
Rio de Janeiro, 12 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190262184

Vítima: KAIO LUCAS OLIVEIRA MAIA

Data do Acidente: 29/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), KAIO LUCAS OLIVEIRA MAIA

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, 08 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190262184

Vítima: KAIO LUCAS OLIVEIRA MAIA

Data do Acidente: 29/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), KAIO LUCAS OLIVEIRA MAIA

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

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

Recebedor: **KAIO LUCAS OLIVEIRA MAIA**

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

Banco: **001**

Agência: **000004996-4**

Conta: **000005839-4**

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

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DABS (DESpesas de Assistência Médica e Similares) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou AE:	CPF do Ytina: 025.578.704-00	Nome completo da vítima: Thais Lucas Oliveira Moraes
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF: 025.578.704-00	Nº em: 40
Profissão: Estudante	Endereço: R. Adolfo Moraes	Estado: PB
Bairro: Centro	Cidade: Catolândia - PB	CEP: 56874-000
E-mail: kaio.lucasom@gmail.com	Tel. (fixo): (33) 3 9917-0451	

Declaro, por todos os fins de direito, residir na endereço acima informado, conforme comprovante em anexo (ANEXAR CÓPIA).

REDA MENSAL:			
☐ RECLUSO INFORMAR	☐ ATÉ R\$1.000,00	☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00	☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☒ SEM RENDA	☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00	☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00	☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☐ CONTA POUPEANCA (somente para bancos abertos. Assinalar uma opção)	☒ CONTA CORRENTE (somente bancos)
☐ Bradesco (237)	☐ Itaú (343)
☐ Banco do Brasil (001)	☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA:	CONTA:
(Informe o dígito verificador)	(Informe o dígito verificador)
AGÊNCIA: 4026	CONTA: 6839
(Informe o dígito verificador)	(Informe o dígito verificador)

Adquirir a Seguradora Líder a qualquer tempo a qualquer tempo, de acordo com a legislação, a ser de indenização/benefício do Seguro DPVAT a que eu tenho direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente. Uma vez que (assinale uma das opções):

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

Pelo presente assino, solicito o processamento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com o presente documento, apresentando, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica e a custos da Seguradora Líder para verificação da existência e da duração da invalidez permanente, de acordo com o artigo 200 do Código Penal, art. 3º, § 1º, do Decreto que instituiu a legislação, não significando nenhuma das opções acima mencionadas a renúncia ao direito de indenização, nem a renúncia do seu montante.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado(a) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo	Nome do(s) beneficiário(s):
Grande Parentesco com a vítima: ☐ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar nome completo:
Vítima tem filhos? ☐ Sim ☐ Não	Se a vítima tem filhos, informar quantos:
Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não	Se a vítima deixou pais/avós vivos, informar nome completo:

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem à provarem sua condição, estando de acordo, ainda, de que qualquer omissão ou declaração falsa poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 200 do Código Penal.

Assinatura do representante legal (se houver):	Local e Data: Catolândia - PB, 12/03/19	TESTEMUNHAS
	Nome: Thais Lucas Oliveira Moraes	1º Nome:
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):	CPF: 025.578.704-00	CPF:
		Assinatura:
		2º Nome:
		CPF:
		Assinatura:

(*) A vítima/beneficiário não habilitado do seguro escolher como pessoa habilitada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, a SEU RG RG, no preceito de 2 (dois) testemunhas maiores capazes, comparecendo a assinar a Ata de análise do acidente, antes da apresentação a assinar a Ata. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 1124/2018

Natureza da ocorrência: PERDA DE DOCUMENTOS

Data do fato: 29/11/2018 hora: 19:00 Hs

Notificante: KAIQ LUCAS OLIVEIRA MAIA, alcunha: ****,
Nacionalidade: brasileiro, naturalidade: Catolé do Rocha/PB,
nascido em 05/08/1993, documento: 003004779 SSP/RN, CPF:
095.978.704-60, filho de FRANCISCO ILON MAIA e de JOANA MARIA
OLIVEIRA MAIA, endereço: Rua ADOLFO MAIA 40, Bairro CENTRO, CATOLÉ
DO ROCHA/PB, referência: *** FONE: (083)9.9917-0451.

Sob a responsabilidade do Del. Pol.: Del. ROBERTO F. BARROS

Vilão: ***, alcunha: *****, Nacionalidade: ***, naturalidade: ***,
idade: ** ***, nascido em **/**/****, cor/raça: *****, Estado
Civil: *****, Profissão: ***, Escolaridade: *****,
documento: ***, filiação: *** o de ***, endereço: ***** ***,
referência: ***, Tel/Cel: (**) **;

HISTORICO DO FATO

O(a) notificante, após cientificado(a) das penalidades cominadas
ao Art. 299 do CPB, declarou o SEGUINTE: QUE na data e hora
supracitados o Notificante seguiu para a cidade de João Pessoa-PB
quando perdeu seus documentos pessoais: Registro Geral (RG) 003004779
SSP/RN, CPF: 095.978.704-60, título do Eleitor e carteira
reservista QUE perdeu também o DUT (documento do porte obrigatório
da motocicleta Honda Bros 150, Cor Branca, Placa QFE-0916/PB
registrada em nome de seu pai FRANCISCO ILON MAIA; QUE fez o
presente boletim de ocorrência para retirar as segundas vias dos
mesmos, bem como se resguardar do uso indevido dos mesmos. Nada
mais a consignar.

Catolé do Rocha, 17 de Dezembro de 2018, às 15:40 horas.

Lucas Lucas Oliveira Maia
☒ Notificante ☐ Testemunha Arreçada
Assinatura do Policial responsável pelo registro
MADSON LEITE - AGENTE OPERACIONAL
Matrícula: 182.541-1

RECEBIDO

05 JAN 2019

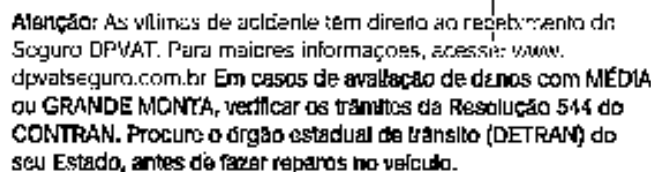
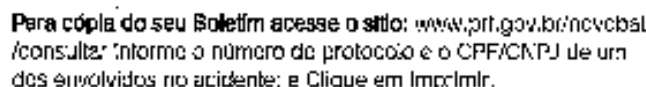
DELEGADO
ASSINATURE



FR

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

PROTOCOLLO: N° 18367734B01



Documentos em inglês e português: por DE LUCENA, ANTONIA SCORRONE. Política Australiana. Brasília: INEP, 1997. 120 p., brochura. Disponível em: <http://www.inep.gov.br/inep/inep/inep.htm>. Acesso em: 24 jul. 2011. Tese de Mestrado em Políticas Públicas, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2009. 120 p. 4. Dissertação de Mestrado. Disponível em: <http://www.inep.gov.br/inep/inep/inep.htm>. Acesso em: 24 jul. 2011. Tese de Mestrado em Políticas Públicas, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2009. 120 p. 4. Dissertação de Mestrado. Disponível em: <http://www.inep.gov.br/inep/inep/inep.htm>. Acesso em: 24 jul. 2011.

☎ 191



MINISTÉRIO DA SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 18067784801



INFORMAÇÕES GERAIS

Data: 29/11/2018 Hora: 18:30 Município: PATOS/PB
BR: 230 KM: 345,1 Sentido: Decrescente
Policial responsável pelo atendimento: DE LUCENA, 1069995

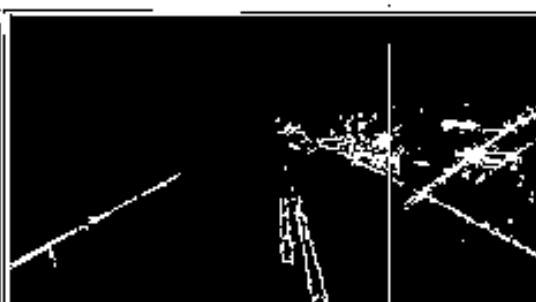
ASPECTOS DO LOCAL

Tipo de via: Principal	Tipo de pavimento: Asfalto
Tipo de pista: Simples	Condição da Pista: Seca
Estrutura Viária: Rota	Localidade urbanizada: Não
Acostamento: Sim	Canteiro Central: Não
Condição meteorológica: Céu Claro	Fase do dia: Fim da Noite

