5221 TEOP/2002

AUTORIZAÇÃO

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

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

1ª VIA-PACIENTE

2ª VIA ANEXA AO PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

F(NG).CC.003-1

Secretaria Líder - 08/09/2016 - 10:00:00



ORÇAMENTO
FARMACIA

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o(a) senhor(a),
GERSONIAS LUCENA DE SA
foi submetido(a) hoje à cirurgia neste hospital, devido a enfermidade:

CID: S420

Em decorrência, deverá permanecer afastado(a) de suas
atividades por um período de: 60 dias,
a partir de 05/10/2016

Eu, **GERSONIAS LUCENA DE SA**, solicito e
autorizo o Dr. Rafael Lara a registrar o diagnóstico,
através do CID e/ou por extenso, neste atestado médico.

Assinatura do paciente ou responsável

João Pessoa, 10/10/16

Dr. Rafael Lara de Freitas
Ortopedia e Traumatologia
CRM - PB 8784 TEOT 9693

F(NG).CC.003-1



ORÇAMENTO
FARMACIA

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o(a) senhor(a),
GERSONIAS LUCENA DE SA
foi submetido(a) hoje à cirurgia neste hospital, devido a enfermidade:

CID: S420

Em decorrência, deverá permanecer afastado(a) de suas
atividades por um período de: 60 dias,
a partir 05/10/2016

Eu, **GERSONIAS LUCENA DE SA**, solicito e
autorizo o Dr. Rafael Lara a registrar o diagnóstico,
através do CID e/ou por extenso, neste atestado médico.

Assinatura do paciente ou responsável

João Pessoa, 10/10/16

Dr. Rafael Lara de Freitas
Ortopedia e Traumatologia
CRM - PB 8784 TEOT 9693

F(NG).CC.003-1

Secretaria Líder Dist. 01 - 2000/2011 - 10/10/16

			
GERSONIAS LUCENA DE SA		N de BE:	
Idade:	Sexo:	Clinica:	Enf.: Leito:
Data de admissão: 05/10/2016		Alta: 10/10/2016	Tempo de Permanência:
Diagnóstico de Internação: FRATURA DE CLAVICULA			
Evolução: Paciente internado para tto cirurgico. PO de fratura de clavícula com placa e parafusos com DR LUCIANO LIRA			
Principais exames: RX sem desvio sem necessidade de fixação			
Cirurgia realizada - data e equipe:			
AO EXAME-			
Anatomia patológica:			
Infecção: sim () não () Coleta de material: sim () não ()			
Resultado bacteriologista:			
Condições de alta: Melhorado () Removido () A pedido () Curado () Óbito () À Revelia ()			
Resumo Clínico: historia evolução, terapêutica, complicações: Paciente em bom estado geral, EF: ferida cirurgica de bom aspecto, perfusão tecidual satisfatória			
Orientações Pós Alta			
Dieta: Branda			
Repouso:			
Cuidados com a ferida operatória: lavá-la com água e sabão duas vezes por dia se sentir dor, calor, vermelhidão			
Medicações para casa: AINE + ATB + ANALGESICO + CURATIVO			
Retorno: VIDE CARTÃO			
Ao posto de saúde em _____ para retirada de ponto.			
Ao ambulatório _____ em 30 dias para revisão.			
10/10/16			
Este documento destina-se a aprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINSTERIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DO TRATAMENTO.			

Dr. Rafael Lara de Freitas
Ortopedia e Traumatologia
CRM - PB 8784 TEOT 9693

Paciente - 1001 10/10/16 X X 10/10/16 10/10/16



HTOP -
Traumatologia e Ortopedia da Paraíba

UNIVERSIDADE
ESTADUAL DA
PARAÍBA



HTOP -
Traumatologia e Ortopedia da Paraíba

UNIVERSIDADE
ESTADUAL DA
PARAÍBA

NOME: **GERSONIAS LUCENA DE SA**

RUA JOAO ALVES RODRIGUES 449 JP PB

Uso Oral

» KEFLEX 500MG

Tomar 01 comp de 6/6h - 7 DIAS

» Tylenol 750 mg

Tomar 01 comp de 12/12h se dor forte

14 comp

» Melocox 7,5 mg

Tomar 01 comp de 12/12h por 10 dias

20 comp

Uso Tópico

- Aplicar na ferida a cada curativo

»
»
»
»
»
»

Dr. Rafael Lara de Freitas
Ortopedia e Traumatologia
CRM - PB 8784 TEOT 9693

João Pessoa, 10/10/16

NOME: **GERSONIAS LUCENA DE SA**

RUA JOAO ALVES RODRIGUES 449 JP PB

Uso Oral

KEFLEX 500MG

Tomar 01 comp de 6/6h - 7 DIAS

» Tylenol 750 mg

Tomar 01 comp de 12/12h se dor forte

14 comp

» Melocox 7,5 mg

Tomar 01 comp de 12/12h por 10 dias

20 comp

Uso Tópico

- Aplicar na ferida a cada curativo

»
»
»
»
»
»

Dr. Rafael Lara de Freitas
Ortopedia e Traumatologia
CRM - PB 8784 TEOT 9693

João Pessoa, 10/10/16



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 GERSONIAS LUCENA DE SÁ
DATA DE NASCIMENTO 02/09/69
NOME DA MÃE MARIA DAS GRAÇAS LUCENA DE SÁ

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 364.635
Nº PRONTUÁRIO 41.051
DATA DO ATENDIMENTO 31/12/2008
HORA DO ATENDIMENTO 05:39
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S) FRATURA TEMPORAL E + HEMORRAGIA EPIDURAL LAMINAR +
FRATURA DA CLAVÍCULA E
CID 10 S 02.1 + S 06.4 + S 42.0

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta, apresentando TCE, cefaléia e dor em ombro E, além de escoriações em joelho D. Glasgow 15. Avaliado pela equipe médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC do crânio e subsequentes
RX da coluna cervical - AP e P
RX do tórax - AP
RX da bacia - AP
RX do ombro E - AP

TRATAMENTO:

Fratura temporal E + hemorragia epidural laminar à TC. Fratura do terço médio da clavícula E ao RX. Realizado internamento e tratamento conservador aos cuidados da Neurocirurgia e da Ortopedia.

ALTA HOSPITALAR: 05/01/09
DATA DA EMISSÃO: 16/05/17

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA
MÉDICO ORTOPEDISTA
CRM 2516

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

MS - MINISTERIO DA SAUDE / DATASUS/GEIUM

31/12/200

Terminal 0 -

Sistema de Gerenciamento de Unidades de Emergencia 10.1.0

ANSI

< HETSHL >

HOSPUB >

< TOMMY -

Entrada do Paciente na Emergencia

Numero do Boletim: 364635

Identificacao: GERSONIAS LUCEMA DE SA

DOC:

Nascimento: 2/09/1969 Idade: 39 - ANOS Sexo: 1 - MASCULINO

Pai: VIDAL CAMBOIN DE SA

Mae: MARIA DAS GRACAS LUCEMA

Responsavel: SAMU

Endereco: R NAO IMP

Numero:

Complemento:

Bairro:

UF: PB Municipio: 2507507 Joao Pessoa

Cep:

Nacionalidade: 10

Naturalidade: PB

Telefone:

Data da Entrada: 31/12/2008 Hora da Entrada: 05:30

Setor: 1 - GRANDE EMERGENCIA

Procedencia: 27 - JAGUARIBE

Motivo do Atendimento: 11 - ACIDENTE DE MOTO

Caso Policial (S/N): N

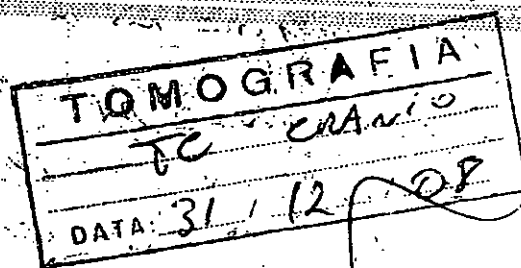
Plano de Saude (S/N): N

Veio de Ambulancia (S/N): N

Vou Imprimir LOCAL, SISTEMA ou REMOTA

- Agenda

< TAB >



NOTA DE AVALIAÇÃO INICIAL

Nome: Anderson Lima DATA: 31/12/08 BE: 364633

DADOS CLÍNICOS - MECANISMO DO TRAUMA

Paciente vítima de acidente de trânsito, com lesões no tórax e membros inferiores.

