

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190456229 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RONE DA SILVA ALMEIDA **Data do acidente:** 28/04/2019 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA DE FACE COM FRATURA DO ARCO ZIGOMÁTICO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS). PG 3 ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DAS ESTRUTURAS CRANIOFACIAIS.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DAS ESTRUTURAS CRANIOFACIAIS.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

Rio de Janeiro, 01 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190456229

Vítima: RONE DA SILVA ALMEIDA

Data do Acidente: 28/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RONE DA SILVA ALMEIDA

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, 11 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190456229

Vítima: RONE DA SILVA ALMEIDA

Data do Acidente: 28/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), RONE DA SILVA ALMEIDA

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\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Recebedor: **RONE DA SILVA ALMEIDA**

Valor: **R\$ 1.350,00**

Banco: **341**

Agência: **8497**

Conta: **0000053620-4**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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



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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 0000347139 3 - CPF da vítima: 05027106408 4 - Nome completo da vítima: Rone do Silva Almeida

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

5 - Nome completo: Rone do Silva Almeida 6 - CPF: 050 271 064 08
7 - Profissão: motorista 8 - Endereço: Rua Prof. Aures Ramos 9 - Número: 240 10 - Complemento:
11 - Bairro: SD. Paulistano 12 - Cidade: Compiene Grande 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58415 102
15 - E-mail: morisbrunoalv@hotmail.com 16 - Tel.(DDD): 83 33341289

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal:
19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ 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: ITAU

AGÊNCIA: CONTA:

AGÊNCIA: 8497 CONTA: 53620 4

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.

22 - 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (val nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles 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.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

39 - 2ª | Nome:

CPF:



40 - Local e Data, Compiene Grande PB, 31/07/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

conta corrente





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
2ª SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL
22ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL
4ª DELEGACIA DISTRITAL – CAMPINA GRANDE – PB
Rua Alcides Avelino de Medeiros, 549 – Malvinas – Campina Grande – PB



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 088/2019

Versando sobre : ACIDENTE AUTOMOBILISTICO SEM VÍTIMA FATAL

Hora e data do fato: Às 15:40, do dia 28 de abril de 2019.

Hora e data em que a Delegacia tomou conhecimento: Às 10:12, do dia 18 de julho de 2019.

Local do Ocorrido: RUA JOSÉ GONÇALVES DE LUCENA, BAIRRO NOVO CRUZEIRO, NESTA. PRÓXIMO DO CENTRO DE MADEIRA

COMUNICANTE: *RONE DA SILVA ALMEIDA*, do sexo masculino, nascido no dia 30/03/1984, com 35 anos de idade, ID: 3089541 SSP/PB, CPF: 050.271.064-08, MOTORISTA, filho de RONALDO GUILHERME DE ALMEIDA e de ROSILDA DE FATIMA DA SILVA ALMEIDA, escolaridade: MÉDIO COMPLETO, CASADO, natural de RIO DE JANEIRO/RJ, BRASILEIRA, residente na RUA PROFESSORA AUREA RAMOS, 210, bairro JARDIM PAULISTANO, na cidade de CAMPINA GRANDE, PB, celular Nº (83)98810 4699

VÍTIMA: O(A) COMUNICANTE

TESTEMUNHAS: *RIVALDO HENRIQUES DA SILVA*, do sexo masculino, nascido no dia 04/09/1988, com 30 anos de idade, ID: 2711742 SSP/PB, CPF: 046.289.684-62, EMPACOTADOR, filho de JOSÉ CICERO DA SILVA e de MARIA JOSÉ HENRIQUES DA SILVA, escolaridade: MÉDIO COMPLETO, CASADO, BRASILEIRA, residente na RUA PROFESSORA AUREA RAMOS, 314, bairro JARDIM PAULISTANO, na cidade de CAMPINA GRANDE, PB, celular Nº (83) 98832 937. **IZABEL CRISTINA LAURITZEN SANTOS**, do sexo feminino, nascida no dia 06/02/1982, com 37 anos de idade, ID: 2470151 SSP/PB, CPF: 053.275.994-00, CABELEIREIRA, filha de JOSÉ WALTER LAURITZEN e de IARA RIBEIRO DA

x Rone da Silva Almeida



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
2ª SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL
22ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL
4ª DELEGACIA DISTRITAL – CAMPINA GRANDE – PB
Rua Alcides Avelino de Medeiros, 549 – Malvinas – Campina Grande – PB

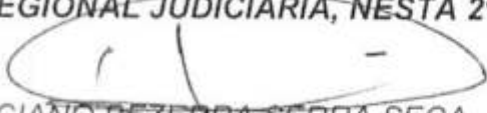
Gerson
SILVA, escolaridade: MÉDIO COMPLETO, CASADA, natural de CAMPINA GRANDE/PB, BRASILEIRA, residente na RUA ZEZINHO UCHOA, 41, bairro CRUZEIRO, na cidade de CAMPINA GRANDE, PB, celular Nº (83)98898 4489.

ACUSADO: NÃO HÁ

HISTÓRICO: QUE NA DATA DO DIA 28 DE ABRIL DE 2019, APROXIMADAMENTE ÀS 15:40HS, TRAFEGAVA COM A MOTO HONDA C/G 150 TITAN KS DE PLACA MOF 8805/PB, CHASSIS Nº 9C2KC08108R290309 E RENAVAN Nº 00984762426, DE COR CINZA, ANO 2008, MODELO 2008, LICENCIADA EM NOME LUCIANO GOMES DE SOUSA COM O CPF Nº 024.032.704-74, NA RUA JOSÉ GONÇALVES DE LUCENA PRÓXIMO AO CENTRO DE MADEIRA DO BAIRRO DO NOVO CRUZEIRO EM CAMPINA GRANDE/PB, QUANDO DERAPOU INDO AO SOLO E BATEU COM O ROSTO NO ASFALTO. APÓS ALGUNS MINUTOS FOI SOCORRIDO PELA VIATURA DA SAMU, QUE CHEGOU NO LOCAL DO ACIDENTE APROXIMADAMENTE 16:08:00, E O MESMO FOI REMOVIDO PARA O HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA DE CAMPINA GRANDE/PB. FICOU DO PERÍODO DO DIA 28/04 AO DIA 08/05/2019, ONDE PASSOU POR CIRURGIA. ESTAR FAZENDO O REGISTRO DO FATO APENAS PARA FINS DE OBTENÇÃO DO BENEFÍCIO DO SEGURO DPVAT.

PROVIDÊNCIAS ADOTADAS: A LAVRATURA E A REMESSA DESTES BOLETIM PARA A COORDENAÇÃO REGIONAL JUDICIÁRIA, NESTA 2ª SRPC

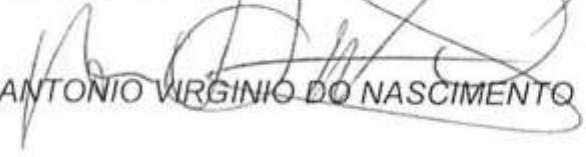
AUTORIDADE


LUCIANO BEZERRA SERRA SECA

COMUNICANTE


RONE DA SILVA ALMEIDA

ESCRIVÃO


ANTÔNIO VIRGÍNIO DO NASCIMENTO



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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 0060347139 3 - CPF da vítima: 05027106408 4 - Nome completo da vítima: Rone do Silve Almeida

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

5 - Nome completo: Rone do Silve Almeida 6 - CPF: 05027106408
7 - Profissão: motorista 8 - Endereço: Rua Prof. Aures Romar 9 - Número: 210 10 - Complemento:
11 - Bairro: SD. Paulistano 12 - Cidade: Campina Grande 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58415-102
15 - E-mail: mario.bruno.adv@hotmail.com 16 - Tel.(DDD): 8333341289

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal:
19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ 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: ITAU
AGÊNCIA: 8497 CONTA: 53620 4
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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.

22 - 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (pai/nascido)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - 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.

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário (se alfabetizado)
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha 31 JUL. 2019
39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Campina Grande PB 31/07/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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: 28/4/2019	HORA: 16:08 HRS	ID Nº: 1771432
NOME:	RONE DA SILVA ALMEIDA	
QUEIXA:	ACIDENTE DE TRÂNSITO	
LOCAL:	RUA: JOSE GONÇALVES DE LUCENA - NOVO CRUZEIRO	
COMPLEMENTO:	PROXIMO DO CENTRO DE MADEIRA	
CIDADE:	CAMPINA GRANDE / PB	
DADOS DA REMOÇÃO		
Paciente removido para o Hospital de Emergencia e Trauma		

Campina Grande, 11 de junho de 2019.




