Seguradora Líder · DPVAT

Rio de Janeiro, 07 de Outubro de 2016

Carta n°: 9838130

A/C: FRANCISCO DA ROCHA PONTE

Sinistro:	**3160602967 ASL-1097187/16**
Vitima:	**FRANCISCO DA ROCHA PONTE**
Data Acidente:	**08/05/2016**
Natureza:	**INVALIDEZ**
Procurador:	

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

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

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

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

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

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01331/01332 - carta_01
00020666

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 05 de Abril de 2017

Carta nº 10781205

a/c: FRANCISCO DA ROCHA PONTE

Sinistro:	**3160602967 ASL-1097187/16**
Vitima:	**FRANCISCO DA ROCHA PONTE**
Data Acidente:	**08/05/2016**
Natureza:	**INVALIDEZ**
Procurador:	

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Pag. 00675/00676 - carta_16
00020338

Prezado(a) Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização DPVAT, nem qualquer manifestação no sentido de que estivessem sendo tomadas providências para sua obtenção.

Tendo em vista que a(s) pendência(s) indicadas não foi(ram) sanada(s), e não houve qualquer nova manifestação sua nesse processo de sinistro por um período superior a 180 dias, informamos que a análise do seu pedido de indenização DPVAT foi finalizada com a recusa da indenização por falta de comprovação documental da cobertura para o sinistro.

A documentação original permanecerá arquivada, podendo ser retirada pelo senhor(a), ou por procurador devidamente constituído para este fim, conforme instruções contidas em nosso *site* www.seguradoralider.com.br.

Em caso de dúvida, favor acessar nosso site ou entrar em contato conosco gratuitamente por meio do SAC 0800 022 12 04.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT

DOCUMENTO 1 *T1%*

Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU, FRANCISCO DA ROCHA PONTES

PORTADOR(A) DO RG Nº 1914756 EXPEDIDO POR SSP PB EM 02/08/1999

CPF 03212741334-60 /CNPJ ..... PROFISSÃO NECESSO

E RENDA MENSAL DE R$ NEGOCIA (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA FRANCISCO DA ROCHA PONTES AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

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

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

RECEBIDO 04 OUT 2016 GRUPO SEGURADOR BBMAPFRE

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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)
Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)
Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

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

FORTALEZA 23 de AGOSTO de 2016

LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0721204

GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
7ª DELEGACIA REGIONAL DE POLICIA CIVIL
DELEGACIA DE POLICIA CIVIL DE BARRA DE SANTA ROSA – PB
Rua 08 de maio, S/N, centro, Fone 3376-1257 – CEP 58170.000.

BOLETIM DE OCORRÊNCIA VERSANDO SOBRE ACIDENTE AUTOMOBILISTICO Nº 15/2016

DATA, HORA E LOCAL DA OCORRÊNCIA: **08/05/2016, ÀS 15H:00MIN, NA RODOVIA ESTADUAL PB-133 QUE LIGA A CIDADE DE DAMIÃO A BARRA DE SANTA ROSA-PB.**

DATA E HORA QUE A DELEGACIA TOMOU CONHECIMENTO DO FATO: **18/06/2016, AS 10H:00MIN.**

COMUNICANTE/VÍTIMA: **FRANCISCO DA ROCHA PONTES, Brasileiro, solteiro, nascido aos 27/07/1978, natural de Araruna - PB, filho de Francisco Pedro de Pontes e de Maura da Rocha Pontes, residente no Sitio Cuiuiu, Zona Rural de Barra de Santa Rosa. RG Nº 1914756 SSP-PB e CPF Nº 032.274.334-60.**

DOCUMENTO 1 "T1%"

TESTEMUNHA (S):

1ª – DJAILSON SANTOS MELO, residente no Sitio Cuiuiu, Zona Rural de Barra de Santa Rosa -PB. RG Nº 4.089.172 SSP-PB e CPF Nº 127.846.444-13.

2º - FRANCISCO PEDRO DE PONTES, residente no Sitio Cuiuiu, Zona Rural de Barra de Santa Rosa -PB. RG Nº 23.706.655-5 SSP-PB e CPF Nº103.116.058-26

NARRATIVA: QUE no dia 08 (Oito) de Maio do ano de 2016, por volta das 15h:00min, encontrava-se pilotando uma motocicleta HONDA CG 125, COR BRANCA, ano e modelo 1987, PLACA KGA-0309-PE-PB, de propriedade de **ROBSON DIOGO XAVIER BARBOSA**, na Rodovia Estadual PB-133, que liga as cidade de Damião a Barra de Santa Rosa, quando em uma curva, derrapou e caiu ao solo; **QUE** foi socorrido pelo SAMU da cidade de Barra de Santa Rosa, para a cidade de Campina Grande, mais precisamente para o Hospital Dom Luiz Gonzaga Fernandes, onde ficou internado por um período de 10 dias; **QUE** procurou a Delegacia de Policia desta cidade para Registrar o ocorrido.

PROVIDÊNCIAS ADOTADAS: LAVRATURA DO PRESENTE BOLETIM.

Dr. Decio de Souza Lima Filho
DELEGADO DE POLÍCIA
Mat. 1621-0 SSP/PB.

AUTORIDADE: **DECIO DE SOUZA LIMA FILHO**
DELEGADO DE POLICIA

COMUNICANTE: Francisco Pedro Pontes

ESCRIVÃO:

RECEBIDO
04 OUT 2016
GRUPO SEGURADOR BBMAPFRE

DOCUMENTO 3 *T3%*

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, FRANCISCO DA ROCHA PONTES, portador da carteira de identidade nº 1914756 e inscrito no CPF/MF sob o nº 03227439460 residente e domiciliado na RUA: 4T CUIUIU, Cidade BANA DE STA ROSA Estado PARAIBA, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

( ) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

( ) O estabelecimento do IML localizado no município em que resido não realiza Perícias para fins de prova do seguro DPVAT; ou

( ) O estabelecimento do IML localizado no município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

RECEBIDO
04 OUT 2016
GRUPO SEGURADOR BBMAPFRE

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

BANA DE STA ROSA PB 23-08-2016
Local e data

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, FRANCISCO DA ROCHA PONTES,