EXAME PRIMÁRIO

A- VIAS AÉREAS E C-CERVICAL:

☐ pervias ☐ obstruídas

C-cervical imobilizada: ☐ Sim ☐ Não

B- VENTILAÇÃO:

- traquéia na linha mediana: ☐ Sim ☐ Não
- respiração espontânea ☐ Sem dificuldade ☐ Com dificuldade

- ventilação mecânica ☐

- apnéia ☐

Ausculta pulmonar

1- Murmúrio vesicular

HTD ☐ Presente e normal ☐ Rude ☐ Diminuído ☐ Ausente
HTE ☐ Presente e normal ☐ Rude ☐ Diminuído ☐ Ausente

2- Ruídos adventícios

- Sim HTD ☐ Roncos ☐ Sibilos ☐ Estertores
- Não ☐ HTE ☐ Roncos ☐ Sibilos ☐ Estertores

FR:imp

SaO₂:%

C-CIRCULAÇÃO:

1- Cor da pele: ☐ Normal ☐ Pálida ☐ Cianótico ☐ Pletórica ☐ Ictérica

2- Temperatura da pele: ☐ Normal ☐ Quente ☐ Fria

3- Pulso: ☐ normal ☐ aumentado ☐ fino ☐ ausente
Ausculta cardíaca

I- Ritmo: ☐ regular ☐ irregular ☐ ausente

II- Bulhas: ☐ Normofonéticas ☐ Hiperfonéticas ☐ Hipofonéticas ☐ Ausente

III- Sopro: ☐ presente ☐ ausente

IV- B3 ou B4: ☐ Sim ☐ Não

FC:bpm PA:x.....mmHg
T:°C

ECG:

D- DÉFICIT NEUROLÓGICO:

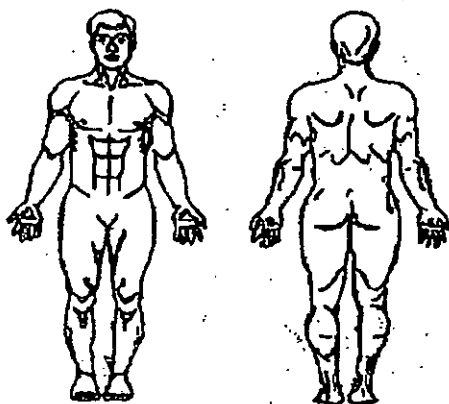
1- Pupilas: ☐ fotorreagentes ☐ paralisadas ☐ isocóricas ☐ anisocóricas (diferença =mm)

2- Escala de Glasgow:

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

3- Imunização: ☐ Não ☐ Sim:.....
 4- Patologia: ☐ Não ☐ Sim:.....
 5- Alimentos ingeridos: ☐ Não ☐ Sim:.....

IDENTIFIQUE O LOCAL DA LESÃO POR:
 ● → NÚMERO



1- ABRASÃO
 2- AMPUTACÃO
 3- AVULSÃO
 4- CONTUSÃO
 5- CREPITAÇÃO
 6- DOR
 7- EDEMA
 8- EMPALAMENTO
 9- ENFISEMA SUBCUTÂNEO
 10- ESMAGAMENTO
 11- EQUIMOSE
 12- F. ARMA BRANCA
 13- F. ARMA DE FOGO
 14- F. CONTUSO
 15- F. CORTANTE
 16- F. CORTO-CONTUSO
 17- F. PÉRFURO-CONTUSO
 18- F. PÉRFURO-CORTANTE

19- FRATURA ÓSSEA FECHADA
 20- FRATURA ÓSSEA ABERTA
 21- HEMATOMA
 22- INGURGITAMENTO VENOSO
 23- LACERAÇÃO
 24- LESÃO TENDÍNEA
 25- LUXAÇÃO
 26- MORDEDURA
 27- MOVIMENTO TORÁCICO PARADOXAL
 28- OBJETO ENCRAVADO
 29- OTORRAGIA
 30- PARALISIA
 31- PARESIA
 32- PARESTESIA
 33- QUEIMADURA
 34- RINORRAGIA
 35- SINAIS DE ISQUEMIA

OB8:

QUEIMADURA:

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

EXAMES SOLICITADOS

- 1- Radiografias ☐
 2- Ultra-sonografia (FAST) ☐
 3- Lavado peritoneal ☐
 4- Tomografia computadorizada ☐
 5- Gasometria arterial ☐
 6- Tipagem sanguínea ☐

PROCEDIMENTO REALIZADOS

	CONDUTAS E PROCEDIMENTOS	CÓDIGO	ASSINATURA E CARIMBO
1	Poli-trauma		
2	Piquete de socorro (10) 18:15h	18:15h	
3			
4			
5			

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO

Solicito parecer da Neurologia às _____ do
 dia 31/10/19

ASSINATURA - 1º ATENDIMENTO:

CARIMBO

DESTINO DO PACIENTE

Ao centro cirúrgico ☐

Transferência (Unidade de saúde):.....

Internado no próprio Hospital (setor):.....

Alta Hospitalar: ☐ Decisão médica

☐ A pedido ☐ A revelia ☐ Desistência
 Hora da Saída:

Óbito: ☐ Até 48h ☐ Após 48h - ☐ Família ☐ IML ☐ Anatomia Patológica

ASSINATURA:

CARIMBO

ASS. PACIENTE OU

RESPONSÁVEL:

Misael Bastião M. de Lucena
 Cirurgião Geral
 CRM 2155

Nº 2

31/12/8

(9:50 am) QUESTA 2 MOTO SEN
CAPACIDADE
NECA CEFALICA 15 (15/12/8)

CC(C)CAMPAL 5 pontos ROMA - 10 (10/12/8) 10/12/8
som deficit motor 2 pontos

Quarta de 24 em clivado
Recessão 15/12/8

CA: AVAL. OUTRO DIA

(22:30) OBICASSO 15/12/8

CA: INTENSIV. CEFALICA 15/12/8
+ HEN (15/12/8)
C: INTENSIV. CEFALICA 15/12/8
Neurocirurgia CRM 6628

DATA 31/12/8

PACIENTE 012 SUE SOBRE SUEON DE 10/12/8
QUICK - 80 DE 100 DE CEFALICA E 10/12/8
PROVIANMENTO NAUTICA DE 10/12/8
E 10/12/8