Deoclecio F. Nascimento
Coordenação Administrativa
SAMU REGIONAL CG - 192

ITAÚ – UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 07/08/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RONE DA SILVA ALMEIDA

BANCO: 341

AGÊNCIA: 08497

CONTA: 000000053620-4

Autenticação:

3528E6D057D6591AAD306EB350E6CB65BAE2CC2AE31C6D1A9675998AF84B2F6C



CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTO DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cirio, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.854/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA,
INFORME ESTE NÚMERO

MATRÍCULA

70984280

REFERÊNCIA

JAN/2019

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS
RONE DA SILVA ALMEIDA
RUA PRFA AUREA RAMOS, 210 - JD PAULISTANO CAMPINA
GRANDE PR 58415-102

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residência	Comércio	Indústria	Outro	
018.016.140.0026.000	0000	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
A01S641099	03/04/2014	INT. LACR. 4.46.40	LIGADO	LIGADO		
ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (H)	NUM DE DIAS	PRÓXIMA LEITURA		
395	405	10	11	05/04/2019		
HIST. CONS./ANOR.	LEIT.	QUALID.	ÁGUA ANEXO 20	PORT	05/2017	H5.
FEV/2019	10		PARÂMETROS	EXIG.	ANÁLIS.	CONFORMES
JAN/2019	9		TURBIDEZ	178	178	173
DEZ/2018	11		CIORO	178	178	176
NOV/2018	10		COL. TERMOI	0	0	0
OUT/2018	8		COR	55	167	163
SET/2018	9		COL. TOTAIS	178	178	178
MEDIA(H)	9		DADOS REFERENTES A: JAN/2019			

DATA DA IMPRESSÃO: 07/03/2019

HORA DA IMPRESSÃO: 09:01:07

DESCRIÇÃO

ÁGUA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

CONSUMO DE ÁGUA

ESGOTO

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

CONSUMO DE ESGOTO

ACRESCIMO(S) MES(ES) ANO: 11/2018

JUROS DE MORA 11/2018

CONSUMO

TOTAL(R\$)

10 H3

37,91

10 H3

30,33

1,39

1,60

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 6,11 PIS E COFINS: 1,11 P. 241/12

VENCIMENTO:

16/03/2019

Total a Pagar:

R\$ 71,23



CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA
CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL

INFORMAÇÕES GERAIS:

TIPO DE TARIFA: 1

SR. USUÁRIO: EM 31/01/2019, REGISTRAMOS QUE V. SA. ESTAVA EM DÍBITO. COMPAREÇA AOS POSTOS DE ATENDIMENTO PARA REGULARIZAR. CASO TENHA PAGO APÓS A DATA INDICADA, DESCONSIDERE.



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, LUCIANO GOMES DE SOUSA

RG nº 3.265.094 data de expedição 13/02/1995

Órgão SSP PA, portador do CPF nº 084.032.704-74, com

domicílio na cidade de Campina Grande, no Estado de PARAIBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

JORNALISTA ANTÔNIO BORGES DA FONSECA .nº 56

complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vitima RONALDA SILVA ALMEIDA, cujo o condutor era

ROME DA SILVA ALMEIDA

Veículo: Motocicleta

Modelo: 2008 Honda CG 150 TITAN FS

Ano: 2008

Placa: Mof 8805 1PB

Chassi: 9C21508108R290309

Data do Acidente: 28/04/2019

Local e Data: Corumbá Grande - PB 17/07/2019

Assinatura do Declarante



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

CAMPAIGNA GRANDE CARTÓRIO (Banco do Estado de São Paulo) - SÃO PAULO
Rua da Bandeira, 100 - Centro - CEP: 01060-970 - São Paulo - SP
Fone: (0xx11) 3333-3333 - Fax: (0xx11) 3333-3333
E-mail: atendimento@campanha-grande.com.br

RECEBIMENTO

Recebo(a) a(s) firma(s) de **LUCIANO GOMES DE SOUSA,**

Como ☐ SINAL PÚBLICO ☒ AUTENTICIDADE ☐ SUBSILÂNCIA

Campanha Grande-PR **17 JUL 2019**

SELO NORMAL AIV93943 DVGK TIPO B

SELO DIGITAL Nº _____

Credenciais e autenticação digital (original tipo b)

Rodrigo Freire Costa
Oficial Registrador
Cartório Campana Grande-PR
Dist. São João del-Rei

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECC		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		ENFERMAGEM	LEITO	Nº PRONTUÁRIO
FOLHA DE ANESTESIA		NOME: <i>Romeo da Silva Almeida</i>		03	04	1885021
DATA	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
07/03/19	116 x 69	88 bpm				
TIPO SANGÜÍNEO	HEMACIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	UREIA	OUTROS
	URINA					
AP RESPIRATÓRIO				ADMA		BRONQUITE
AP CIRCULATÓRIO				ELETROCARDIOGRAMA		
AP DIGESTIVO			DENTES	PESCOÇO	AP URINÁRIO	
ESTADO MENTAL			ADRENÁDICA	CORTICÓIDES	ALERGIA	HIPOTENSORES
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					ESTADO FÍSICO	
ANESTESIAS ANTERIORES						
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA				APLICADA	AS	EFEITO
						31 ml. 20"
AGENTES ANESTÉSICOS						REDUÇÃO
LÍQUIDOS						Satisf.:
	Laringo espasmo	Lenta:				
	Náuseas	Vômitos				
	Outros:					
	MANUTENÇÃO					
	INT - tudo em					
	com c/ff. VMC					
	ANESTESIA SATISF. Sim Não					
	Não, por quê?					
	DESPERTAR					
	Reflexos na SO					
	Obstr. Co. Excit.					
	Náuseas Vômitos					
	Outros					
	Com cânula					
	Para o Leito Sim Não					
	CONDIÇÕES					
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES	<i>Fentanyl</i> <i>Propofol 10mg</i> <i>M. Japlon</i> <i>Enxofeno composto</i> <i>Roxicon</i>					
POSIÇÃO						
AGENTES						
TÉCNICA						CÂNULAS
OPERAÇÃO						
QUIRÚRGICOS						
ANESTESISTAS						
OBSERVAÇÕES						
ANOTAR NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS					PERDA SANGÜÍNEA	

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: Rene da Silva Almeida 30/03/1984
 QI: — LEITE Sala 02 CONVÊNIO SUS IDADE 35 REGISTRO 1824818

GOVERNO DA PARAIBA
 SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
 Hospital de Emergência e Trauma Dom Luis Gonzaga Fernandes

CIRURGIA Fratura e redução e CIRURGIÃO Dr. Carlos + Regina do
 ANESTESIA geral ANESTESIA Rodolfo

INSTRUMENTADORA — DATA 07/05/19 INÍCIO 14:40 FIM 16:00

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Qtd.	FIOS	CÓDIGO
04	Adrenalina amp	01	Bolsa Colostoma	Calgut cromado Sertix	
	Atropina amp		Calo p. Oes	Calgut cromado Sertix	
	Diazepam amp	15	Catet. De Urina Sist. Fech.	Calgut cromado Sertix	
01	<u>Atropina amp</u>		Compressa Grande	Calgut cromado Sertix	
	Dolantina amp.		Compressa Pequena	Calgut Simples	
	Efrane ml		Colonoide	Calgut Simples Sertix	
	Fenagant amp		Dreno	Calgut Simples Sertix	
01	Fenilani ml		Dreno Keri n°	Calgut Simples Sertix	
01	<u>Injeção de</u>		Dreno Penroso n°	Cera p/ osso	
	Ketalar ml	01	Dreno Pozzer n°	Ethibond	
	Mercalina 50 ml		Equipo de Macrogolias	Ethibond	
	Nubain amp		Equipo de Macrogolias	Ethibond	
	Pavulon amp.		Equipo de Sangue	Fio de Algodão Sertix	
04	Protigmina amp.	01	Equipo de PVC	Fio de Algodão Sertix	
	Protóxido 10ml		Espiradriapo Lanco cat	Fio de Algodão Sertix	
01	Quelcin ml	01	Furacim ml	Fio de Algodão Sertix	
	Rapifen amp.		Gase Parole c/ 10 unidades	Fila cardiaca	
	Thiopental ml		H.O. ml	Mononylon	
01	Tracolum amp		Injeção de	Mononylon	
Qtd.	MEDICAÇÕES				
02	Agua Destilada amp	01	Linha de Sutura n° 1	Prolene Sertix	
01	Decadron amp	01	Linha de Sutura n° 1/2	Prolene Sertix	
02	Dipirone amp	02	Linha de Sutura n° 1/8	Prolene Sertix	
	Flaxidol amp.	04	Luvas 7.0	Prolene Sertix	
	Flebocortid amp		Luvas 7.5	Prolene Sertix	
	Geramicina amp		Luvas 8.0	Prolene Sertix	
01	<u>Injeção de</u>	01	Luvas 8.5	Prolene Sertix	
	Glucon de Cálcio amp	01	Oxigênio 22/min	Vicryl Sertix	
	Haemacel ml	01	Padu	Vicryl Sertix	
	Heparina ml	01	PVP Degermante ml	Vicryl Sertix	
	Kanakon amp	01	PVP Topico ml	Vicryl Sertix	
	Lasix amp.	01	Saco Anticóico	Vicryl Sertix	
	Medrolinazol.	03	Saco colelog	Vicryl Sertix	
	Plasil amp	03	Seringa desc. 10 ml	Vicryl Sertix	
	Preidmina	02	Seringa desc. 20 ml	Vicryl Sertix	
	Reviron amp		Seringa desc. 35 ml	Vicryl Sertix	
	Suption amp		Seringa desc. 50 ml	Vicryl Sertix	
02	Cefalotina 1g		Seringa desc. 100 ml	Vicryl Sertix	
02	<u>Injeção de</u>	01	Seringa desc. 14	Vicryl Sertix	
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES				
03	Agulha desc. 25 x 7	03	Seringa desc. 14	Vicryl Sertix	
	Agulha desc. 26 x 28	05	Seringa desc. 14	Vicryl Sertix	
	Agulha desc. 3 x 4.5		Seringa desc. 14	Vicryl Sertix	
	Agulha p/ raque n°		Seringa desc. 14	Vicryl Sertix	
01	Alcool de Enfermagem	01	Seringa desc. 14	Vicryl Sertix	
	Alcool Iodado ml		Seringa desc. 14	Vicryl Sertix	
	Ataduras de Crepon		Seringa desc. 14	Vicryl Sertix	
	Ataduras de Gessada	01	Seringa desc. 14	Vicryl Sertix	
	Azul melileno amp.		Seringa desc. 14	Vicryl Sertix	
	Benzina ml		Seringa desc. 14	Vicryl Sertix	