IMAGENS PANORÂMICAS



SENTIDO DECRESCENTE



SENTIDO CRESCENTE

NARRATIVA

No dia 29/11/2018, às 18h30, no Km 345,1 da BR-230, município de Patos-PB, ocorreu um acidente do tipo colisão frontal, com 04(quatro) vítimas lesões leves, 01(uma) lesões graves e 01(uma) lesa. Os veículos envolvidos foram: Volkswagen Saveiro CS (v2); e Toyota Yaris sedã 1.5 at (v1). A partir da análise dos vestígios materiais, foi possível determinar que no momento imediatamente anterior ao da colisão entre os veículos, v1 transitava no sentido Malla-PB/Patos-PB e v2 no sentido contrário: Patos-PB/ Malla-PB, (conforme atestam concentração de fragmentos desprendidos dos veículos e marcas de fricção no pavimento). Constatou-se com base nos mesmos vestígios citados, que v1 seguia o fluxo normalmente em sua mão de direção quando foi colidido por v2 que invadiu a contramão de direção. Após a colisão os condutores do v1 e v2 como também os outros passageiros dos referidos veículos, foram socorridos para o hospital regional de Patos/PB pelas equipes do SAMU e Corpo de Bombeiros. A dinâmica do acidente, encontra-se representada no croqui. A partir das constatações registradas nesta narrativa, concluiu-se que o fator determinante do acidente entre os veículos foi o trânsito do v2 pela contramão de direção do sentido Patos-PB/ Malla-PB. Observações: A sinalização do trecho no local do acidente não permite ultrapassagens nem transposições de faixas no sentido crescente da rodovia, (Patos-PB/Malla-PB). As imagens anexadas ao presente boletim confirmam conclusões sobre a dinâmica do acidente. As condições gerais do pavimento e das sinalizações horizontal e vertical eram: boas. Não havia sinais de chuva ou de outras condições climáticas que pudessem comprometer a visibilidade. Não foram encontrados



Autolink
191

Encerram registro eletronicamente por DE LUCENA, inscricao 1069995, Policial Rodoviário Federal, em 29/11/2018, conforme registro oficial do boletim, conferenciado no 5ºº dia, no dia 05/12/2018, Protocolo PR 220042, do 2ºº Juízo Especial de ACPI, em virtude da Portaria PR 8.000, de 8 de outubro de 2015 e na ausência do acusado do art. 2ºº da Lei nº 13.123, de 12 de novembro de 2015.
A partir do dia 05/12/2018, o usuário pode acessar o site www.autolink.gov.br para obter informações sobre o processo 18067784801 e o status da ocorrência 1247020467061A-PFPR10204AR0702002.

191



المعاصرة



Figure 4

[illegible]



Óano de Morla: Média

Página 5 de 12



IMAGEM DA FRENTE



MINISTÉRIO DA SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 18067784B01



V1 - Proprietário

Nome: MARIA FATIMA DA COSTA
Email:
Endereço: CAICÓ-RN

CPF/CNPJ: 032.617.664-73
Telefone:

V1C - CONDUTOR DE V1 - GERINALDO VIEIRA DA COSTA

V1C - Informações

Nome: GERINALDO VIEIRA DA COSTA
CPF: 020.788.984-02
Sexo: Masculino
Usava cinto de segurança: Ignorado

Data de Nascimento: 31/10/1975
Estado civil:
Estado físico: Lesões Leves

V1C - Dados da Habilitação para Conduzir Veículo Automotor

Categoria: AC
UF: PB
Observações CNH: 99

Primeira habilitação: 19/08/1994
Vencimento da habilitação: 17/03/2019

Nº Registro: 00942503579
Motorista profissional: Não

V1C - Alterações da Capacidade Motora

É impossível realizar teste do odômetro: Sim
Visíveis sinais de embriaguez: Não
Resultado obtido: 0,0 mg/l

Condutor se recusou a realizar o teste: Não
Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

V1C - Dados de Contato

Endereço:
Telefone:

Email:

V1C - Encaminhamento

Motivo: Socorro médico
Informações complementares: Hospital Regional de Patos.

Tipo de Repertório: SAMU

V1P1 - PASSAGEIRO 1 DO V1 - CLAUDIA MARIA DE ARAUJO RODRIGUES BENICIO

V1P1 - Informações

Nome: CLAUDIA MARIA DE ARAUJO RODRIGUES BENICIO
CPF: 883.536.474-04
Sexo: Feminino
Usava cinto de segurança: Ignorado

Data de Nascimento: 03/03/1973
Estado civil:
Estado físico: Lesa

V1P1 - Dados de Contato



Este documento foi gerado eletronicamente por DE LUCEIRA, matrícula 1009995, Polícia Rodoviária Federal, em 07/11/2019, número de registro de protocolo de 8-25-20-0001, tendo sido emitido às 21h 45m 10s, 10 de Novembro de 2019, sob o protocolo de 8-25-20-0001, no site de acesso público nº 00000, data de emissão de 2019 e nº de acesso de 1125078 de 2019, sob o protocolo de 8-25-20-0001, nº 1125078, data de emissão de 2019 e nº de acesso de 1125078 de 2019. A verificação de autenticidade pode ser feita no site: <http://www.prf.gov.br/portal/verificacao>, informando o nº 00000 18067784B01 e o número de acesso 129412004473116077610001402897038.

191



MINISTÉRIO DA SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 18067784B01



V2 - Proprietário

Nome: EMATER

CPF/CNPJ: 08.973.752/0001-10

E-mail:

Telefone:

Endereço: RUA BR 230 Km 13 SN, CAMOINHA-PB

V2C - CONDUTOR DE V2 - FRANCISCO ILON MAIA

V2C - Informações

Nome: FRANCISCO ILON MAIA

Data de Nascimento: 04/02/1960

CPF: 218.863.344-04

Estado civil:

sexo: Masculino

Estado físico: Lesões Leves

Usava cinto de segurança: Ignorado

V2C - Dados da Habilitação para Conduzir Veículo Automotor

Categoria: A/B

Primeira habilitação: 03/02/1984

Nº Registro: 01067925002

UF: PB

Vencimento da habilitação: 07/02/2020

Motorista profissional: Não

Observações CNH: A

V2C - Alterações da Capacidade Motora

Foi possível realizar teste do etilômetro: Sim

Condutor se recusou a realizar o teste: Não

Visíveis sinais de embriaguez: Não

Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

Resultado obtido: 0,0 mg/l

V2C - Dados do Contato

Endereço: RUA ADOLFO MAIA, 40, CASA, CENTRO, CATOLE DO ROCHA-PB

Telefone:

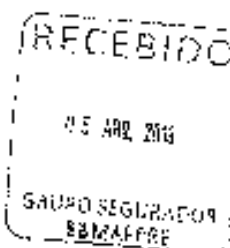
E-mail:

V2C - Encaminhamento

Motivo: Socorro médico

Tipo do Repetor: SAMU

Informações complementares: Hospital Regional do Patos



V2P1 - PASSAGEIRO 1 DO V2 - KAIO LUCAS OLIVEIRA MAIA

V2P1 - Informações

Nome: KAIO LUCAS OLIVEIRA MAIA

Data de Nascimento: 05/08/1993

CPF: 095.978.704-60

Estado civil:

sexo: Masculino

Estado físico: Lesões Graves

Usava cinto de segurança: Ignorado

V2P1 - Dados do Contato



Este documento eletrônico foi produzido pelo RFI URSKA, matrícula 1009785, Polícia Rodoviária Federal, em 02/01/2016, conforme modelo oficial do Brasil, com inscrições no 4º e 5º, 10º do Estado - Inscrição Nº 2.004-2, de 24 de agosto de 2004, no art. 1º do Decreto Nº 4.527, de 12 de outubro de 2003 e no art. 1º do Decreto Nº 4.527, de 12 de outubro de 2003. A autenticidade desta assinatura pode ser confirmada no site <http://www.rfi.gov.br/assinatura>. Informando o protocolo 18067784B01 e o número de controle 1.244.004.004.004.004.004.004.004.004.004.