SIST. 0120. 10/12/8
- 10/12/8
R. 10/12/8
TRAT. 10/12/8
ATA 10/12/8

Dr. Santino do R. Amad Neto
CRM 2873
Clínica Ido - João Pessoa



Governo do Estado da Paraíba - Secretaria do Estado da Saúde
Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena

17

PRESCRIÇÃO MÉDICA		SETOR		DATA	
Paciente:	Prontuário nº	Enf.	Leito:		
Medicamento - POSOLOGIA - VIA DE ADMINISTRAÇÃO	APRAZAMENTO	QUANT.	OBS		
1) <i>Aspirina 100mg - IV</i>					
2) <i>Aspirina - 2ml + 10 6/6h</i>					
3) <i>SVK</i>					
4) <i>VC - 04</i>					
5) <i>VC - 04</i>					
6) <i>VC - 04</i>					
7) <i>VC - 04</i>					
8) <i>VC - 04</i>					
9) <i>VC - 04</i>					
10) <i>VC - 04</i>					
11) <i>VC - 04</i>					
12) <i>VC - 04</i>					
13) <i>VC - 04</i>					
14) <i>VC - 04</i>					
15) <i>VC - 04</i>					
16) <i>VC - 04</i>					
17) <i>VC - 04</i>					
18) <i>VC - 04</i>					
19) <i>VC - 04</i>					
20) <i>VC - 04</i>					
21) <i>VC - 04</i>					
22) <i>VC - 04</i>					
23) <i>VC - 04</i>					
24) <i>VC - 04</i>					
25) <i>VC - 04</i>					
26) <i>VC - 04</i>					
27) <i>VC - 04</i>					
28) <i>VC - 04</i>					
29) <i>VC - 04</i>					
30) <i>VC - 04</i>					
31) <i>VC - 04</i>					
32) <i>VC - 04</i>					
33) <i>VC - 04</i>					
34) <i>VC - 04</i>					
35) <i>VC - 04</i>					
36) <i>VC - 04</i>					
37) <i>VC - 04</i>					
38) <i>VC - 04</i>					
39) <i>VC - 04</i>					
40) <i>VC - 04</i>					
41) <i>VC - 04</i>					
42) <i>VC - 04</i>					
43) <i>VC - 04</i>					
44) <i>VC - 04</i>					
45) <i>VC - 04</i>					
46) <i>VC - 04</i>					
47) <i>VC - 04</i>					
48) <i>VC - 04</i>					
49) <i>VC - 04</i>					
50) <i>VC - 04</i>					
51) <i>VC - 04</i>					
52) <i>VC - 04</i>					
53) <i>VC - 04</i>					
54) <i>VC - 04</i>					
55) <i>VC - 04</i>					
56) <i>VC - 04</i>					
57) <i>VC - 04</i>					
58) <i>VC - 04</i>					
59) <i>VC - 04</i>					
60) <i>VC - 04</i>					
61) <i>VC - 04</i>					
62) <i>VC - 04</i>					
63) <i>VC - 04</i>					
64) <i>VC - 04</i>					
65) <i>VC - 04</i>					
66) <i>VC - 04</i>					
67) <i>VC - 04</i>					
68) <i>VC - 04</i>					
69) <i>VC - 04</i>					
70) <i>VC - 04</i>					
71) <i>VC - 04</i>					
72) <i>VC - 04</i>					
73) <i>VC - 04</i>					
74) <i>VC - 04</i>					
75) <i>VC - 04</i>					
76) <i>VC - 04</i>					
77) <i>VC - 04</i>					
78) <i>VC - 04</i>					
79) <i>VC - 04</i>					
80) <i>VC - 04</i>					
81) <i>VC - 04</i>					
82) <i>VC - 04</i>					
83) <i>VC - 04</i>					
84) <i>VC - 04</i>					
85) <i>VC - 04</i>					
86) <i>VC - 04</i>					
87) <i>VC - 04</i>					
88) <i>VC - 04</i>					
89) <i>VC - 04</i>					
90) <i>VC - 04</i>					
91) <i>VC - 04</i>					
92) <i>VC - 04</i>					
93) <i>VC - 04</i>					
94) <i>VC - 04</i>					
95) <i>VC - 04</i>					
96) <i>VC - 04</i>					
97) <i>VC - 04</i>					
98) <i>VC - 04</i>					
99) <i>VC - 04</i>					
100) <i>VC - 04</i>					

033 004577
Dr. Sérgio Antônio Sarmiento

Assinatura do médico e carimbo Servidor de farmácia Assinatura do farmacêutico e carimbo



Sanjay Kumar Bider Breat 9 5 2871/2017 14:01 - 01/01/2020

PREScrição Médica	Setor	Data
Paciente: Genivaldo Lacerda	Prontuário nº	Enf. 12 Leito: 39
Medicamento - POLOGIA - VIA DE ADMINISTRAÇÃO	APRAZAMENTO	QUANT.
(A) Difenidramina - 100mg - 1x	12	32
(B) Dipiridamol - 200mg IV 6/6h,	16	28
(C) S.R.	ciente	
VCE - Prof. Wanderley		

033-004577
Dr. Sérgio Aguiar Santos

Assinatura do Medico e carimbo

Servidor de farmácia

Assinatura do farmacêutico e carimbo



**Governo do Estado da Paraíba – Secretária do Estado da Saúde
Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena**

[illegible]

Assinatura do medico e carimbo

Servidor de farmácia

Assinatura do farmacêutico e carimbo



Governo do Estado da Paraíba - Secretaria do Estado da Saúde
Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena

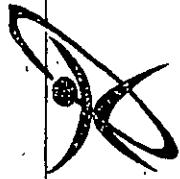
Sequestrated Under Process, O & AWA/2017 (1.0) - DISSEMINATED

[illegible]

Assinatura do medico e carimbo

Servidor de farmácia

Assinatura do farmacêutico e carimbo



Standard List Item 6 & Nov/2011 17:01 - 0000000155

Governo do Estado da Paraíba – Secretaria do Estado da Saúde
Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena

[illegible]

Assinatura do medico e carimbo

Servidor de farmácia

Assinatura do farmacêutico e carimbo.



**Governo do Estado da Paraíba – Secretaria do Estado da Saúde
Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena**

[illegible]

Assinatura do medico e carimbo

Servidor de farmácia

229161700 - 10:51 / 10:57 / 10:57. 3 2 10:54 2017 10:54:05

Assinatura do farmacêutico e carimbo



MÉDICA

SETOR:

Nome Paciente:

GENSONO, LUENO E SI

Nº Prontuário:

Enfermaria:

Leito:

Notas sobre a evolução da doença, complicações, consultas, mudanças de diagnóstico, condições ao ser dada alta, instruções ao paciente, devendo toda anotação ser assinada pelo profissional que a fez.

Data	Evolução	Rubrica
21/12/18 (22:35)	NLR } TLE / Evol. temporal ⑤ + TLE LOMINAR suboccip.	
	CLINICA 15	
	EST. ORIENTAÇÃO NEUROLÓGICA	
	RECEBIDO SERVIÇO DE NEUROLOGIA 21/12/18 14:30	
	03/01/19 - 10. Paciente portador de fratura no crânio B. de d. t. em topografia	RECEBIDO SERVIÇO DE NEUROLOGIA 03/01/19 11:00



GOVERNO DA PARAÍBA - SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA

EVOLUÇÃO

ENFERMAGEM

SETOR: P. 1

Nome Paciente:

Geonias Leuzema de Sá

Nº Prontuário:

Enfermaria:

12

Leito:

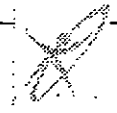
39

Notas sobre a evolução da doença, complicações, consultas, mudanças de diagnóstico, condições ao ser dada alta, instruções ao paciente, devendo toda anotação se assinada pelo profissional que a fez.