ASSESSORIA
 31 JUL. 2019
 CORRETORA DE SEGUROS

Qtd.	SOROS
03	SG Normotermico fr 500 ml
	SG Gelado fr 500 ml
	SG Hipertermico fr 500 ml
02	SG Ringr fr 500 ml
02	SG fr 500 ml

ORTESE E PROTESE
 01 p/lerd f de os furas
 05 p/lerd f de os furas

EQUIPAMENTOS	
() Oximetro de Pulso	() Foco Auxiliar
() Serra	() Eletrocautêrico
() Desfibrilador	() Oxímetro
() Foco Frontal	() Cardíaco
() Fonte de Luz	() Perfurador Elétrico

CIRCULANTE RESPONSÁVEL
Regina do Carmo
 COREN 1218614

GOVERNO
DA PARAÍBA

Número do Prontuário: 137219

DATA DA CIRURGIA: 07/05/2019

Número do Atendimento: 1885021 Clin: NEUROBUCA / Enf: 8 / Lei: 4

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: RONE DA SILVA ALMEIDA

Data da Internação: 28/04/2019

Atendimento: 1885021

Diagnostico Pré-Operatório: Fratura do *CZM direito*Diagnostico Pós-Operatório: *o mesmo*

Cirurgia: REDUCAO + FIE

Data da Cirurgia: 07/05/2019

Equipe:

Cirurgião: MARIO CESAR

Aux 1: REGINALDO FERNANDES DA SI

Aux 2: TASSO ASSUERO

Aux 3:

Instrumentador: ROZANA

Anestesiista: ANTONIO RAFAEL SODRE CAMPOS DE ALMEIDA

Tipo de anestesia: GERAL (NASOTRAQUEAL)



Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radlológico no Ato:

Acidente Durante Operação:

Descrição da Operação:

- 1 - PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA GERAL COM ENTUBAÇÃO ~~OROFARÍNGEO~~ *NASOTRAQUEAL*
- 2 - COLOCAÇÃO DE TAMPÃO OROFARÍNGEO
- 3 - ANTISSEPSEIA EXTRA-BUCAL E INTRA-BUCAL COM CLOREXIDINA DEGERMANTE
- 4 - APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS
- 5 - ANESTESIA LOCAL COM LIDOCAÍNA C/ VASOCONSTRICTOR
- 6 - ACESSO VESTIBULAR MAXILAR (INTRA-BUCAL)
- 7 - DIVULSAO + DESCOLAMENTO DE TECIDOS POR PLANOS
- 8 - EXPOSIÇÃO DE TRAÇO DE FRATURA EM CORPO DE ZIGOMA DIREITO
- 9 - REDUÇÃO ANATOMICA DE FRATURA PELA TÉCNICA DE QUIN
- 10 - FIXAÇÃO DE FRATURA NO PILAR ZIGOMATICO-MAXILAR COM 01 PLACA 2.0 MM EM "T" (05 FUIROS) + 05 PARAFUSOS AUTOPERFORANTES Nº 06
- 11 - IRRIGAÇÃO COPIOSA COM SORO FISIOLÓGICO 0,9%
- 16 - SUTURA DE ACESSO COM VYCIRIL 3-0
- 17 - REMOÇÃO DE TAMPÃO OROFARÍNGEO

EMPRESA: BEM.MED.

INICIO: 14:40 h

TERMINO: 16:00 h

Dr. Tasso Assuero Menezes Honorato
Cirurgião Traumatologia
Bucodmaxilofacial
Residente - CRO/PB 7227

Data 07/05/2019

Assinatura/Carimbo

Tasso Assuero Menezes Honorato

GOVERNO
DA PARAÍBA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 1885021 **Paciente:** RONE DA SILVA ALMEIDA **Idade:** 035 **Sexo:** M

Nome da Mãe: ROSILDA DE FATIMA DA SILVA ALMEIDA **Data de Nascimento:** 30/03/1984 **Admissão:** 28/04/2019

Clinica: NEUROBUÇO **Enfermaria:** 8 **Leito:** 4 **Diagnóstico:** FRATURA DO CZM D + PAREDE ANTERIOR DO OSSO FRONTAL

DIA 06/05/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE: Tasso Assuero Menezes Honorato /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 02AMPOLA, 6h/6h	12 1/8 2/1 0/6
3	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	1/2 2/1 0/6
4	RANITIDINA CLORIDRATO 150 MG V.O. 1COMP. 12h/12h	1/8 2/1 0/6
5	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	em
6	MANTER COM JELCO HEPARINIZADO BRACÓ ESQUERDO	em

EVOLUÇÃO

DATA: 06/05/2019 HORA: 06:31:38

BMF 8º D.L.H

* DIETA LÍQUIDA A PARTIR DAS 00:00h

07. SORO GLICOSADO 5%. 500ML, EV.

Paciente evolui em BEG, consciente, orientado, eupneico, normocorado e deambulando. Ao exame clínico apresenta escoriações em região frontal D e em dorso nasal, equimose periorbitária D, edema em hemiface D em regressão, movimentos oculares preservados, abertura bucal preservada.

*TC: observa-se fratura na região da sutura frontozigomática e rebordo orbitário d + parede anterior do seio frontal.

*CD: - AGUARDANDO OPORTUNIDADE CIRÚRGICA

ASSINATURA + CARIMBO
Tasso Assuero Menezes Honorato

Dr. Tasso Assuero Menezes Honorato
Cirurgia e Traumatologia
Bucodentofacial
Residência - CRO/IPB 7227



BEMMED

ARTIGOS CIRÚRGICOS

CONTROLE CIRÚRGICO

Nº 0186

PACIENTE: Robson da Silva Almeida PRONTUÁRIO: 762487E
 HOSPITAL: Clínica de Especialidades e Imagem INSTRUMENTADOR: Robson
 MÉDICO: DR. F. L. G. + DR. M. M. R. R. R. CONVENIO: União SUS
 Data da Cirurgia: 01/05/2019 Circulante: Adriana
 Procedimento: Redução e fixação de fratura de mandíbula

Material utilizado

Quant.	Nomenclatura	Código
01	Placa T 5 Furos	2.0
05	Parafusos autoq. N. 6	2.0

Verificado por: _____ Visto: _____ Data: 01/05/2019



v. Odon Bezerra, 64 - Tambiá - João Pessoa - PB - CEP: 58.020-500
 Fone: (83) 3024-8602 - E-mail: bemmedopme@gmail.com

GOVERNO
DA PARÁ

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 07/05/2019

Horas: 16:01:36

Médico (a) -Diarista : Tasso Assuero Menezes Honorato

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1885021 Paciente: RONE DA SILVA ALMEIDA Idade: 035 Sexo: M

Nome da Mãe: ROSILDA DE FATIMA DA SILVA ALMEIDA Data de Nascimento: 30/03/1984 Admissão: 28/04/2019

Clínica: NEUROBUCO Enfermaria: 8 Leito: 4 Diagnóstico: FRATURA DO CZM D + PAREDE ANTERIOR DO OSSO FRONTAL

DIA 07/05/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Tasso Assuero Menezes Honorato /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	CLINDAMICINA DE 600 MG 4 ML E.V. 1AMPOLA, 12h/12h 5D/5D Diluir em 50 ML SF	12 00
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 02AMPOLA, 6h/6h	12 00
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	12 00
5	RANITIDINA CLORIDRATO 150 MG V.O. 1COMP, 12h/12h	12 00
6	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	12 00
7	MANTER COM JELCO HEPARINIZADO BRACO ESQUERDO	12 00

EVOLUÇÃO

DATA: 07/05/2019 HORA: 16:00:04

BMF 9º D.LH

Paciente submetido a procedimento cirúrgico para redução e fixação interna estável de Zigoma direito. Cirurgia sem intercorrências ou complicações.

*CD: - Solicito Rx de Waters

- Proervação.