191



SAMU
192

PREFEITURA MUNICIPAL DE PATOS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192



FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO - VTR: 03

IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA

Data: <u>29.11.18</u>	Quantidade nº: _____	Paciente / Usuário: <u>Kaio Lucas Oliveira Maia</u>	Idade: <u>15</u>	Sexo: ☒ Masc. ☐ Fem.
Local de Ocorrência: <u>BR 230 Trecho Pató - Santa Gertrudes</u>		Médico Regulador: <u>Francisco</u>		
Ação na Local: ☐ PM ☒ Resgate / Bombeiro ☐ Resgate PNH ☐ CPRAN ☐ ST-TRANS ☐ TROTE ☐ Outro				
QTA: ☐ Escorrido por terceiros ☐ Resgate / Atendimento ☐ Escorrido pelo Bombeiro ☐ Não não encontrada ☐ Outra				

TIPO DE AGRADO:

☒ AGENTE DE TRANSITO	☐ PERIATÓRICO
☐ AGRESSÃO	☐ PSQUIÁTRICO
☐ CLÍNICO	☐ QUASE AFORISMO / AFORISMO
☐ RESCATE / RESCATE	☐ QUITA MORTAL
☐ ELÉTRICO	☐ MORTALIDADE
☐ FALTA	☐ OUTROS
☐ FALTA / FALTA	
☐ LINHA-CRISTÓRICO	
☐ LESÕES TÓRACICAS	

ANTECEDENTES:

☐ AGO	☐ DOENÇA RENAL
☐ ALCOOLISMO	☐ DOENÇA RENAL
☐ AVC	☐ DOENÇA
☐ CIRURGIAS REALIZADAS	☐ HIPERTENSÃO ARTERIAL
☐ CONVULSÕES	☐ INTERVENÇÃO QUIRÚRGICA
☐ DIABETES	☐ MEXILHONES
☐ DOENÇA CARDÍACA	☐ PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS
☐ DOENÇA INFECTO-CONTAGIOSA	☐ OUTROS

DESTINO DO PACIENTE:

SERVIÇO MÉDICO: CHIR RESPONSÁVEL: [Assinatura] FUNÇÃO: _____

MOTIVO DE TRANSPORTE:

☐ APOIO DIAGNÓSTICO ☐ SERVIÇO DE MAIOR COMPLEXIDADE ☐ TRANSFERÊNCIA SIMPLES
☐ OUTRO: _____

TRANSPORTE SECUNDÁRIO - DESTINO:

LOCAL: _____ RESPONSÁVEL: _____ FUNÇÃO: _____

EXAME CLÍNICO (PRINCIPAIS SINTOMAS / QUEIXAS):

Leucorréia em MIE (femorário)

DADOS VITAIS:

VIA: ☒ LIVRE ☐ OBTURADA / RESPIRAÇÃO: ☐ >30rpm ☒ <30rpm / PULSO RADIAL: ☒ Presente ☐ Ausente / PAS: ☒ >60mmHg ☐ <60mmHg
PA: 140x KTO: FR: 15 TEMP: _____ °C GLICEMIA: _____ mg/dl - F. Com: _____ SpO2: 95 / SpO2: 95

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:

☐ Ansiedade ☐ Capacidade Adaptativa Intracraniana Diminuída ☐ Comunicação verbal Prejudicada ☐ Confusão Aguda ☐ Desambiguação Prejudicada
☐ Débito Cardíaco Diminuído ☐ Resolução Ineficaz das Vivas ☐ Disreflexia Autônoma ☐ Dor Aguda ☐ Hipotermia ☐ Hipotensão ☐ Ineficácia da
Pele Prejudicada ☐ Integridade Tissular Prejudicada ☐ Mido ☐ Intolerância à Atividade ☐ Mucosa Oral Prejudicada ☐ Padrão Respiratório Ineficaz
☐ Perfusão Tissular Central Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Cardiorrespiratória Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Gastrointestinal Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Renal
Ineficaz ☐ Termorregulação Ineficaz ☐ Troca de Gases Prejudicada ☐ Ventilação Espontânea Prejudicada ☐ Volume de Líquidos Balanço ☐ Volume
Excessivo / Inútil ☐ Náusea ☐ Função Urinária ☐ Percepção Sensorial Perturbada ☐ Interação Social Prejudicada ☐ Interferência Imaginal
☐ Eliminação Urinária Prejudicada ☐ Constipação ☐ Outros: _____

INTERVENÇÕES:

SVU, PVP, Imobilização em prancha rígida, Imobilização de MIE, Administração da medicação.

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO:

Paciente vítima de acidente cênico com as pernas encontradas em acidente cênico há mais de 12 horas de duração. Com sinais de desidratação, respiração normal, com ruídos no pulmão e batimentos cardíacos normais. Imobilização em prancha rígida, administração da medicação.

MATERIAL UTILIZADO (ENFERMAGEM)

Modinha P- 3
Comprimidos - 4
SF 0,9% - 01
Glicos 15 - 01
Equipe médico - 01
Seringa 20 ml - 01
Bipolar - 01
AD - 01

E.C.G.:

☐ NORMAL ☐ ALTERADO ☒ NÃO REALIZADO

EXAME NEUROLÓGICO:

☐ AGITAÇÃO ☐ SONOLÊNCIA ☐ COMA ☐ CONVULSÃO ☐ OTORRAGIA ☐ RIGIDEZ ☐ MIDRIASE

EXAME GINECO-OBSTÉTRICO

☐ ABORTAMENTO ☐ HEMORRAGIA VAGINAL ☐ NORMAIS FÊIXAS ☐ TRABALHO DE PARTO

☐ OUTROS: _____

DIAGNÓSTICOS E PROCEDIMENTOS:

DIAGNÓSTICOS: _____

PROCEDIMENTOS:

☐ DESOBSTRUÇÃO VIAS AÉREAS ☐ INTUBAÇÃO NASO / OROTRAQUEAL ☐ CÂNULA OROFARÍNGEA ☐ CRICOTIREOSTOMIA
☐ VENTILAÇÃO MECÂNICA (MANUAL - "AMBU") ☐ RESPIRADOR ☐ INALAÇÃO DE OXIGÊNIO (O2) ☐ DRENAGEM TORÁCICA
☐ MASSAGEM CARDÍACA EXTERNA ☐ DESFIBRILAÇÃO / CARDIOVERSÃO ☒ CONTROLE DE HEMORRAGIA ☒ CURATIVO
☒ PUNÇÃO VENOSA ☐ SONDAGÁSTRICA ☐ SONDAVESICAL ☐ SEDAÇÃO ☐ IMOBILIZAÇÃO DE MEMBROS ☐ SOLAR CERVICAL
☒ TALAS / TRAÇÃO ☐ OROTRAQUEAL ☐ OUTROS: _____

TERAPÊUTICA / MEDICAMENTOS (PRESCRIÇÃO DIRETA OU POR TELEMEDICINA):

SF 0,9% - Bipolar (AD) 3v

EVOLUÇÃO CLÍNICA / INTERCORRÊNCIAS (MÉDICOS):

ENCAMINHAMENTO:

☐ LIBERADO APÓS O ATENDIMENTO ☐ RECUSA O ATENDIMENTO ☐ ÓBITO NO LOCAL ☐ ÓBITO DURANTE O ATENDIMENTO
☐ ÓBITO DURANTE O TRANSPORTE

POSIÇÃO DE TRANSPORTE:

☒ DECÚBITO DORSAL ☐ DECÚBITO LATERAL ☐ DECÚBITO VENTRAL ☐ SENTADO ☐ ELEVÇÃO DE CABECEIRA (CABEÇA)

RECUSA:

NOVE: _____ R.G.: _____

ASSINATURA: _____

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE:

MÉDICO: _____ CRM: _____ MAT: _____

ENFERMEIRO(A): Genia Dias COREN: 204729 VAT: _____

AUX. TÉCNICO DE ENFERM.: _____ COREN: _____ VAT: _____

CONDUZIR: Gerardo



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA – SAMU 192



FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO - VTR: 03

Data: 24.12.18	Ocorrência nº:	Paciente: Renato Oliveira	Idade: 25	Sexo: X Masculino	T. Fone:
Local de Ocorrência: BR 230 Trecho Pato (Serra Geribá)	Município Regular: Brejo				
Apoio no Local: ☒ IPM ☒ Resgate PRF ☐ OPTRAN ☐ SII/IVANS ☐ TROTE ☐ DUTU					
QTA: ☐ Simples por telefones ☐ Recurso: abundante ☐ Secreto da Benfama ☐ Localiza: específico ☐ Outro					

☒ ACIDENTE DE TRÂNSITO	☐ PEDIÁTRICO
☐ AGRESSÃO	☐ PSIQUIÁTRICO
☐ CLÍNICO	☐ CLASSE AFORISMO/POC/CAEM/CO
☐ OFENSA/ACIDENTO/OUTRA/AVENIMENTO	☐ QUADRO NEUROS
☐ ELÉTRICO/QUEIMADURA	☐ QUADRO MANUSC
☐ P.A.D.	☐ OUTROS
☐ F.A.T. (P.A.R.)	
☐ GINECO OBSTÉTRICO	
☐ LESÕES FÍSICAS	

☐ AIDS	☐ DOENÇA MENTAL
☐ ALCOOLISMO	☐ DOENÇA RENAL
☐ AVC	☐ DROGA
☐ CIRURGIA REQUERIDA	☐ HEMODIÁLISE ANTIGUA
☐ CONVULSÕES	☐ INTERVENIENTOS ANTIGUOS
☐ DIABETES	☐ INFECÇÕES
☐ DOENÇA CARDÍACA	☐ PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS
☐ DOENÇA INFECTO-CONDIÇÃO	☐ OUTROS

SERVIÇO MÉDICO: CHP RESPONSÁVEL: [Assinatura] FUNÇÃO: [Assinatura]

☐ APOIO DIAGNÓSTICO ☐ SERVIÇO DE MAIOR COMPLEXIDADE ☐ TRANSFERÊNCIA SIMPLES

TRANSPORTE SECUNDÁRIO - DESTINO:

LOCAL: _____ RESPONSAVEL: _____ FUNÇÃO: _____ DATA: ____/____/____

Perennant vom MIE (Tennisball)

WHA: ☒ LIVRE ☐ OBSTRUIDA / RESPIRAÇÃO: ☐ >30rpm ☒ <30rpm / PULSO RADIAL: ☒ Presente ☐ Ausente / PAS: ☒ >50mmHg

PA: 110/70 - K: FC: FR: 95 - TEMP: - °C - GLICEMIA: - mg/dl - F. Coma: - SpO2xO2: 95% SpO2xO2: -

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:

☐ Anestesia ☐ Capacidade Adaptativa Integridade Diminuída ☐ Comunicação verbal Prejudicada ☐ Condição Aguda ☒ Distribuição Prejudicada
☐ Débito Cardíaco Diminuído ☐ Desorientação Indicador das VMAA ☐ Disreflexia Autônoma ☒ Dor Aguda ☐ Hipertensão ☐ Hipotensão ☐ Integridade da
Pele Prejudicada ☐ Integridade Tissular Prejudicada ☐ Medo ☐ Intolerância à Atividade ☐ Mucosa Oral Prejudicada ☐ Padrão Respiratório Ineficaz
☐ Período Tissular Cerebral Ineficaz ☐ Período Tissular Cerebrovascular Ineficaz ☐ Período Tissular Gastrointestinal Ineficaz ☐ Período Tissular Renal
Ineficaz ☐ Termoregulação Ineficaz ☐ Toux do Gases Prejudicada ☐ Ventilação Espontânea Prejudicada ☐ Volume de Líquidos Eficientes ☐ Volume
Excessivo de Líquidos ☐ Náuseas ☐ Refluxo Urinário ☐ Percepção Sensorial Perturbada ☐ Integração Social Prejudicada ☐ Incontinência e Inestabilidade
Intestinal ☐ Incontinência Urinária Prejudicada ☐ Constipação ☐ Outros:

SSV, MVP, estabilização em parâmetros sépticos, estabilização de HIE, administração de medicamentos.

[illegible]

MATERIAL UTILIZADO (ENFERMAGEM):

Atadura P. 3

Comprimidos - 4

SF O₂ 91 - 01

Giles 16 - 01

Equipo maxilo - 01

Seringa, 20 ml - 01

Suturas - 01

AD - 01

E.C.G.:

☐ NORMAL ☐ ALTERADO ☒ NÃO REALIZADO

EXAME NEUROLÓGICO:

☐ AGITAÇÃO ☐ SONOLÊNCIA ☐ COMA ☐ CONVULSÃO ☐ OTORRAGIA ☐ RIGIDEZ ☐ MIDRIASE

EXAME GINECO-OBSTÉTRICO

☐ ABORTAMENTO ☐ HEMORRAGIA VAGINAL ☐ NORMAL SEMANAS ☐ TRABALHO DE PARTO

OUTROS: _____

DIAGNÓSTICOS E PROCEDIMENTOS:

DIAGNÓSTICOS:

PROCEDIMENTOS:

☐ DESOBSTRUÇÃO VIAS AÉREAS ☐ INTUBAÇÃO NASO / OROTRAQUEAL ☐ CÂNULA OROFARÍNGEA ☐ CRICOTIROIDOSTOMIA
☐ VENTILAÇÃO MECÂNICA (MANUAL - "AMBU") ☐ RESPIRADOR ☐ INALAÇÃO DE OXIGÊNIO (O₂) ☐ DRENAGEM TORÁCICA
☐ MASSAGEM CARDÍACA EXTERNA ☐ DESFIBRILAÇÃO / CARDIOVERSÃO ☐ CONTROLE DE HEMORRAGIA ☒ CURATIVO
☒ PUNÇÃO VENOSA ☐ SONDAGÁSTRICA ☐ SONDAS VESICAI ☐ REDUÇÃO / IMOBILIZAÇÃO DE MEMBROS ☐ SOLAR CERVICAL
☐ TALAS / TRAÇÃO ☐ OROTRAQUEAL ☐ OUTROS: _____

TERAPÊUTICA / MEDICAMENTOS (PRESCRIÇÃO DIRETA OU POR TELEMEDICINA):

SF O₂ 91 + Sutura (AD) 01

EVOLUÇÃO CLÍNICA / INTERCORRÊNCIAS (MÉDICO):

ENCAMINHAMENTO:

☐ LIBERADO APÓS O ATENDIMENTO ☐ RECUSA O ATENDIMENTO ☐ ÓBITO NO LOCAL ☐ ÓBITO DURANTE O ATENDIMENTO
☐ ÓBITO DURANTE O TRANSPORTE

POSIÇÃO DE TRANSPORTE:

☒ DÉCUBITO DORSAL ☐ DÉCUBITO LATERAL ☐ DÉCUBITO VENTRAL ☐ SENTADO ☐ ELEVÇÃO DE CABEÇA (CARFÇA)

RECUSA:

NOME: _____ R.G.: _____

ASSINATURA:

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE:

MÉDICO: _____ CRM: _____ MAT: _____

ENFERMEIRO(A): Carina Lacerda COREN: 2294-88 MAT: _____

AUX. TÉCNICO DE ENFERM.: _____ COREN: _____ MAT: _____

CONSULTOR: Barbieri _____

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 30/04/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: KAIO LUCAS OLIVEIRA MAIA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 04996-4

CONTA: 000000005839-4

Nr. da Autenticação 605F65C3A424D4CE

**CAGEPA**

COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DE PERNAMBUCO
 Rua Valdeamar, 225 - Jd. Paratibe - Recife - PE
 CEP: 51030-000 - FONE: (0800) 33333333

PARA CONTABILIZAR A VENDA
 O GRUPO SEGUROPAGOS
NOTÍCIA

33333333

REFERÊNCIA

10/03/2019

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA E ESGOTO - PERNAMBUCO

FRANCISCO ELTON MAIA

RUA ADOLFO MAIA, 40 - CENTRO CATHOLE DO BOQUEIRÃO

50884-000

Inscrição		SAR	Quantidade de Economias				Responsável
			Entrada	Saída	Índice	Porcentagem	
Hidrometro	Data de Inscricao	Localizacao	Situacao Agua	Situacao Esgoto			
008/010001	10/03/2019	EXCITACAO	11/03/2019	11/03/2019			
M. LITON I. ATORI I. CONELOS CHES I. RIV. DE DIAS I. PADO LILIANA							
1332	1392	12	28	25/03/2019			
HIST. CONS. ANEX. LEIT. QUA. LID. AGUA ANEX. 20 POR. 10/2017 45.							
FEV/2018	11	PARÂMETROS	EXC.	ANEX.	COL. FURCA		
JAN/2019	14	TARETIZ	45	45	45		
DEZ/2018	11	CLORO	45	45	45		
JUN/2018	11	COL. TARETIZ	3	0	4		
OUT/2018	15	COL.	18	20	20		
MAI/2018	11	COL. TARETIZ	45	45	45		
VENHAÇO	17	DADOS REFERENTES A: JAN/2019					

DATA DE IMPRESSÃO: 01/03/2019

HORA DA IMPRESSÃO: 09:32:13

DESCRIÇÃO

CONSUMO

TOTAL(R\$)

ÁGUA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

ATE 10 M³ - R\$ 37,81 POR UNIDADE10 M³

37,81

11 M³ A 20 M³ - R\$ 4,50 POR M³2 M³

9,00

ESGOTO

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

ATE 10 M³ - R\$ 30,32 POR UNIDADE10 M³

30,32

11 M³ A 20 M³ - R\$ 3,91 POR M³2 M³

7,82

ACRESCIM. (S) DES. (S) ANEX. 1/2019

TAXAS DE PER. 12/2018

FATURAS DE 10/2018

RLI 201902 78,64

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 7,59 IPI E CONFINS IPI 12.741/12

VENCIMENTO:

25/03/2019

Total a Pagar:

R\$ 87,56



CONDIÇÃO DE LITURGIA: RFA. CADA

CONDIÇÃO DO PAGAMENTO: RAL

TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:

*** JACUPANE COMO ESTA SENDO APLICADO SUO DISTRITO ***

*** WWW.TRANSPARENCIA.PE.GOV.BR *** DECLARAÇÃO RAB EXISTIR DUPLI

ON DE FATURAS DE 2018 - LRI 1207/09



PARCELAS

PERÍODO

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

080210

10/03/2019

25/03/2019

R\$ 87,56

0241000000 7 8750000000 4 0030015501 0 0320920000 2



RECEBIDO

05/03/2019

GRUPO SEGUROPAGOS
SIS/2019/03

FICHA DE INTERNAÇÃO

INTERNAÇÃO	19691	PRONTUÁRIO	12233
DATA	29/11/2018	HORA	21:08
OCORRÊNCIA	URGENCIA	OPERADOR	MCARMO
CLASSE / RISCO			
ORIGEM	VIA PÚBLICA		
MÉDICO	MARCELO MUNES ALVES DE SOUSA		
MOTIVO	ACIDENTE DE TRANSITO AUTOMÓVEL		
PACIENTE	KATO LUCAS OLIVEIRA MAIA	IDADE	25a 3m GÊNERO MASCULINO
FILIAÇÃO I	JOANA MARIA OLIVEIRA MAIA		
FILIAÇÃO II	FRANCISCO JONH MAIA		
CIDADE	JOÃO PESSOA - PB		
ENDEREÇO	RUA PROFESSORA MARIA LIZANCA 586		
BARRIO	JARDIM CIDADE UNIVERSITÁRIA		
NATURALIDADE	JOÃO PESSOA		
TELEFONE	8444618114	CELULAR	
A.M.S.		IDENTIDADE	
C.P.F.		REG. HAC.	
NASCIMENTO	05/08/1993	COR	PARDO
EST. CIVIL	SOLTEIRO	PROFISSÃO	

RESPONSÁVEL KATO LUCAS OLIVEIRA MAIA Ass. Resp./Paciente *Carla B. Carneiro*

ANAMNESE (História da Moléstia atual, antecedentes pessoais, antecedentes hereditários).

*MT - lesão de abrasão de fratura
- fratura da tíbia (E)*

EXAMES OBJETIVOS (Inspeção geral, exame da região afetada, exame dos diversos aparelhos).

*Boa + limbo dos pulmões + ruídos pulmonares
+ limbo cardíaco
Pegada normal*

EXAMES COMPLEMENTARES (Raio X, laboratoriais)

DIAGNÓSTICO *Fratura consolida 2, 3, 4 =*

DADOS DA SAÍDA

MOTIVO

Data *12/12/18* Hora *8h* Min *00*

() Alta Curado () Alta Melhorado () Alta a Pedido () Obito

() Transferência () Evasão

MÉDICO/CRM

COMPLEXO HOSPITALAR
REGIONAL DEPARTADO
JANDUHY CARNEIRO

GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COMPLEXO HOSPITALAR ALGODÃO DOCE, JANDUHY CARNEIRO



SECRETARIA DE
ESTADO DA SAÚDE

SUS

RESUMO DE ALTA

G^o ATENDIMENTO 19691

DATA 29/11/2018 HORA 21:08

MÉDICO MARCELO NUNES ALVES DE SOUSA

PRONTUÁRIO 12239

OPERADOR MCARMO

PACIENTE KAIQ LUCAS OLIVEIRA PAIA

IDADE 25a 3m

RESUMO CLÍNICO:

DIAGNÓSTICO:

CTD-10:

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

EVOLUÇÃO E INTERCORRÊNCIAS:

ORIENTAÇÕES APÓS A ALTA:

CONDIÇÕES DE ALTA/TRANSFERÊNCIA ☐ Curado ☐ Melhorado ☐ Inalterado ☐ Útil

DESTINO ☐ Residência ☐ Atendimento domiciliar

☐ Transferência para

PAJOS/PB, ____ DE ____ DE 20__

MÉDICO/CRM

Hospital Regional de Patos - RX

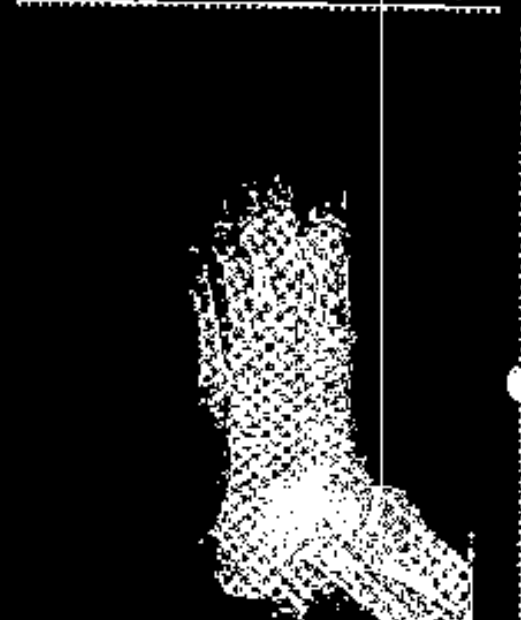
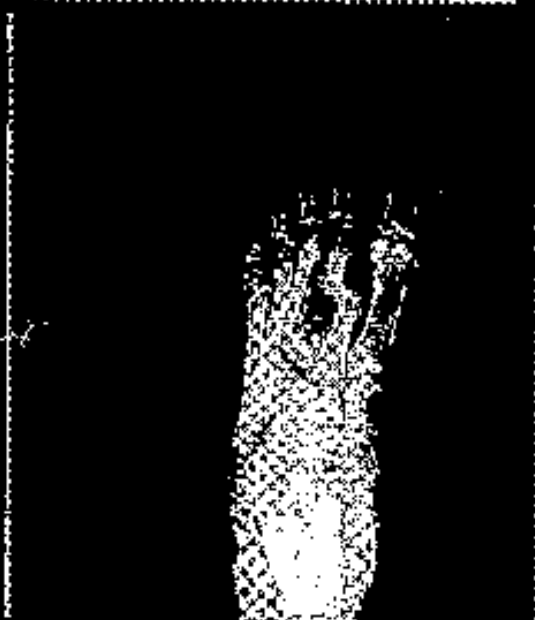
000000102215

40 %

EL_51508 000000102215

40 %

EL_51113



Tibia/Fibula E, Lateral

29Nov2013 08:30:32.15 Tibia/Fibula E, Lateral

29Nov2013 08:30:32.15

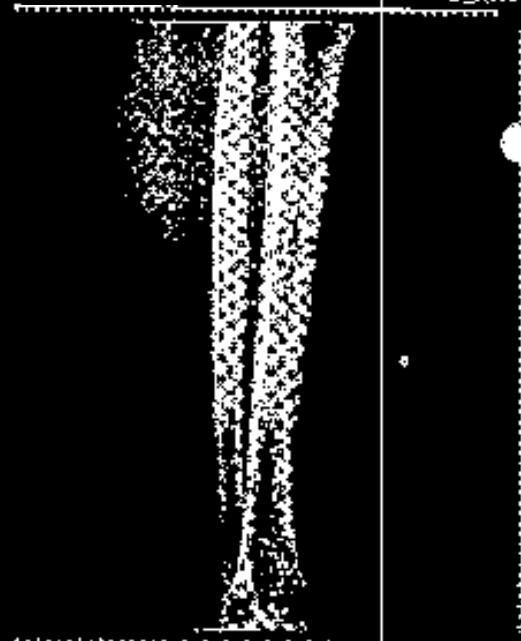
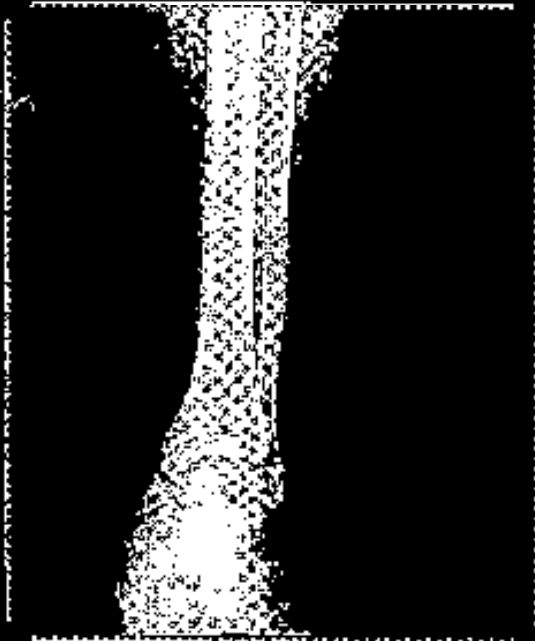
000000102219

40 %

EL_51508 000000102219

40 %

EL_5083



Tibia/Fibula E, Lateral

29Nov2013 08:31:34 Tibia/Fibula E, Lateral

29Nov2013 08:31:34

000000006747

KALIO LUCAS OLIVEIRA MAIA, 15/Ago/1993



Atendimento: 000000107919

Idade: 25 anos

Paciente: KAIO LUCAS OLIVEIRA MAIA

Data: 30/11/2018

Técnica:

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

Análise:

Não há evidências de calcificações periarticulares.

Densidade óssea normal.

Fratura cominutiva no terço médio do 2º metatarsiano, apresentando desalinhamento dos fragmentos ósseos.

Fratura cominutiva na base do 3º metatarsiano, apresentando desalinhamento dos fragmentos ósseos, com alteração do espaço articular.

Restante das estruturas ósseas analisadas apresentam morfologia normal.

Restante dos espaços articulares conservados.

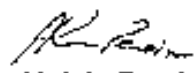
Não há aumento significativo do líquido intra-articular.

Planos músculo-adiposos nos sítios das fraturas apresentam com infiltração edematosa.

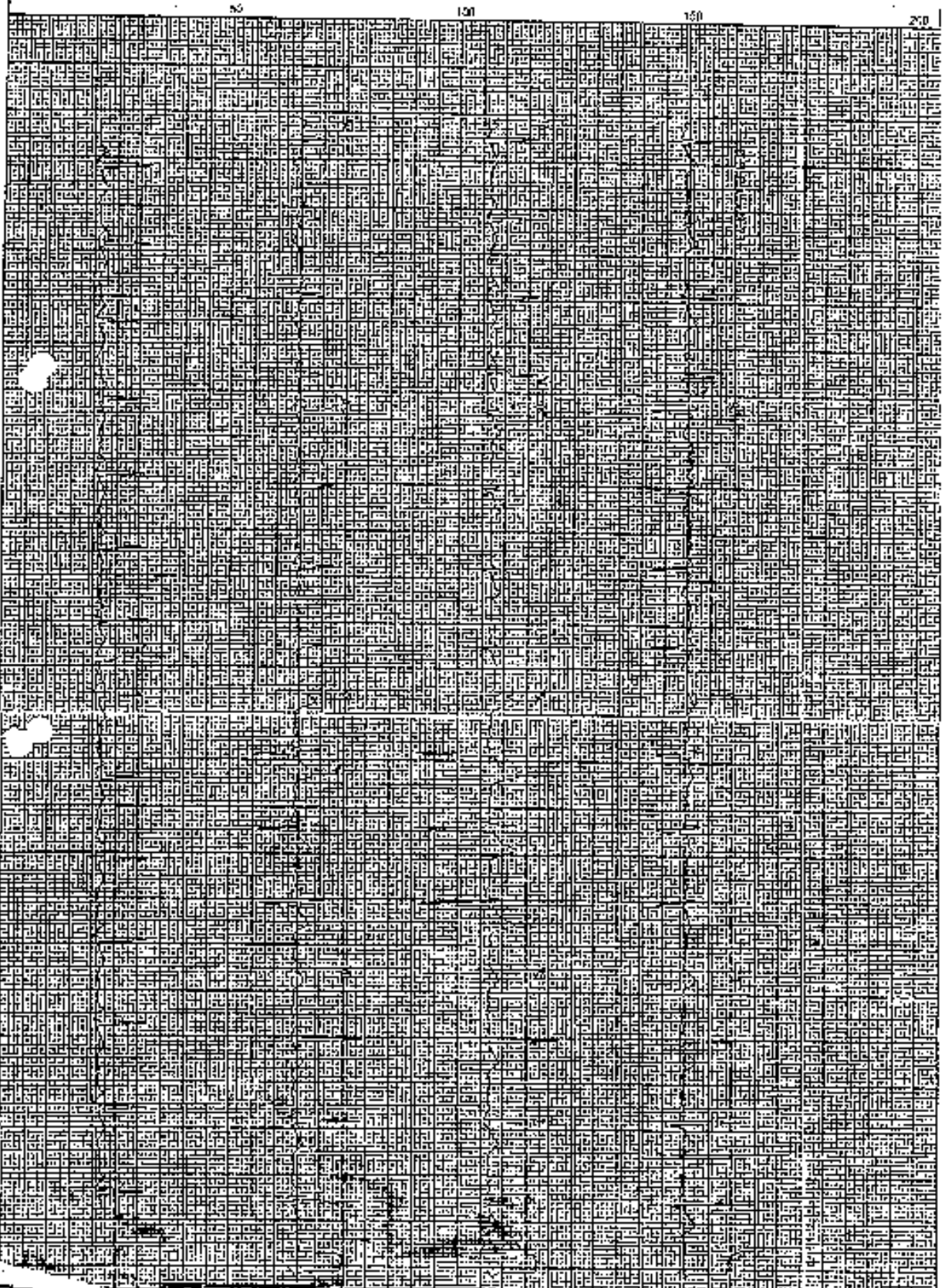
Restante dos grupamentos musculares com morfologia e coeficientes de atenuação preservados.

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

Este laudo foi liberado em 01/12/2018 13:48.


Dr. Aluisio Pereira
CRM 5227460-0 - PB

Idade: 25 anos Sexo: 30 1968 Hora: 27-00 h



REGIÃO DE FORTALEZA
JANDUHY CARNEIRO

GOVERNO
DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA
DE SAÚDE

51565

PACIENTE: KATO TACAS OLIVEIRA MORAIS
Nº REQUIS.: 4953

EMISSÃO: 01/12/2018
SEXO: M IDADE: 25

HEMATOGRAMA COMPLETO

Material:	SANGUE	TIPO DE TUBO	VALOR DE REFERÊNCIA
Método:			
ERITROGRAMA			
HEMÁCIAS	4.47 milhões/mm ³	FEMININO	4 a 5,2 milhões/mm ³
		MASCULINO	4,5 a 5,5
HEMOGLOBINA	14.0 g/dL	FEMININO	12 a 16
		MASCULINO	13,5 a 17,5
HEMATÓCRITO	43.8 %	FEMININO	35 a 40
		MASCULINO	41 a 53
VCM	97,1 fL	NORMAL	80 a 100
HCN	31,3 %	NORMAL	26 a 34
CEM	32,3 g/dL	NORMAL	37 a 55
RDW	19,5 %	NORMAL	12 a 15

LEUCOGRAMA

LEUCÓCITOS	7.900 /mm ³	NORMAL	4.000 a 10.000
PROMIELÓCITOS	000 % 0000 /mm ³	NORMAL	0 a 0
MIELÓCITOS	000 % 0000 /mm ³	NORMAL	0 a 0
METAMIÉLOCITOS	000 % 0000 /mm ³	NORMAL	0 a 0
BASTONETES	000 % 0000 /mm ³	NORMAL	0 a 5
SEGMENTADOS	71 % 5650 /mm ³	NORMAL	35 a 65
ESQUÊNÓFILOS	02 % 0150 /mm ³	NORMAL	1 a 4
BAZÓFILOS	01 % 0079 /mm ³	NORMAL	0 a 3
LINFÓCITOS	19 % 1501 /mm ³	NORMAL	25 a 45
MONÓCITOS	07 % 5553 /mm ³	NORMAL	2 a 8

CONTAGEM DE PLAQUETAS

CONTAGEM DE PLAQUETAS	247.000 mil/mm ³	NORMAL	150.000 a 450.000
-----------------------	-----------------------------	--------	-------------------

OBSERVAÇÃO

SÉRIE VERMELHA.....
SÉRIE BRANCA.....
SÉRIE PLAQUETÁRIA.....

OUTRAS OBSERVAÇÕES

Dr. Reginaldo O.L. Filho
Biotecnologia
CRM 6165

REGIONAL DEPUTADO
JANDUNY CARNEIRO

GOVERNO
DO ESTADO DO RIO
DE JANEIRO

SECRETARIA
DE SAÚDE

SUS

PROCT...: 12233 N°REQUIS.: 4553
PACIENTE: KALO LAGES OLIVEIRA MORA

EMISSÃO: 01/10/2019
SEXO: M IDADE: 25

UREIA

Material: SORO

Método: AUTOMATIZADO

REFERÊNCIA

1 DIA A 12 MESES: 2 A 34 mg/dL
1 A 13 ANOS: 8 A 26 mg/dL
NORMAIS DE 16 A 40 mg/dL

RESULTADO: 25,95 mg/dL

CREATININA

Material: SORO

Método: AUTOMATIZADO

REFERÊNCIAS

2 SEMANAS A 1 ANO: 0,1 A 0,3

1 A 13 ANOS: 0,1 A 0,8 mg/dL
NORMAIS: DE 0,4 A 1,3 mg/dL

RESULTADO: 1,13 mg/dL

GLICOSE JEJUM

Material: SORO

Método: AUTOMATIZADO

REFERÊNCIAS

NORMAL: 70 A 100

ALTERADO (INVESTIGAR): 100 A 125
SUSPEITO DIABETES: > 126

RESULTADO: 95 mg/dL

Dr. Fernando de A. L. Filho
Biomédico
CREM 6155

REGIONAL DEPTADO
MADRID CARNEIRO

LABORATORIO
DE DIAGNOSTICO

LABORATORIO
DE DIAGNOSTICO

515

PROMO: 12233 N° FOLIO: 4753
PACIENTE: RAYD LOCKS OLIVEIRA MACA

EMISSÃO: 02/12/2010
SEXO: F IDADE: 25

COAGULOGRAFIA

Método: 5030
Método: AUTOMATICO

TEMPO DE PROTROMBINA

Resultado:
T.P. Paciente: 14 seg.
T.P. Controle: 14 seg.
Atividade: 53
Valores de Referência: T.P. Paciente: 11,2 a 13,0 seg.
A. Exatidão: 70 a 100%

INR:
Resultado: 1,29
Valores de Referência:
INR com Anticoagulante: 0,8 - 1,2
INR uso Anticoagulante: 2,0 - 3,0

TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADO

Resultado:
T.T.P.A. Paciente: 35 seg.
T.T.P.A. Controle: 34 seg.
Valores de Referência:
TAP Paciente: 26 a 38 seg.


Dr. Reginaldo O. L. Filho
Residência
CRM 6155

EXCO HOSPITALAR

Clínica
Cervical

NOME:

Isaac Luis de D. Maia

DA CLÍNICA

2ª Clínica

ENFERMARIA

12

A CLÍNICA

Cardiologia

LEITO

01

MOTIVO DA CONSULTA:

INFORMAR OS DADOS SOBRE OS QUAIS DESEJA OPINIÃO
E REVISAR OS PRINCIPAIS SINTOMAS DO ENFERMO

Peso 60 kg

30/11/18

DATA

ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE

PARECER:

Paciente Sr. Luis Carlos
M. Cardoso, de longa internação

P = 130 x 70 mmHg

ECG = Normal

Peso Contido = Baixo peso

02/12/18

DATA

Dr. Carlos de F. Franco
Cardiologista
CRM 12345

ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA

[illegible]

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL					GOVERNO DA PARANÁ SECRETARIA DE SAÚDE
ALUNO	LEITO	CONDIÇÃO	DIAGNÓSTICO	RESUMO	
Kaio Lucas Oliveira Oliveira Neto	1005	SUS	35ans, 12233		
C.C.					
Cirurgia		Ampliação de 3.4cm			
Anestesia		Anestesia			
Procedimento		13.12.18			
Data		16.12.18			
Hora		16:20hs			
Assinatura		[Assinatura]			
Hospital Regional		Dep. Jamilhy Camargo			

GOVERNO DA PARALÍPOLA
E EXERCÍCIO DE MÚLTIPLO



HOSPITAL REGIONAL
DEP. JUNTOSY CARBONERO

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
	TX. do Instrumentador		Equipo p/ sang e sangue
	TX. Capnógrafo		Scalp
	TX. Bomba de Infusão		Linha Est. p/ Procedimentos
	TX. Aplicação de Sangue		Linha de Bisturi
	TX. Monitor Círculo-Respirador		Sonda de Foley
	TX. de Laser		Coléter de Urina
	TX. de Curativo		Seringa 1 ml
	TX. de Instalação S. Venosa		Seringa 3 ml
	TX. Seta		Seringa 5 ml
	TX. Bisturi Elétrico		Seringa 10 ml
	TX. Aspirador Elétrico		Seringa 20 ml
	TX. Oxímetro de Pulso		Eletródos desu.
	Neostin		Alcatura de Crepom 10cm
	Halgiana		Alcatura de Crepom 20cm
	Thiuronatad		Alcatura Gessada 10cm
	Quelchit		Sonda (Uretral)
	Pavilion		Sonda Nasogástrica
	Quindol		Éter Sulfúrico
	Pentamyl 0,5mg		Dreno Penrose
	Mistecim a 8%		Dreno Sump
	Inova		Dreno de Yonac
	Xilocaina a 2%		Esparadrapo
	Intellimide		Xilocaina Gel
	Ketalar		Álcool 70%
	Publinoxina 0,5%		PVP, Tintura
	Olinoff		Gases
	Laxenat 0,5ml		Algodão Hidrófilo
	Harwin		Algodão Ortopédico
	Fojays		Chux
	Sudent		Vaselina Petról
	Chazopan		Agulha descartável
	Água destilada 10ml		Plastico de Formol
	Proctigard		Fio Cromado 1/2 c/ agulha
	Atropina		Fio Cromado 5 c/ agulha
	Adrenalina		Fio Cromado 1 c/ agulha
	Eforil		Fio Cromado 1 c/ agulha
	Carbapen 39g		Fio Cromado 2-0 c/ agulha
	Dial		Fio Cromado 2-0 c/ agulha
	Plast		Fio Cromado 2-0 c/ agulha
	Dipirona		Cat-gut simples 0 c/ agulha
	Espanin 6000 VI		Cat-gut simples 0 c/ agulha
	Tibral		Cat-gut simples 2-0 c/ agulha
	Amoxicilina 600mg		Cat-gut simples 2-0 c/ agulha
	Agulha de Raça Descartável		Cat-gut 2-0 p/ siringa/ectomia
	Albacore 25 e 22		Cat-gut simples 3-0 c/ agulha
	Polycot 0 c/ agulha		Polycot 0 c/ agulha
	Polycot 0-0 c/ agulha		Polycot 0-0 c/ agulha
	Polycot 2-0 c/ agulha		Polycot 2-0 c/ agulha
	Polycot 3-0 c/ agulha		Polycot 3-0 c/ agulha
	Prolene 0 c/ agulha		Prolene 2-0 c/ agulha

[illegible]

11600
 11600

[F]UZZIE
[F] LISA

de escoria

Estabilidad Or. - Indato Cl escoria

Limpeza RO.

Sutura por planos.

Curoto entant.

Retirado gesso e etc

Tolo bato

Curoto chom

Dr. Diego S. Santiago
Ortopedista
Cirurgia de Mão e Braço
Rua 1000, 1000 - 1000 - 1000



COMPLEXO
HOSPITALAR
REGIONAL

GOVERNO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COMPLEXO HOSPITALAR REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO

GOVERNO
DA PARAIBA

SECRETARIA
DE ESTADO DA
SAÚDE

SIS

RELATORIO DE CIRURGIA

Nome: <u>DAID LUCAS</u>		Nº prontuário
Data da Cirurgia <u>03.12.08</u>	Enf.	Leito
Cirurgião <u>Dr. FERNANDES</u>	1º Auxiliar <u>Dr. ZINGO</u>	
Anestesiista <u>Dr. RENE</u>	Tipos de Anestesia	
Diagnóstico Pré-Operatório <u>Fratura Lateral de PE</u> <u>(experto)</u>		
Tipo de Cirurgia <u>Redução PE fixação</u>		
Diagnóstico Pós-Operatório <u>Osteossíntese PE</u>		
Relatório Imediato do Patologista		
Exame Radiológico no Atm <u>31M</u>		
Acidente Durante a Cirurgia <u>Adenexa do fêmur exposto de</u> <u>fratura S. dist. de evolução</u>		

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos Visuais
<u>Pcti. ODH. P. Roqui</u> <u>Limpza de ferimento em calcâneo</u> <u>Paragem de sangria em MTT</u> <u>Artéria e contrapelo</u> <u>colocação campo inferior</u> <u>injeção de 10 ml de MIT, 20 ml</u> <u>2º/3º MTT e 1 bol. 5MTT</u> <u>Feita Redução aberta do 2º, 3º e 4º L5MT</u> <u>e fixado el. Fios Kirshammer 20 C/avali</u>



Hospital Regional de Patos - RX

00000107425

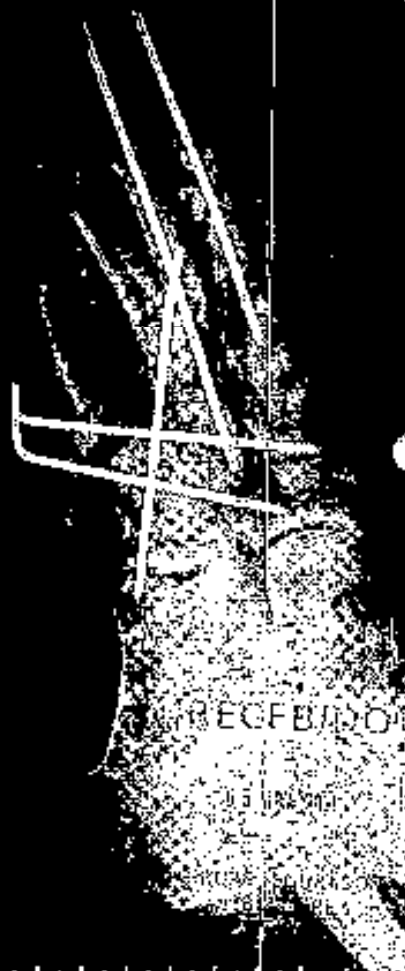
25 %

ELs:054

00000107426

65 %

ELs 1004



PC. AP

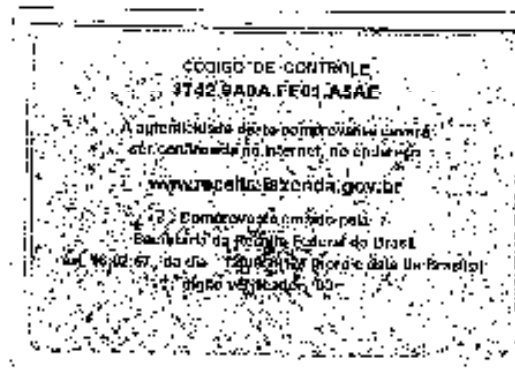
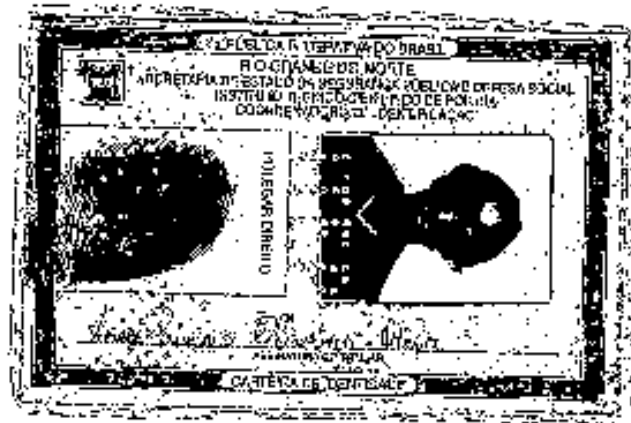
4/Dec/2018 10:17:57 Pá. Calça

4/Dec/2018 10:18:39

000003006747

KALIO LUCAS OLIVEIRA MAIA, *5/Ago/1993

RUA HORÁCIO MÓRREGA S/N - HOSPITAL REGIONAL DE PATOS - BELO HORIZONTE - PATOS, AP



GOVERNADOR DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

002.004.753

25/04/2023

KAIOLUCAS OLIVEIRA MASA

PRIMEIRO NOME: KAIOLUCAS OLIVEIRA MASA

PRIMEIRO SOBRENOME: MASA

CPF: 05.008.1883

DATA DE NASCIMENTO: 25/04/1993

ENDEREÇO: RUA DA PÁZ, 100, JARDIM BOTANICAL, RIO DE JANEIRO, RJ

CEP: 22250-000

TEL: (21) 3333-3333

CEL: (21) 9999-9999

EMAIL: kailucas@masa.com.br

ASSINATURA: KAIOLUCAS OLIVEIRA MASA

DATA: 25/04/2023

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número: 035.978.704-60

Nome: KAIOLUCAS OLIVEIRA MASA

Nascimento: 05/08/1993

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO





MELO & MELO
ADVOGADOS ASSOCIADOS

PROCURAÇÃO AD JUDICIA:

OUTORGANTE: KAIO LUCAS OLIVEIRA MAIA, brasileiro, solteiro, estudante, portador do CPF: 095.978.704-60 e RG: 003.004.779 SSP/RN, residente e domiciliado na Rua Adolfo Maia, Nº 40, Centro, Catolê do Rocha-PB.

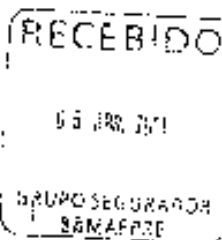
OUTORGADOS: JOSÉ WELITON DE MELO, brasileiro, casado, Advogado, portador do CPF 018.480.664-06 e RG 1.294.944-SSP/PB, OAB 9021, e **ELYVELTON GUEDES DE MELO**, brasileiro, solteiro, portador do CPF nº 094.762.114-82 e RG 003.135.674, OAB/PB 23.314, ambos com escritório profissional na Rua Cantidiano de Andrade, s/n, Batalhão, Catolê do Rocha/PB.

PODERES: A quem confere amplos poderes com cláusula ad-judicia para, como seus advogados representarem o outorgante perante toda e qualquer entidade pública ou privada, podendo representá-lo em qualquer juízo instância ou tribunal, judicialmente ou extra-judicialmente, com poderes especiais para, requerer assistência judiciária gratuita, receber citação inicial, confessar, desistir, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, **bem como poderes especiais para requerer seguro DPVAT junto a seguradora LIDER**, tudo procedido de expressa e escrito autorização da outorgante, dando por bom, firme e valioso.

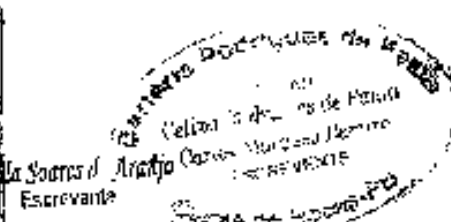
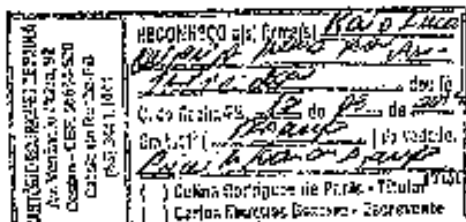
Catolê Do Rocha/PB, em 12 de Março de 2019

OUTORGANTE:

Kaio Lucas Oliveira Maia



Selo Digital: AIG64560 - 7XT7
Consulte a autenticidade em:
<http://selo.digital.br>



JOSÉ WELITON DE MELO (DR. BRANCO) - OAB / PB 9021
JOSE.WELITON@UOL.COM.BR
(40) 9 9961-1125

ELYVELTON GUEDES DE MELO - OAB / PB 23314
GUEDES.ADV@GMAIL.COM
(81) 9 9624-2177

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190262184 **Cidade:** Catolé do Rocha **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: KAIO LUCAS OLIVEIRA MAIA **Data do acidente:** 29/11/2018 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA-LUXAÇÃO DE 2º, 3º E 4º METATARSOS (LISFRANC).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE KIRSCHNER). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE PÉ ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE PÉ ESQUERDO.

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
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190262184 **Cidade:** Catolé do Rocha **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: KAIO LUCAS OLIVEIRA MAIA **Data do acidente:** 29/11/2018 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA-LUXAÇÃO DE 2º, 3º E 4º METATARSOS (LISFRANC).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE KIRSCHNER). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE PÉ ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE PÉ ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: P 11/13_ CIRURGIA.

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
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0117663/19

Vítima: KAIO LUCAS OLIVEIRA MAIA

CPF: 095.978.704-60

Seguradora: INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

Data do acidente: 29/11/2018

Titular do CPF: KAIO LUCAS OLIVEIRA
MAIA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

KAIO LUCAS OLIVEIRA MAIA : 095.978.704-60

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: 05/04/2019
Nome: KAIO LUCAS OLIVEIRA MAIA
CPF: 095.978.704-60

KAIO LUCAS OLIVEIRA MAIA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/04/2019
Nome: SARA OLIVEIRA PEREIRA DA SILVA
CPF: 441.172.858-31

SARA OLIVEIRA PEREIRA DA SILVA