Data	Evolução	Rubrica
02/01/09	02:50h. Paciente incoerente, orientada, deambulando, eufórica, hidratada, alertando bem data, apresentando eliminação urinária normal e sem vontade. Segundo TC de crânio e diagnóstico médico apresenta HED e fratura temporal E. Segue sob acompanhamento da Neurologia.	
02/10/09	Pac. vítima de OC de olho, em tratamento conservador de TCE leve, EGR consciente, orientado, afebril, eufórico, HRP, nutricional e higiene sob ferimentos, eliminações presentes segue aos cuidados.	
03/01/09	Paciente evolui em EGR, consciente, orientada, eufórica, incoerente, deambulando, sem queixas óticas, quente de urina. Segue médica de e aos cuidados.	
04/01/09	Paciente evolui em EGR, solicitada TC de crânio realizada no dia 3/12, porém o Anter de imagem não achou (?), realizado antes TC de crânio novamente. Segue estável e aos cuidados.	



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 GERSONIAS LUCENA DE SÁ
DATA DE NASCIMENTO 02/09/69
NOME DA MÃE MARIA DAS GRAÇAS LUCENA DE SÁ

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 952.304
Nº PRONTUÁRIO 41.514
DATA DO ATENDIMENTO 05/10/2016
HORA DO ATENDIMENTO 09:47
MOTIVO DO ATENDIMENTO RETORNO - ORTOPEDIA
DIAGNÓSTICO (S) FRATURA DA CLVÍCULA D
CID 10 S 42.0

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de traumatismo anterior, apresentando fratura da clavícula D, para realizar nova avaliação. Glasgow 15. Avaliado pela equipe médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX do ombro D - AP e Oblíquo

TRATAMENTO:

Fratura do do terço médio da clavícula D ao RX. Realizado internamento e tratamento cirúrgico pelo Dr. Luciano Lira e Dr. Kartney Sarmiento.

ALTA HOSPITALAR: 10/10/16
DATA DA EMISSÃO: 16/05/17

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA
MÉDICO EMERGENCIA
CRM 2516

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



Ficha de Atendimento Ambulatorial

HEETSHL



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, S/N - CONJ. PEDRO GONDIM JOÃO PESSOA - CNES: 122334 - Tel.: 8332165736

Numero da Ficha de Atendimento Ambulatorial: 952304



Identificação do paciente			Data e Hora 05/10/2016 09:47:52	
ID 244737	Nome GERSONIAS LUCENA DE SA		Sexo Masculino	
Data de nascimento 02/09/1969	Idade 47 Ano(s)	Estado civil CASADO(A)	Religião EVANGELICA	Prontuário 41051
Mãe MARIA DAS GRAÇAS LUCENA DE SA			Pai VIDAL CAMBOIM DE SA	
Escolaridade MEDIO COMPLETO			Responsável (Parentesco)	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 986137737	DDD Fixo 83	Fone Fixo 988342588	
tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 1423748	Cross	Nº Cns 704303531272491	
Endereço				
CEP 58027785	Município de residência JOAO PESSOA		Lobradouro JOÃO ALVES RODRIGUES	
Número 449	Complemento		Bairro ALTO DO CÉU	
Atendido por MARIA SORAYA ROCHA			Número da pulseira 1000005699390	
Motivo do atendimento RETORNO - ORTOPEDIA				
QUEIXA PRINCIPAL:				
H.D.A.:				
EXAME FÍSICO:				
EXAMES COMPLEMENTARES:				
DIAGNÓSTICO:				
CID:				
CONDUTA:				

Gersonias Lucena de sa

F(NG)ACMIA.001-1

OPRIMIR - Não Fazer e não apertar

NOME DO PACIENTE: GERSONIAS LUCENA		DATA: 09/10/16	BE/PRONTUÁRIO: 948302
ESPECIALIDADE: ORTOPEDIA	SETOR: HTOP	LEITO: 2	
PRSO:	ALERGIA: Medicamento () Alimentar: Qual:	CLEARANCE DE CREATININA:	
Descrição da prescrição: Nome do medicamento + Concentração + Forma farmacêutica + Dose + Posologia + Via de administração + Duração do tratamento. Obs: Quando a prescrição for endovenosa, acrescentar: diluente + volume + velocidade de infusão			
MEDICAMENTO		APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
1	DIETA LIVRE	13/05/11	
2	DIPIRONA 1 COMP VO 8/8 HORAS	13/05/11	
3	OMEPRAZOL 40 MG VO 1 X DIA CETO	13/05/11	
4	TILATIL 20MG VO 12/12H		
5			
6	CCGG + SSV	13/05/11	
7	Cefalotina 2g/100ml		
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
HIPÓTESE (S) DIAGNÓSTICA (S)		LABORATÓRIO	RISCO CIRÚRGICO
EVOLUÇÃO MÉDICA			
CONDUITA DIÁRIA			
FRATURA DE CLAVÍCULA D.			
BEG, ESTÁVEL NO LEITO, ENV PRESERVADO NO MOMENTO DA VISITA			
VPM			
Assinatura do Médico com Carimbo e CRM		Assinatura do Farmacêutico com Carimbo e CRF	

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HEETSHL

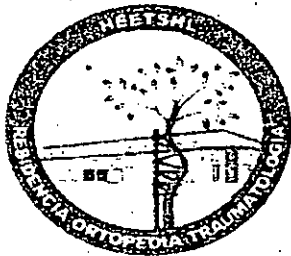
NOME DO PACIENTE: GERSONIAS LUCENA		DATA: 07/10/16	BE/PRONTUÁRIO: 948302
ESPECIALIDADE: ORTOPEDIA	SETOR: HTOP	LEITO: 2	
PESO:	ALERGIA: () Medicamento () Alimentar. Qual:	CLEARANCE DE CREATININA:	
Descrição da prescrição: Nome do medicamento + Concentração + Forma farmacêutica + Dose + Posologia + Via de administração + Duração do tratamento. Obs: Quando a prescrição for endovenosa, acrescentar: diluente + volume + velocidade de infusão			
MEDICAMENTO		APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
1	DIETA LIVRE		
2	DIPIRONA 1 COMP VO 8/8 HORAS	13	
3	OMEPRAZOL 40 MG VO 1 X DIA CEDO	05	
4	TILATIL 20MG VO 12/12H	05	
5			
6	CCGG + SSVV		
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
HIPÓTESE (S) DIAGNÓSTICA (S)		LABORATÓRIO	RISCO CIRÚRGICO
EVOLUÇÃO MÉDICA			
INDUTA DIÁRIA			
Assinatura do Médico com Carimbo e CRM		Assinatura do Farmacêutico com Carimbo e CRF	

Dr. Ricardo de S. Neto
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 6311 TEOT 10265

Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena – HEETSHL
Av. Orestes Lisboa, 50 – Cam. Pedro Gondim – CEP: 58031-090 – João Pessoa - PB
Telefone: 2106-5