ASSINATURA + CARIMBO
Tasso Assuero Menezes Honorato

Dr. Tasso Assuero Menezes Honorato
Cirurgia - Otorrinolaringologia
Bucodentofacial
Residente - CRO/PB 7227





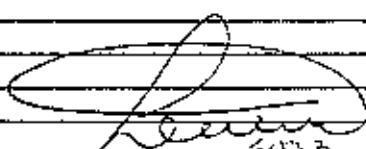
Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente:	Rione de Silva Almeida		Idade:	35 a	
Convênio:			Data:		
Procedimento:	Fratura e redução e fixação Zigomática				
Cirurgião:	Dr. Mauro	Auxiliar:	Roginaldo	Anestesista:	Dr. Rafael
Início:		Término:		Anestesia	geral

[illegible][illegible]

Observações:

Plc. circulante e assinatura, reser. circulante e circulante J3
1. Assinatura. Assinatura. Plc. de SCS



Assinatura Anestesiologista

Circulante

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 O ₂ < 90 com oxigênio = 0 Sat O ₂ > 90 com oxigênio = 1 Sat O ₂ > 92% sem oxigênio = 2		
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		
TOTAL DE PONTOS:		



Assinatura do anestesista

Data da internação: 28/04/2019 Hora: 22:28:20

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
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES	2362856
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	4 - CNES
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES	2362856
Identificação do Paciente	
5 - NOME DO PACIENTE	6 - Nº DO PRONTUÁRIO
RONE DA SILVA ALMEIDA	1885021
7 - CARTÃO DO SUS	8 - DATA DE NASCIMENTO
702605780055144	30/03/1984
9 - SEXO	10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL
Masculino ☒ Feminino ☐	ROSILDA DE FATIMA DA SILVA ALMEIDA
11 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)	12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)
R PROFESSORA AUREA RAMOS, 210, JARDIM PAULISTANO	R PROFESSORA AUREA RAMOS, 210, JARDIM PAULISTANO
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	14 - CÓDIGO MUNICIPAL
Camplina Grande	250400
15 - UF	16 - CEP
PB	58400002
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO	
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS	
ESCORIAÇÕES, HEMATOMA, EDEMA	
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO	
Fratura em face	
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES RESULTADOS)	
Fratura em face	
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL	21 - CID 10 PRINCIPAL
Fratura EDEMA @ Frontal	
PROCEDIMENTO SOLICITADO	
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
INTERNAÇÃO	
26 - CLÍNICA	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
BME	02
28 - DOCUMENTO (X) CNES () CPF	29 - Nº DOCUMENTO (CNES/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
	700803481635483
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	31 - DATA DA SOLICITAÇÃO
REBECA VALESKA SOARES	28/04/2019
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)	
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	34 - CNPJ DA SEGURADORA
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	35 - Nº DO BILHETE
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	36 - SÉRIE
36 - CNPJ EMPRESA	37 - CNES DA EMPRESA
38 - CBO 38	39 - CBO 38
40 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA	41 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURO	
AUTORIZAÇÃO	
42 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	43 - COD. ORGÃO EMISSOR
44 - DOCUMENTO () CNES () CPF	45 - Nº DOCUMENTO (CNES/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	47 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)
1 / 1	

LIBERAÇÃO DE LEITO

Nome do Paciente: RONE DA SILVA ALMEIDA

Data da Internação: 28/04/2019 Data da Alta: 08/05/2019

Registro: 1885021

Tempo de Permanência: 18015

Diagnóstico Inicial: Fratura de zigomático D

Diagnóstico Final: Fratura de zigomático D

Principais Exames: Hematológicos e de imagem (Tomografia computadorizada)

Cirurgia: REDUÇÃO + FIE. Data: 07/05/2019

Equipe:

Cirurgião: DR MARIO CESAR

Aux 1: DR REGINALDO FERNANDES

Aux 2: DR TASSO ASSUERO

Aux 3:

Aux 4:

Anestesiado:

Medicamentos: Analgésico e antibiótico.

Infecção F.O:

Coleta de Material:

Bacteriologia:

Anatomopatológico:

Resumo Clínico (História, Evolução, Terapêutica e Complicações): Paciente apresentou-se edema em face e hematoma periorbitário D, má oclusão. Foi diagnosticado fratura do complexo zigomático direito. Submeteu-se a procedimento cirúrgico, evoluindo em BEC, sem sequelas ou intercorrências.

Orientações: Repouso por 07 dias, higiene oral com clorexidina, antibioticoterapia oral, compressa gelada em hemiface direita por 02 dias, retornar ao ambulatório de Bucomaxilo no dia 22/05/2019 às 14:00 horas. Demais orientações repassadas verbalmente.

Dietas: LIVRE

Medicações para Casa: Analgésico e Antibiótico (amoxicilina).

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: LAVAR COM ÁGUA E SABÃO DUAS VEZES AO DIA. SE APRESENTAR FEBRE, DOR, VERMELHIDÃO OU INCHAÇO RETORNAR IMEDIATAMENTE AO HOSPITAL!

Retorno ao Ambulatório de : em : para retirada de pontos

ao Ambulatório de : BUCOMAXILO em: 22/05/2019 para revisão Repouso 7 dias

Condições de Alta: Melhorado

Data: 08/05/2019

Assinatura/Carimbo
Tasso Assuero Menezes Honorato

OBS: LIBERAÇÃO CONFERIDA NO RESUMO DE ALTA! RESPONSÁVEL: Tasso Assuero



Dr. Tasso Assuero Menezes Honorato
Cirurgia e Traumatologia
Bucomaxilofacial
Residência - CRO/PB 7227



GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 08/05/2019

Horas: 08:14:26

Médico (a) Diarista : Tasso Assuero Menezes Honorato

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1885021 Paciente: RONE DA SILVA ALMEIDA Idade: 035 Sexo: M

Nome da Mãe: ROSILDA DE FATIMA DA SILVA ALMEIDA Data de Nascimento: 30/03/1984 Admissão: 28/04/2019

Clinica: NEUROBUCO Enfermaria: 8 Leito: 4 Diagnóstico: FRATURA DO CZM D + PAREDE ANTERIOR DO OSSO FRONTAL

DIA 08/05/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Tasso Assuero Menezes Honorato /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 02AMPOLA, 6h/6h	
3	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	
4	RANITIDINA CLORIDRATO 150 MG V.O. 1COMP. 12h/12h	
5	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

EVOLUÇÃO

DATA: 08/05/2019 HORA: 08:13:36

BMF 10° D.L.H

Paciente submetido a procedimento cirúrgico para redução e fixação interna estável de Zigoma direito no dia de ontem. Paciente evolui em BEG, sem queixas ou intercorrências.

CD: - Alta Hospitalar com retorno agendado.

ASSINATURA + CARIMBO
Tasso Assuero Menezes Honorato

Dr. Tasso Assuero Menezes Honorato
Cirurgia e Traumatologia
Bucodentofacial
Residente - CRO/PB 7227



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº:1884818

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: 28/04/2019

Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07

Atendente: Vanessa Patricia Sales Do Nascimento

PACIENTE: RONE DA SILVA

CEP:58400002

Nascimento:30/03/1984

ALMEIDA

Endereço: R PROFESSORA AUREA RAMOS

Sexo:M

Telefone: 988329379

Cidade: Campina Grande

Idade:035

Bairro: JARDIM PAULISTANO

Nome da Mãe: ROSILDA DE FATIMA DA SILVA
ALMEIDA

RG: 3089541

Nº:210

CPF: 05027106408

Profissão:

Responsável: RIVALDO DA SILVA

Data de

CNS:702605780055144

Estado Civil-Casado(a)

Atend:28/04/2019

CONVÊNIO:SUS

Motivo: ACIDENTE DE MOTO

Hora: 17:02:46

Especialidade:

Médico:

CRM:

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

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. Injurgimento Vendoso |
| 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 Encastrado |
| 11. Equimose | 29. Otorragia |
| 12. F. Arma branca | 30. Paralisia |
| 13. F. Arma de fogo | 31. Parestia |
| 14. F. Cortado | 32. Parestia |
| 15. F. Cortante | 33. Queimadura |
| 16. F. Corto-contuso | 34. Rinite |
| 17. F. Perfuro-contuso | 35. Síndrome de Isquemia |
| 18. F. Perfuro-cortante | 36. |

OBS:

QUEIMADURA:

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

DIAGNOSTICO / CID:

Politrauma

TOMOGRAFIA
REALIZADA EM:
29/04/19TOMOGRAFIA
REALIZADA EM:
28/04/19

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

Paciente trazido pelo SAMU com prancha rígida e colar cervical, alcoolizado, com história de colisão moto x carro, baixo-se de náuseas, dor em pulso e urgência em ser atendido.

A: Vítima atropada por veículo
B: Trauma extenso, múltiplas fraturas, AD, NDA, ACV, NDA
C: Vítima de sangramento pelo trauma
D: alcoolizado

ALERGIA:

Nega

MEDICAMENTOS:

Nega

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS (N) Fotorreagentes (N) Isocóricas () Anisocóricas ()

Glasgow 15 PA HGT: SatO2

E. Insensibilização em membros superiores e inferiores

EXAMES SOLICITADOS:

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

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: BMF / às : Dia 28/04/19

Especialista: Ortopedista / às : Dia 28/04/19

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	SR2, 500ml, EV, agora	
2	Talatal 40mg + AD, EV, agora	
3	Dipirona 600mg + AD, EV, agora	
4	Ato de diagnóstico geral	
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Dr. Yuri M. N. Costa
Médico Residente
Cirurgião Geral
CRM-PB 10556

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

#0070#
 Val. pe auzul răscoal
 grupu de din m. Goc, bul, m. p
 Escori; njo cu p
 Pe bari. Sun altu om
 HD Contor
 Ct. Arden
 Alta ortoped

DESTINO DO PACIENTE às hs.