RG nº 1914756, data de expedição 02/08/1977 Órgão SSP PB,

CPF nº 032274334 68, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

DOCUMENTO 2 *T2%0*

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	ST. CUIUIU
Número	S/N
Apto / Complemento	ZONA RURAL
Bairro	
Cidade	BARRA DE STA ROSA
Estado	PARAIBA
CEP	58170 000
Telefone de Contato	
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: BARRA DE STA ROSA PB 23-08-2016

Assinatura do Declarante: _____

RECEBIDO
04 OUT 2016
GRUPO SEGURADOR BBMAPFRE

FRANCISCO DA ROCHA PONTES
SIT CURU, S/N - AREA RURAL
BARRA DE SANTA ROSA / PB CEP 58170000 (CL 801)

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
0,200 Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-900
CNPJ 09 095 163/0001-40 Insc Est 16 015 573-0

Classe/Subcls: RURAL / AGROPECUARIA RURAL MONOFÁSICO
Roteiro 11 - 107 - 451 - 5080 Referência Fev / 2016
Nº medidor 00000569953 Emissão 18/02/2016

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 000 772 608
Código para Débito Automático: 000074571 04

Atendimento ao Cliente ENERGISA **0800 083 0196** Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a: UC (Unidade Consumidora): 5745710-4

Canal de contato

Fev / 2016

Redução do valor da bandeira vermelha para o patamar 1, R$ 2,30 a cada 100 kWh consumidos, vigente a partir de 01/02/2016

Apresentação

18/02/2016

Data prevista da próxima leitura

18/03/2016

CPF / CNPJ / RANI	Anterior Data	Anterior Leitura	Atual Data	Atual Leitura	Constante	Consumo	Dias
2227433480	19/01/16	13025	18/02/16	13112	1	87	30

Faturas em atraso

25/01/2016	17,01
28/12/2015	40,74

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R$)
Consumo em kWh	87	0,27772	25,46
Adic. B. Vermelha			3,13
Subsídio			6,55
PIS			0,48
COFINS			2,27
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS			
JUROS DE MORA 10/2015			0,09
JUROS DE MORA 11/2015			0,05
MULTA 10/2015			0,88
MULTA 11/2015			0,08
ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 10/2015			0,22
ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 11/2015			0,24
Devolução Subsídio			-6,55

Histórico de Consumo (kWh)

Jan/16	89
Dez/15	85
Nov/15	98
Out/15	82
Set/15	101
Ago/15	100
Jul/15	97
Jun/15	84
Mai/15	74
Abr/15	67
Mar/15	98
Fev/15	0

Média dos últimos meses: 79 kWh

	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR R$
ICMS	0,00	0,00	0,00
PIS	37,80	1,9000	0,48
COFINS	[illegible]	[illegible]	[illegible]

VENCIMENTO 25/02/2016

TOTAL A PAGAR R$ 35,24

06d5.9b00.a636.98d2.092d.4f1e.c6a7.725b.

Indicadores de Qualidade 12/2015-CHE

	Limites da ANEEL	Equivalente (%)
DIC MENSAL	1,20	4,72
DIC TRIMESTRAL	22,32	
DIC ANUAL	44,65	
FIC MENSAL	2,80	1,00
FIC TRIMESTRAL	5,64	
FIC ANUAL	21,26	
DMIC	6,00	4,72
DICRI	6,00	

Limite de Tensão (V)

NOMINAL	220
CONTRATADA	
LIMITE INFERIOR	202
LIMITE SUPERIOR	231

Discriminação	Valor (R$)	%
Serviços de Dist da Energisa/PB	11,34	26,06
Compra de Energia	18,78	44,94
Serviço de Transmissão	0,81	1,93
Encargos Setoriais	2,71	6,49
Impostos Outros e Encargos	5,60	13,40
Outros Serviços	0,86	2,06
Total	41,78	100,00

Valor de EUSD (Ref. 12/2015) R$ 14,76

ATENÇÃO

- REAVISO: Caso a(s) fatura(s) acima colocada(s) em atraso, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 04/03/2016 Conforme Resolução 414/ANEEL. O pagamento após esta data não elimina a possível suspensão do fornecimento, caso o mesmo não seja comunicado ou as contas pagas não estejam no ciclo de consumo para comprovação. Caso as faturas estejam pagas, desconsiderar esta mensagem.
ESTE PRAZO NÃO VALE PARA AS FATURAS JÁ REAVISADAS, para estas a suspensão do fornecimento poderá ocorrer a qualquer momento até o decurso do prazo de 90(noventa) dias, contado da data de vencimento da fatura vencida e não paga
Fatura sujeita a inclusão em órgãos de proteção ao crédito no caso de inadimplemento
Subvenção DEC 7,95 / FS 0,55
Isento ICMS

RECEBIDO
04 OUT 2016
GRUPO SEGURADOR BBMAPFRE

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

SUS

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

UNIDADE PRESTADORA DO ATENDIMENTO
Código da Unidade: 0002371 — CNPJ: 08.778.268/0001-60
Nome: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
Endereço: AV. FLORIANO PEIXOTO, 4700 - MALVINAS
Município: CAMPINA GRANDE — Estado: PARAÍBA — UF: 25

DADOS DO PACIENTE

Nome: — Sexo: — Idade:
Profissão: — Documento:
Endereço: — Bairro:
Município: — Estado: — CEP:
Data Atendimento: — Código do Município:
Data Nascimento: — Data Acidente:

RAÇA/COR
( ) 1 - BRANCA ( ) 2 - PRETA ( ) 3 - PARDA
( ) 4 - AMARELA ( ) 5 - INDÍGENA ( ) 99 - SEM INFORMAÇÃO

ANAMNESE E EXAME FÍSICO SUMÁRIOS:

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE — TIPO

RESULTADOS

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS
1.
2.
3.
4.