F(NG).APC.001

NOME DO PACIENTE: GERSONIAS LUCENA		DATA: 06/10/16	BE/PRONTUÁRIO: 948302
ESPECIALIDADE: ORTOPEDIA	SETOR: HTOP	LEITO: 2	
PESO:	ALERGIA: () Medicamento () Alimentar. Qual:	CLEARANCE DE CREATININA:	
Descrição da prescrição: Nome do medicamento + Concentração + Forma farmacêutica + Dose + Posologia + Via de administração + Duração do tratamento. Obs: Quando a prescrição for endovenosa, acrescentar: diluente + volume + velocidade de infusão			
MEDICAMENTO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO	
1 DIETA LIVRE			
2 DIPIRONA 1 COMP VO 8/8 HORAS	13/17/20	05F	
3 OMEPRAZOL 40 MG VO 1 X DIA CEDO			
4 TILATIL 20MG VO 12/12H	23F	JL	
5			
6 CCGG + SSVV			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
HIPÓTESE (S) DIAGNÓSTICA (S)		LABORATÓRIO	RISCO CIRÚRGICO
EVOLUÇÃO MÉDICA		BEG, ESTAVEL NO LEITO, ENV PRESERVADO NO MOEMNTO DA VISITA	
ADUTA DIÁRIA		VPM	
Assinatura do Médico com Carimbo e CRM		Servidor da Farmácia	Assinatura do Farmacêutico com Carimbo e CRF



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
SENADOR HUMBERTO LUCENA
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



NOME: *Guarinos Lucena de L.*

ENFERMARIA: LEITO:

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

- DIETA ORAL LIVRE
- SF 0,9% 1500ML EV, EM 24H
- *Cefotaxima 1g + AD, EV, 6/6h*
- DIPRONA 01 AMP+AD, EV, 6/6 H
- TILATIL 40 MG + AD, EV, 12/12 H
- TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 8/8H S/N
- NAUSEDRON 4mg + AD - EV - 8/8h S/N
- OMEPRAZOL 40MG + AD, EV, 1 X AO DIA
- CAPTOPRIL 25 MG, VO, 1 CP SE PAS > 160 MMHG OU PAD > 110 MMHG
- ~~CLEXANE 40MG - 01 FA SC 1X/DIA~~ (*Gasparino*)
- *Tipo de Humi - 1 um braço direito*
- SSVV + CCGG

Handwritten notes and signatures:
05 17 23
05 17 23
05 17 23
05 17 23
05 17 23
ATT
ATT

HD: *Frat. de 1/3 médio de clavícula direita*

EVOLUÇÃO: *paciente evolui em 101 de 110 cmHg
da pat. de clavícula direita.*

CDT: VPM. 08/10/2016

Dr. Helton...
Medico
CRM 12345



RELATÓRIO DE CIRURGIA

8

HEALTH

Nome: Genesio Lucena de Sa BE/Prontuário: 952304
Idade: 47a Sexo: ☒ Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 09/10/16
Clínica/Setor: Proctologia EMP: _____ LR: _____
Cirurgia: Proctomia de Proct de Chancres finitos
Cirurgião: Dr. Helosman B. Dias Jr. 1º Assistente: Dr. Karim
2º Assistente: Dr. Helosman 3º Assistente: _____
Instrumentador: _____ Anestesista: _____
Tipo de Anestesia: A. Geral Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Proct. de 43 mdo de Chancres finitos</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Proctomia de Proct de Chancres finitos</u>	

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

Biopsia de Congelação: () Sim (X) Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

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

Dr. Helosman B. Dias Jr.

Médico

CRM/PA 1251

João Pessoa, 09/10/16

Médico/CRM: _____



Nota de Sala Cirúrgica



NOME DO PACIENTE: Gerbenias Luena SA		IDADE: 47		SEXO: F		PROFISSIONAL: 1		INFORMAÇÃO: 1		LEITO: 2	
CIRURGO: Prof. Enrique de Pat. Caraculo		CIRURGO AJUDANTE: Luciano Lima		PAZEL: 1							
ANESTESIA: geral		ANESTESISTA: José Batista									
INSTRUMENTAÇÃO: 08/01/16		TEMPO CIRÚRGICO: 1:30		ANESTESIA INÍCIO: 12:00		CIRURGO INÍCIO: 12:00					
ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)											
ASA 1 () ASA 2 () ASA 3 () ASA 4 () ASA 5 ()											
GRAU DE CONTAMINAÇÃO: () LIMPA () CONTAMINADA () INFECTADA () POTENCIALMENTE CONTAMINADA											
MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS											
ALFENTANIL		QTD.		MATERIAIS CONT.		QTD.	FIOS		QTD.		
BUPIVACAÍNA ISOBÁRICA		1		JELCO Nº18			FIO CAT GUT CROMADO Nº				
BUPIVACAÍNA PESADA				JELCO Nº20		1	FIO CAT GUT CROMADO Nº				
CETAMINA				JELCO Nº22			FIO DE AÇO Nº				
DROPERIDOL				JELCO Nº24			FIO DE AÇO Nº				
ETOMIDATO				KIT SIST. DREN. TORÁCICA Nº			FIO DE NYLON Nº		33	H	
FENOBARBITAL				SOLUÇÕES		QTD.	FIO DE NYLON Nº		33	H	
FENTANIL		1		ÁLCOOL ETÍLICO 70%		05	FIO DE NYLON Nº				
FLUMAZENIL				FVPI DEGERMANTE		05	FIO POLIGLACTINA Nº		20	1	
ISOFLURANO				FVPI TINTURA		05	FIO POLIGLACTINA Nº				
LEVOBUPIVACAÍNA C/ VASO				FVPI TÓPICO			FIO POLIGLACTINA Nº				
LEVOBUPIVACAÍNA S/ VASO				SABÃO ANTISÉPTICO			FIO POLIGLACTINA Nº				
LIDOCAÍNA C/ VASO				MATERIAIS		QTD.	FIO POLIPROPILENO Nº				
LIDOCAÍNA S/ VASO				AGULHA 13X4,5			FIO POLIPROPILENO Nº				
MIDAZOLAN		1		AGULHA 25X07		1	FIO POLIGLECAPRONE Nº				
MORFINA				AGULHA 25X08		1	FIO SEDA Nº				
NIMBRIUM				AGULHA 40X12		1	FITA CARDÍACA				
PANCURÔNIO				AGULHA PERIDURAL Nº16			MATERIAL ESPECIAL		QTD.		
PETIDINA				AGULHA PERIDURAL Nº17			CATETER DE PIC				
PROPOFOL		1		AGULHA PERIDURAL Nº18			CIMENTO CIRÚRGICO				
RAMIFENTANIL				AGULHA RAQUI Nº25G			CLIP TITÂNIO LIGADURA				
ROCURÔNIO		1		AGULHA RAQUI Nº26G			FIO DE KIRSCHNER Nº		20	1	
SEVOFLURANO				AGULHA RAQUI Nº27G		1	FIO DE KIRSCHNER Nº				
SUAMETÔNIO				ALGODÃO ORTOPÉDICO			FIO STEINMAN Nº				
TIOPENTAL				ATADURA DE CREPOM		1	FIO STEINMAN Nº				
				ATADURA GESSADA			GRAMPEADOR CIRÚRGICO				
MEDICAÇÕES		QTD.		BOLSA F/ COLOSTOMIA			HEMOST. ABSORVÍVEL				
ADRENALINA				CÂNULA F/ TRAQUEOSTOMIA Nº			KIT. DERIVA. VENTRICULAR				
ÁGUA DESTILADA		1		CATETER DE OXIGÊNIO		1	PRÓTESE VASCULAR				
ATROPINA				CATETER EMBOLEC. ARTERIAL Nº			KIT. FAM				
BEXTRA				CATETER EPIDURAL Nº16			FIXADOR EXTERNO				
CEFAZOLINA		1		CATETER EPIDURAL Nº17			EMPRESA				
DEXAMETASONA		1		CATETER EPIDURAL Nº18							
DIFENONA SÓDICA		1		CERA PARA OSSO							
EPIEDRINA				COLET. URINA FECHADO			PARAFUSOS CORTICAIS				
FUROSEMIDA				COMPRESSAS CIRÚRGICAS			PARAFUSOS CORTICAIS				
GLICOSE 50%				COMPRESSAS CIRÚRGICAS			PARAFUSOS ESPONIOSO				
GLUCONATO DE CÁLCIO				DRENO DE PENROSE			PARAFUSOS ESPONIOSO				
HIDROCORTISONA		1		DRENO DE SUÇÃO			PARAFUSOS MALEOLAR				
LIDOCAÍNA GELÉIA				ELETRODOS		1	PARAFUSOS MALEOLAR				
ONDASENTRONA		1		EQUIPO MACROGOTAS		1	PLACA				
PLASIL				EQUIPO TRANSF. SANGUE			PLACA				
PROSTIGMINE				EQUIPO MICROGOTAS							
PROTAMINA				ESPONJA DE PVPI		1	EQUIPAMENTOS				
TENOXICAN				ESPARADRAPO		1	QTD.				
				GAZES		05	ASPIRADOR				
				GAZES ALGODOADAS			CISTURI ELÉTRICO				
				GEL ELETROLÍTICO			CAPNOGRAFO				
				JELCO Nº14			CARDIOMONITOR				
				JELCO Nº16			() DESFIBRILADOR				
							() FOCO AUXILIAR				
							FOCO CENTRAL				
							() MICROSCOPIO				
							OXÍMETRO DE PULSO				
							DEMA. INVASIVA NÃO INVASIVA				
							PERFURADOR ELÉTRICO				
							() SERRA				
							CIRCULANTE				