- () Centro cirúrgico _____
() Internação (setor) _____
() Transferência a outro SETOR do HOSPITAL _____

Marcelo Henriquez de Silva
Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

22104119

19. ۱۰/۱۲

II BNFH

Personal Volume the whole the notes, of students
 as well as the first & second hand, and the
 same & sometimes the same students the books
 are deposited (1) + written (1) + books added to the
 Fund.

CP: *Externa*

Walter W. R.

Resutur: 6 ME, 91 Infirmitas Nephrologica

#108 E 2810414

02/11/2010

TS 136810, 10/3/10

Southern Pine Cone

FILE NO: SKL-1406-

DR. G. A. ZILBOEL

SERVICIOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO

CBO

IDADE

10.1.1.148/projetochilop/impresurgencia.php?contar=1854818

GOVERNO
DA PARAIBA

SECRETARIA
HOSPITAL DE EMERGENCIA

SECRETARIA DE SAUDE
HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Ficha de Acolhimento

SAMU

Nome:	Rome da Silva Almeida	Bairro:	Jardim Toulustano
End:	Prof. Cívica Ramos - 210	Documento de Identificação:	
Data de Nascimento:	30/03/1984	Documento de Identificação:	
Queixa:	De. Noto	Data do Atendimento:	28/04/19
Acidente de trabalho?	() Sim (X) Não	Hora:	16:54
		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		

MOD. 110

Estratificação

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



Assinatura e carimbo do profissional



ATESTADO MÉDICO

ATESTO que Osne de Silva Almeida

foi atendido (às) hoje, às _____ (_____) horas, necessitando de 32 (trinta e dois) dias de afastamento do trabalho, a partir desta data.

DIAGNÓSTICO CID S62

Campina Grande, 22/05/13

Dr. Julio Cesar Castro
Ortopedia e Traumatologia
CRMPE 3985 / CRM/RN-8320

Assinatura do Médico - CRM N°



End.: AV. Floriano Peixoto, 4700 - CEP 58432-809 - Malvinas - Campina Grande - PB



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

ATESTADO

ATESTAMOS PARA OS DEVIDOS FINS QUE O(A) SR. (A): Rone da Silva
Almeida PORTADOR(A) DA CARTEIRA PROFISSIONAL Nº. _____
SÉRIE _____ ESTEVE INTERNADO(A) NESTA UNIDADE HOSPITALAR SUBMETENDO-SE A
TRATAMENTO ESPECIALIZADO DE ENTIDADE NOSOLÓGICA DE Nº: S02.9 NO CID. DURANTE
O PERÍODO DE 28/09/19 A 08/10/19 NECESSITANDO DE
15 (quinze) DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES.
Campina Grande 08/10/2019

Dr. Tasso Assuero Menezes Honorato
Cirurgia e Traumatologia
Bulimia maxilofacial
Residência - CRO/PB 7227
Ass. do Médico - Nº. do CRM

AUTORIZAÇÃO

Eu, RONE DA SILVA ALMEIDA autorizo o
Dr., TASSO ASSUERO MENEZES HONORATO a registrar o diagnóstico
codificado CID ou por extenso neste atestado médico.

Rone da Silva Almeida
Ass. do Paciente ou Responsável





LIBERAÇÃO DE LEITO

Nome do Paciente: RONE DA SILVA ALMEIDA

Data da Internação: 28/04/2019

Data da Alta: 08/05/2019

Registro: 1885021

Tempo de Permanência: -18015

Diagnóstico Inicial: Fratura de zigomático D

Diagnóstico Final: Fratura de zigomático D

Principais Exames: Hematológicos e de Imagem (Tomografia computadorizada)

Cirurgia: REDUCAO + FIE

Data: 07/05/2019

Equipe:

Cirurgião: DR MARIO CESAR

Aux 1: DR REGINALDO FERNANDES

Aux 2: DR TASSO ASSUERO

Aux 3:

Aux 4:

Anestesista:

Medicamentos: Analgésico e antibiótico.

Infecção F.O:

Coleta de Material:

Bacteriologia:

Anatomopatológico:

Resumo Clínico(História, Evolução, Terapêutica e Complicações): Paciente apresentou-se edema em face e hematoma periorbitário D, má oclusão. Foi diagnosticado fratura do complexo zigomático direito. Submeteu-se a procedimento cirurgico, evoluindo em BEG, sem sequelas ou intercorrências.

Orientações: Repouso por 07 dias, higiene oral com clorexidina, antibioticoterapia oral, compressa gelada em hemiface direita por 02 dias, retornar ao ambulatório de Bucomaxilo no dia 22/05/2019 as 14:00 horas. Demais orientações repassadas verbalmente.

Dieta: LIVRE

Medicações para Casa: Analgésico e Antibiótico (amoxicilina).

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: LAVAR COM ÁGUA E SABÃO DUAS VEZES AO DIA. SE APRESENTAR FEBRE, DOR, VERMELHIDÃO OU INCHAÇO RETORNAR IMEDIATAMENTE AO HOSPITAL!

+ DESCONSIDERAR!

Retorno ao Ambulatório de : em : para retirada de pontos

ao Ambulatório de : BUCOMAXILO em: 22/05/2019 para revisão Repouso 7 dias

Condições de Alta: Melhorado

Data: 08/05/2019

Assinatura/Carimbo
Tasso Assuero Menezes Honorato

Dr. Tasso Assuero Menezes Honorato
Cirurgia e Traumatologia
Bucomaxilo-facial
Residência - CROPB 7227

OBS: LIBERAÇÃO CONFERIDA NO RESUMO DE ALTA! RESPONSÁVEL: Tasso Assuero

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECC		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		ENFERMAGEM	LEITO	Nº PRONTUÁRIO
FOLHA DE ANESTESIA		NOME: <i>Romeo da Silva Almeida</i>		03	04	1885021
DATA	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
07/03/19	116 x 69	88 bpm				
TIPO SANGÜÍNEO	HEMACIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	UREIA	OUTROS
	URINA					
AP. RESPIRATÓRIO				ADMA		BRONQUITE
AP. CIRCULATÓRIO				ELETROCARDIOGRAMA		
AP. DIGESTIVO			DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIO	
ESTADO MENTAL			ADRENÁDICA	CORTICÓIDES	ALERGIA	HIPOTENSORES
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					ESTADO FÍSICO	
ANESTESIAS ANTERIORES						
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA				APLICADA	AS	EFEITO
						31 ml. 2m
AGENTES ANESTÉSICOS						REDUÇÃO
LÍQUIDOS						Satisf.:
	Laringo:	esparmo:	Lenta:			
	Náuseas:	Vômitos:				
	Outros:					
	MANUTENÇÃO					
	INT - tudo em					
	com c/ff. VMC					
	ANESTESIA SATISF. Sim: Não:					
	Não, por quê?					
	DESPERTAR					
	Reflexos na SO:					
	Obstr. Co. Excit.:					
	Náuseas: Vômitos:					
	Outros:					
	Com cânula					
	Para o Leito Sim: Não:					
	CONDIÇÕES.					
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES	<i>Fentanyl</i> <i>Propofol 10mg</i> <i>M. Japlon</i> <i>Enxofon composto</i> <i>Roxicon</i>					
POSIÇÃO						
AGENTES						
TÉCNICA						
OPERAÇÃO						
QUIRÚRGICOS						
ANESTESISTAS						
OBSERVAÇÕES						
ANEXAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS					PERDA SANGÜÍNEA	

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

[illegible]

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

Luiz Paulo S. Silva
 Engenheiro
 COREN 1218614

NOO OGG

GOVERNO
DA PARAÍBA

Número do Prontuário: 137219

DATA DA CIRURGIA: 07/05/2019

Número do Atendimento: 1885021 Clin: NEUROBUCA / Enf: 8 / Lei: 4

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: RONE DA SILVA ALMEIDA

Data da Internação: 28/04/2019

Atendimento: 1885021

Diagnostico Pré-Operatório: Fratura do *CZM direito*Diagnostico Pós-Operatório: *o mesmo*

Cirurgia: REDUCAO + FIE

Data da Cirurgia: 07/05/2019

Equipe:

Cirurgião: MARIO CESAR

Aux 1: REGINALDO FERNANDES DA SI

Aux 2: TASSO ASSUERO

Aux 3:

Instrumentador: ROZANA

Anestesiista: ANTONIO RAFAEL SODRE CAMPOS DE ALMEIDA

Tipo de anestesia: GERAL (NASOTRAQUEAL)



Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radlológico no Ato:

Acidente Durante Operação:

Descrição da Operação:

- 1 - PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA GERAL COM ENTUBAÇÃO ~~OROFARÍNGEO~~ *NASOTRAQUEAL*
2 - COLOCAÇÃO DE TAMPÃO OROFARÍNGEO
3 - ANTISSEPSE EXTRA-BUCAL E INTRA-BUCAL COM CLOREXIDINA DEGERMANTE
4 - APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS
5 - ANESTESIA LOCAL COM LIDOCAÍNA C/ VASOCONSTRICTOR
6 - ACESSO VESTIBULAR MAXILAR (INTRA-BUCAL)
7 - DIVULSÃO + DESCOLAMENTO DE TECIDOS POR PLANOS
8 - EXPOSIÇÃO DE TRAÇO DE FRATURA EM CORPO DE ZIGOMA DIREITO
9 - REDUÇÃO ANATOMICA DE FRATURA PELA TÉCNICA DE QUIN
10 - FIXAÇÃO DE FRATURA NO PILAR ZIGOMATICO-MAXILAR COM 01 PLACA 2.0 MM EM "T" (05 FUIROS) + 05 PARAFUSOS AUTOPERFORANTES Nº 06
11 - IRRIGAÇÃO COPIOSA COM SORO FISIOLÓGICO 0,9%
16 - SUTURA DE ACESSO COM VYCIRIL 3-0
17 - REMOÇÃO DE TAMPÃO OROFARÍNGEO

EMPRESA: BEM.MED.

