

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 13 de Junho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190375007

Vítima: JOSE ARTHUR SANTINO DA SILVA

Data do Acidente: 14/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE RAMOS DE ARAUJO

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE ARTHUR SANTINO DA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Boletim de ocorrência não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

Documentos de identificação ilegível, o documento não permite a leitura das informações, necessário apresentar.

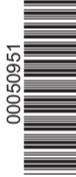
O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 13 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190375007

Vítima: JOSE ARTHUR SANTINO DA SILVA

Data do Acidente: 14/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE RAMOS DE ARAUJO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE ARTHUR SANTINO DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 04 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190375007

Vítima: JOSE ARTHUR SANTINO DA SILVA

Data do Acidente: 14/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE RAMOS DE ARAUJO

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 17 de Julho de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190375007

Vítima: JOSE ARTHUR SANTINO DA SILVA

Data do Acidente: 14/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE RAMOS DE ARAUJO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE ARTHUR SANTINO DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: JOSE ARTHUR SANTINO DA SILVA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000000041

Conta: 00000504013-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - NIF do sinistro ou ASI: **104.714.194.94** 3 - CPF da vítima: **104.714.194.94** 4 - Nome completo da vítima: **José Arthur Santino da Silva**

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

5 - Nome completo: José Arthur Santino da Silva	6 - NIF: 104.714.194.94		
7 - Profissão: Revisor informa	8 - Endereço: Rua Lafaele Amorim	9 - Número: 130	10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Centro	12 - Cidade: GALANTE	13 - Estado: PB	14 - CEP: 58446.000
15 - E-mail:	16 - Tel. (DDI): (83) 38701-7380		

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

17 - Nome completo da Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declare, 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
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 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. Anexe um appêndice)

CONTA CORRENTE (Total os bancos)

Nome do BANCO: _____

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **0041**

013

CONTA: **00304013**

8

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 laudo Médico Legal (IML) para os fins de recuperação de Indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

Não há IML que atende 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.

Não posso assinar, 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei E.194/74, art. 3º, §2º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura ação judicial ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	30 - Vítima deixou residência/vivenda? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve imóveis? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
--	---	--	---	---	---

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso cevida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem este condicão, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, além da exporação à penalidade criminal por infração do artigo 295 do Código Penal.

34

Introdução
2012/2014
2014/2016
2016/2018
2018/2020

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

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

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

40 - Local e Data,

José Arthur Santino da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

43 - Assinatura do Advogado (se houver)

José Konrad Kotsch

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190375007
Nome do(a) Examinado(a): Jose Arthur Santino da Silva
Endereço do(a) Examinado(a): Lafaete Amorim, 110
Centro Alcantil PB CEP: 58460-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PB] 3950715
Data local do acidente: [14/12/2018]
Data local do exame: [05/07/2019] Campina Grande [PB]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

FRATURA DIAFISARIA DO FEMUR ESQUERDO E FRATURA DA PATELA ESQUERDA

- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Tratamento: TRATAMENTO CIRURGICO, OSTEOSINTSE COM PLACAS E PARAFUSOS FEMUR E AMARRILHA EM BANDA DE TENSÃO NA PATELA

Complicações: NOA HOVE COMPLICACOES CIRURGICAS

Data da Alta: VITIMA NÃO APRESENTOU DOCUMENTOS

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

PACIENTE DEAMBULANDO ATIVAMENTE, REFERE DOR AOS ESFORCOS, APRESENTE DEFICIT DE FLEXAO DO JOELHO ESQUERDO ADM (0-90).

- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

(X) Sim **() Não**

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

(X) Sim **() Não**

- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

PACIENTE COM DOR AOS ESFORCOS E DEFICIT DE FLEXAO DO JOELHO ESQUERDO, ADM (0-90).

Caso a resposta do item V seja ""Não"", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

() "Sem sequela permanente"

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

MEMBRO INFERIOR - Lado Esquerdo

% do dano: **() 10% residual (X) 25% leve**
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: **() 10% residual () 25% leve**
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: **() 10% residual () 25% leve**
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: **() 10% residual () 25% leve**
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM

Dr. Valdir Mequezes Guimarães
Ortopedia / Traumatologia
CREMEPE 16.651 / CRM-PB 6326
TEOT 15.090
CIRURGIA DO JOELHO



GOVERNO DO ESTADO DA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA
DELEGACIA DE ACIDENTES E
Rua Raimundo Nonato de Araújo, S/N - Catolé - Campina Grande - 58410-063 - (83) 3310-9319



OCORRÊNCIA Nº 000119/19

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL SSP-PB

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Registros de Ocorrências Policiais deste Órgão, encontrei a Ocorrência de Nº 000119/19 registrada em 05/06/2019, que passo a transcrever na íntegra: Aos cinco dias do mês de junho do ano de 2019, nesta cidade de Campina Grande, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DE ACIDENTES E VEICULOS, quando encontrava-se presente a Bela. JOSEFA ALVES DE ASSIS, Delegada de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, ai, por volta das 16:11 horas, compareceu o Sr. JOSÉ ARTHUR SANTINO DA SILVA, com 24 anos de idade, filho de MARCONE SANTINO DA SILVA e SEVERINA BELARMINO DA SILVA, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de FAGUNDES - PB, Solteiro, escolaridade Medio Completo, profissão , portador da Cédula de Identidade Nº 3.950.715, expedido pela SSP-PB, com C.P.F. de Nº 10471419494, residindo à rua LAFAYETE AMORIM, 110, bairro CENTRO, DISTRITO DE GALANTE, na cidade de Campina Grande - PB.

Declarou que:

Afirma o comunicante que por volta das 06h20min do dia 14.12.2018, estava trafegando pela Rua Gumercindo Barbosa Dunda, na saída do Distrito de Galante, neste município de Campina Grande/PB, conduzindo a motocicleta HONDA/XR 250 TORNADO, ano/modelo 2004/2004, cor branca, chassi nº 9C2MD340004R011771, de placa MMW-9472/PB, licenciada em nome de Leandro de Melo Silva, quando foi atingido frontalmente por outra motocicleta de marca, placa e outras características não identificadas, inclusive o condutor, que sofreu apenas lesões aparentes leves e ausentou-se do local, enquanto que o comunicante sofreu fraturas fechadas de fêmur e patela, além de escoriações generalizadas pelo corpo, sendo socorrido pelo SAMU e encaminhado para o hospital de Emergência e Trauma de Campina Grande/PB, onde foi submetido a tratamento cirúrgico e permaneceu alguns dias internado, conforme documentos apresentados nesta Delegacia; Que, não foi realizada nenhuma perícia técnica no local por parte dos Policiais Militares da CPTran; Que, no momento do acidente não chovia e a visibilidade do local era boa; Que, o comunicante manifesta o desejo de não representar criminalmente contra o motociclista envolvido no acidente, caso o mesmo seja identificado. Nada mais havendo a tratar, ciente o declarante das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente certidão. O referido é verdade e dou FÉ.

Campina Grande, Quarta-feira, 5 de Junho de 2019

José Arthur Santino da Silva
José Arthur Santino da Silva

Declarante

José Alberto do Nascimento
José Alberto do Nascimento

JOSÉ ALBERTO DO NASCIMENTO

Escrivão

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - NIF do sinistro ou ASI: **104.714.194.94** 3 - CPF da vítima: **104.714.194.94** 4 - Nome completo da vítima: **José Arthur Santino da Silva**

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

5 - Nome completo: José Arthur Santino da Silva	6 - NIF: 104.714.194.94		
7 - Profissão: Revisor informa	8 - Endereço: Rua Lafaele Amorim	9 - Município: 130	10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Centro	12 - Cidade: GALANTE	13 - Estado: PB	14 - CEP: 58446.000
15 - E-mail:	16 - Tel. (DDI): (83) 38701-7380		

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

17 - Nome completo da Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: **104.714.194.94** 19 - Profissão do Representante Legal:

Declare, 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
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 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. Anexe um appêndice)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Total os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **0041** CONTA: **00304013** (8)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 recuperação de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

Não há IML que atende 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.

Não sócio assinado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de Indemnização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei E.194/74, art. 3º, §2º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura ação judicial ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo 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: Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar teve filhos? Sim Não 30 - Vítima deixou residência/vivenda? Sim Não 31 - Vítima teve imóveis? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Sim Não 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso cevida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem este condicão, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, além da exporação à penalidade criminal por infração do artigo 295 do Código Penal.

34

Introdução
33.331-94
1.000,00
1.000,00
1.000,00

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 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

José Arthur Santino da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Advogado (se houver)

José Konrad Kotsch



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: 14/12/2018	HORA: 06:24 HRS	ID Nº: 1743677
NOME: JOSÉ ARTHUR SANTINO DA SILVA		
QUEIXA: ACIDENTE DE TRÂNSITO		
LOCAL: ENTRADA DE GALANTE		
COMPLEMENTO:		
CIDADE: CAMPINA GRANDE / PB		
DADOS DA REMOÇÃO		
Paciente removido para o Hospital de Emergência e Trauma		

Campina Grande, 5 de junho de 2019.



Deoglesio F. Nascimento
SUPERVISOR
Coordenação Administrativa
SAMU REGIONAL CG - 192

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 10/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE ARTHUR SANTINO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00041

CONTA: 00000504013-8

Nr. da Autenticação 588D1ECA1CAB5700

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor legal.

Documento não é comprovante de compra.

Fornecido para simples pagamento da conta. Distribuidora de energia elétrica - N° 003.707.907



ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A

BR 236 - KM 158 - Alça Sudoeste - Três Imãs - Campina Grande / PB - CEP 58423-700

CNPJ 08.820.596/0031-95 - Inscrição Estadual 16.003.829-1

DADOS DO CLIENTE

NILDO DA SILVA
RUA LAFAYETE AMORIM 110
GALANTE

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

4/205873-3

REFERÊNCIA

APRESENTAÇÃO

CONSUMO

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

MAI/2019

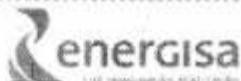
13/05/2019

50

20/05/2019

R\$ 38,49

Acesse: www.energisa.com.br



DETALHE AQUI

NILDO DA SILVA
Roteiro: 07-408-611-1570

83670000000-0 38490147000-3 02058732019-1 05000408019-3

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

MATRÍCULA

20/05/2019

R\$ 38,49

205873-2019-05-0

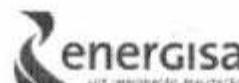


BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Notas para simples pagamento: Ita nota fiscal/via da energia elétrica - N° 003.757.068



ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
BR 230 - KM 158 - Alça Sudoeste - Três Irmãos - Campina Grande / PB - CEP 58423-700
CNPJ 08.826.596/0001-95 Insc. Est. 16.003.829-1

DADOS DO CLIENTE

DAYSE MANUELE GOMES DE ARAUJO SOARES
RUA VITAL FRANCISCO SILVA 63 1º ANDAR
QUEIMADAS.

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

4/201316-7

REFERÊNCIA

APRESENTAÇÃO

CONSUMO

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

MAI/2019

17/05/2019

143

24/05/2019

R\$ 95,58

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 31/05/2019

Pagador: DAYSE MANUELE GOMES DE ARAUJO SOARES CNPJ/CPF: 079.461.674-74

RUA VITAL FRANCISCO SILVA 63 1º ANDAR - CENTRO - QUEIMADAS / PB - CEP 00000-000

Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
29574500000134818	000201316201905	24/05/2019	R\$ 95,58	

BENEFICIÁRIO:ENERGISA BORBOREMA DISTRIB DE ENERGIA SA 08.826.596/0001-95

AV DEPUTADO RAIMUNDO ASFORA, 4799 - BR 230 KM 158 - TRES IRMAS - CAMPINA GRANDE / PB - CEP 58423-700

Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2057-5

SABEMI - REC. EM 11 JUN 2019

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APPLICATE PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu José Raimos de Araújo
 inscrito (a) no CPF/CNPJ 408.289.644 , 91, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
José Arthur Santino da Silva inscrito (a) no CPF sob o N° 104.714.194 , 94,
 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDIZ da Vítima José Arthur Santino da Silva,
 inscrito (a) no CPF sob o N° 104.714.194 , 94, conforme determinação da Circular Susep 445/12:
 Declaro Profissão: ✓ Renda: ✓ e apresento os documentos comprobatórios:
 Recuso Informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	Número:	Complemento:
<u>f. Vital fc da silva</u>	<u>63</u>	<u>1º andar</u>
Bairro:	E-mail:	CEP:
<u>Centro</u>	<u>josiaromas1975@hotmail.com</u>	<u>58475.000</u>
Cidade:	Estado:	Tel.(DDD):
<u>Recife</u>	<u>PB</u>	

Local e Data:

C. Aronda 10,06/2019

✓ José Raimos de Araújo
 Assinatura do Declarante



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC para deficientes auditivos e de fala: 0800 022 12 06 | Central de Atendimento: 0800 021 91 35

Fil. Leandro de Melo da Silva

RG nº 4.154.963, data de expedição 26/09/2013

Órgão _____, portador do CPF nº 089.026.194-16,

com domicílio na cidade de Galante, no Estado de

Panambi, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua Amália Favela, nº 99

complemento Casar, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

José Arthur Santino da Silveira, cujo o condutor era

José Arthur Gantimo da Silveira

Veículo: MOTO Modelo: Honda XR 250 TORNADO Ano: 2004/2004

Placa: 14KBU 9472/PB Chassi: 9C2MD34004R011771

Data do Acidente: 14/12/2018

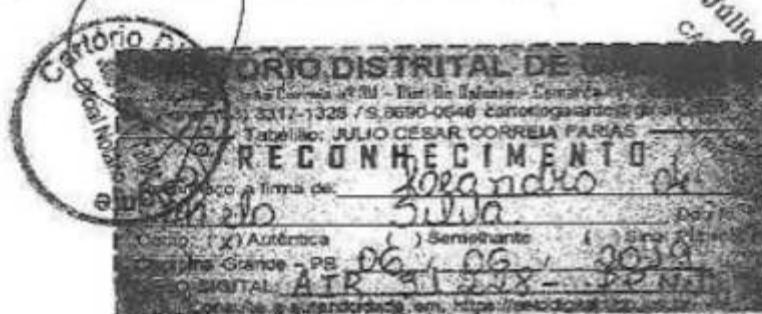
Local Data

Lucare e date: _____

Dicendo di molto Sibio

Assinatura do Declarante

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



Nome: JOSE ARTHUR SANTINO DA SILVA
Idade: 24 anos

Data do exame: 07/06/2019 08h36
Data de nascimento: 12/12/1994

RADIOGRAFIA DA COXA ESQUERDA

Exame realizado em AP e perfil

Fratura não consolidada do terço médio da diáfise do fêmur reduzida com placa e parafusos metálicos, caracterizando pseudoartrose.

Destaca-se fragmento ósseo linear livre em partes moles da face anterior da coxa, medindo 2,3 cm.

Relações articulares conservadas.

RADIOGRAFIA DE JOELHO ESQUERDO

Exame realizado em AP e perfil

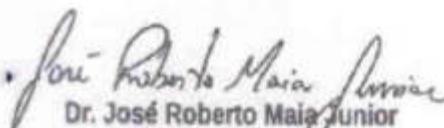
Fratura da patela reduzida com material de osteossíntese.

Nota-se placa e parafusos metálicos em fêmur distal.

Tibia e fibula proximais de morfologia e textura normais.

Partes moles sem alterações.

Relações articulares conservadas.



Dr. José Roberto Maia Junior
Médico Radiologista
CRM 6101 PB

SABEMI - REC. EM 11 JUN 2019



Ficha de Acolhimento

Nome: José Arthur Sôniho dc São
 End: SCM - 108 Bairro: Edson
 Data de Nascimento: 20.12.94 Documento de Identificação:
 Quaisix: Não Data do Atendimento: 10.12.19 Hora: 9:55 Documento:
 Acidente de trabalho? Sim Não

Classificação de Risco

Nível de consciência: Bom Regular Baixo **Aspecto:** Calmo Fáceis de dor Gemente
Frequência respiratória:
Pressão arterial:
Dosagem de HGT:
Deambulação: Livre Cadeira de rodas Maca

Estratificação

MOD.

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

EDSON

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

Bruna

Maria

CORREIO 223.352

Assinatura e carimbo do profissional

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente: Esse Dtn: Somme

Alquiler

Leito Convénico

A - 9

GOVERNO - SECRETARIA DE SAÚDE
CENTRO DE PRIMERA - HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DONA LUIZ GRANZAGA

POLMA DE TRATAMIENTO LEGAL

DIAGNÓSTICOS

MOD. 004

End. AV. Floriano Peixoto, 2700 - CEP 58432-809 - Maringá - Campina Grande - PB

Assinatura do Médico - CRM Nº

Campina Grande, 10/05/2018

DIAGNÓSTICO CID 582.015122

foi atendido (as) hoje, as 60 ((h) horas,

de afastamento do trabalho, a partir desta data.

ATESTO que

ATESTADO MÉDICOGOVERNO DA PARANÁ
SECTARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGENCIA TRAJANO DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Permitirá mejor, otra
solución de diseño para
suministro de agua en la
ciudad de Monterrey.
Sólo se requiere una
cambiar la forma de
suministro de agua en la
ciudad de Monterrey.
que se requiere una
cambiar la forma de
suministro de agua en la
ciudad de Monterrey.
que se requiere una
cambiar la forma de
suministro de agua en la
ciudad de Monterrey.
que se requiere una
cambiar la forma de
suministro de agua en la
ciudad de Monterrey.

LAVAGE Huile

Recetário Simples

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



~~03/05/00~~

542.2
11.585.1

Old Ironsides below
was at anchor



**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): Ary Ademir Souto
c/o: Silva PORTADOR(A) DA CARTEIRA PROFISSIONAL Nº.

SÉRIE _____ ESTEVE INTERNADO(A) NESTA UNIDADE HOSPITALAR SUBMETENDO-SEA
TRATAMENTO ESPECIALIZADO DE ENTIDADE NOSOLÓGICA DE Nº: 572 NO CID, DURANTE
O PERÍODO DE 11 / 12 / 18 A 28 / 10 / 18 NECESSITANDO DE
60 (sessenta) DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES.

Campina Grande 28 / 10 / 18

Viajante de férias
Ass. do Médico - Nº. do CRM

AUTORIZAÇÃO

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

Ass. do Paciente ou Responsável



GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DE SAÚDE DA PARAÍBA
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
DCM LUIZ GONZAGA FERNANDES

EVOLUÇÃO FISIOTERAPÉUTICA

Paciente	Prontório	Leito	Enterraria
Data	Hora	Hora	
João Pedro Sotero da Silva	Entropedro Z	12	3
19/12/11	14:00		
A) Radiografia de abdômen e fígado para excluir lúpus e infarto do pâncreas.			
B) Cintilografia hepática e TAC			
C) Biópsia de fígado			
D) Biópsia de fígado			
E) Biópsia de fígado			
F) Biópsia de fígado			
G) Biópsia de fígado			
H) Biópsia de fígado			
I) Biópsia de fígado			
J) Biópsia de fígado			
K) Biópsia de fígado			
L) Biópsia de fígado			
M) Biópsia de fígado			
N) Biópsia de fígado			
O) Biópsia de fígado			
P) Biópsia de fígado			
Q) Biópsia de fígado			
R) Biópsia de fígado			
S) Biópsia de fígado			
T) Biópsia de fígado			
U) Biópsia de fígado			
V) Biópsia de fígado			
W) Biópsia de fígado			
X) Biópsia de fígado			
Y) Biópsia de fígado			
Z) Biópsia de fígado			

ORTOPEDIA 1
LEITO 3-2
NOME: JOSE ARTUR

FX FEMUR + PATELA D

LEITO 3-2

DSC, gárgico, em descontinuidade

CLO. VAD

Dr. Edelválio A. Cruz
MP ORTOPEDICO-TRAUMATOLOGO
CRM-PB 981Proteção
Col. osteo + retomo + osteotomia
Fio KirschnerDr. Edelválio A. Cruz
MP ORTOPEDICO-TRAUMATOLOGO
CRM-PB 981Dr. Edelválio A. Cruz
MP ORTOPEDICO-TRAUMATOLOGO
CRM-PB 981

- 27/12 1. DIETA LIVRE
2. HELCO SALMÍZACO
3. DIPRONA 1G + ABD EV 5/6H
4. NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8H SN
5. TRAMAL 100mg + SPO,9% 100ml EV 8/8H SN
6. FILATL 20MG + ABD EV 12/12H SN
7. OMEPRAZOL 40MG + DILUENTE IV EM JEJUM PELA MAMAHA (6/7/2019)
8. CURATIVO
9. FISIO MOTORA
10. SSW+CCG
11. CLEXANE 40 MG SC AS 2H
12. Glucomônios 150-200 mg/dia (CPA/LTA)
13. Retinol 4000 UI/dia
14. Álcool hidratado (suspeito de ser 12/12/2019)
15. Glucose 600 mg/dia

Dr. Edelválio A. Cruz
MP ORTOPEDICO-TRAUMATOLOGO
CRM-PB 981

32/12 Abdu. hospitalar

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

115-12-2018

08:00 Poceinte sexta (172) para Góes, Rio, 1
Supreco, de Urubá, Realengo, Pinheiros e São Paulo.
Encontro no M.I.G.H.C.P.H. naqueles que
querem.

22.00 Pet festival
can doers
do ample program.
2000
2000
2000

PACIENTE:

José Antônio Sápino de Oliveira

Dr. José Sápino
Dpto de Gastroenterologia

16/12

- 1 DIETA LIVRE
- 2 JELCO SALINIZADO
- 3 DIPIRONA 1g+ASD EV 5/6H
- 4 TILATIL 20MG + ASD EV 12/12HSN
- 5 OMEPRAZOL 20MG VO EM JEJUM
- 6 CLEXANE 40MG SC AS 20H
- 7 MUDANÇA DE DECÚBITO 2/2H
- 8 SSUV-CCGG
- 9 Cuidado: Dáño
- 10

16/12

16/12

Excl. estreñ. s/ distensão

divaric. (e) e concreções (-)
na adm.

col VPM

Aguardar oxigenio

Dr. José Sápino
Dpto de Gastroenterologia

Dr. José Sápino
Dpto de Gastroenterologia

Debit
16.18

Phone
0.41
16.58

16.18

16.18
0.18
16.18

Finally, I want to thank you for your generous contribution towards the trip. Your contributions will be greatly appreciated. I would like to thank you for your kind words and support. We hope to see you again soon.

Again, I would like to thank you for your generous contribution towards the trip. Your contributions will be greatly appreciated. We hope to see you again soon.

For calculating the price of
each trip,
we have to consider the following factors:

DIAGNÓSTICO

卷之三

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Patiente

17.12.09.0

PA-1080

Bivalvados
solitários
sugestão de
K. B.

Data - 17-12-18

Heights = 15' 00"

R. A.: 100 X 80

P. about medeado e

região com amianto

de estanque



~~13~~
12
13

200000 T 35 P 125

present, concrete, oriented,
in spiritus no fragment,
superior cinctures da et *dy*

Q. 23.

anterior
abdomen

lateral

anterior

area

area

area

area

ORTOPÉDIA 1

LEITO 3-2

Nº PROTOCOLO

1793094

Atendida

- 412.821-8
1 DIETA LIVRE
2 ÁLCOOL SALJUZADO
3 DIPIRONA 1G + ABD EV 6/6H ✓
4 NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8h SN
5 TRAMAL 100mg + SF 0,9% 100ml EV 8/8H SN
6 TIALETH 20mg + ABD EV 12/12H SN
7 OMEPRAZOL 40mg + DILUENTE NEM SEM PELA MANHA ✓
8 CURATIVO
9 FISIO MOTORA ✓
10 SSVV+CFCGG
11 CLEXANE 40 MG SC AS 20H ✓

LEITO 3-2

Caso: _____
Data: _____
Cidade: _____
UF: _____Prof. Dr. Cruz
Interno de Radiologia
07/06/2019

AVALIAÇÃO CARDIOLÓGICA COM RISCO CIRURGICO

Hospital de Emergência e Trauma de Campina Grande Dom Luiz Gonzaga Fernandes
SECRETAIRIA DE ESTADO DA SAÚDE DA PARÁ

www.vivavoc.com | 800.333.3000 | 1.800.333.3000

PROFESSOR DR. MIGUEL A. RODRIGUEZ

() Assimilabile () Sintomatica () Oligosintomatica

SINTOMAS:

() dispensaria de estiorgo
() dispensaria de medicina
() dispensaria de farmacia

() P6s-prendial () Esgreve () Rulacionada () P6s-Prendital

Digitized by srujanika@gmail.com

() Hipertermesas Poliméricas () Hipertermesas PU/mater () DPGC ()

00000000000000000000000000000000

Ajogig a Nogodanamantes → Elunistro
Saderbarismo } Ilegisimo }

4 - EXAME FÍSICO:

and the concept of a *connected* (\rightarrow *conflict*) \vee (\rightarrow *non-conflict*)

18-12-19-AUTOMOTIVE - COMMERCIAL

$$0.5 \times 0.6 = 0.3$$

~~for deposit~~ 000

Handwritten

6 - CONCILUS AL RISCGO CIRURGICO

Grav III - AVC e ECG - anomalias (indicadas na sintetização da Cardíaca)

1940

Ass. do Mérito

ORTOPEDIA

LEITO 3-2

N° PRONTO-SOCIO: 1736240
OROON RODRIGUES

1393644

EXTRATO

LEITO 3-2

TOSU AETU

1 DIETA LIVRE

2 RECO SALINIZADO

3 DIPIRONA 1G + ABD EV 6/6H

4 NAUSEODRONE 50mg 1/4A + ABD EV 6/6H 5M

5 TRAMADOL 100mg + SHOT 5% 100ml EV 6/8H 5M

6 MIAZIL 20mg + ABD EV 12/24H 5M

7 OMOPRAZOL 40MG + DILUENTE WEM JEJUM PELA MANHA

Dr. Euler Paixão A. Cruz

Ortopedia, Traumatologia
CRM-PE 9907

BEG, abd, dren, dren anticoag.

CLO: VIM

1

P

Dr. Euler Paixão A. Cruz
Ortopedia, Traumatologia
CRM-PE 9907

AVAILAGAO CARDIOLÓGICA COM RISCO CIRURGICO		SINTOMAS:	
<input type="checkbox"/> Asintomática <input type="checkbox"/> Sintomática <input type="checkbox"/> Difusos sintomas		SINTOMAS: () Tontura () Sincope () Palpitaciones () Disnea de esfuerzo () Cefaleia	
2 - PATOLOGIAS EM CURSO:		Comorbilidades:	
() DPOC () Outros () Hipertensão Pulmonar () Insuf. Cardíaca Congestiva () Outras		() Arteriosclerose () Diabetes Mellitus () Hipertensão Arterial Sistêmica () Insuf. Cardíaca Coronariana () Crônica	
3 - ANTECEDENTES PESSOAIS:		Exames em uso:	
() Regulares () Comprometidos () Precários () Alterados () Nulos		() Sim () Não () Sem () Nao	
4 - EXAME FÍSICO:		Exames:	
() Estadio General () Bem () Regular () Comprometido () Peculiar () Alterado () Peso		() Cardiológico () Respiratório () Digestivo () Endocrinológico () Neurológico () Urológico () Dermatológico	
5 - ELETROFÍSICO:		Medicamentos:	
() Regulares () Comprometidos () Precários () Alterados () Nulos		() Aspirina () Anticoagulante () Diurético () Glucocorticoide () Analgésico () Antibiótico () Antidiáabetico () Antihistamínico () Antipsicótico () Antidepressivo () Anticonvulsivo () Anticoagulante	
6 - CONCLUSÃO RISCO CIRURGICO:		Ass. do Médico:	
() Necessário () Possível () Impossível () Incerto		() Necessário () Possível () Impossível () Incerto	
		() Exame () Consulta () Prescrição () Refeitura () Outro	

ORTOPEDIA 1

LEITO 3-2

Nº QUARTUÑO: 4364
CIRRODRAGOS

1413641

EXCELENTE

LEITO 3-2

24/6/18

1 ODEIA LIVRE

2 FÁCIO SALINIZADO

3 DIPRONA 1G + ABD EV 5/6H

4 NALISERON 8mg/ml 1/10 + ABD EV 8/8H 5ml

5 TRAMAL 100mg + SFG 0,9% 100ml EV 8/8H 5L

6 TILATEL 20MG + ABD EV 12/12H 5L

7 OMEPRAZOL 40MG + DILUENTE VEM JEJUAPELAMANHA (OC)

8 CURATIVO

9 FISIO MOTADA

10 5SV+CCGG

11 CLEXANE 40 MG SC AS 20H

12 ATIVAFACINA 4G AV AX(DIA) 50CP

Dr. Euler Fabrício A. Cruz
ORTOPEDA-TRAUMATOLOGO
CRM-PR 9962BEM, ESTOU UM ENFERMO
COM UNAFig: Euler Fabrício A. Cruz
ORTOPEDA-TRAUMATOLOGO
CRM-PR 9962

ORTOPEDIA 1

LEITO 3-2

N° PRONTO-SOC: 171793641

JOSE ARTUR

FX FEMUR + PATELA D

LEITO 3-2

Dr. G. M. N. Andrade

- 1 DIETA LÍQUIDA
- 2 JELCO SALINIZADO

3 DIPIRONA 1G + ABD EV 5/6H

4 NAUSEODRONE 8mg/ml 15ml + ABD EV 8/8H

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

32

33

34

35

36

37

38

39

40

41

42

43

44

45

46

47

48

49

50

51

52

53

54

55

56

57

58

59

60

61

62

63

64

65

66

67

68

69

70

71

72

73

74

75

76

77

78

79

80

81

82

83

84

85

86

87

88

89

90

91

92

93

94

95

96

97

98

99

100

101

102

103

104

105

106

107

108

109

110

111

112

113

114

115

116

117

118

119

120

121

122

123

124

125

126

127

128

129

130

131

132

133

134

135

136

137

138

139

140

141

142

143

144

145

146

147

148

149

150

151

152

153

154

155

156

157

158

159

160

161

162

163

164

165

166

167

168

169

170

171

172

173

174

175

176

177

178

179

180

181

182

183

184

185

186

187

188

189

190

191

192

193

194

195

196

197

198

199

200

201

202

203

204

205

206

207

208

209

210

211

212

213

214

215

216

217

218

219

220

221

222

223

224

225

226

227

228

229

230

231

232

233

234

235

236

237

238

239

240

241

242

243

244

245

246

247

248

249

250

251

252

253

254

255

256

257

258

259

260

261

262

263

264

265

266

267

268

269

270

271

272

273

274

275

276

277

278

279

280

281

282

283

284

285

286

287

288

289

290

291

292

293

294

295

296

297

298

299

300

301

302

303

304

305

306

307

308

309

310

311

312

313

314

315

316

317

318

319

320

321

322

323

Fx ferme C
Fx profunda C

ORTOPEDIA I
LEITO 3-2 N° PRONTO-SNC: 14.9.3641

for Detun

LEITO 3-2

- 21-10-18
- 1 DIETA LIVRE de carbô
 - 2 JELCO SALINIZADO
 - 3 DIPIRONA 1G + ABD EV 6/6H 12/12/06
 - 4 NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8h SN
 - 5 TRAMAL 100mg + SFO 5% 10ml EV 8/8h SN
 - 6 TILATIL 200MG + ABD EV 12/12h SN
 - 7 OMEPRAZOL 40MG + DILUENTE IV EM JEJUM PELA MANHÃ (66)
 - 8 CURATIVO
 - 9 FISIO MOTORA
 - 10 SSWV+CCEG
 - 11 CLEXANE 40 MG SC AS 20H
 - 12 500mg QD

Dr. Edm. Edmilia G.
Dr. Edmilia G.
C.R.P.C.-PG 99.07

Dr. Edm. Edmilia G.
Dr. Edmilia G.

C.R.P.C.-PG 99.07

卷之三

4-14-30

Society, and on the other
method, according to
opinions expressed.

192-1
MURRAY
TE
14 SEP 1952
COREN-FB

DNA = 1.10 x 80
20:00 hrs p.e.t. equal areas of each
of the four colors were required.

Lara Nethery 10/19
COREN# P# 1202534-

34.12.18

758 FA : #062000000000000000

Pt no 358, 1st floor
interviewed - M.C.P.w

) Verna.

24-12-18

No. 45

12018

Parvathi Son of late
Sambasiva Rao
Bommalapet

Sale

Opp. Meluvi Bus Stand
Mysore - 57

105

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

THE FLOWERS OF SOUTHERN CALIFORNIA

R\$ 121.818,04,00

M: 20x 40

Faculdade Corrente
Instituto Federal
Universidade Federal
Centro Universitário

R\$ 110.204,40,00

13x 100% Saldo
de pagamentos

de abertura
M. 100% da Silva
Marcelo da Silva
Corrêa

ORTOPEDIA

LEITO 3-2
N° PRONTUARIO: 17179364

JOSE ARTUR

FIX FEMUR + PATEADA

LEITO 3-2

1. DIETA LIVRE 26/06 Após 06:00

2. JELCO SALINIZADO

3. DIPIRONA 1G + ABD EV 6/6H 18/06

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

5. TRAMAL 100mg + SH 0,9% 100ml EV 8/8h SN

6. TILATIL 20MG + ABD EV 12/12H 5H

7. OMEPRAZOL 40MG + CILIENTE IV EM REUM PELA MANHA 06/06

8. CURATIVO

9. FISIO MOTORA

10. SSNA+CCG

11. CLEXANE 40 MG SC AS 20H

26 SUSP

C.D. VERON

José Artur
Almeida
Cirurgião e Traumatologista
08/06/2019

ORTOPEDIA 1

LEITO 3-2

N° PRONTUÁRIO: 171793641
JOSE ARTUR

FX FEMUR + PATELA D

LEITO 3-2

06.06.18

1. DIETA LIVRE
 2. JEJICO SALINIZADO
 3. DIPIRONA 1G + ABD EV 6/6H
 4. NAUSEDRON 8mg/ml IFA + ABD EV 8/8H SN
 5. TRAMAL 100mg + SFO 9% 100ml EV 8/8H SN
 6. TILATIL 20MG + ABD EV 12/12H SN
 7. OMEPRAZOL 40MG + DILUENTE IV EM JEJUM PELA MANHÃ
 8. CURATIVO.
 9. FISIO NOTORIA
 10. SSMV+CCGG
 11. CLEXANE 40 MG SC 2XH
- (20) - 05-09-*

Dr. Edilson Fabrício A. Cruz
em ORTOPEDIA, TRAUMATOLOGIA
CRM-PE #557

Dr. Edilson Fabrício A. Cruz
em ORTOPEDIA, TRAUMATOLOGIA
CRM-PE #557

0.2 50

上…… p. 5

三
四

۱۳۰۰ میلادی

卷之三

Digitized by

[5]

— ۱۷ —

1

43

GOVERNO
DA PARÁBA

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

REQUISIÇÃO DE EXAM

NOME:	Jenil		RESPIRACAO	ESPONTÂNEA	SAIA	SALVA			PRONTUÁRIO		
IDADE:	10		SEXO:	M <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>		COR:	PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF.: 354	LEITO:

DADOS CLÍNICOS:

Rebitamento

RADIODOSEMI
REALIZADO EM:
14/7/18

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

RX de Cxra AP. e Diagn.
RX de Joelho AP e Remeir

Francisco Claudio Ferreira
CRURGIAO GERAL
CRM-PB: 5435

URGÊNCIA:

DATA:

ROTINA:

HORA DA SOLICITAÇÃO:

JU 10 118

NAME:		DATA:	SEX:	MC:
PROCEDENCIA:				
PROFISSAO:				
1- SINTOMATOLOGIA CARDIOVASCULAR:				
SINTOMAS:				
() Areadmetametica () Dispepsia de esfogo () Defeito () Tontura () Grandes () Pequenas () Sincopee () Mialgia () Otorrinite () Tossie Seca () Dolor Recorrente () Enroqadas () Frio () Agudua () Cronica () Insulto Renal () Hipertensao Pulmonar () DPOC () Outros () Dizabetes Mellitus () Autonimas () Edemas () Insuficiencia Coronariana () Insuf. Cardiaca Congestiva () DPOC () Outros () Antecedentes Pessoais: Alergicos a Medicamentos: Edematos: Tabagismo: Cardiovascular - Comentários: Respiratória - Comentários: Adm - Comentários: Alimentares - Comentários: Exercícios - Comentários: Medicamentos em uso () Nao () Slim () Nitro				
2- PATOLOGIAS EM CURSO:				
() Hipertermia () DPOC () Outros () Dizabetes Mellitus () Autonimas () Insulto Renal () Insuficiencia Coronariana () Insuf. Cardiaca Congestiva () DPOC () Outros () Regulair () Bom () Comprometido () Precario () Altera () Pess				
4- EXAME FISICO:				
FC: mmhg b.p.m PA: mmhg AF: 12-18 RR: 18-20 Sossego Exercício				
5- ECG:				
6- CONCLUSAO - RISCO CIRURGICO:				
<p>Ex. Laboratoriais:</p> <p>Grau I - AVC + ECG - normais (Risco Cirurgico Normal)</p> <p>Grau II - AVC + ECG - anomalias (Risco Cirurgico Normal)</p> <p>Grau III - AVC + ECG - anomalias (Risco Cirurgico Normal)</p> <p>Grau IV - AVC + ECG - com graves alterações (Alto Risco Cirurgico - se possivel evitá-lo)</p>				

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



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

**GOVERNO
DA PARAIBA**

Sr(a): JOSE ARTUR S.	Protocolo: 0000441810	RG:	NÃO INFORMADO
Data: 01/12/2018 11:21	Origen:	CLINICA ORTOPEDICA	
Conselho: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade:	24 anos	
		Domicílio:	ENP 03 - LAC

HEMOCRITOS

DATA DA COLETA: 01/12/2018 11:19

Resultados Valores da Referência

SÉRIE VERMELHA

Reticulitos	4,1 milhares/mm ³	4,7 a 5,5 milhares/mm ³
Hemoglobina	12,5 g/dL	12,5 a 13,0 g/dL
Hematocrite	37,8 %	40,0 a 52,5 %
V.C.M.	92 fL	89,0 a 92,0 fL
R.C.M.	30 pg	27,0 a 31,0 pg
C.B.C.H.	33 g/dL	22,9 a 38,0 g/dL

SÉRIE BRANCA

Leucócitos	8.400 /mm ³	5.000 a 10.000 /mm ³
(%)		(/mm ³)

Neutrofílos			
Promielocitos	0	0	
Mielócitos	0	0	
Metamielócitos	0	0	
Bastonetas	2,0	168	
Segmentados	74,0	6.216	40,0 a 70,0 % - 1.000 a 8.500 / mm ³
Eosinófilos	1,0	84	0,5 a 5,0 % - até 500 / mm ³
Basófilos	0	0	0 a 2,0 % - até 100 / mm ³
Eosinófilos			
Tipícios	20,0	1.680	70,0 a 85,0 % - 1.000 a 3.500 / mm ³
Atípicos	0	0	
Monócitos	3,0	252	2,0 a 10,0 % - até 1.000 / mm ³
CONTAGEM DE PLAQUETAS	235.000/mm ³	150.000 a 450.000/mm ³	

OBSERVAÇÕES..... Contagens repetidas e confirmadas.

Dr. Euler Fárias Cavalcante
 Benedito
 CRM - 7494

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: A269-F8C0-3998-44E0-CB6B-21CC-4AC3-000C



Assinado: 01/12/2018 12:42 - 902.mai.1 de 2

**GOVERNO
DA PARAÍBA**
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DONA LUIZ GONZAGA FERNANDES

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO

REQUISIÇÃO DE EXAM

NOME:	JOSE			SEXO:	M	COR:	B	PESO:	CLINICA:	ENF.:	PRONTUÁRIO
IDADE:	10			SEXO:	F	COR:	P	ALTURA:	CDG 1	LEIT.	3

DADOS CLÍNICOS:

EDS - OP

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

- Rx Cora grande, AP e R/L
- Rx Joelho grande, AP e R/L

URGÊNCIA:	<input checked="" type="checkbox"/>	ROTINA:	<input type="checkbox"/>
DATA:	30/06/13	HORA DA SOLICITAÇÃO:	

DR. DILSON RIBEIRO - ORTOPEDISTA
DR. ORTOPEDIA, TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 5547

Evolução do Enfermagem											
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES GOVERNO DA MARANHÃO											
4. IDENTIFICAÇÃO Nome: <u>Aline</u> Registros: <u>3</u> Lerito: <u>C</u> Selar Atual: <u>Q11</u>											
5. ANAMÉSIS AO GERAL Sinais vitais: Tax: <u>90</u> /P: <u>60</u> /min; FR: <u>18</u> /min; PA: <u>120/80</u> mmHg; FC: <u>80</u> /min; SPO ₂ : <u>98</u> % EXAMES LABORATORIAIS ALTERNADOS: HT: _____ m²/d; Feso: _____ kg; Altura: _____ cm; Dor: _____ Local: _____ Obs: _____ REGISTRO DE AS NECESSIDADES Fisiológicas JIGIENICO Respiro: () Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % () Lumin () Tracheostomia () Ayre/Tubo T () VMIN () VMI TOT nº () Comissura labial nº () PEP % () PEEP cmH ₂ O () Eupneia () Taquipneia () Bradipneia () Dispnéia () Outras: Ausculta pulmonar: () Volumínica vesicular presente () Diminuídos () ID () JE Ruídos adversos: () Roncos () Sibilos () Estridor () Outros: Tosse: () Inprodutiva () Produtiva Expectorragão: () Quantidade e especie: Drenos de torax: () ID () JE () Selo d'água: Aspiração: Quantidade e especie: Dala da imergente de dreno / Aspecto da drenagem torácica: Gasometria arterial: PH PO ₂ HCO ₃ BE SpO ₂ Data: / / Horas: PERCEPCÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS Alteração: () Visão () Auditivo () Tato () Olfato () Paladar Observação: SEGURANÇA FÍSICA REGULAGEM CARDIACASCLAR Pulso: () Regular () Irregular () Impulsivo () Flitorme () Cheio. 											

DSG 111

Carregando Assinatura do Envelope.

Tempo de entorpecimento capilar: () 5-3 segundos. () >3 segundos. () Turgidez da jugular: ()	Drogas vasoativas: () Quais?	Auscultas cardíacas: () Ritmica () Arritmica () Sopro () Outro. Marcapasso: () Transfídio () Definitivo	Cateter vascular: () Periférico () Central () Dissecção. Localização: () Detalhe da punção:	Edema: () MMS () MINI () Fase () Anamnese. Observações:	ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)
Detalhe: () Completa () incompleta () Protésic.	Type somática: () Nútrido () Enmagacida () Caudado () Obeso.	Allergias: () Inspecionada () Distal () Interdigital () Alimentar () Vomitio () Pisse () Outros:	RHA: () Normotensos () Ausentes () Diminuidos () Ausentados	Eritemaço intestinal: () Normal () Iridíde () Constituído há dias () Outros:	Coloração da pele: () Negra () Ressecada () Efulmores () Hematomas () Ecchymoses () Outros:
Abdome: () Normotensos () Distendido () Tensos () Ascítico () Outros:	Aspecto: () Outros:	Gordilheira da pele: () Negra () Ressecada () Efulmores () Hematomas () Ecchymoses () Outros:	Coloração das mucosas: () Anardas () Secas () Mafestações de sede: ()	Infeção cutânea: () Local/Aspécie:	CUTÂNEA E FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA
Reta: () Fissura/pedreiro:	Urticária: () Estagio:	Urticária em: () Local/Aspécie:	Urticária: () Local/Aspécie:	Urticária: () Local/Aspécie:	CÚDADO CORPÓRAL
Drano: () Fissura/pedreiro:	Urticária: () Estagio:	Urticária: () Local/Aspécie:	Urticária: () Local/Aspécie:	Urticária: () Local/Aspécie:	SONE E REPOUSO
Chidado corporal: () Indepandente () Dependente () Parcialmente dependente. Observações:	Higiene corporal: () Seletiva () Insatisfatória () Despersonalizada () Higiene Corporal () Satisfatória () Insatisfatória.	Comunicação: () Preservada () Prejudicada Sentimentos e comportamentos: () Cooperativo () Maledicente () Ansiedade () Ausência de família/avó/ma () Outros:	COMUNICAÇÃO, GRÉGARIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	4. AVULGACAO DAS NECESSIDADES PSICOSOCIAIS	5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS
() Preservado () Isolado () Dorme durante o dia () Sonno interrompido. Observações:	() Preservado () Acamado () Cadela de ronas () Outros:	() Preservado () Família de fumantes e compatriotas: () Cooperativo () Maledicente () Ansiedade () Ausência de família/avó/ma () Outros:	RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE	Type: () Praticante () Não praticante. Observações:	INTERCORRENCIAS

1. IDENTIFICAÇÃO		EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM	
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES			
GOVERNO DO PARÁ			
2. VALIDAÇÃO GERAL		Sinais vitais: Tabc: °C; P: bpm; FR: bpm; PA: mmHg; FC: bpm; SPO2: % Nível de consciência: () Consciente () Confuso () Letargico () Torporoso () Comatoso () Outro REGULAGÃO NEUROLOGICA Níveis de consciência: () Consciente () Confuso () Letargico () Torporoso () Comatoso () Outro 3. VALIAGÃO DAS NECESSIDADES PSICODIAGNÓSTICAS Pupilas: () Isocílicas () Anisocílicas () DHE () Fotoreagentes () Motilicas () Midriáticas Morfofármaco: () Preservada () Paroxsica () Pleigia () Paroxestesia Local: Lingüagem: (), Quer () Distonia () Afasia () Disfasia () Dissemia. Outros: Respiração: () Espontânea () Oftalmo Nasal () Ventil. % /min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T OXIGENAGAO (VMIN () VMI TOTAL Comissura labial n° FIO2 % PEEP cmH2O Ausculta pulmonar: Múltipla vesicular presente: () Diminuídos () D () E Ruidos adventiciais: () Rorcos () Sibilos () Estridor () Outros: Tosse: () Produtiva () Produtiva Expectorada: () Quantidade e aspeto: Dreno de traços: () D () E () Selo d'água: Data da inserção do dreno / / Aspecto da drenagem torácica: Gasmeteria arterial PH PCO ₂ HCO ₃ EB SPO ₂ Data: / / hora: PERCEPCAO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS Albergão: () Visão () Auditivo () Tato () Olfato () Paladar Observação: SEGURANÇA FÍSICA REGULAGÃO CARDIOVASCULAR Pulso: () Regular () Irregular () Impulsivo () Flutuante () Cheio.	

ROHTE, SORDEHNAO, R.C.: Geleira de dades da rede de grampo Focas. Foto Algaré (2009).

卷之三

Câmbo e Assinatura do Entremetido:

HORA: 16:50

8

4

DATA: 25/10/18		HORA: 14:00
<i>Exame de rotina - paciente 4 (DE) - exames de rotina</i>		
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)		
Tempo de enxamento capilar: () 0 a 5 segundos. () > 5 segundos. () Turgência irregular: ()		
Drogas vasodilatadoras: () Quais? _____		
Auscultas cardíacas: () Ritmicas () Arritmicas () Sopro () Outro. Marcapassos: () Transitorios () Definitivos		
Gástrica vesicular: () Peritônico () Cenital () Dissecção () Localizada () S/ I.C. Data da punção: 25/10/18		
Edema: () MMS () MMII () Face () Anasarcá. Observações:		
Abdome: () Normotensão () Distendido () Tensão () Ascítico () Vomito () Fúlvose () Outros:		
RHA: () Normoblastos () Ausentes () Diminuidos () Aumentados		
Eliminação intestinal: () Normal () Líquida () Consistência hâ. dia () Outros		
Eliminação urinária: () Espuma () Relâmpago () Incontinência () Hematuria () SVD: Débito ml/h.		
Aspeções: () Outras Observações:		
INTERCORRENCIAS		
Pele: () Coerada () Flácida () Crimosa () Sudorese () Fria () Aquedada. Período de enxamento capilar: () 5 segundos. () > 5 segundos. () Turgência irregular: ()		
Tempo de enxamento capilar: () 0 a 5 segundos. () > 5 segundos. () Turgência irregular: ()		
Drogas vasodilatadoras: () Quais? _____		
Auscultas cardíacas: () Ritmicas () Arritmicas () Sopro () Outro. Marcapassos: () Transitorios () Definitivos		
Gástrica vesicular: () Peritônico () Cenital () Dissecção () Localizada () S/ I.C. Data da punção: 25/10/18		
Edema: () MMS () MMII () Face () Anasarcá. Observações:		
Abdome: () Normotensão () Distendido () Tensão () Ascítico () Vomito () Fúlvose () Outros:		
RHA: () Normoblastos () Ausentes () Diminuidos () Aumentados		
Eliminação intestinal: () Normal () Líquida () Consistência hâ. dia () Outros		
Eliminação urinária: () Espuma () Relâmpago () Incontinência () Hematuria () SVD: Débito ml/h.		
Aspeções: () Outras Observações:		
INTERCIDADE E CUTÂNEO-MUCOSA		
Condilexo da pele: () Integra () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escorpiões () Outro:		
Condilexo das mucosas: () Umidas () Secas () Manterestradas de sede: ()		
Mictíase cística: () Localizada:		
Cúpula do corpo real:		
Higiene corporal: () Independente () Dependente () Parcialmente dependente. Observações:		
Limpeza corporal: () Estéril () Insatisfatória () Higiene Corporal: () Satisfatória () Insatisfatória.		
COMUNICAÇÃO, GREGARIA E SEGURANÇA EMOCIONAL		
Avaliação das necessidades psicossociais:		
() Preservado () Insensível () Dorme durante o dia () Sonolento/sonolento. Observações:		
SONO E REPOUSO		
Cuidado das pressões: () Estéril () Local () Descuidado () Curativo () Outro:		
Cuidado corporal:		
Higiene corporal: () Independente () Dependente () Parcialmente dependente. Observações:		
Limpeza corporal: () Estéril () Insatisfatória () Higiene Corporal: () Satisfatória () Insatisfatória.		
COMUNICAÇÃO, GREGARIA E SEGURANÇA EMOCIONAL		
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPiritualidade		
Tipos: () Praticante () Não praticante. Observações:		
5 - HABILIDADES PSICOSOCIAIS		
() Ansiedade () Ausência de familiarização () Outras:		
Comunicação:		
Cooperativismo () Cooperação () Mérito:		
5 - HABILIDADES PSICOSOCIAIS		
() Ansiedade () Ausência de familiarização () Outras:		
Comunicação:		
Cooperativismo () Cooperação () Mérito:		

1. IDENTIFICACION									
EVOLUGAO DE ENFERMAGEM									
HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES									
2. AVALACAO GERAL									
Nome: <u>ROSCILDA ALVES SANTOS</u> Registre: <u>LETR 32</u> Setor Atual: <u>Q/H/PT</u>									
Sinais vitais: Tax: <u>60</u> Qc: <u>P+</u> bpm: <u>FR:</u> tPm: <u>PA:</u> mmHg: <u>FC:</u> bpm: <u>SPO2:</u> % <u>98</u>									
EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:									
Hgt.	mg/dl	Peso:	Kg: Altura:	cm	Dent ()	Locet:	Obs:		
3. ANAMAGAO NEUROLÓGICA									
Nível de consciência: <input checked="" type="checkbox"/> Confuso () Confundido () Confuso () Tropícorso () Comatoso () Outro									
Pupilas: <input checked="" type="checkbox"/> Isocircunferencia () Anisocircunferencia () Diferença () Preservada () Dilatada () Mioóticas () Midriáticas () Glaucomatosa () Parética () Plegia () Paraplegia Local: <u>MFL</u>									
Lingüagem: <input checked="" type="checkbox"/> Clara () Disfonia () Afasia () Disfasia () Disartria. Obs:									
() VMI () VMI TOT () Comissura labial () Venituri % () Umlin () Tragusostomia () Ayre/Tubo T									
Respiração: <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % () Umlin () Tragusostomia () Ayre/Tubo T									
4. GENÉRICO									
() Epilepsia () Taquicardia () Bradicardia () Dispnéia () Outros:									
Assimilação: <input checked="" type="checkbox"/> Múltiplas vestigiares () Diminuídas () Dificultades () Dificuldade de digestão () Produtiva () Expeccotófaga () Quantidade e especie:									
Tosse: () Impedimenta () Produtiva () Expeccotófaga () Quantidade e especie:									
Ruidos abdominais () Roncos () Sibilos () Estidor () Outros:									
Respiratória: <input checked="" type="checkbox"/> Auscultar presentes () Diminuídas () Dificuldade de respiração () Sono d'água:									
Aspiração: Quantidade e especie:									
Gasometria arterial: PH PCO ₂ HCO ₃ BE SpO ₂ Data / / Horas:									
PERCEPCÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS									
Alergias: () Visão () Auditivo () Tato () Olfato () Paladar Observação:									
SEGURANÇA FÍSICA									
() Tranqüilo () Agitado () Resco da queda. Observação:									
REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR									
Pulse: <input checked="" type="checkbox"/> Regular () Irregular () Impulsivo () Flutuante () Cheio.									

Pele: () Dorada () Hipocordada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.	Tempo de enximamento capilar: () 3 segundos. () >3 segundos. () Trigândia jugular: ()	Drogas vasodilatadoras: () Quais?	Auscultas cardíacas: () Ritmica () Arritmia () Sopro () Outro. Marcapasso: () Transistor () Definidor.	Gaster varredor: () Penitente () Central () Distal. Localização: Localização: Data da punção: <i>11/06/18</i>	Edema: () MMS () MMII () Fase () Anasarca. Observações:	ALIMENTACAO E ELIMINAÇOES (INTESTINAL E URINARIA)	Tipo somedico: () Nutrido () Emagrecido () Caputecto () Queso.	Dantigao: () Completo () Incomplete () Prothese.	Alimentação: () Vó () SNG () SNE () Catarrina () Hidronostoma () NPT. Hora: Data: <i>11/06/18</i>	RHA: () Normotensos () Ausentes () Diminuidos () Aumentados	Eliminação intestinal: () Normal () Liquida () Constipado há dias () Outros:	Condigoes das mucosas: () Ressecada () Equimóese () Hematomas () Escorragões () Outro:	Coloração da pele: () Normocópida () Hipocrópida () Cianótica () Clanóleia Trigger da pele: () Preservado	Cuidado corporal: () Independente () Dependente () Perfeitamente dependente. Observações:	Higiene corporal: () Instalações () Instalações () Higiene Corporal () Sastrações () Instalações.	Sono e repouso: () Sono interrompido. Observações:	4- AVAIL / 5- CO-5 NECESSIDADES PSICOSOCIAIS	COMUNICAÇÃO, GRÉGARIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	COMUNICAÇÃO, SENTIMENTOS E COMPROMISSOS: () Cooperativo () Mérito () Arredade () Preservada () Familiarizada () Prejudicada () Sentimentos e compromissos: () Familiarizada () Outros:	5- NECESSIDADES SOCIOESPIRITUAIS	RELIGIAO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE	Tipo: () Privado () Não particular. Observações:	INTERCORRÊNCIAS	<i>Figuras comuns em HIE.</i>	Carimbo de Assinatura do Enfermeiro: <i>J. M. Gómez</i>	Data: <i>11/06/18</i>	HORA: <i>10:43h</i>
--	---	------------------------------------	--	--	---	---	--	---	---	---	--	---	--	--	--	---	--	---	---	----------------------------------	---	--	-----------------	-------------------------------	---	-----------------------	---------------------

1. IDENTIFICAÇÃO		EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM	
Nome: <u>WILSON SANTOS DA SILVA</u> Registro: <u>Letto: 3-2</u> Setor Atual: <u>Ortoped.</u>			
2. AVAIIAGAO GERAL			
HGT: <u>170</u> cm Peso: <u>75</u> kg/dl Altura: <u>1,75</u> m Dtn: <u>Local:</u> Obs: <u></u> %			
3. AVAIIAGAO LABORATORIAIS ALTERADOS:			
Sinais vitais: Tax: <u>60</u> bpm Fr: <u>16</u> bpm PA: <u>120/80</u> mmHg FC: <u>75</u> bpm SpO ₂ : <u>98</u> %			
4. MARCAÇÃO DAS NECESSIDADES FARMACOLOGICAS			
REGULAGAO NEUROLÓGICA Nível de consciência: <input checked="" type="checkbox"/> Consciente Confuso Letárgico Torporoso Comatoso Outro			
Pupilas: <input checked="" type="checkbox"/> Isocirculares Anisocirculares D>E E>D Fotomogegetes Midílicas Milardicas Laringograma: <input checked="" type="checkbox"/> Preservada Paroxística Plegia Paraplesia Local:			
(VMI) <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea Catecoter Nasal Ventoar % Vmin Tracheostomia Ayuda tubo f DBs:			
(REUPNIA) <input checked="" type="checkbox"/> Toraunipneia Bradipneia Dispnéia Outros:			
Musculos plúmicos: Múltiplos veleculas presentes Dispnéia Outros:			
Tosse: <input checked="" type="checkbox"/> Produtiva Produtiva Expectorativa Outros:			
Aspiração: Quantidade e especie: Dreno de torax: ID JE Selo d'água: Data da inserção do dreno / Aspecto da drenagem torácica:			
Gasmeteria arterial: PH PCO ₂ HCO ₃ EB SpO ₂ Data: / / Horas:			
PERCCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS			
Alergias: (Mesa) Audição Tato Olfato Paladar Observação:			
SEGURANÇA FÍSICA			
(C) Tranquilo Agitado Risco de queda. Observação:			
REGULAGAO CARDIOVASCULAR			
Pulso: <input checked="" type="checkbox"/> Regular Irregular Impulsivo Flutuante Cheio.			
SABEMI - REC. EM 11 JUN 2019			

<p>Pele: () Cardia () Hipopótidea () Cianose () Sudorese () Fria () Aquedicta.</p> <p>Tempos de enchimento capilar: (a) < 5 segundos. () 5 a 3 segundos. () > 3 segundos. () Turgidez jugular ()</p> <p>Drogas associadas: () Quelatiz.</p> <p>Auscultas cardíacas: () Ritmica () Arritmica () Sopro () Outro. Marcapasso: () Transstilo () Definitivo</p> <p>Cistos vasculares: () Periferico () Central () Dissecção. Localização: M5 e Data da punção: 15/12/18</p> <p>Edema: () NMS () MMII () Face () Antebraço. Observações:</p> <p>ALIMENTACAO E ELIMINACOES (INTESTINAL E URINARIA)</p> <p>Alimentações: () Completa () Incompleta () Prótese. Data: / /</p> <p>Defecação: () Normal () Dissecção () Constipação () Diarreia () Outros:</p> <p>RHA: () Normorrávios () Ausentes () Diminuidos () Aumentados</p> <p>Eliminações intestinais: () Normal () Liquida () Consistência das fezes () Outros</p> <p>Eliminação urinária: () Exponencial () Retengido () Incontinência () Hematuria () SVD: Débito ml/h.</p> <p>Aspecto: () Outro. Observações:</p> <p>INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA</p> <p>Abdome: () Normotensão () Distendido () Tensão () Asfalto () Outros:</p> <p>Aterrigos: () Inapetência () Distensão () Intolerância alimentar () Vômito () Prose () Outros:</p> <p>Allimetria: () SNG () SNE () Gastrostomia () Jejunostomia () NPr. Hora: Data: / /</p> <p>Dermofagia: () Completa () Incompleta () Prótese.</p> <p>TRHO SOMATICO: () Nutrido () Enmagacido () Gengivite () Obesos.</p> <p>ALIMENTACAO E ELIMINACOES (INTESTINAL E URINARIA)</p> <p>Abdome: () Normotensão () Distendido () Tensão () Asfalto () Outros:</p> <p>Aterrigos: () Inapetência () Distensão () Intolerância alimentar () Vômito () Prose () Outros:</p> <p>Allimetria: () SNG () SNE () Gastrostomia () Jejunostomia () NPr. Hora: Data: / /</p> <p>Dermofagia: () Completa () Incompleta () Prótese.</p> <p>TRHO SOMATICO: () Nutrido () Enmagacido () Gengivite () Obesos.</p> <p>ALIMENTACAO E ELIMINACOES (INTESTINAL E URINARIA)</p> <p>Abdome: () Normotensão () Distendido () Tensão () Asfalto () Outros:</p> <p>Aterrigos: () Inapetência () Distensão () Intolerância alimentar () Vômito () Prose () Outros:</p> <p>Allimetria: () SNG () SNE () Gastrostomia () Jejunostomia () NPr. Hora: Data: / /</p> <p>Dermofagia: () Completa () Incompleta () Prótese.</p> <p>INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA</p> <p>Condição da pele: (a) Normocorrada () Hipocondradia () Hipercorrada () Cicatrizes () Turgor da pele: () Preservado</p> <p>Condição corporal: () Independente () Dependente () Parcialmente dependente. Observações:</p> <p>Higiene corporal: () Satisfatória () Insatisfatória. Higiene Corporal: () Satisfatória () Insatisfatória.</p> <p>Cuidado corporal: () Independente () Dependente () Parcialmente dependente. Observações:</p> <p>Limpeza do fiozinho () Sem camada () Cadeira de rodas () Outra:</p> <p>SONO E REPOUSO</p> <p>sono () Pouco () Demais durante o dia () Sono interrompido. Observações:</p> <p>4-AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES FÍSICAS SOCIAIS</p> <p>COMUNICAÇÃO, GRÉGARIA E SEGURANÇA EMOCIONAL</p> <p>Comunicação: () Preservada () Regulicada () Sentimentos e comportamentos: () Cooperativo () Míope:</p> <p>5-NEEDS-SIBADAS PSICÓFÍSICAS</p> <p>RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/O ESPRITUADADE</p> <p>Tipos: () Praticante () Não praticante. Observações:</p> <p>INTERCORRENCIAS</p> <p>DATA: 20/02/18 HORA: 14:40</p> <p>Ganho e assistência da Enfermeira: ()</p> <p>Nome: R. L. Pinto Oliveira</p> <p>CPF/Nome: 166371-ENR</p> <p>Fonte: BORDERINI/HD, RC. Cada de dados per mês de grupo (excl. Pato Araguá (2009))</p>	
---	--

1. IDENTIFICACIÓN		EVOLUCIÓN DE ENFERMAGEM	
Name: <i>José Antônio</i>		Registro: <i>32</i>	Letra: <i>Sector Atual:</i> <i>H101</i>
HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES			
GOVERNO DO PARÁ			

2. AVAÍLACAO GERAL		EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:	
Name: <i>José Antônio</i>		HGT: <input type="checkbox"/> mg/dL Peso: <input type="checkbox"/> C. P.: <input type="checkbox"/> bpm: Freq: <input type="checkbox"/> cm: Altura: <input type="checkbox"/> mHg: PA: <input type="checkbox"/> cm: Dor: <input type="checkbox"/> Local: <input type="checkbox"/> bpm: SPO2: % <input type="checkbox"/> Obs.: <input type="checkbox"/>	
REGULACAO NEUROLOGICA			
Nível de consciência: <input checked="" type="checkbox"/> Consciente (<input type="checkbox"/> Orientado) Confuso (<input type="checkbox"/> Letargico) <input type="checkbox"/> Tonoportoso (<input type="checkbox"/> Comatoso) <input type="checkbox"/> Outro			
Pupilas: <input checked="" type="checkbox"/> Isocirculares (<input type="checkbox"/> Anisocirculares) <input type="checkbox"/> Dilatadas (<input type="checkbox"/> DCE) <input type="checkbox"/> ECD (<input type="checkbox"/> Fotofrigescientes) <input type="checkbox"/> Mioses (<input type="checkbox"/> Midriáticas) <input type="checkbox"/> Drogas (Sedagatas/Analgésicas) <input type="checkbox"/> GLASGOW(3-15): <input type="checkbox"/> Outras: <input type="checkbox"/> Disfonia (<input type="checkbox"/> Afasia) <input type="checkbox"/> Disfresia (<input type="checkbox"/> Disartria) <input type="checkbox"/> DQs: <input type="checkbox"/> Laringogram: <input type="checkbox"/> Outras: <input type="checkbox"/> Disfonia (<input type="checkbox"/> Afasia) <input type="checkbox"/> Disfresia (<input type="checkbox"/> Disartria) <input type="checkbox"/> Mobilitade Física: <input type="checkbox"/> Preservada (<input type="checkbox"/> Parésia) <input type="checkbox"/> Plegia (<input type="checkbox"/> Paraplesia) Local: <i>MTC</i> <input type="checkbox"/>			
3. AVAÍLACAO DAS NECESIDADES PSICOSOCIAIS			
Respiração: <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea (<input type="checkbox"/> Catártica Nasal) Ventilat. %: <input type="checkbox"/> Vmin (<input type="checkbox"/> Traguestosmia (<input type="checkbox"/> Ayre/Urubo T) <input type="checkbox"/> VMI TOT n°: <input type="checkbox"/> Comissura labial nr: <input type="checkbox"/> FIO2 % PEEP cmH2O <input type="checkbox"/> Epopeíta: <input type="checkbox"/> Taquifnézia (<input type="checkbox"/> Bradipnézia) <input type="checkbox"/> Dispneia (<input type="checkbox"/> Cúmicos: <input type="checkbox"/> Ausculta pulmonar: Murmurado vesicular presente: <input type="checkbox"/> Diminuídos (<input type="checkbox"/> JE <input type="checkbox"/> D) <input type="checkbox"/> Outros: <input type="checkbox"/> Rales: <input checked="" type="checkbox"/> Impedidaiva (<input type="checkbox"/> Produtiva) Expectoragão: <input type="checkbox"/> Quantidade e especie: <input type="checkbox"/> Dreno de torax: <input type="checkbox"/> D (<input type="checkbox"/> E (<input type="checkbox"/> Selo d'água: <input type="checkbox"/> Gasometria arterial: PH <input type="checkbox"/> PO2 <input type="checkbox"/> HCO3 <input type="checkbox"/> BE <input type="checkbox"/> SPO2 <input type="checkbox"/> Dba: <input type="checkbox"/> Hora: <input type="checkbox"/> PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS SENTIDOS			
Audição: <input type="checkbox"/> Visão (<input type="checkbox"/> Audição) <input type="checkbox"/> Tato (<input type="checkbox"/> Olfato) <input type="checkbox"/> Paladar Observação: <input type="checkbox"/> SEGUIMENTO FÍSICA			
Pulse: <input type="checkbox"/> Regular (<input type="checkbox"/> Irregular) (<input type="checkbox"/> Impulsivo) (<input type="checkbox"/> Flácido (<input type="checkbox"/> Agressivo) (<input type="checkbox"/> Resco de sede) Descrição: <input type="checkbox"/> REGULACAO CARDIOVASCULAR			

1. IDENTIFICAÇÃO		EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM		2. AVAIIAÇÃO GERAL		3. AVAIIAÇÃO DAS NEUROLOGIAS PSICOBIOLOGICAS		4. GENÉRICO		5. PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS SENTIDOS		6. SEGURANÇA FÍSICA		7. REGULAGÃO CARDIOPULMONAR					
Name:	Habitat:	Registre:	Lettre:	39	Sector Atual:														
Stimulus visual:	Tax:	oC:	P:	bpm:	FR:	lpm:	PA:	mmHg:	FC:	bpm:	SpO2:	%	HGT:	mgt/di Pecc:	Kg: Altura:	cm:	Dat:	() Local:	Obs.:
EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:																			
REGULAGÃO DAS NEUROLOGIAS PSICOBIOLOGICAS																			
Nível de consciência: ✓Consciente ✓orientado () Confuso () Letargico () Tropomoso () Comatoso () Outro																			
Pupilas: ✓Isocirculares () Anisocirculares () Diferentes () EGD () Fotoreceptores () Míoticas () Midriáticas																			
Moquinhadas Fisiológicas: () Preservada () Preguiça () Paralisa () Disfagia () Disartria.																			
Lingüagem: () Clara () Desfocada () Atesia () Disfasia () Disartria.																			
() VMIN () VMT OT " Espontânea () Criterio Nessai () Ventoar % () Min () Troposeomotria () Ayre/Tabot T																			
() Respiração: () Normal () Profunda () Profunda Expectoracão () Quantidade e asperdo:																			
() Ausculta pulmonar: Murrinho vesicular presente () Difusos																			
() Ausculta cardíaca: () Regular () Irregular () Aspecto da frequem cardíaca:																			
() Deteção de drenos () Auspicio de drenos () Paladar Observação:																			
PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS SENTIDOS																			
Geosensorial: PH PCO ₂ PO ₂ HCO ₃ BE SpO ₂ Dat:																			
Geosensorial arterial: PH PCO ₂ PO ₂ HCO ₃ BE SpO ₂ Dat:																			
Alergias: () Viseo () Auditivo () Tacto () Olfato () Paladar Observação:																			
SEGURANÇA FÍSICA																			
✓Tremores () Agitado () Agressivo () Risco de quedas Observação:																			
REGULAGÃO CARDIOPULMONAR																			
Pulso: ✓Regular () Irregular () Impulsivo () Flutuante () Cheio																			

1. IDENTIFICACIÓN		EVOLUCIÓN DE ENFERMAGEM					
Nombre: <u>José Antônio</u>		Registre: <u>3</u>	Lote: <u>2</u>	Sector Atual: <u>G173</u>	Sexo: <u>M</u>	Altura: <u>170</u>	Peso: <u>70</u>
2. ANAMÉSIS GERAL		EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:					
Altura: <u>170</u>	Peso: <u>70</u>	FC: <u>60</u>	PR: <u>12</u>	RR: <u>16</u>	SpO ₂ : <u>98</u>	Qs: <u>100</u>	
3. ANAMÉSIS NEUROLOGICA		NIVEL DE CONSCIÊNCIA: () Confundido () Orientado () Confuso () Letargico () Troporeoso () Gomatoso () Outro					
4. ANAMÉSIS PSICOLOGICA		GLASGOW(3-15): Drogas (Sedativa/Analgésica):					
5. EXAMES CLÍNICOS		Pupilas: () Isocônicas () Anisocônicas () D ₁ >D ₂ () Preservada () Parésia () Plegia () Parésesia Local: () Midriásicas () Mydriásicas () Dilatadas () Contração () Distonia () Afasia () Disfasia () Disartria. Obs:					
6. AGUDIZAÇÃO		() Eupnêzia () Taquipnêzia () Bradipnêzia () Depressa () Outras:					
7. SINTOMAS		() VNI () VMI TOT ^m Comissura Nasal () Cetoter Nasal () Venturi % Imin () Tragoesostomia () Ayre/Tubo T					
8. FONTOLOGIA		() Eupnêzia () Taquipnêzia () Bradipnêzia () Depressa () Outras:					
9. AVALIAÇÃO		Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: () Diminuidos () D () E					
10. EXPLORAÇÕES		Ruidos adventícios: () Roncos () Sibilos () Estridor () Outros:					
11. OBSERVAÇÕES		Tosse: () Improdutiva () Produtiva Expectoração: () Gurgelidada e sepeida:					
12. DISCUSSÃO		Detele da hiperemia do trato: () D () E () Seio d'água:					
13. CONSIDERAÇÕES		Gasmometria arterial PH PCO ₂ PO ₂ HCO ₃ EB SpO ₂ Det:					
14. CONCLUSÃO		PERCEPCAO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS					
15. CONSELHO		SEGUIMENTO: () Visão () Audição () Tato () Olfato () Paladar Observação:					
16. CONCLUSÃO		REGISTRO AO CARDIOVASCULAR					
17. CONCLUSÃO		Pulso: () Regular () Irregular () Irregular () Flutuante () Cheio.					

de Ceará - Nossa Terra
Praça da Liberdade

PNGC



Newlab



Este laudo foi emitido digitalmente sob o número: 1088-0425-B2C5-D9E0-0833-C1E0-CC5-B36B

CRES - TSP

[Handwritten signature]

RESUMO
Este laudo é referente ao exame de sangue, com resultado positivo para:
• Hb: 11,1 g/dL (Referência: 11,0 a 14,0 g/dL)
• HbA1c: 6,5% (Referência: 4,0 a 6,0%)
• Glicose: 7,00 mmol/L (Referência: 3,9 a 5,7 mmol/L)
• TG: 30 mg/dL (Referência: 100 a 200 mg/dL)

TENSO DE SAMPLAMENTO

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

32

33

34

35

36

37

38

39

40

41

42

43

44

45

46

47

48

49

50

51

52

53

54

55

56

57

58

59

60

61

62

63

64

65

66

67

68

69

70

71

72

73

74

75

76

77

78

79

80

81

82

83

84

85

86

87

88

89

90

91

92

93

94

95

96

97

98

99

100

101

102

103

104

105

106

107

108

109

110

111

112

113

114

115

116

117

118

119

120

121

122

123

124

125

126

127

128

129

130

131

132

133

134

135

136

137

138

139

140

141

142

143

144

145

146

147

148

149

150

151

152

153

154

155

156

157

158

159

160

161

162

163

164

165

166

167

168

169

170

171

172

173

174

175

176

177

178

179

180

181

182

183

184

185

186

187

188

189

190

191

192

193

194

195

196

197

198

199

200

201

202

203

204

205

206

207

208

209

210

211

212

213

214

215

216

217

218

219

220

221

222

223

224

225

226

227

228

229

230

231

232

233

234

235

236

237

238

239

240

241

242

243

244

245

246

247

248

249

250

251

252

253

254

255

256

257

258

259

260

261

262

263

264

265

266

267

268

269

270

271

272

273

274

275

276

277

278

279

280

281

282

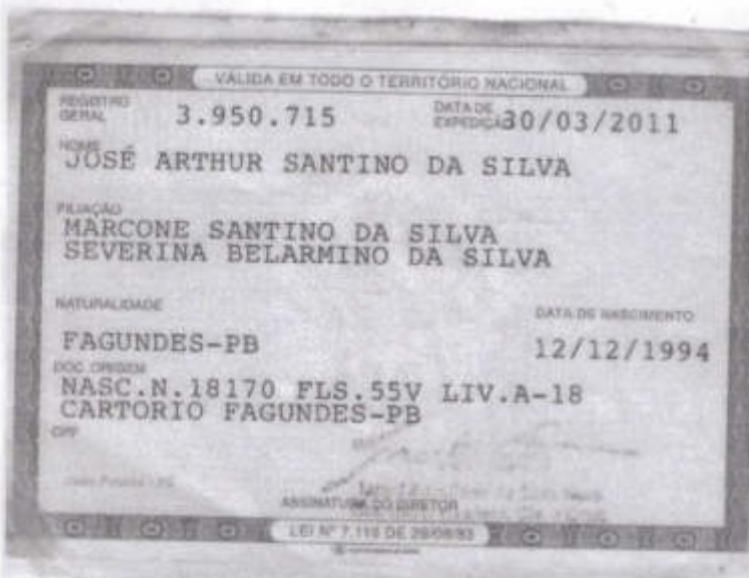
283

284

285

286





PERIODICALS RECEIVED

N.º 0140822723125
DETAN - PB

N. 901

CERTIFICADO DE
Nº DE VÉGULDO

W 1
1974-1980
0000000000

LEANDRO
RUA A
CHAMADA
58446000
GRUPO - PB

CARLOS STEINKE LIBRARY

OBSEQUIOS DE LA DOMINICAN

MR. BROWN : MD34E-90127A

EM BRANCO

AUTORIZAÇÃO PARA TRANSFERÊNCIA DE PROPRIEDADE DE VÉHICULO ATIV

HOME DE COMPRADORES
VALORES

RO. 3100 L 956 OFFICIAL 012238.544-69
ENDERCO *Max. Power - 1000 - No. 14*

C. cinnamomea 28/12/19
x *Wimbleto* with Sibth.

b) O acusado tem a obrigatoriedade de comunicar a rende do vínculo ao DETRAN no prazo máster de 15 dias, contados da data da constatação, para que seja efetuada a restituição das placas e o cancelamento da habilitação. Art. 134 - Código de Trânsito.

G"

GRUPO NOTARIAL
NOTARIAIS
PROFESSOES
LEONARDO DE MELO ST/26
REQUERENDO, por autenticidade, a (6) (seis) cópias
DO R.F. Grampina Grangerer - 30/05/2019
SUBSTITUTO, NELIA MELO LUCAS
Sel. Oficial AIP/25630-1/18
Consulte a autenticidade das cópias no site da Notariais ou no site do Notarial.

CO-NOTARIAL

DFCI

6
Gardens
1000 Lakeside Dr. Novato, CA 94945
415-895-1200 • Fax: 415-895-1204
Catering • Weddings • Corporate Events • Parties

PAULO CESAR NASCIMENTO
Doutor. Campina GRANDE PB - 30005/2019
Substituta: **MELINA MELLO LUCAS**
Selo Digital:AP52634-52HB
Consulte a autenticidade em <https://ejudigital.tjpb.jus.br>
Valor R\$9,91 Farpen R\$4,29 Imp FCGO 16 Fepj R\$1,82
Mello Lucas
Substituta Ofício 08

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190375007 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE ARTHUR SANTINO DA SILVA **Data do acidente:** 14/12/2018 **Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DIAFISARIA DO FEMUR ESQUERDO E FRATURA DA PATELA ESQUERDA

Descrição do exame físico: PACIENTE DEAMBULANDO ATIVAMENTE, REFERE DOR AOS ESFORCOS, APRESENTE DEFICIT DE FLEXAO DO JOELHO ESQUERDO ADM (0-90).

Resultados terapêuticos: FRATURA CONSOLIDADA DE FEMUR E PATELA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 05/07/2019

Conduta mantida:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190375007 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE ARTHUR SANTINO DA SILVA **Data do acidente:** 14/12/2018 **Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DIAFISARIA DO FEMUR ESQUERDO E FRATURA DA PATELA ESQUERDA

Descrição do exame físico: PACIENTE DEAMBULANDO ATIVAMENTE, REFERE DOR AOS EFORCOS, APRESENTE DEFICIT DE FLEXAO DO JOELHO ESQUERDO ADM (0-90).

Resultados terapêuticos: FRATURA CONSOLIDADA DE FEMUR E PATELA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 05/07/2019

Conduta mantida:

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 membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190375007 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE ARTHUR SANTINO DA SILVA **Data do acidente:** 14/12/2018 **Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/07/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO FÊMUR DISTAL E DA PATELA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (PLACA E PARAFUSOS / BANDA DE TENSÃO) E ALTA MÉDICA. PÁG 1/2/18

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO 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 completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190375007 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE ARTHUR SANTINO DA SILVA **Data do acidente:** 14/12/2018 **Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO FÊMUR DISTAL E DA PATELA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (PLACA E PARAFUSOS / BANDA DE TENSÃO) E ALTA MÉDICA. PÁG 1/2/18

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, CASO EXISTAM. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0198402/19

Número do Sinistro: 3190375007

Vítima: JOSE ARTHUR SANTINO DA SILVA

CPF: 104.714.194-94

CPF de: Próprio

Data do acidente: 14/12/2018

Titular do CPF: JOSE ARTHUR SANTINO DA SILVA

Seguradora: SUHAI SEGURADORA S.A.

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

Documentos de identificação

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 24/06/2019

Nome: JOSE RAMOS DE ARAUJO

CPF: 408.289.644-91

Data do cadastramento: 24/06/2019

Nome: BRUNA SILVANA BARDALHO VISSOTTO

CPF: 016.648.740-62

JOSE RAMOS DE ARAUJO

BRUNA SILVANA BARDALHO VISSOTTO