FM - Enrique Ex 33-01
01 - placa de recombinação 10F ou mais
2 - parafuso cortical A2 16 = L
Nº 38 = L
Nº 20 = 1

Fio Aconite 11-1-01

400313



8



HEETSML

DATA: 08/10/2016

PRONTUÁRIO: 952304

PACIENTE: <i>Personen Luciana de Sá</i>		SEXO: <i>M</i>	COR:	IDADE: <i>47</i>
PRESSÃO ARTERIAL	PULSO <i>60 bpm</i>	RESPIRAÇÃO <i>15 ipm</i>	TEMPERATURA	PESO
GRUPO SANGÜÍNEO				
ESTADO GERAL <i>X</i> BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO		RISCO CIRÚRGICO <i>X</i> BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO		
EXAMES COMPLEMENTARES <i>NPM</i>				
AP. RESPIRATÓRIO <i>Eupneico</i>		AP. CIRCULATÓRIO		
AP. DIGESTIVO <i>Jejum</i>	ESTADO MENTAL <i>LOC</i>		DROGAS EM USO	
PRÉ-ANESTÉSICO DOSE/HORA				<i>I</i> ESTADO FÍSICO (ASA)
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO <i>fratura de clavícula D.</i>				
CIRURGIA REALIZADA <i>Protonete cirúrgico de clavícula D.</i>				
CIRURGIÃO <i>Dr. Luciano</i>	AUXILIARES <i>Dr. Helio mar(f)</i>			
INÍCIO DA ANESTESIA <i>11:30</i>	TÉRMINO DA ANESTESIA <i>13:50h</i>		DURAÇÃO DA ANESTESIA	
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	QUANT. DE CH.		VALORES R\$	
ANESTESISTA <i>Dr. João Roberto Dr. Marcelo (P)</i>	CRM-PB		<i>Dr. Batista Virgínilo</i> <i>Adico 8040</i>	

AGENTES		HORAS
ANESTESIA	X	
CORCOS	●	
CHIRURGIA		
PULSO	○	
PARTERIA		SISTOLICA
DIASTOLICA		
RETORNAÇÃO		
INTERNA		
EXTERNA		
NOTAÇÕES		

[illegible]

RELATÓRIO DE CIRURGIA

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	paciente em DDH Sob Anestesia Assistência de Anestesia Assistência de Campos Assistência de Anestesia
Incisão:	Incisão Superolateral sobre a clavícula direita
Achados:	Fratura de 1/3 médio da clavícula direita
Conduta:	Exatidão, diálise, limpeza por plasma, Hemostase Redução sob tração e fixação Fixação com placa de reconstrução Ligamento anterior + Anestesia com Anestesia no pagamento em cash
Fechamento:	Por plasma + pontos estéticos Rx de Gafar
Observação:	— —

Dr. Heliosmar B. Dias Jr.
Médico
CRM/RS 10.251

João Pessoa, 01/05/16

Médico/CRM: _____



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



CARTÃO DE RETORNO

PACIENTE: GERDAIVA LUCENA DE
SA.

DATA DO ATENDIMENTO: 08/09/16

Nº PRONTUÁRIO: _____

MÉDICO (CARIMBO) Dr. Alberto Rodrigues de Oliveira

DIAGNÓSTICO: _____

PROCEDIMENTO: Fratura clavícula (D)

H70P - 3214 - 2911

SEMPRE QUE RETORNAR AO HOSPITAL É
NECESSÁRIO APRESENTAR ESTE CARTÃO

[illegible]



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

Receituário Médico



HEESH

P/ GERONIAS L. SA.

1 - Nimesulid 100mg

100mg 1 CPUO

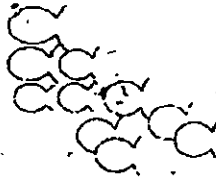
10/10

Dr. Alberto Rodrigues de Oliveira
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-5221 TEOP 7702

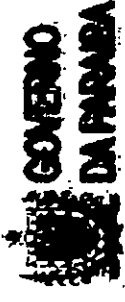
Data: 08/09/16

Médico - CRM

F(NG).CC.002



Hemocentro
da Paraíba - Centro de Hematologia e Hemoterapia da Paraíba
Av. D. Pedro II - 1419 - Tênis
João Pessoa - Pb
E-mail: hemocentrodaparaiba@yolun.com.br
Fone: (0XX-83)3218-7600
Faxe/Fax: (0XX-83)3218-5690



REPOSIÇÃO DE SANGUE

Nome do paciente: Gláucio Lourenço de S.
Hospital: HTOP Enfermaria: Y Leito 02
Solicitamos levar ao HEMOCENTRO 04 doador(es) para reposição de sangue.
Horário de funcionamento: segunda a sexta 07:00h às 17:30h – sábado 07:00h às 17:00h.
Telefone para contato: (083) 3218.7698
Data: 05 / 10 / 2016 Resp. [Assinatura]

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL			
MINISTÉRIO DAS CIDADES			
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO			
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO			
CARTEIRA LOCAL DE 2ª			
	Nome Completo / Data de Nascimento		
	1423748	007	PM
	Cidade		Data de Emissão
	739.310.124-68		02/09/1949
Nome do Titular			
VITAL CHAGAS DE SA			
Nome das Cidades			
LITORAL DO SA			
Cidade		Cidade	Cidade
LITORAL DO SA		LITORAL DO SA	LITORAL DO SA
Data de Emissão		Data de Validade	
04252708998		12/12/2007	
Assinatura			
			
Nome do Titular		Data de Emissão	
SOLDO 739998. SA		12/07/2015	
Assinatura		Data de Emissão	
Rodrigo Chaves		05/12/2015	
DETRAN - PB (PARAIBA)			
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO			

7591100000 - 8001 FIB/NET 36 10041 1000000000

DUT



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB N° 012896732618
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

1 001639810748 90/00000000 2016

GERSONIAS LUZENA DE SA

73931012468

NPU4738/PB

PLACA ANT.