INICIO: 14:40 h

TERMINO: 16:00 h

Dr. Tasso Assuero Menezes Honorato
Cirurgião Traumatologia
Bucodmaxilofacial
Residente - CRO/PB 7227

Data 07/05/2019

Assinatura/Carimbo

Tasso Assuero Menezes Honorato

GOVERNO
DA PARAÍBA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 1885021 **Paciente: RONE DA SILVA ALMEIDA** Idade: 035 Sexo: M

Nome da Mãe: ROSILDA DE FATIMA DA SILVA ALMEIDA Data de Nascimento: 30/03/1984 Admissão: 28/04/2019

Clinica: NEUROBUÇO Enfermaria: 8 Leito: 4 Diagnóstico: FRATURA DO CZM D + PAREDE ANTERIOR DO OSSO FRONTAL

DIA 06/05/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE: Tasso Assuero Menezes Honorato /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 02AMPOLA, 6h/6h	12 1/8 2/1 0/6
3	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	1/2 2/1 0/6
4	RANITIDINA CLORIDRATO 150 MG V.O. 1COMP. 12h/12h	1/8 2/1 0/6
5	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	em
6	MANTER COM JELCO HEPARINIZADO BRACÓ ESQUERDO	em

EVOLUÇÃO

DATA: 06/05/2019 HORA: 06:31:38

BMF 8º D.L.H

* DIETA LÍQUIDA A PARTIR DAS 00:00h

Dr. Tasso Assuero Menezes Honorato
Cirurgia e Traumatologia
Bucodentofacial
Residência - CRO/IPB 7227

Paciente evolui em BEG, consciente, orientado, eupneico, normocorado e deambulando. Ao exame clínico apresenta escoriações em região frontal D e em dorso nasal, equimose periorbitária D, edema em hemiface D em regressão, movimentos oculares preservados, abertura bucal preservada.

*TC: observa-se fratura na região da sutura frontozigomática e rebordo orbitário d + parede anterior do seio frontal.

*CD: - AGUARDANDO OPORTUNIDADE CIRÚRGICA

ASSINATURA + CARIMBO
Tasso Assuero Menezes Honorato

Dr. Tasso Assuero Menezes Honorato
Cirurgia e Traumatologia
Bucodentofacial
Residência - CRO/IPB 7227



BEMMED

ARTIGOS CIRÚRGICOS

CONTROLE CIRÚRGICO

Nº 0186

PACIENTE: Robson da Silva Almeida PRONTUÁRIO: 762487E
HOSPITAL: Clínica de Especialidades e Imagem INSTRUMENTADOR: Robson
MÉDICO: DR. F. L. G. + DR. M. M. R. R. R. CONVENIO: União SUS
Data da Cirurgia: 01/05/2019 Circulante: Adriana
Procedimento: Redução e fixação de fratura de mandíbula

Material utilizado

Quant.	Nomenclatura	Código
01	Placa T 5 Furos	2.0
05	Parafusos autoq. N. 6	2.0

Verificado por: _____

Visto: _____

Data: 01/05/2019

Av. Odon Bezerra, 64 - Tambiá - João Pessoa - PB - CEP: 58.020-500

Fone: (83) 3024-8602 - E-mail: bemmedopme@gmail.com



CHECKLIST

GOVERNO DA PARAÍBA
SEGUE o trabalho
PRÉ-OPERATÓRIO-ALAS

SETOR DE ORIGEM:	Núcleo		
NOME:	Renê de Silva		
PROCEDIMENTO:	Exocho		
☒ AVP-LOCAL: 115	JELCO Nº: 18	☒ AVC	☒ JEIUM
BANHO PRÉ-OPERATÓRIO: ☐ COM CLOREXIDINA		☒ SABONETE PRÓPRIO	
RETIRADO: ☐ PRÓTESE DENTÁRIA	☐ USG	☐ ADORNOS	☐ PERTENCES
ENCAMINHADO: ☒ HEMOG	☐ TOMOGRAFIA	☐ Ressonância	
☐ TERMO DE CONSENTIMENTO		☒ NÃO SE APLICA	
☐ RESERVA DE HEMODERIVADO		☒ NÃO SE APLICA	
ENFERMEIRO RESPONSÁVEL:	Japaneira		
	COREN:	456552	



AV. Marechal Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas
Campina Grande - PBCEP: 58.432-809
Email: chefiartraumacg@hotmail.com hospitalregionalcg@hotmail.com
CNPJ: 08.778.268-0001-60

GOVERNO
DA PARÁ

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 07/05/2019

Horas: 16:01:36

Médico (a) -Diarista : Tasso Assuero Menezes Honorato

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1885021 Paciente: RONE DA SILVA ALMEIDA Idade: 035 Sexo: M

Nome da Mãe: ROSILDA DE FATIMA DA SILVA ALMEIDA Data de Nascimento: 30/03/1984 Admissão: 28/04/2019

Clínica: NEUROBUÇO Enfermaria: 8 Leito: 4 Diagnóstico: FRATURA DO CZM D + PAREDE ANTERIOR DO OSSO FRONTAL

DIA 07/05/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Tasso Assuero Menezes Honorato /

Item	Prescrição	Apazamento
1	DIETA LIVRE	
2	CLINDAMICINA DE 600 MG 4 ML E.V. 1AMPOLA, 12h/12h 5D/5D Diluir em 50 ML SF	12 00
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 02AMPOLA, 6h/6h	12 00
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	12 00
5	RANITIDINA CLORIDRATO 150 MG V.O. 1COMP, 12h/12h	12 00
6	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	12 00
7	MANTER COM JELCO HEPARINIZADO BRACO ESQUERDO	12 00

EVOLUÇÃO

DATA: 07/05/2019 HORA: 16:00:04

BMF 9º D.LH

Paciente submetido a procedimento cirúrgico para redução e fixação interna estável de Zigoma direito. Cirurgia sem intercorrências ou complicações.

*CD: - Solicito Rx de Waters

- Proservação.

ASSINATURA + CARIMBO
Tasso Assuero Menezes Honorato

Dr. Tasso Assuero Menezes Honorato
Cirurgia - Otorrinolaringologia
Bucodentofacial
Residente - CRO/PB 7227



Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente:	Rione de Silva Almeida		Idade:	35 a	
Convênio:			Data:		
Procedimento:	Fratura e redução e fixação Zigomática				
Cirurgião:	Dr. Mauro	Auxiliar:	Roginaldo	Anestesista:	Dr. Rafael
Início:		Término:		Anestesia	geral

[illegible][illegible]

Observações:

Plc. circulante e assinatura, não, circulante e circulante J3
1 minuto. Sem pontos. Plc. de SCS



Assinatura Anestesiologista

Circulante

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, Dispnéia = 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 O ₂ < 90 com oxigênio = 0 Sat O ₂ > 90 com oxigênio = 1 Sat O ₂ > 92% sem oxigênio = 2		
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		
TOTAL DE PONTOS:		



Assinatura do anestesista

Data da internação: 28/04/2019 Hora: 22:28:20

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
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES	2362856
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	4 - CNES
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES	2362856
Identificação do Paciente	
5 - NOME DO PACIENTE	6 - Nº DO PRONTUÁRIO
RONE DA SILVA ALMEIDA	1885021
7 - CARTÃO DO SUS	8 - DATA DE NASCIMENTO
702605780055144	30/03/1984
9 - SEXO	10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL
Masculino ☒ Feminino ☐	ROSILDA DE FATIMA DA SILVA ALMEIDA
11 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)	12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)
R PROFESSORA AUREA RAMOS, 210, JARDIM PAULISTANO	R PROFESSORA AUREA RAMOS, 210, JARDIM PAULISTANO
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	14 - CÓDIGO MUNICIPAL
Camplina Grande	250400
15 - UF	16 - CEP
PB	58400002
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO	
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS	
ESCORIAÇÕES, HEMATOMA, EDEMA	
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO	
Fratura em face	
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES RESULTADOS)	
Fratura em face	
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL	21 - CID 10 PRINCIPAL
Fratura EDEMA @ Frontal	
PROCEDIMENTO SOLICITADO	
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
INTERNAÇÃO	
26 - CLÍNICA	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
BME	02
28 - DOCUMENTO (X) CNIS () CPF	29 - Nº DOCUMENTO (CNIS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
	700803481635483
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	31 - DATA DA SOLICITAÇÃO
REBECA VALESKA SOARES	28/04/2019
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)	
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	34 - CNPJ DA SEGURADORA
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	35 - Nº DO BILHETE
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	36 - SÉRIE
36 - CNPJ EMPRESA	37 - CNIS DA EMPRESA
38 - CNIS DA EMPRESA	39 - C0 3R
40 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA	41 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURO	
AUTORIZAÇÃO	
42 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	43 - COD. ORGÃO EMISSOR
44 - DOCUMENTO () CNIS () CPF	45 - Nº DOCUMENTO (CNIS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	47 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)
1 / 1	

LIBERAÇÃO DE LEITO

Nome do Paciente: RONE DA SILVA ALMEIDA

Data da Internação: 28/04/2019 Data da Alta: 08/05/2019

Registro: 1885021

Tempo de Permanência: 18015

Diagnóstico Inicial: Fratura de zigomático D

Diagnóstico Final: Fratura de zigomático D

Principais Exames: Hematológicos e de imagem (Tomografia computadorizada)

Cirurgia: REDUCAO + FIE. Data: 07/05/2019

Equipe:

Cirurgião: DR MARIO CESAR

Aux 1: DR REGINALDO FERNANDES

Aux 2: DR TASSO ASSUERO

Aux 3:

Aux 4:

Anestesiista:

Medicamentos: Analgésico e antibiótico.