DIAGNÓSTICO / CID:

RECEBIDO 04 OUT 2016 GRUPO SEGURADOR BBMAPFRE

NATUREZA DA CONSULTA

Consulta Básica (PAB):
Consulta Especializada: BMF / NCR

PROCEDIMENTO

TIPO DE ATENDIMENTO

- [ ] 01 - URGÊNCIA
- [ ] 02 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU SERVIÇO DA EMPRESA
- [ ] 03 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO
- [ ] 04 - OUTROS TIPOS DE ACIDENTES DE TRÂNSITO
- [ ] 05 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS E FÍSICOS

TOMOGRAFIA REALIZADA EM: 08/05/16

MEDICAÇÃO
- [ ] 01 - PRESCRITA
- [ ] 02 - APLICADA

ENCAMINHAMENTO
- [ ] OBSERVAÇÃO
- [ ] OUTRO HOSPITAL
- [ ] RESIDÊNCIA
- [ ] OBITO
- [x] INTERNAÇÃO
- [ ] OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO / PROCEDIMENTO	CBO	IDADE

ASS. DO(S) PROFISSIONAL(AIS) ASSISTENTE(S) - CARIMBO(S)

ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL - OU POLEGAR DIREITO

ASS. DO REVISOR TÉCNICO (CARIMBO)

DOCUMENTO 4

HDD 514

GOVERNO DA PARAÍBA

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

Ficha de Acolhimento

Nome: Francisco da Rocha Pereira

End: Sítio Tocaia Bairro: Zona Rural

Data de Nascimento: 21.07.1978 Documento de Identificação: Carteira de Trab. Doença

Queixa: Fe. mal Data do Atend.: 08.05.16 Hora: 16:40 Documento:

Acidente de trabalho? ( ) Sim ( ) Não

Classificação de Risco

Nível de consciência: ( ) Bom ( ) Regular ( ) Baixo Aspecto: ( ) Calmo ( ) Fácil de dor ( ) Gemente

Frequência respiratória: Frequência cardíaca:

Pressão arterial: Temperatura axilar:

Dosagem de HGT: Mucosas: ( ) Normocorada ( ) Pálida

Deambulação: ( ) Livre ( ) Cadeira de rodas ( ) Maca

Estratificação

(X) Vermelho - atendimento imediato
( ) Verde - atendimento até 4 horas
( ) Amarelo - atendimento até 1 hora
( ) Azul - atendimento ambulatorial

Assinatura e carimbo do profissional

RECEBIDO
04 OUT 2016
GRUPO SEGURADOR BBMAPFRE

GOVERNO DA PARAÍBA

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

Diagnóstico

Fechado em folha

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Alojamento	Leito	Convênio
Francisco Rocha Paiva	Ortopedia	2-3	

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
17/10	Dieta livre.		BEG s/ DIH.
10/10	Soro fisiológico		Evolui em BEG G. Sem queixas.
11/10	Keflex 1g ev 12/12h		Mantemos alta da
11/10	Diclofenaco 1ml + 2ml ev 1/1h.		BEG após avaliação
	Soro		da oftalmologia.
	Cuidados Gerais		
			BEG Mantido a avaliação da oftalmologia e alta.
			Alta da BEG

MOD 01

GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Diagnóstico

Fraturas em pés

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	[illegible]	Alojamento		Leito		Convênio	

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
17/10	Dieta livre		Bom g. [illegible]
10/10	Pelo Solicitante		Conf. [illegible]
11/10	Medicação ev [illegible]		[illegible]
	Diplona [illegible] + AD ev 8/8h		Pacs [illegible] alta do
	Soro		Pacs após avaliação
	Cordões Cruz		do ortopedista
	Fisioterapia motora		
	Fisioterapia respiratória		
	Crioterapia		

RECEBIDO 04 OUT 2016 GRUPO SEGURADOR BBMAPFRE

MOD. 035

GOVERNO DA PARAÍBA

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

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Diagnóstico

Fraturas Faciais

Paciente	Francisco da Rocha Ponte	Alojamento	2	Leito	3	Convênio	

Data	Prescrição Médica		Horário	Evolução Médica
16/06/16	(1) Dieta livre			8º DIH HEBMEH
	(2) SF 0,9% 1000 ml → ev alternado	1L	06	Paciente evolui em BEG, sem queixas. Apresentando bom aspecto. Cicatrizando dentro da normalidade.
	SG 5% 500 ml	1L	12	
	(3) Cefazolina 1g EV 12/12 hs	1g	06	
	(4) Dipirona 1g + 20 ml AD EV 6/6 hs	1g	12 / 24	06
	(5) SSVV + PCG			CD: Aguarda alta da oftalmo para receber alta da BMF.
	(6) Av. Oftalmologia.			

MOD. 035

Data	Hora	T	FP	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
16/05/96	9hs				120	8	Pcte usou sonolência:	
							lúcido orientado, aceita	
							dieta, eliminações	
							fisiológicas presentes. Apresen-	
							ta escoriações na	
							face.	Rosa
	12hs						Pcte não foi en-	
							caminhado pois encon-	
							tra-se em repouso	
							no leito.	Rosa

GOVERNO DA PARAÍBA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Nome do Paciente

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

RECEBIDO
04 OUT 2016
GRUPO SEGURADOR BBMAPFRE

PRESCRIÇÃO	EVOLUÇÃO
[illegible]	

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: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES — CNES: 2 3 6 2 8 5 6

2 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES — CNES: 2 3 6 2 8 5 6

Identificação do Paciente

3 - NOME DO PACIENTE: Francisco da Rocha Pontes — 3 - Nº PRONTUÁRIO: 218.560

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 2 0 6 1 1 8 1 0 1 0 6 1 8 1 0 0 0 0 — 8 - DATA DE NASCIMENTO: 24/03/1949 — 9 - SEXO: M [1] F [3]

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: — 11 - TELEFONE DE CONTATO: DDD

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): Sítio Burim

13 - NOME DO MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: Barra de Santa Rosa — 14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO — 15 - UF: PB — 16 - CEP:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - HISTÓRIA DA DOENÇA E EVOLUÇÃO DO PACIENTE:

Paciente vítima de acidente de moto, apresentando traumatismo extenso em face e crânio.

18 - INFORMAÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

Necessidade de tratamento cirúrgico.

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS E/OU EXAMES REALIZADOS:

Exame clínico e tomográfico.