NOVO

PB: 95VCA1C599H007309

PAS/MOTOCICLETA/NÃO APLIC GASOLINA

DAFRA/SPEED 150

2009 2005

2 P/150 /CI

PARTIC

PRATA

IPVA PAGO EM 24/11/2016

P V

A *****

0

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

JOAO PESSOA-PB

14265



24/11/2016

17108

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO, SEGUNDO DPVAT

PB N° 012896732618 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

2016 24/11/2016

1 73931012468

NPU4738/PB

001639810748

DAFRA/SPEED 150

2009

9

95VCA1C599H007309

PRÊMIO TARIFÁRIO

SEGURODORA LIDER - DPVAT

CNPJ 06.943.888/01-01

17108-0923132-20161124





GOVERNO DO ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
GERÊNCIA EXECUTIVA DE MEDICINA E ODONTOLOGIA LEGAL
GERÊNCIA OPERACIONAL DA CENTRAL DE PERÍCIAS MÉDICA E ODONTOLÓGICA LEGAL

Laudo do IML - Lesões corporais



LAUDO LESÃO CORPORAL

Laudo nº 03.01.06.052017.12980

GERSONIAS LUCENA DE SÁ

Secretaria de Estado de Segurança e Defesa Social
Instituto de Polícia Científica
Departamento de Medicina Legal
Gerência Executiva de Medicina e Odontologia Legal
Gerência Operacional da Central de Perícias Médica e Odontológica Legal

Órgão requisitante: DAV
Dr(a): Francisco Deusdedit Leitão Filho

Remeter para:
Ilmo(a) Senhor(a).
Dr(a) Francisco Deusdedit Leitão Filho
DAV



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
GERÊNCIA EXECUTIVA DE MEDICINA E ODONTOLOGIA LEGAL
GERÊNCIA OPERACIONAL DA CENTRAL DE PERÍCIAS MÉDICA E ODONTOLÓGICA LEGAL

C: 302817 Laudo nº: 03.01.06.052017.12980

LAUDO TRAUMATOLÓGICO

Ferimento ou ofensa física

Data do exame: 22/05/2017 Hora do exame: 07:45

Órgão Requisitante: DAV. nº da Solicitação: 074/2017 Autoridade Solicitante: Francisco Deusdedit Leitão Filho. Nome: GERSONIAS LUCENA DE SÁ, 47anos, sexo: masculino Raça/cor: filho(a) de: Vidal Camboim de Sá e de: Maria das Graças Lucena de Sá, Estado civil: casado(a). Nacionalidade: brasileira. Natural de: Santa Terezinha/PB. Profissão: porteiro.

HISTÓRICO: O periciando relata que sofreu acidente de trânsito quando vinha conduzindo motocicleta, havendo colisão moto-carro, sendo socorrido para o Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

DESCRIÇÃO: Apresenta-se para o exame deambulando por meios próprios, sem desvio em eixo vertebral, movimentos articulares preservados, ombros tópicos, sem edema, sem deformidades, amplitude de movimentos dentro dos padrões aceitáveis de normalidade; força e tônus musculares preservados em membros superiores. Conduz cópia de prontuário médico, emitido em formulário timbrado do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, por Dr Ewerton N. Teixeira (CRM:2516/PB), atestando que o periciado deu entrada no referido nosocômio em 05/10/2016, às 09h47, com fratura de terço médio de clavícula direita, recebendo tratamento cirúrgico.

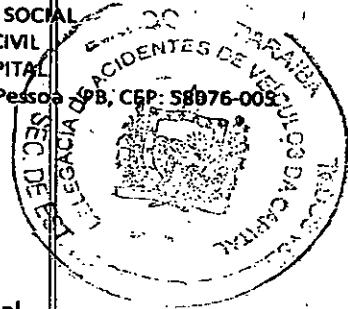
QUESITOS:

- 1) Há ferimento ou ofensa física? SIM.
- 2) Qual o meio que o ocasionou? AÇÃO CONTUNDENTE.
- 3) Houve perigo de vida? NÃO.
- 4º Resultou debilidade permanente de membro, sentido ou função? NÃO.
- 5º Resultou incapacidade para as ocupações habituais por mais de trinta dias? SIM, DEVIDO A FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA.
- 6º Provocou aceleração de parto? PREJUDICADO.
- 7º Provocou aborto? PREJUDICADO.
- 8º Resultou perda ou inutilização de membro, sentido ou função? NÃO.
- 9º Originou incapacidade permanente para o trabalho ou enfermidade incurável? NÃO.
- 10º Resultou deformidade permanente? NÃO.


Dr.(h) Rayssa Dantas de Azevedo Almeida
Perito Oficial Médico-Legal
Mat:168.223-7 CRM 7053/PB



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
1ª SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES DE VEÍCULOS DA CAPITAL
Rua Manoel Rufino da Silva, SN, Central de Polícia - João Paulo II, João Pessoa - PB, CEP: 58076-000



Requisição de exame nº 074/2017

Exame requisitado: TRAUMATOLÓGICO

Autoridade requisitante: Francisco Deusdedit Leitão Filho

Remeter o laudo para Delegacia de Acidentes de Veículos da Capital
João Pessoa (PB), 17 de fevereiro de 2017

OBS:

Senhor Gerente,

Solicito de Vossa Senhoria que seja submetida a exame traumatológico a pessoa abaixo mencionada:

- Nome: GERSONIAS LUCENA DE SÁ
- Nacionalidade: Brasileiro
- Naturalidade: Santa Terezinha/PB
- Estado civil: casado
- Idade: 47 anos
- Profissão: Porteiro
- Escolaridade: Ensino Médio
- Filiação: Vidal Cambolm de Sá e de Maria das Graças Lucena de Sá
- Documento de Identidade: 1.423.748-SSP/PB
- Endereço: Rua João Alves Rodrigues, nº 449, Mandacaru, nesta capital
- Telefone: (83) 98678-0746

Histórico: Vítima de acidente de trânsito ocorrido no dia 08/09/16, por volta das 16:30h, na Rua Vicente Lucas Borges, no Bairro Treze de Maio, nesta Cidade de João Pessoa/PB.


Francisco Deusdedit Leitão Filho
Delegado de Polícia Civil

Ilustríssimo Senhor
Dr. Fábio de Almeida Gomes
MD. Gerente Executivo de Medicina e
Odontologia Legal/GEMOL/SEDS.

Solicitado em 17/02/2017 às 14:00h - 0000000645

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Outros



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0313743/17
Vítima: GERSONIAS LUCENA DE SA
CPF: 739.310.124-68

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 08/09/2016
Titular do CPF: GERSONIAS LUCENA DE SA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Laudo do IML - Lesões corporais
Outros

GERSONIAS LUCENA DE SA : 739.310.124-68

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO:

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

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 20/07/2017
Nome: GERSONIAS LUCENA DE SA
CPF/CNPJ: 739.310.124-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/08/2017
Nome: VINICIUS CAMPOS DA SILVA
CPF: 051.812.667-62

GERSONIAS LUCENA DE SA

VINICIUS CAMPOS DA SILVA

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder - DPVAT

COBERTURA SOLICITADA

() MORTE () INVALIDEZ PERMANENTE () DAMS

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

VÍTIMA GELSONIAS LUCENA DE SA
DATA DO ACIDENTE 08/09/2016 POSSUI CPF () SIM () NÃO Nº CPF 33931012468

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- () Documento de Identificação do Representante Legal (cópia simples)
- () CPF do Representante Legal (cópia simples)
- () Comprovante de residência do representante legal (cópia simples), ou declaração de residência (original)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares, como os listados ao lado, neste formulário
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue grátis SAC DPVAT 0800 022 1204
- Todos os documentos devem estar legíveis

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- (X) Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada () Sim () Não
- () Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- () Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- () Laudo de Invalidez do IML - original ou cópia autenticada () Sim () Não
- () Declaração de Ausência de Laudo do IML (original), junto com relatório médico, comprovando a existência de sequelas permanentes, com a data da alta definitiva - Somente na impossibilidade de apresentar o laudo do IML
- (X) Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
- (X) Documento de Identificação da vítima (cópia simples)
- (X) CPF da vítima (cópia simples)
- (X) Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- (X) Autorização de pagamento (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- () Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada () Sim () Não
- () Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- () Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- () Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os recibos médicos (originais)
- () Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
- (X) Documento de Identificação da vítima (cópia simples)
- (X) CPF da vítima (cópia simples)
- (X) Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- () Autorização de pagamento (original), com documento que confirme os dados bancários (orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- (X) Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada () Sim () Não
- () Certidão de Óbito da vítima - cópia autenticada: () Sim () Não -
- () Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- (X) Documento de Identificação da vítima (cópia simples)
- (X) CPF da vítima (cópia simples)
- (X) Documento de Identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
- (X) CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
- (X) Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de Residência (original)
- (X) Autorização de pagamento para todos os beneficiários (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)
- (X) Laudo Cadavérico (IML) - somente quando solicitado - Cópia Autenticada: () Sim () Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS - COBERTURA MORTE

- BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)**
 - () Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
 - () Declaração de Cônjuge (original)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A)**
 - () Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a união estável (cópia simples)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE - QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)**
 - () Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
- () Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
- () Declaração de Separação de Fato (original), declarada pelo cônjuge
- () Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge
- BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))**
 - () Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)**
 - () Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))**
 - () Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- () Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
- () Certidão de Óbito dos filhos da vítima - quando necessário - (cópia simples)
- () Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome) GELSONIAS LUCENA DE SA
Quem é o portador? (X) Vítima () Beneficiário () Representante Legal - CPF do portador: 33931012468
E-mail lucena-paixa90@hotmail.com Telefone (R2) 98208-3328
Data _____ Assinatura [assinatura]

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do Ponto) CORREIOS
Atendente LUCILEIDE S. DE O. SILVA Matrícula 047414104 88
Data: 13-07-2017 Assinatura: [assinatura]

Rio de Janeiro, 07 de Agosto de 2017

Carta nº 11432432

A/C: GERSONIAS LUCENA DE SA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170419780 ASL-0295276/17
Vítima: GERSONIAS LUCENA DE SA
Data Acidente: 09/08/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: CANCELAMENTO POR PARALISAÇÃO TÉCNICA

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que ao confirmar o registro de aviso para geração do número oficial de sinistro, ocorreu um erro de ordem administrativa e/ou sistêmica impedindo assim o cadastro do sinistro. Portanto, solicitamos entrar em contato com a Seguradora Consorciada de origem **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO** para regularização do Aviso de Sinistro Líder, afim de darmos continuidade no processo de cadastramento do sinistro.

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

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE(S):

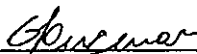
GERSONIAS LUCENA DE SA, BRASILEIRO, CASADO, GARÇOM, INS-
CRITO SOB O N.º DE RG. 142.3748 - SSP-PB E PORTADOR DO CPF
DE N.º 739.310.124-68, RESIDENTE E DOMICILIADO À RUA LUIZ
ALVES RODRIGUES, N.º 451, MANDALIM JOÃO PESSOA, PARAÍ-
BA.

OUTORGADOS: **ADRIANO DE MATOS FEITOSA**, brasileiro, solteiro, advogado, devidamente inscrito na OAB/PB nº 19.338; **JHANSEN FALCÃO DE CARVALHO DORNELAS**, brasileiro, solteiro, advogado, devidamente inscrito na OAB/PB nº 19.339; e **RENAN DE CARVALHO PAIVA**, brasileiro, solteiro, advogado, devidamente inscrito na OAB/PB nº 21.393, todos com endereço profissional sito na Rua Sólón de Lucena, 492, Centro, Cabedelo/PB.

PODERES: Por este instrumento particular de procuração, constituo meus bastantes procuradores os outorgados, concedendo-lhe os poderes inerentes da cláusula "*ad iudicia et extra*", para o foro em geral, podendo, portanto, promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, assinar termo, oferecer defesa, direta ou indireta, interpor recursos, ajuizar ações e conduzir os respectivos processos, solicitar, providenciar e ter acesso a documentos de qualquer natureza, sendo o presente instrumento de mandato oneroso e contratual, podendo substabelecer este a outrem, com ou sem reserva de poderes, dando tudo por bom e valioso, a fim de praticar todos os demais atos necessários ao fiel desempenho deste mandato, atuando estes causídicos em conjunto ou separadamente, independentemente de ordem de nomeação.

PODERES ESPECÍFICOS: A presente procuração outorga aos Advogados acima descritos, os poderes especiais para **receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, firmar compromissos ou acordos, receber valores, dar e receber quitação, receber e dar quitação, levantar ou receber RPV e ALVARÁS, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, em atenção com os termos do art. 105 da Lei 13.105/2015.**

Cabedelo - PB, 09 de maio de 2017.



OUTORGANTE

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0313743/17
Vítima: GERSONIAS LUCENA DE SA
CPF: 739.310.124-68

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 08/09/2016
Titular do CPF: GERSONIAS LUCENA DE SA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Certidão de casamento
Outros

GERSONIAS LUCENA DE SA : 739.310.124-68

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

Outros



ATENÇÃO:

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

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 18/10/2017
Nome: GERSONIAS LUCENA DE SA
CPF: 739.310.124-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/10/2017
Nome: Karen Rosa de Oliveira Azevedo
CPF: 131.414.327-16

GERSONIAS LUCENA DE SA

Karen Rosa de Oliveira Azevedo

Rio de Janeiro, 18 de Agosto de 2017

Carta nº: 11507986

A/C: GERSONIAS LUCENA DE SA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170444483 ASL-0313743/17

Vítima: GERSONIAS LUCENA DE SA

Data Acidente: 08/09/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em 20/07/2017 a documentação relativa ao acidente ocorrido em 08/09/2016. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo
- Comprovante de residência ilegível

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

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

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