Infecção F.O:

Coleta de Material:

Bacteriologia:

Anatomopatológico:

Resumo Clínico (História, Evolução, Terapêutica e Complicações): Paciente apresentou-se edema em face e hematoma periorbitário D, má oclusão. Foi diagnosticado fratura do complexo zigomático direito. Submeteu-se a procedimento cirúrgico, evoluindo em BEC, sem sequelas ou intercorrências.

Orientações: Repouso por 07 dias, higiene oral com clorexidina, antibioticoterapia oral, compressa gelada em hemiface direita por 02 dias, retornar ao ambulatório de Bucomaxilo no dia 22/05/2019 às 14:00 horas. Demais orientações repassadas verbalmente.

Dietas: LIVRE

Medicações para Casa: Analgésico e Antibiótico (amoxicilina).

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: LAVAR COM ÁGUA E SABÃO DUAS VEZES AO DIA. SE APRESENTAR FEBRE, DOR, VERMELHIDÃO OU INCHAÇO RETORNAR IMEDIATAMENTE AO HOSPITAL!

Retorno ao Ambulatório de : em : para retirada de pontos

ao Ambulatório de : BUCOMAXILO em: 22/05/2019 para revisão Repouso 7 dias

Condições de Alta: Melhorado

Data: 08/05/2019

Assinatura/Carimbo
Tasso Assuero Menezes Honorato

OBS: LIBERAÇÃO CONFERIDA NO RESUMO DE ALTA! RESPONSÁVEL: Tasso Assuero



Dr. Tasso Assuero Menezes Honorato
Cirurgia e Traumatologia
Bucomaxilofacial
Residência - CRO/PB 7227



GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 08/05/2019

Horas: 08:14:26

Médico (a) Diarista : Tasso Assuero Menezes Honorato

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1885021 Paciente: RONE DA SILVA ALMEIDA Idade: 035 Sexo: M

Nome da Mãe: ROSILDA DE FATIMA DA SILVA ALMEIDA Data de Nascimento: 30/03/1984 Admissão: 28/04/2019

Clinica: NEUROBUCO Enfermaria: 8 Leito: 4 Diagnóstico: FRATURA DO CZM D + PAREDE ANTERIOR DO OSSO FRONTAL

DIA 08/05/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Tasso Assuero Menezes Honorato /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 02AMPOLA, 6h/6h	
3	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	
4	RANITIDINA CLORIDRATO 150 MG V.O. 1COMP. 12h/12h	
5	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

EVOLUÇÃO

DATA: 08/05/2019 HORA: 08:13:36

BMF 10° D.L.H

Paciente submetido a procedimento cirúrgico para redução e fixação interna estável de Zigoma direito no dia de ontem. Paciente evolui em BEG, sem queixas ou intercorrências.

CD: - Alta Hospitalar com retorno agendado.

ASSINATURA + CARIMBO
Tasso Assuero Menezes Honorato

Dr. Tasso Assuero Menezes Honorato
Cirurgia e Traumatologia
Bucodentofacial
Residente - CRO/PB 7227



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº:1884818

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: 28/04/2019

Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07

Atendente: Vanessa Patricia Sales Do Nascimento

PACIENTE: RONE DA SILVA

CEP:58400002

Nascimento:30/03/1984

ALMEIDA

Endereço: R PROFESSORA AUREA RAMOS

Sexo:M

Telefone: 988329379

Cidade: Campina Grande

Idade:035

Bairro: JARDIM PAULISTANO

Nome da Mãe: ROSILDA DE FATIMA DA SILVA
ALMEIDA

RG: 3089541

Nº:210

CPF: 05027106408

Profissão:

Responsável: RIVALDO DA SILVA

Data de

CNS:702605780055144

Estado Civil-Casado(a)

Atend:28/04/2019

CONVÊNIO:SUS

Motivo: ACIDENTE DE MOTO

Hora: 17:02:46

Especialidade:

Médico:

CRM:

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

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. Injurgimento Vendoso |
| 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 Encastrado |
| 11. Equimose | 29. Otorragia |
| 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. Rinite |
| 17. F. Perfuro-contuso | 35. Síndrome de Isquemia |
| 18. F. Perfuro-cortante | 36. |

OBS:

QUEIMADURA:

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

DIAGNOSTICO / CID:

Politraumático

TOMOGRAFIA
REALIZADA EM:
29/04/19TOMOGRAFIA
REALIZADA EM:
28/04/19

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

Paciente trazido pelo SAMU com prancha rígida e colar cervical, alcoolizado, com história de colisão moto x carro, baixo-se de náuseas, dor em pulso @ e urgência em ser atendido.

A: Vítima atropada por veículo
B: Trauma extenso, múltiplas fraturas, AD, NDA, ACV, NDA
C: Vítima de sangramento pelo trauma
D: alcoolizado

ALERGIA:

Nega

MEDICAMENTOS:

Nega

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS (N) Fotorreagentes (N) Isocóricas () Anisocóricas ()

Glasgow 15 PA HGT: Sat02

E. Insensibilização em membros superiores e inferiores

EXAMES SOLICITADOS:

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

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: BMF / às : Dia 28/04/19

Especialista: Ortopedista / às : Dia 28/04/19

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	SR2, 500ml, EV, agora	
2	Talatal 40mg + AD, EV, agora	
3	Dipirona 600mg + AD, EV, agora	
4	Ato de diagnóstico geral	
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Dr. Yuri M. N. Costa
Médico Residente
Cirurgião Geral
CRM-PB 10556

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

#0070#
 Val. pe auzul rezultat
 grupu de din m. Goc, bul, m. p.
 Escoriz; njo cu p. m.
 Pe bari. Sun altu om
 HD Contoriz
 Ct. Arden /
 Alta ortoped

DESTINO DO PACIENTE às hs.

- () Centro cirúrgico _____
() Internação (setor) _____
() Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL _____

Adriana H. M. de Silva
Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

22104119

19. ۱۰/۱۲

II BNFH

Personal Volume the whole the notes, of students
 as well as the first & second hand, and the
 same & sometimes the same students the books
 are deposited (1) + written (1) + books added to the
 Fund.

CP: *Externa*

Walter W. R.

Resubmitter: BME, PI Infrastructure Workshop

#102 E 2810414

Concedo, 28/04/2020

15. $15 \leq x \leq 100$ $f(x) = 3x/2$

Southern Pine Cone

FILE NO: SKL 11206-

DR. G. A. ZILVERBERG

SERVICIOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMIENTO

CBO

IPADÉ

10.1.1.148/projetochilconfirmapreurgencia.php?contar=1854818

Ficha de Acolhimento

SAMU

Nome:	Rome da Silva Almeida	Bairro:	Jardim Toulustano
End:	Prof. Cívica Ramos - 210	Documento de Identificação:	
Data de Nascimento:	30/03/1984	Documento de Identificação:	
Queixa:	De. Noto	Data do Atendimento:	28/04/19
Acidente de trabalho?	() Sim (X) Não	Hora:	16:54
		Documento:	

Classificação de Risco

Nível de consciência:	() Bom (X) 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		

MOD. 110

Estratificação

Amarelo - atendimento imediato
Verde - atendimento até 4 horas

() Amarelo - atendimento até 1 hora
(X) Verde - atendimento ambulatorial



Assinatura e carimbo do profissional



ATESTADO MÉDICO

ATESTO que Osne de Silva Almeida

foi atendido (às) hoje, às _____ (_____) horas, necessitando de 32 (trinta e dois) dias de afastamento do trabalho, a partir desta data.