20 - DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: Fratura de Órbita (D) — 21 - CID 10 — 22 - DIAG. SECUNDÁRIO — 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: Tratamento cirúrgico de fratura de órbita — 25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - TIPO DA INTERNAÇÃO: BMF — 27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO — 28 - DOCUMENTO: 1 - CNS X - CPF — 29 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: 0 3 3 4 5 3 4 8 1 - 0 3

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: Thiago Lima Maia — 31 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 08/05/16 — 32 - ASSINATURA E CARIMBO (NÚMERO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - 1 - ACIDENTE DE TRÂNSITO — 34 - 1 - ACIDENTE TRABALHO TÍPICO — 35 - 1 - ACIDENTE TRABALHO TRAJETO — 36 - CAT Nº — 37 - CNPJ — 38 - DATA DO ACIDENTE — 39 - HORA

40 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: 1 - SEGURADO — 2 - EMPREGADOR — 3 - AUTÔNOMO — 4 - DESEMPREGADO — 5 - APOSENTADO — 6 - NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

41 - NOME DO(S) PROFISSIONAL(IS) AUTORIZADOR(ES) — 42 - CODIGO UNIDADE — 43 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

44 - CPF DO(S) PROFISSIONAL(IS) AUTORIZADOR(ES): 1 - CNS 2 - CPF

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: / / — 47 - ASSINATURA E CARIMBO DO GESTOR INCLUSIVE CNES

Thiago Lima Maia
CRO-PB 9711
Cirurgião Bucomaxilofacial

FORM. 929

GOVERNO DA PARAÍBA

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

Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente:
Convênio:
Procedimento:
Idade:
Data:

Cirurgião: Auxiliar: Anestesista:

Início: Término: Anestesia:

Hora	PA	Pulso	SAT O2	Responsável	A. Motora	Consciência
			99%			

Medicamentos / Materiais	Quantidade

Observações:

Assinatura Anestesista

Circulante

Relatório de Operações

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: Francisco da Rocha Pontes DN 27/01/78

GOVERNO DA PARAÍBA

CI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO
	Sala 01	SUS	37	1256404

CIRURGIA Cirurgia Odontologica [illegible] CIRURGIÃO Dr. Thiago

ANESTESIA Geral | ANESTESIA Dr. Eudiane

Hospital Emergencial Clemente Ferreira Dos Santos Gonçalves Fernandes

INSTRUMENTADORA	DATA	INÍCIO	FIM
	08/05/2016	18:20	20:10

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostomia	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.	01	Coletor Urg.		Catgut cromado Sedix	
	Atropina amp.		Cateter de Lavar Sist. Fecal		Catgut cromado Sedix	
	Diazepan amp.	05	Compressa Grande		Catgut cromado Sedix	
	Dolantina amp.		Compressa Pequena		Catgut Simples	
	Dolgirina amp.		Colonoide		Catgut Simples Sedix	
	Efedrina [illegible]		Dreno		Catgut Simples Sedix	
	Fenergan amp.		Dreno Kehr nº		Catgut Simples Sedix	
	Fentanil nº		Dreno Penrose nº		Cabo nº oito	
	Ketamina [illegible]		Dreno Fazzer nº		Silkbond	
	Sola nº nº		Equipo de Microgotas		Silkbond	
	Morfina ml		Equipo de Microgotas		Silkbond	
	Nubaine amp.		Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sedix	
	Pavulon amp.		Equipo de [illegible]		Fio de Algodão Sedix	
	Profenaine amp.	05	Escalpe [illegible]		Fio de Algodão Sutupan	
	Propofol fra.		Fura [illegible]		Fio de Algodão Sutupan	
	Quelicin fr.	05	Gaze Pacote c/ 10 unidades		Fio cardíaco	
	Raniter amp.		H2O2 ml	50	Nylon 3.0	
	Tiopentonal amp.		Intracath Adulto	50	Nylon 3.0	
	Tramal amp.		Intracath Infantil		Prolene Sedix	
Qtd.	MEDICAÇÕES	01	Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Sedix	
	Água Destilada amp.	02	Lâmina de Bisturi nº 24		Prolene Sedix	
02	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Sedix	
	Dipirona amp.	02	Luvas 7.0	03	Vicryl Sedix 3.0	
	Flexidol amp.	02	Luvas 7.5		Vicryl Sedix	
	Fisiocetol amp.		Luvas 8.0		Vicryl Sedix	
	Gentamicina amp.	05	Luvas 8.5 Procedi.			
	Glicose amp.	03	Oxigênio [illegible]			
	Gluconato de Cálcio amp.		Pelíx			
	Haemacel ml		Povo Degermante ml			
	Heparina ml		Povo Tópico ml	Qtd.	SOROS	
	Kanakion amp.	05	Sabão Antiséptico		SG Ringer Lactato fr 500 ml	
	Lasix amp.	06	Sabão líquido pl/ [illegible]		SG Glicose fr 500 ml	
	Medroxiprogesterona		Seringa descartável 10 ml		SG Hidroeletrolítico fr 500 ml	
	Plasil amp.		Seringa desc. 20 ml		SG Ringer fr 500 ml	
	Propofol		Seringa desc. 10 ml		SF fr 500 ml	
	Raniten amp.		Sonda		S.F. p/ limpeza	
	Sinalgon amp.		Sonda Foley	Qtd	ÓRTESE E PRÓTESE	
	Solumedrol		Sonda Nasogástrica			
01	Procedi	02	Sonda Uretral nº 14			
01	[illegible]		Stoneyram ml			
01	[illegible]		Torneira			
Qtd.	MATERIAIS E SOLUÇÕES		Vaselina ml			
02	Agulha desc. 25x7 40 ml		Gelfoam			
	Agulha desc. 25 x 20	03	Lateks			
	Agulha desc. 3 x 4,5	03	Lateks			
	Agulha de raque nº	01	Bacia [illegible]			
03	Prontuário de Enfermagem	01	Ajitas			
	Álcool isolado ml					
	Ataduras de Crepom					
	Ataduras de Gesseira					
	Azul metileno amp.					
	Benzina ml					

EQUIPAMENTOS

- (X) Ortostato de Pulso
- ( ) Serra
- ( ) Desfibrilador
- (X) Foco Fixo
- ( ) Fonte de Luz
- ( ) Foco Auxiliar
- ( ) Eletrocautério
- ( ) Criocirurgia
- (X) Cardiomonitor
- ( ) Perfurador Elétrico

Recebido p/

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

Anelli

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUGG — HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

ENFERMARIA | LEITO | PROCEDIMENTO 129 E4 04

FOLHA DE ANESTESIA

NOME: Francisco do Carmo Rocha | IDADE: 37 | SEXO: M | RG:

DATA: 08-05-16 | PRESSÃO ARTERIAL | PULSO | RESPIRAÇÃO | TEMPERATURA | PESO | ALTURA

TIPO SANGUÍNEO | HEMÁCIAS | HEMOGLOBINA | HEMATÓCRITO | GLICEMIA | UREIA | DATIOR

URINA

AP. CARDIOVASCULAR | PÚLSOS | CIRCULAÇÃO

AP. CIRCULATÓRIO | AP. RESPIRATÓRIO

AP. DIGESTIVO | DENTES | PESCOÇO | AP. URINÁRIO

ESTADO MENTAL | ATAXIAS | OSTEOTIDES | ALERGIA | HIPOTENSORES

DIAGNÓSTICO PÉS-OPERATÓRIO: Fraturas ósseas em região quadrilátera | ESTADO FÍSICO | PESO

ANESTESIAS ANTERIORES

MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA | HORÁRIO | AS | HORA

8:30 19:35

ASPIRAÇÕES / INSTILAÇÕES

LÍQUIDOS: (SF)

SINAIS VITAIS: FC, PA, FR, T, SpO2, Glicemia

Sono: ___ Rim: ___ Tosse: ___
Lençol escurecido: ___ Lento: ___
Náuseas: ___ Vômitos: ___
Curas: ___

MANIFESTAÇÃO

- Dor na perna esq
- Quadril dir SOG

ANESTESIA SATISF. Sim ___ Não ___
Não satisf. ___

DESCRIÇÕES
Relevo no SO: ___
Obst.: ___ Co.: ___ Exct.: ___
Sangue: ___ Vômitos: ___
Outros: ___

Comandula
Pede Leito Sim ___ Não ___

CONDIÇÕES

SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES

POSIÇÃO

AGENTES: Fentanil 250mg Sevoflurano 70mg Propofol 150mg Atr

TÉCNICA: Anestesia Geral: IOT tubo 7,0 uma vez SVD

OPERAÇÃO

CIRURGIÕES

ANESTESIOLOGISTAS: Eduardo e Raqueel

ENFERMEIRA

ANOTAR NO VERSO AS CONDIÇÕES PÉS-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS

FRENTE SAÍDA

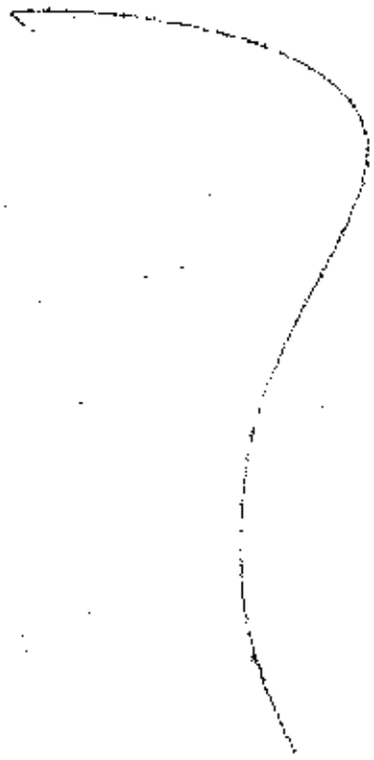
NOS 00

FOLHA DE ANESTESIA

RECEBIDO
04 OUT 2016
GRUPO SEGURADOR BBMAPFRE

Ultima Escala FCM

↳ È in punto a FACISA, prossimo al Spazzio, Barrio Tacaoné,



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Receituário Simples

ENCAMINHAMENTO

Encaminho o paciente [illegible] vítima de trauma [illegible] após acidente de moto há 4 dias, [illegible] sintomatologia [illegible] em [illegible], necessitando de parecer da pediatria [illegible] (pediatra [illegible] a clínica [illegible] da [illegible] organize para [illegible]).

Data

Médico

GOVERNO DA PARAÍBA

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

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Diagnóstico

FERIMENTOS FACIAIS

Paciente	FRANCISCO DA MOCHA PINTO	Atendimento	2-	Leito	3	Convênio	

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
13/10/16	(1) DIETA VIVE		7º DIA
	(2) SF 0,9% 1000ml + ALTEMSULA		FERIMENTO + FACE
	16 SF 500ml		
	(3) MEROPEN 1g EV 12/12h		
	(4) DIPIRONA 2g EV 6/6h		APÓS DE MAIOR ESTÁVEL
	(5) TRAMAL 200 EV 12/12h		SE MANTÍNHA COM
	(6) DIPIRONA 1g 8/8h		BOM ASPECTO
	(7) OMEPRAZOL 40mg EV 12/12		DAS SUTURAS
	(8) SVD CCGO		
	(9) AV OFTALMOLOGISTA		(10) AVALIADA ALTA DA
			OFTALMO PARA
			REVISÃO PÓS HOSPITALAR

RECEBIDO
04 OUT 2016
GRUPO SEGURADOR
BBMAPFRE

HOD 225

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
15/	9h						Pact no momento	
/16							estável sg.	

GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Diagnóstico

RECEBIDO 04 OUT 2016 GRUPO SEGURADOR BBMAPFRE

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Alojamento	Leito	Convênio
[illegible]		2	

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
31/05/16	08:00	36°C			99%		Paciente de consciente orientado, acordado, deambula sem auxílio, segue medicado com Plano prescrição médica, segue assistido pela equipe. Fabiana 560340	

GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente | Alojamento 2 | Leito B | Convênio

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
			Dia 1 de Maio
			Paciente sob [illegible]
			[illegible]
			[illegible]
			[illegible]
			[illegible]

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
12/05/16					140/90	+	paciente evolui	
							TEGR, consciente	
							orientado, acianótico	
							eupneico. Em	
							[illegible] [illegible]	
							edema + [illegible]	
							[illegible] em [illegible]	
							medicado conforme	
							prescrição médica	

GOVERNO DA PARAÍBA

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

Diagnóstico

Ferimentos em face

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Parecer às 16:30h

Paciente	Francisco da Rocha Pontes	Alojamento		Leito	2	Convênio	3

Data	Prescrição Médica			Horário			Evolução Médica
13/05/16	Dieta livre conforme tolerância						
	(1) SF 0,9% 1000 ml → 21 gotas	1ª		8h			SUR
	S.G. 5% 500 ml		2ª				
	(2) Lactato de Ringer		1ª		06h		Pct com SADIH, apresentando ferimento perfuso-cortante na face, lesão facial (1) + edema + ausência de palpebra (2) + edema facial, assimetria de pupilas
	(3) Dexametasona 4mg/ml - 1 amp IV 8/8h		2ª		06h		
	(4) Tiofenicol 500mg ou 1 ampola		1ª		06h		
	(5) Dipirona 2ml + Prometazina 1ml IV 6/6h SIN		SN				
	(6) Omeprazol 40mg ou 1 ampola				06h		
	(7) SSVVIC 6/6						
	Dra. Carolina Dias Vieira Cirurgiã-Dentista CRO-PB 4374						

(2) - (1) Pct sem necessidade de procedimento cirúrgico p/ redução de pálpebra
(3) mantir prolongado
(4) Jaqueta PARKLAND
DETALHES
(5) Suspenso plástica

Dra. Carolina Dias Vieira
Cirurgiã-Dentista
CRO-PB 4374

MOD 025

GOVERNO DA PARAÍBA

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

Diagnóstico

Fratura de parede lateral de órbita (D).

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

2-3

Paciente	Francisco da Rocha Pontes	Alojamento		Leito		Convênio	

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
06/05/16	1) Dieta livre após teste de deglutição.		BHF: paciente vítima de acidente de moto, apresentando aumento discreto em equilíbrio calculado, mantido, mucosa proctalgia D e dobra bupalpebral. Exame tomográfico mostra em corte axial fratura parede lateral de órbita (D).
	2) SF 0,9% 500ml + EV, Alternado. SG 5% 1000ml +		
	3) Ranitidina 1g EV 12/12hs	22	
	4) Dexametasona 1mg EV 12/12hs	22	
	5) Tilatil 50mg EV 12/12hs	22	
	6) Dipirona 1g + AD EV S/N.		
	7) Omeprazol 40mg EV 01x/dia.		
	8) Naubedon 5mg EV 8/8hs (S/N).		
	9) Cabeceira elevada 30°.		
	10) CCW + CCGG		

01) Hipótese de ferimentos
2) Avaliar necessidade de procedimento cirúrgico.
3) Avaliar oftalmologia.
4)

Dr. Thiago Leite Maia
Cirurgião Buco-Maxilo-Facial
CRO-PB 4715

Dr. Thiago Leite Maia
Cirurgião Buco-Maxilo-Facial
CRO-PB 4715

RECEBIDO
04 OUT 2016
GRUPO SEGURADOR BBMAPFRE

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
[illegible]	[illegible]				[illegible]	x	Pcte usou [illegible] ti, orientado, aceita dieta, eliminações presentes, apresenta escoriações na face.	[illegible]
	20h				[illegible]		Pcte [illegible] no momento estável	[illegible]

ccrc

GOVERNO DA PARAÍBA

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

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente: Francisca da Rocha Pontes | Atendimento: | Leito: 2 | Convênio: 3

Data	Prescrição Médica		Horário	Evolução Médica
13/09/16	(1) Dieta livre			# CEDIH
	(2) S.F. 0,9% 1.000 ml } Manter EV	22		# Remanejo [illegible]
	S.G. 5% 1.000 ml }	06		Paciente sedativa, [illegible]
	(3) Rocuron 1g (1 FA) 12/12h EV	24		[illegible]
	(4) Tilatil 20mg (1 FA) 12/12h EV	20		[illegible]
	(5) Dipirona 1g (1 ampola) de 6/6h EV	24 06		[illegible]
	(6) Omeprazol 40mg (1 FA 100) de 1/1dia	06		[illegible]
	(7) ecg			[illegible]
	(8) SSVV			[illegible]

RECEBIDO
04 OUT 2016
GRUPO SEGURADOR BBMAPFRE

GOVERNO DA PARAÍBA

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

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Diagnóstico

Fratura em corpo de Tíbia (D) c/ deslocamento.

Paciente	Francisco de Paula Bastos	Alojamento	Masculino	Leito	7 - 3	Convênio	

Data	Prescrição Médica		Horário	Evolução Médica
11/02/16	① Dieta livre			BUF 3ª DIH
	② SF 0,9% 1000ml + ev alternado	1/h	06	Evolui em BEG. s/ queixas.
	SG 5% 500ml hepta		22	
	③ Ceftriaxona 1g ev 12/12h	1/h	22 06	Apresenta edema em face
	④ Dipirona 1g + ev 12/12h	1/h	06	decorrente do trauma facial:
	⑤ Metoclopramida 10mg ev 12/12h	1/h	06	
	⑥ Dipirona 1mg + ev 6/6h SN			Equimose palpebral, Edema
	⑦ Omeprazol 40mg ev 12/12h	06		
	⑧ Ranitidina 50mg ev 8/8h	1/h 22	06	Sutureas em ferimento
	⑨ Enoxaparina 20			e dreno fechado cirúrgico
	⑩ ESVD + Enfermeiro Curativo			
				Pc de fratura em
				corpo da tíbia (D)
				s/ deslocamento.
				Aguardo a 1ª indicação
				do procedimento Cirúrgico
				Conduta Enfermaria, Medicação
				por Enfermeiro c/ 24h.

Médico: Alcão Gonçalves
CRM-PB 5344

Médico: Alcão Gonçalves
CRM-PB 5344

GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

ATESTADO

ATESTAMOS PARA OS DEVIDOS FINS QUE O(A) SR.(A): Francisco Rocha Gomes PORTADOR(A) DA CARTEIRA PROFISSIONAL Nº. _____ SÉRIE _____ ESTEVE **INTERNADO(A)** NESTA UNIDADE HOSPITALAR SUBMETENDO-SE A TRATAMENTO ESPECIALIZADO DE ENTIDADE NOSOLÓGICA DE Nº. _____ NO CID. DURANTE O PERÍODO DE 06 / 05 / 16 A 17 / 05 / 16 NECESSITANDO DE 15 Quinze DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES.

Campina Grande, 17 / 05 / 16

Fluviano Maciel de Araujo
CIRURGIÃO DE IMPLANTODONTIA
CRO 3165/PB - 4849/RN

Ass. do Médico - Nº. do CRM

502.4

AUTORIZAÇÃO

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

Ass. do Paciente ou Responsável

MOD. 060

GOVERNO DA PARAÍBA

SUS

Hospital Regional de Picuí "Felipe Tiago Gomes"

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a) Sr.(a) _____ portador(a) da identidade RG _____ que o(a) mesmo(a) foi atendido(a) por mim no dia de hoje, às _____ horas, submetido(a) a _____, portador da patologia CID-10 _____, devendo permanecer afastado(a) de suas atividades laborativas por um período de 00 ( ) dias, a partir desta data.

Picuí, 28.06.16.

Dr. Antônio Henriques de Freitas
Médico
CRM PB 1915

Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a)

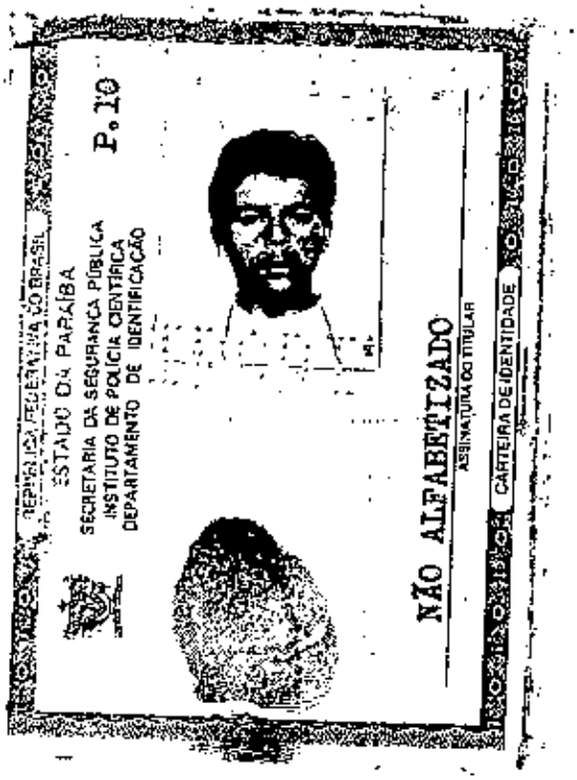
AUTORIZAÇÃO

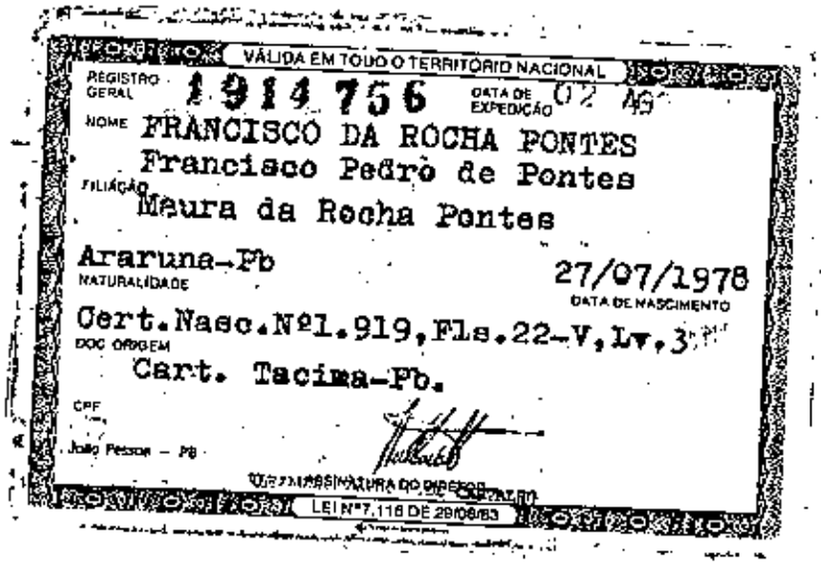
Eu, _____ autorizo o(a) Dr. (ª) _____, a registrar o diagnóstico codificado CID-10 ou por extenso neste atestado médico.

_____

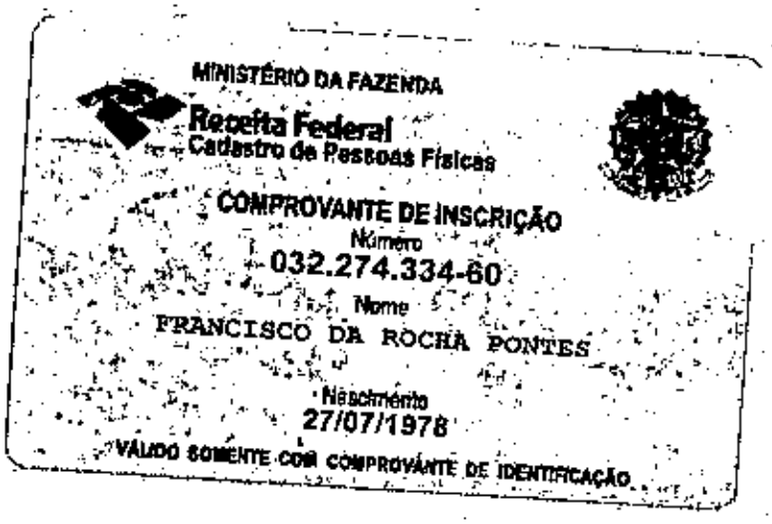
Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

1ª VIA-PACIENTE 2ª VIA ANEXA AO FRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO





DOCUMENTO 5 "T5Pb"



RECEBIDO

04 OUT 2016

GRUPO SEGURADOR
BBMAPFRE

VITIMA

DOCUMENTO 6 "T6%"

...TORIZO O DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO-DETRAN, TRANSFERIR O REGISTRO DESTE VEÍCULO, PARA:

VALOR-R$ _____

...DO COMPRADOR: _____

CPF/CGC: _____

...EÇO: _____

...S DATA: _____

Rodson Diego X. Barbosa

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO (VENDEDOR)

...DEDOR DE ISENTA DE QUALQUER RESPONSABILIDADE ADMINISTRATIVA, CIVIL OU CRI... A PARTIR DA DATA ACIMA, CABENDO AO **COMPRADOR** A IMEDIATA TRANSFERÊNCIA DE ... VEÍCULO PARA O SEU NOME.
...FERÊNCIA DE REGISTRO PODERÁ SER COMUNICADA PELO VENDEDOR, REMETENDO ... DESTE DOCUMENTO AO DETRAN, APÓS DEVIDAMENTE PREENCHIDO E FIRMADO.

...ORDO: _____

ASSINATURA DO COMPRADOR

RECONHECIMENTO DE FIRMA DO PROPRIETÁRIO (VENDEDOR) CONFORME ART. 359 C.P.C.

RECEBIDO
04 OUT 2016
GRUPO SEGURADOR BBMAPFRE

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

DETRAN - PE

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

DENATRAN

CONTRAN

PE Nº 30221683 5

VIA: 1

COD. RENAVAM: 1864021 63

NOME/ENDEREÇO: ROBSON DIEGO NAVES [illegible] 2 TRAV [illegible] A-PETROLINA [illegible] CS - A LUNDGREN [illegible] PAULISTA-PE 53.400-000

CPF/CGC: 329.257.274-6[illegible]

NOME ANTERIOR: [illegible]

PLACA ATUAL: LA309/PE

7521100

ESPÉCIE-TIPO: PAS/MOTOCICLETA

COMBUS.: GASOLINA

MARCA/MODELO: H/HONDA CG125

ANO FAB.: 1986

CAP/POTOCIL: 29/125CL 994078[illegible]

CATEGORIA: PARTIC

OBSERVAÇÕES: SEM RESERVA

LOCAL: PAULISTA

DATA: 19/07/[illegible]

9E-PAULISTA

HGA

030009

DOCUMENTO 7 "T7%"

CONEXÃO COMERCIAL MAPFRE
PRODUTIVIDADE NUM CLICK

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DPVAT

Tipo de Processo
(●) Processo Novo ( ) Documentos Complementares

Atendente
ADRIANA LACERDA NOGUEIRA

Tipo de Sinistro
Invalidez Permanente/Total

Agência
SUCURSAL CAMPINA GRANDE

Nome do Requerente
JOSE EDVONALDO DOS S SILVA

Nome da Vítima
FRANCISCO DA ROCHA PONTES

CPF da Vítima
03227433460

Documentos Complementares

- [x] Identidade / Cert de Nasc / CTPS da Vítima
- [x] CPF da Vítima
- [ ] DUT ou Bilhete de Seguro envolva Ônibus
- [x] Boletim de Ocorrência Policial
- [x] Identidade / CPF do Procurador
- [ ] Identidade / Cert de Nasc / CTPS do Beneficiário
- [ ] CPF do Benef ou no caso de seus Rep Legais
- [ ] Proc Ori e Específica p/ recto. do Seguro DPVAT
- [x] Comprovante de Residência do Requerente
- [ ] Comprovante de Residência do Procurador

Morte

- [ ] Certidão de Óbito **(Cópia autenticada)**
- [ ] Laudo do Exame Cadavérico
ESPOSO(A)
(Cópia autenticada)
- [ ] Certidão de Casamento Atualizada **(Cópia autenticada)**
- [x] Autorização de Pagamento
- [ ] Prova de Companheirismo junto ao INSS
- [ ] Declaração de Dependentes na Rec.Fed.
- [ ] Prova de Dependência na CTPS
- [ ] Certidão de Nascimento ou Casamento
- [ ] Declaração de Únicos Herdeiros
- [ ] Certidão de Nascimento
- [ ] Certidão de Óbito dos Genitores
- [ ] Alvará Judicial

Invalidez Permanente

- [ ] Laudo do IML com Alta Definitiva **Cópia autenticada**

Outros Doctos. Entregues e Observações

DECLARAÇÃO DE AUSENCIA DE LAUDO // FALTA DECLARAÇÃO POR INSTRUMENTO PÚBLICO E CÓPIA DOS DADOS BANCÁRIOS EMAIL; edvonaldosantos@gmail.com

MAPFRE SEGUROS
AMS - Campina Grande
Data: 28 / 09 / 16
Hora: 16 : 16

DAMS

- [x] Declaração do Primeiro Atendimento Hospitalar
- [x] Relatório Médico
- [ ] Comprovantes das Despesas Médico-Hospitalares (originais e quitados)
- [ ] Notas Fiscais de Farmácias acompanhadas das respectivas Receitas (originais e quitadas)
- [ ] Termo de Anuência em casos de Despesas pagas por Terceiros

0108028

Informação: Os documentos abaixo relacionados estão pendentes, ficando o prazo de pagamento do sinistro suspenso até acomplementação do processo

Documentos Básicos:

- Identidade / Cert de Nasc / CTPS da Vítima
- Identidade / Cert de Nasc / CTPS do Beneficiário
- CPF da Vítima
- CPF do Benef ou no caso de seus Rep Legais
- DUT ou Bilhete de Seguro envolva Ônibus
- Proc Ori e Específica p/ recto. do Seguro DPVAT
- Boletim de Ocorrência Policial Cópia autenticada
- Comprovante de Residência do Requerente
- Identidade / CPF do Procurador

RECEBIDO
04 OUT 2016
GRUPO SEGURADOR BBMAPFRE