DIAGNÓSTICO CID S62

Campina Grande, 22/05/13

Dr. Julio Cesar Castro
Ortopedia e Traumatologia
CRMPE 3985 / CRM/RN-8320

Assinatura do Médico - CRM N°



End.: AV. Floriano Peixoto, 4700 - CEP 58432-809 - Malvinas - Campina Grande - PB



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

ATESTADO

ATESTAMOS PARA OS DEVIDOS FINS QUE O(A) SR. (A): Rone da Silva
Almeida PORTADOR(A) DA CARTEIRA PROFISSIONAL Nº. _____
SÉRIE _____ ESTEVE INTERNADO(A) NESTA UNIDADE HOSPITALAR SUBMETENDO-SE A
TRATAMENTO ESPECIALIZADO DE ENTIDADE NOSOLÓGICA DE Nº: S02.9 NO CID. DURANTE
O PERÍODO DE 28/09/19 A 08/10/19 NECESSITANDO DE
15 (quinze) DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES.
Campina Grande 08/10/2019

Dr. Tasso Assuero Menezes Honorato
Cirurgia e Traumatologia
Bulimia maxilofacial
Residência - CRO/PB 7227
Ass. do Médico - Nº. do CRM

AUTORIZAÇÃO

Eu, RONE DA SILVA ALMEIDA autorizo o
Dr., TASSO ASSUERO MENEZES HONORATO a registrar o diagnóstico
codificado CID ou por extenso neste atestado médico.

Rone da Silva Almeida
Ass. do Paciente ou Responsável





LIBERAÇÃO DE LEITO

Nome do Paciente: RONE DA SILVA ALMEIDA

Data da Internação: 28/04/2019

Data da Alta: 08/05/2019

Registro: 1885021

Tempo de Permanência: -18015

Diagnóstico Inicial: Fratura de zigomático D

Diagnóstico Final: Fratura de zigomático D

Principais Exames: Hematológicos e de Imagem (Tomografia computadorizada)

Cirurgia: REDUCAO + FIE

Data: 07/05/2019

Equipe:

Cirurgião: DR MARIO CESAR

Aux 1: DR REGINALDO FERNANDES

Aux 2: DR TASSO ASSUERO

Aux 3:

Aux 4:

Anestesista:

Medicamentos: Analgésico e antibiótico.

Infecção F.O:

Coleta de Material:

Bacteriologia:

Anatomopatológico:

Resumo Clínico(História, Evolução, Terapêutica e Complicações): Paciente apresentou-se edema em face e hematoma periorbitário D, má oclusão. Foi diagnosticado fratura do complexo zigomático direito. Submeteu-se a procedimento cirurgico, evoluindo em BEG, sem sequelas ou intercorrências.

Orientações: Repouso por 07 dias, higiene oral com clorexidina, antibioticoterapia oral, compressa gelada em hemiface direita por 02 dias, retornar ao ambulatório de Bucomaxilo no dia 22/05/2019 as 14:00 horas. Demais orientações repassadas verbalmente.

Dieta: LIVRE

Medicações para Casa: Analgésico e Antibiótico (amoxicilina).

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: LAVAR COM ÁGUA E SABÃO DUAS VEZES AO DIA. SE APRESENTAR FEBRE, DOR, VERMELHIDÃO OU INCHAÇO RETORNAR IMEDIATAMENTE AO HOSPITAL!

+ DESCONSIDERAR!

Retorno ao Ambulatório de : em : para retirada de pontos

ao Ambulatório de : BUCOMAXILO em: 22/05/2019 para revisão Repouso 7 dias

Condições de Alta: Melhorado

Data: 08/05/2019

Assinatura/Carimbo
Tasso Assuero Menezes Honorato

Dr. Tasso Assuero Menezes Honorato
Cirurgia e Traumatologia
Bucomaxilo-facial
Residência - CROPB 7227

OBS: LIBERAÇÃO CONFERIDA NO RESUMO DE ALTA! RESPONSÁVEL: Tasso Assuero

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANIA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

PARAÍBA

Nome
RONE DA SILVA ALMEIDA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR
3099541 SSP PB

CPF
050.271.064-08

DATA NASCIMENTO
30/03/1984

Função
RONALDO GUILHERME DE ALMEIDA
ROSILDA DE FATIMA DA SILVA ALMEIDA

PERMISSÃO
ACC
AD

Nº REGISTRO
0536650844

VALIDADE
11/04/2024

1ª EMISSÃO
01/12/2011

OBSERVAÇÕES
A:
CETPP;
CETE;
EAB;

Assinatura do Portador
Rone da Silva Almeida

LOCAL
CAMPINA GRANDE, PB

DATA EMISSÃO
24/04/2019

Assinatura do Emissor
98177565900
PB038833581

PARAÍBA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1765607663

PROIBIDO PLASTIFICAR
1765607663



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANIA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

PARAÍBA

Nome
RONE DA SILVA ALMEIDA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR
3089541 SSP PB

CPF
050.271.064-08

DATA NASCIMENTO
30/03/1984

Função
RONALDO GUILHERME DE ALMEIDA
ROSILDA DE FATIMA DA SILVA ALMEIDA

PERMISSÃO
ACC
AD

Nº REGISTRO
0536650844

VALIDADE
11/04/2024

1ª EMISSÃO
01/12/2011

OBSERVAÇÕES
A:
CETPP;
CETE;
EAB;

Assinatura do Portador
Rone da Silva Almeida

LOCAL
CAMPINA GRANDE, PB

DATA EMISSÃO
24/04/2019

Assinatura do Emissor
98177565900
PB038833581

PARAÍBA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1765607663

PROIBIDO PLASTIFICAR
1765607663



DETRAN - PB Nº 014481893270
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

VIA COD. RENAVAM REN. D.C. EXERCICIO

0098476242-6 00/00000000 2019

NOME

LUCIANO GOMES DE SOUSA

CPF / CNPJ

PLACA

02403270474

MOF8805/PB

PLACA ANT / UF

CHASSI

NOVO PB 0C2KC08108R290309

ESPECIE TIPO

COMBUSTIVEL

CAR/MOTOCICLETA/NOVO VEICULO

GASOLINA

MARCA / MODELO

ANO FAB.

ANO MOD.

HONDA/CG 150 TITAN KS

2008

2008

CAP / POT / CIL

CATEGORIA

COR PREDOMINANTE

2.0/14.9/101

ARTIC

CINZA

COTA ÚNICA

VENO. COTA ÚNICA

VENO. COTAS

I P V 00/00/0000 1º

FAIXA L.P.V.A. PARCELAMENTO / COTAS 2º

A ***** 0 3º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

***** SEGURO P A G O 04/02/2019

OBSERVAÇÕES

A.F BV FINANCEIRA S.A.

0

LOCAL

DATA

CAMPINA GRANDE-PB

04/02/2019

9768



9504

PB Nº 014481893270 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

EXERCICIO

DATA EMISSÃO

2019 04/02/2019

VIA

CPF / CNPJ

PLACA

1 02403270474 MOF8805/PB

RENAVAM

MARCA / MODELO

0984762426 HONDA/CG 150 TITAN KS

ANO FAB.

CAT. TIVE

Nº CHASSI

2008

9

9C2KC08108R290309

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)

DETRAN (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

***** ***** *****

CUSTO DO BILHETE (R\$)

IOF (R\$)

TOTAL TERMO FIC RESCISO SE

***** SEGURO P A G O

PAGAMENTO

DATA DE QUITAÇÃO

COTA ÚNICA

PARCELADO

04/02/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

9504-1631250-20190204





Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Rene do Silva Almeida
 DATA DO ACIDENTE 28/04/2019 CPF DA VÍTIMA 050 271.064 08
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Rene do Silva Almeida
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR (X) VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É Rene do Silva Almeida
 ENDEREÇO DO PORTADOR Rua Prof. Durval Ramos
 Nº 210 COMPLEMENTO BAIRRO JO. Paulistano
 CIDADE Comodoro Grande UF PR CEP 58415 102
 E-MAIL TELEFONE (83) 3334 1288

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, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 31/07/2019
 IDENTIDADE 3089541
 ASSINATURA Rene do Silva Almeida

RESPONSÁVEL PELA RECEPÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO

DATA 31/07/2019
 NOME
 ASSINATURA





Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Rene do Silva Almeida
 DATA DO ACIDENTE 28/04/2019 CPF DA VÍTIMA 050 271.064 08
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Rene do Silva Almeida
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR (X) VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É Rene do Silva Almeida
 ENDEREÇO DO PORTADOR Rua Prof. Durval Ramos
 Nº 210 COMPLEMENTO BAIRRO JO. Paulistano
 CIDADE Comodoro Grande UF PR CEP 58415 102
 E-MAIL TELEFONE (83) 3334 1288

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, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 31/07/2019
 IDENTIDADE 3089541
 ASSINATURA Rene do Silva Almeida

RESPONSÁVEL PELA RECEPÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO

DATA 31/07/2019
 NOME
 ASSINATURA



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0260347/19

Vítima: RONE DA SILVA ALMEIDA

CPF: 050.271.064-08

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

Data do acidente: 28/04/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: RONE DA SILVA ALMEIDA

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

RONE DA SILVA ALMEIDA : 050.271.064-08

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: 31/07/2019
Nome: RONE DA SILVA ALMEIDA
CPF: 050.271.064-08

RONE DA SILVA ALMEIDA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 31/07/2019
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0260347/19

Vítima: RONE DA SILVA ALMEIDA

CPF: 050.271.064-08

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

Data do acidente: 28/04/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: RONE DA SILVA ALMEIDA

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

RONE DA SILVA ALMEIDA : 050.271.064-08

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: 31/07/2019
Nome: RONE DA SILVA ALMEIDA
CPF: 050.271.064-08

RONE DA SILVA ALMEIDA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 31/07/2019
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA