
Rio de Janeiro, 06 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190364037

Vítima: JOSE EDNALDO SOARES DA SILVA

Data do Acidente: 06/01/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE EDNALDO SOARES 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

Rio de Janeiro, 30 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190364037

Vítima: JOSE EDNALDO SOARES DA SILVA

Data do Acidente: 06/01/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE EDNALDO SOARES 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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: JOSE EDNALDO SOARES DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 001

Agência: 000002191-1

Conta: 000010001924-2

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEPIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

0190413119

CPF da vítima:

027.685.894-89

Nome completo da vítima:

Jose Edmundo Soares de Silva

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

Nome completo:

Jose Edmundo Soares de Silva

CPF:

027.685.894-89

Profissão:

Agricultor

Endereço:

Rua 13 de Maio

Número:

60

Complemento:

Bairro:

Centro

Cidade:

Rio de Janeiro

Estado:

RJ

CEP:

20030-000

E-mail:

Tel. (DDD):

21 9999-9999

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☒ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

2399

CONTA:

1924

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

Se tinha filhos, informar: quantos:

Vivos:

Falecidos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim ☐ Não

Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituição do valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data:

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Jose Edmundo Soares de Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

2ª Nome:

CPF:

Assinatura

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



BOLETIM DE Ocorrência POLICIAL

Livro nº 02/2019

Ocorrência nº. 300/2019



Aos 30 dias de maio de DOIS MIL E DEZENOVE, nesta cidade de JACARAÚ/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **JAIME JOSÉ CAVALCANTE DE MATOS**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrevã(o) Kennedy de Carvalho Andrade, às 11h:23min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

JOSÉ EDNALDO SOARES DA SILVA, RG nº 2.273.944-SSP/PB, CPF nº 027.685.894-89, nacionalidade brasileiro(a), estado civil: solteiro, profissão: agricultor, filho(a) de Antonio Campos da Silva e Maria da Luz Soares da Silva, natural de Lagoa de Dentro/PB, nascido(a) em 15/10/1976, do sexo masculino, residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Feijões, S/, nº , bairro: -Lagoa de Dentro/PB, tendo como ponto de referência: px. a cerâmica, fone(s) para contato: (83) 99383-1340.

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/Informar/noticiar conforme segue:

- 1) NATUREZA DO FATO: **ACIDENTE DE TRÂNSITO;**
- 2) DATA DO FATO: 6 de janeiro de 2017;
- 3) HORÁRIO: 22h:30min;
- 4) LOCAL: PB-085 nº , bairro px. a entrada do Sítio Bom Jesus-Lagoa de Dentro/PB;
- 5) UNIDADE DE SAÚDE PARA A QUAL O ACIDENTADO FOI ENCAMINHADO: hospital de emergência e traumas de João Pessoa;
- 6) O COMUNICANTE/VÍTIMA CONDUZIA O VEÍCULO? SIM;
- 7) SENDO O(A) COMUNICANTE CONDUTOR(A) DO VEÍCULO ENVOLVIDO NO ACIDENTE, É ELE HABILITADO? não;
- 8) O VEÍCULO DO(A) COMUNICANTE/VÍTIMA ENCONTRA-SE EM DIA COM AS OBRIGAÇÕES TRIBUTÁRIAS? NÃO INFORMADO.

9) DESCRIÇÃO DO(S) VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S) NO ACIDENTE:

HONDA/CG 150 TITAN KS, NIV: 9C2KC08106R933970, ano/modelo: 2006, cor vermelha, placa: MNK-0896/PB, licenciado em nome de EDSON BEZERRA DE OLIVEIRA.

10) TESTEMUNHA(S) DO FATO/ACIDENTE:

NÃO HOUVE

11) BREVE RESUMO DO FATO:

QUE o comunicante conduzia o veículo acima mencionado, quando colidiu contra um animal (cavalo) que atravessava a rodovia; QUE em seguida foi socorrido pelo SAMU de Lagoa de Dentro, para o hospital de Traumas de João Pessoa.

12) OBSERVAÇÕES:

ESTE BOLETIM TEM VALIDADE DE 30 DIAS E NESSE PRAZO DEVERÁ O COMUNICANTE PROVIDENCIAR A SEGUNDA VIA DO(S) DOCUMENTO(S) PERDIDO(S)/EXTRAVIADO(S).

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrevã(o) que digitei.

José Ednaldo Soares da Silva

JOSÉ EDNALDO SOARES DA SILVA

Comunicante

Kennedy De Carvalho Andrade
Escrivã(o)/AgenteMat. nº 155.335-6



PEPIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

0190413119

CPF da vítima:

027.685.894-89

Nome completo da vítima:

Jose Edmundo Soares de Silva

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

Nome completo:

Jose Edmundo Soares de Silva

CPF:

027.685.894-89

Profissão:

Agricultor

Endereço:

Rua 13 de Maio

Número:

60

Complemento:

Bairro:

Centro

Cidade:

Rio de Janeiro

Estado:

RJ

CEP:

20030-000

E-mail:

Tel. (DDD):

21 9999-9999

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☒ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

2399

CONTA:

1924

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

Se tinha filhos, informar: quantos:

Vivos:

Falecidos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim ☐ Não

Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituição do valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data:

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Jose Edmundo Soares de Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

2ª Nome:

CPF:

Assinatura

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 24/06/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE EDNALDO SOARES DA SILVA

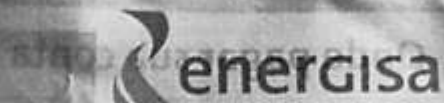
BANCO: 001

AGÊNCIA: 02191-1

CONTA: 000010001924-2

Nr. da Autenticação 0352BD854DF5B4BF

JOSE FERNANDES DE OLIVEIRA
RUA 13 DE MAIO, 80 - CENTRO
LAGOA DE DENTRO / PB CEP: 58250000 (AG- 22)



Emissão: 15/02/2019 Referência: Fev / 2019
Classe/Subcl: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO Br230, Km25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 53071-630
Roteiro: 10 - 31 - 300 - 1125 Nº medidor: 00008498374

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ 09.095.193/0001-40 Insc Est: 16.015.823-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 020.261.996
Cód. para Déb. Automático: 00015838220

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Fev / 2019	15/02/2019	18/03/2019	428.684.404-87 Insc Est

UC (Unidade Consumidora): 5/1583822-0

Canal de contato

Ap perceber luzes dos postes acesas durante o dia ou ruas escuras à noite, informe à prefeitura da sua cidade. Cuidar da iluminação pública é responsabilidade do município e de todo cidadão.



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Edson Bezerra de Oliveira,

RG nº 3.229.334, data de expedição 07/06/1986,

Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 632.579.744-72, com

domicílio na cidade de Jacaraú de Dentro, no Estado de

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

Dirio Jacaraú do Meio, nº 511,

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

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

vítima Jose Edmundo Soares de S.Pa., cujo o condutor era

Jose Edmundo Soares de S.Pa.

Veículo: Moto

Modelo: Honda / CG 150 TITAN KS

Ano: 2006

Placa: MLK0996

Chassi: 9CZKC09J06R433970

Data do Acidente: 06/01/2017

Local e Data: Jacaraú 30-05-2019



Edson Bezerra de Oliveira
Assinatura do Declarante

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





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, S/N - CONJ. PEDRO GONDIM JOÃO PESSOA - CNES: 454561 - Tel.: 5332165735

Boletim de Atendimento: 972493



Identificação do paciente				
ID 1125348	Nome JOSE EDNALDO SOARES DA SILVA			Sexo Masculino
Data de nascimento 15/10/1978	Idade 40 anos 3 meses 17 dias	Estado civil UNIAO ESTAVEL	Religião CATOLICA	Prontuário 88703
Mãe MARIA DA LUZ SOARES DA SILVA	Pai ANTONIO CAMPOS DA SILVA			
Escolaridade FUNDAMENTAL INCOMPLETO	Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)			
DDD Móvel 83	Fone Móvel 99999999	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 2273844	Nº Cns		
Local de procedência LAGOA DE DENTRO	Tipo MUNICIPIO		UF PB	
E-mail	Naturalidade LAGOA DE DENTRO	CBO/R		
Endereço				
CEP 59250000	Município de residência LAGOA DE DENTRO	UF PB	Logradouro FREIJHONE	
Número SN	Complemento	Bairro ZONA RURAL		
Admissão				
Data e Hora 07/01/2017 02:10:26	Número da pulseira 100005620103	Convênio SUS		
Especialidade CLINICA GERAL	Clínica CLINICA TRAUMA E GERAL			
Classificação de risco	Origem do paciente ZONA RURAL			
Caráter de atendimento URGENCIA	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente MOTO X ANIMAL		
Indicadores e Transporte				
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Sim	Trauma Não	
Meio de transporte AMBULANCIA	Quem transportou			
Sinais Vitais				
PA _____ X _____ mmHg	Pulso	Temperatura		
Exames complementares				
Raios X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor [] ECG [] Ultrasonografia []
Dados clínicos				
Diagnóstico				CID
Atendido por ILMA VIEIRA DA SILVA				Tempo 06min 32seg

Imprimir





LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE JOSÉ EDNALDO SOARES DA SILVA
DADOS DE NASCIMENTO 15/10/76
NOME DA MÃE MARIA DA LUZ SOARES DA SILVA

DADOS EXTRAÍDOS DO PRONTUÁRIO

BOLETIM DE ENTRADA N.º 972.493
Nº PRONTUÁRIO 99.703
DATA DO ATENDIMENTO 07/01/17
HORA DO ATENDIMENTO 02:10
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S) LUXAÇÃO ACRÔMIO-CLAVICULAR E
CID 10 S 43.1

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta (colisão moto x animal), há cerca de 4 hs, encaminhado da unidade mista de saúde de Lagoa de Dentro-PB, apresentando dor em ombro E com limitação dos movimentos do membro superior E. Relata ainda dor nas costela E. Glasgow 15. Avaliado pela equipe médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX do ombro E - AP e Oblíquo
USG do abdome total - FAST



TRATAMENTO:

Luxação acrômio-clavicular E ao RX. Sem alteração à USG. Realizado internamento e tratamento cirúrgico pelo Dr. Ricardo Barros e Dr. Roberto Correia da equipe da Ortopedia.

ALTA HOSPITALAR: 27/01/17
DATA DA EMISSÃO: 20/05/19

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA
MÉDICO ORTOPEDISTA
CRM: 2516

Dr. Ewerton Noronha Teixeira
CRM: 2516/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO. OBS: O profissional que assina este laudo não participou do atendimento médico.

CIH: Existe paciente para ser registrado nesta unidade

Usuário: jantonio

Interação | Regulação | Gestão | Recursos de Interação | Paciente | Controle de AIIH | Configuração da Central



Ajuda 2

Consultar Interação | Consultar

Interação
Número do Laudo 73315891

Unidade
hospital de emergência e trauma senador h. lucena

Unidade
Solicitante

Data/Hora de

Atendente

ELISEU V ALENCAR CAVALCANTE DE ARAUJO

Data/Hora da

08/01/2017 15:55

Profissional

Carmesia Campos Borba Chaves cpf: 39590194400

Situação

Com complementos pendentes de avaliação com alta

Alta

Profissional Registro da

Jose Antonio Fernandes do Nascimento

Data de Registro

27/01/2017 20:47

Motivo

Alta - Melhorado

Data Prevista

09/01/2017

Data/Hora de

08/01/2017 16:58

Profissional

ELISEU V ALENCAR CAVALCANTE DE ARAUJO

Paciente

Código

889999143082208

Nome

JOSE EDNALDO SOARES DA SILVA

Nome da Mãe

MARIA DA LUZ SOARES DA SILVA

Data de Nascimento

15/10/1976

Unidade Emissora

hospital de emergência e trauma senador h. lucena

Profissional

Nome

carlos magalhães franca

CPF

45054185453

Caráter de

2- Urgência

Interação

Clinica Cirurgica: Ortopedia/Traumatologia

Procedimento

Código

0408010185

Solicitado

Nome

tratamento cirurgico de luxacao / fratura-luxacao acromio-clavicular

Procedimento

Código

0408010185

Realizado

Nome

tratamento cirurgico de luxacao / fratura-luxacao acromio-clavicular

Diagnóstico Inicial

Código

S431

Diagnóstico

Código

S431

Principal

Descrição

luxacao da articulacao acromioclavicular

Diagnóstico

Código

S431

Resultados e

Provas

EX. COMPLEMENTARES.

Procedimentos

Registros

0308010019 - tratamento de traumatismos de localizacao especificada / nao especificada

Classificação /

Subclassificação

do Leito Ocupado

Histórico

Tipo Ação

Encaminhamento de Interação sob Regulação

Logon Usuário Justificativa

PACIENTE INTERNO EM LEITO EXTRA

marcammm

Registro de Dados Complementares

11:26 19/01/2017

11:26 19/01/2017

06/02/2017 20:41

06/02/2017 20:41



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

Laudo Médico / Resumo de Alta



Nome: <u>José Ednaldo Soares de S.</u>			Registro:		
Idade:	Sexo: <u>M.</u>	Cor:	Clínica:	Enf:	Leito:
Data de admissão: <u>2/7/17</u>			Data da alta: <u>27/7/17</u>		
Diagnóstico inicial: <u>LAC</u>					
Diagnóstico final: <u>Tumor 5º grau anterior</u>					
Outros diagnósticos:					
Principais exames: <u>Ex x e endosc.</u>					
Cirurgia realizada - data e equipe: <u>11/07/17 LAC</u>			<u>Dr. Roberto Guedes</u>		
Terapêutica medicamentosa: <u>Tiludil, clonazepam, ceftriaxona</u>					
Anatomia patológica:					
Infecção: sim () não (☒) Coleta de material: sim () não (☒)					
Resultado bacteriologia:					
Condições de alta: Melhorado () Removido () A pedido () Curado () Óbito ()					
Resumo clínico: história evolução, terapêutica, complicações:					
Dieta: <u>livre</u>			Orientações Pós Alta		
Repouso:					
relativo em casa por, _____ dias.					
retorno às atividades sem esforço físico em, _____ dias.					
retorno às atividades com esforço físico leve, _____ dias e com maior em, _____ dias.					
Cuidados com a ferida operatória: lava-la com água e sabão duas vezes por dia se sentir febre, calor, vermelhidão ou inchaço no local ou se ocorrer febre, procure imediatamente o Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.					
Medicações para casa: <u>Ritac, ceftriaxona</u>					
Retorno:					
Ao posto de saúde em _____ para retirada de ponto					
Ao ambulatório _____ em 30 dias para revisão.					
João Pessoa: <u>27</u> de <u>7</u> de <u>2017</u> .					
Ass. Médico / CRM					
Este documento destina-se a aprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.					



Dr. Roberto Guedes
Cirurgião Geral
CRM 10265



Primeiro Atendimento Médico

10000000000000000000
JOSE EDUARDO SOARES DA SILVA
DT. NASC.: 10/10/1978
RUE: MARIA DA LUIZ SOARES DA SILVA
END.: FREEJONES
N. SM - ZONA RURAL
LADO DO CENTRO
POME: ()
CELULAR: ()
XORRER: 40
DT. ENTRADA: 07/01/2017 02:10:28

PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

NOME DO PACIENTE:

IDADE:

DADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA

Paciente vítima de queda de moto após colisão com muro no-
aproximadamente 4 horas, referindo dor no ombro esquerdo, com
limitação de movimento do MTE. Não há ferimentos visíveis
na região. Não estão usando capacete, mas usa cinto e
luvas.
Se quiser, eu posso ajudar a fazer a história.

EXAME PRIMÁRIO

VIAS ☒ Patentes () Obstruídas
AÉREAS
CERVICAL IMOBILIZADA: () Sim ☒ Não
VENTILAÇÃO:
TRAQUEIA NA LINHA MEDIANA ☒ Sim () Não
RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA ☒ Sem dificuldade
() Com dificuldade
() VENTILAÇÃO MECÂNICA
() APNÉIA
AUSCUTA PULMONAR:
1- MURMÚRIO VESICULAR
HTD ☒ Presente e normal
() Rude
() Diminuído
() Ausente
HTE ☒ Presente e normal
() Rude
() Diminuído
() Ausente

2- RUÍDOS

() Sim
() Não
HTD ☒ Roncos
() Sibilos
() Estertores
HTE ☒ Roncos
() Sibilos
() Estertores
FR: ☒ imp SaO₂: 98% %

CIRCULAÇÃO

COR DA PELE: ☒ Normal () Pálida () Cianótica
() Pleórica () Ictérica
TEMPERATURA DA PELE ☒ Normal () Quente () Fria
PULSO ☒ Normal ☒ Aumentado
() Fino () Ausente
AUSCUTA CARDÍACA
RÍTIMO ☒ Regular () Irregular () Ausente
BULHAS ☒ Normotónicas () Hipofónicas
() Hipofónicas () Ausente
SOPRO () Presente ☒ Ausente
SE OU B4 () Sim () Não
FC: 112 bpm PA: ☒ X mmHg T: ☒ °C
ECG:

ABDOMEN: flácido, deprimível, há uma
palpação profunda na região
da sínfise de xantogás peritoneal.

DÉFICIT NEUROLÓGICO

Pupilas: ☒ Ocorreagente () Paralisadas () Isocônicas () Anisocônicas (diferença =)
Escala de Glasgow

ABERTURA OCULAR		MELHOR RESPOSTA VERBAL ESCALA VERBAL PEDIÁTRICA (<4anos)		MELHOR RESPOSTA MOTORA	
Espontânea	☒	Consciente / Palavras apropriadas, sorriso social, fixa e segue objetos	☒	Obedece aos comandos	☒
A solicitação verbal	3	Confuso / Chora, mas é consolável	4	Localiza a dor	5
Ao contínuo estímulo	2	Palavras inapropriadas / Irritado (persistente)	3	Retira o Membro	4
Nenhuma	1	Sons incompreensíveis / Inquieto	2	Flexão anormal (decontação)	3
		Nenhuma / Nenhuma	1	Extensão Anormal (decerebração)	2
				Nenhuma	1
TOTAL: 15					



ACOLHIMENTO, em -- CNEB: 123312 - Tel:

Boletim de Atendimento: 972493



Identificação do paciente				
ID	Nome			Sexo
1126349	JOSE EDNALDO SOARES DA SILVA			Masculino
Data de nascimento	Idade	Estado civil	Religião	Prontuário
15/10/1976	40 anos 2 meses 23 dias	UNIAO ESTAVEL	CATOLICA	99703
Mãe	Pai			
MARIA DA LUZ SOARES DA SILVA	ANTONIO CAMPOS DA SILVA			
Escolaridade	Responsável (Parentesco)			
FUNDAMENTAL INCOMPLETO	O MESMO - O MESMO(A)			
DDD Móvel	Fone Móvel	DDD Fixo		Fone Fixo
Tipo documento	Número documento	Nº Cnh		
RG (IDENTIDADE)	2273844	100400346767750		
Local de procedência	Tipo		UF	
LAGOA DE DENTRO	MUNICIPIO		PB	
Etnia	Naturalidade	CBO/R		
	LAGOA DE DENTRO			
Endereço				
CEP	Município de residência	UF	Logradouro	
58280000	LAGOA DE DENTRO	PB	FRELINDONE	
Número	Complemento	Bairro		
SN		ZONA RURAL		
Admissão				
Data e Hora	Número da pulseira	Convênio		
07/01/2017 02:10:26	100005620103	SUS		
Especialidade	Clínica		LIFE ASSESSORIA	
CLINICA GERAL	CLINICA TRAUMA E GERAL		05 JUN. 2019	
Classificação de risco	Origem do paciente		ZONA RURAL	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento	Detalhe do atendimento		
URGÊNCIA	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	MOTO X ANIMAÇÃO		
Indicadores e Transporte				
Caso policial	Plano de saúde	Veio de ambulância	Trauma	
Não	Não	Sim	Não	
Meio de transporte	Quem transportou			
AMBULANCIA				
Sinais Vitais				
PA	Pulso		Temperatura	
	X mmHg			
Exames complementares				
Rato X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor [] ECG [] Ultrasonografia []
Dados clínicos				
Diagnóstico				CID
Atendido por				Tempo
ILMA VIEIRA DA SILVA				08min 32seg

Imprimir



Cruz Vermelha
Brasileira

IDENTIFICAÇÃO
JOSE EDUARDO SOARES DA SILVA BE.: 972493
DT. NASC.: 16/10/1970
MÃE: MARIA DA LUZ SOARES DA SILVA

END.: FREIZONE
N. 34 - ZONA RURAL
LUGAR DE DENTRO
FONE: ()
CULURA: ()
IDADE: 40
DT. ENTRADA: 07/11/2017 02:10:29

AValiação de enfermagem

B.E./PRONTUÁ

NOME DO PACIENTE: _____				IDAD: _____			
PROCEDÊNCIA: ☐ Domicílio ☐ Ambulância de resgate ☐ Ambulância SAMU ☐ Polícia							
TIPO DE ACIDENTE: ☐ Moto ☐ Automóvel ☐ Ônibus ☐ Bicicleta ☐ Atropelamento ☐ Envenenamento ☐ Incêndio ☐ Explosão ☐ Arma de Fogo ☐ Arma branca ☐ Outros: _____							
TIPO DE LESÃO: ☐ Fratura fechada ☐ Ferimento aberto ☐ Esmagamento ☐ Laceração ☐ Queimadura ☐ Mordedura ☐ Objeto enfiado ☐ Ferimento contuso ☐ Amputação membro ☐ Outros: _____							
LOCAL DA LESÃO: ☐ Membros sup. ☐ Membros inf. ☐ Tronco ☐ Cabeça e pescoço ☐ Outros: _____							
DADOS CLÍNICOS (sintomas) _____							
DATA DE INÍCIO DOS SITOMAS: _____							
EXAME FÍSICO PA: ____/____ mmHg P: ____ bpm SpO2: ____ Tax: ____							
Sistema Neurológico:							
Nível de Consciência: ☐ Consciente ☐ Inconsciente ☐ Orientado ☐ Desorientado							
Avaliação das pupilas: Simetria: ☐ Isocóricas ☐ Anisocóricas Tamanho: ☐ Midríase ☐ Miose							
Sistema Respiratório: ☐ Ventilação invasiva ☐ Ventilação espontânea ☐ Vias aéreas permeas ☐ Traqueostomia ☐ Respiração rápida ☐ Obstrução parcial das vias aéreas ☐ Respiração ruidosa ☐ Suporte ventilatório não invasivo ☐ Obstrução total das vias aéreas							
Sistema Circulatório: ☐ Pulso suave ☐ Pele fria e úmida ☐ Perfusão tissular satisfatória ☐ Taquicardia ☐ Bradicardia ☐ Perfusão tissular comprometida ☐ Palidez ☐ Outros: _____							
Sistema Digestório: ☐ HDA ☐ Uso de SNG ☐ Vômitos ☐ Dor à palpação superficial ☐ HDS ☐ Corpo estranho ☐ Dor à palpação profunda Outros: _____ ☐ Regular odor ☐ Distensão abdominal							
Sistema Genito-urinário: ☐ Disúria ☐ Hematuria ☐ Oligúria ☐ Polúria ☐ SVD ☐ Outros: _____							
HISTÓRICO CLÍNICO E CIRÚRGICO: ☐ Hipertensão ☐ Diabetes ☐ Câncer ☐ Alergias ☐ Cirurgias ☐ Interações ☐ Outros: _____ Especificar: _____							
USO DE MEDICAÇÃO? ☐ Sim ☐ Não Especificar: _____							
HORARIO DA ÚLTIMA REFEIÇÃO: _____							
IMUNIZADO CONTRA O TÉTANO? ☐ Sim ☐ Não							
OUTRAS INFORMAÇÕES IMPORTANTES: _____							
DESTINO: _____							
ENFERMEIRO: _____							
COREM: _____							

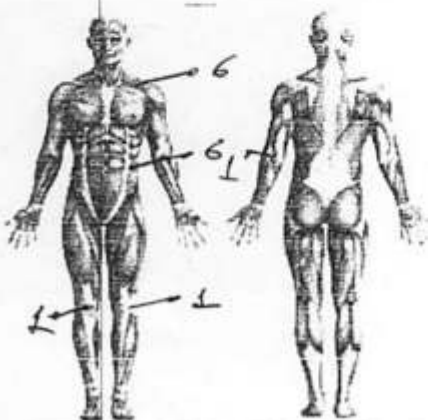


EXAME SECUNDÁRIO

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

LOCAL DA LESÃO

Identifique o local com o número correspondente ao lado →



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

OBS.:

QUEIMADURA:

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

EXAMES SOLICITADOS

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

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

CONDUTAS E PROCEDIMENTOS		CÓDIGO	ASSINATURA E CARIMBO
1	Atendimento Círculo final		
2	Volante - Olav. III		
3	Tratado sang. Dep. de J. + AD. II		
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO

Solicito parecer da Ortopedia e Gr. Cirúrgica às 03:12 do dia 04/01/12
 Solicito parecer da _____ às _____ do dia _____

DESTINO DO PACIENTE

DATA _____
 DA _____
 SAÍDA _____
 HORAS: _____

() Centro cirúrgico
 () Transferência (unidade de saúde)
 () Internado (setor)
 () Alta hospitalar () Decisão médica () A pedido () A reavalia
 () Óbito () Até 48 hs. () Após 48 hs. () Família () JML



ASSINATURA/CARIMBO

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

BE/PRONTUÁRIO

Nome do paciente _____

[illegible]

DR. AUGUST H. NISZELA
Oncology & Hematology
604-14-5527 EXT. 1474

Rosalia Rodriguez
PRESS: 1361

05 JUN 2019

BE/PRONTUÁRIO

Nome do paciente

REGISTRO Nº 972483
 JOSE EDUARDO SOARES DA SILVA
 DT. NASC.: 19/10/1974
 RG: MARIA DA LUZ SOARES DA SILVA
 END.: PARLIMUNO
 N. 54 - ZONA RURAL
 LADO DO OESTE
 FONE: (1)
 CILICAR: (1)
 IDADE: 40
 DT. ENTRADA: 07/01/2017 02:10:28

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
07/01/17	04:02	# <u>Cirurgia final</u> Paciente com dor abdominal, repinta dor - clavícula, dor, ombro esquerdo, e costelas a esquerda. USG Abdomi: ausência de líquido livre na cavidade abdominal. Fígado, baço, rins - parâmetros e sem sinais de lesões traumáticas. Radiografia de Tórax: fratura - 6ª costela lateral esquerda. Ausência de pneumotórax. De acordo: ECG, supino, LOTE, h. dentado. ALC e MLC e alteração Abdomi: fratura de fêmur e palpação profunda a flanco esquerdo. Cd.: <u>Sobito, sintoma da cirurgia Tórax</u> - <u>Aperto cirúrgico da costela</u> - <u>Reavaliação após 6 horas</u>
	04:51	04:51 - <u>Revisão ortopédica de ombro</u> <u>OMERO (E) HÍPOCRISTO NO BOMBO SEPARADO</u> <u>COMPERTIMENTO FIA CROU. E VALORES DE TENDÃO</u> A OMBRO - LAC Grau III Q: <u>entaxamento em 8</u> <u>Após Atig. de cirurgia tórax (Análise não solicitada</u> <u>Atoma), internação por 12 dias para tra cirurgico.</u> <u>Alvaro</u> <u>CM.</u>

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

Corretora de Seguros

José Eduardo

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
07/		# CIR. TORÁCICA / GEOTÓRAX
01/		# Trauma tórax fechado 1 Moço X
12		Amint,
		Participa evolutiva de quebras de
		modulada de a, catno recubra
		e hemitórax ipsilateral pericardíaca.
		Nessa diagnose a toracoplastia, hemotórax.
		Rx = Trauma da membrana pleural, de natureza
		de fechada, hemotórax e pneumotórax.
		cd: Me da ln. Torácica
		Dr. José Roberto dos Santos Netto
		CIURGIA TORÁCICA / BRONCOPULMONAR
		CRM 30.7005
09/04/19		# ortopédia #
		avaliação : ex LAC grau II
		co: interno para mamografia unilobulada
		orientação geral
		prestado
		Dr. Rafael M. Nogueira
		Oncologia Clínica
		CRM 10.502 RCP - 11.745
		LIFE ASSESSORIA
		05 JUN, 2019
		CORRETORA DE SEGUROS

Nome: José Edvaldo Sousa da Silva BE/Prontuário: 972493
 Idade: 40a Sexo: ☒ Masculino ☐ Feminino Cor: _____ Data: 26/01/2012
 Clínica/Setor: Transfusão EMP: LTOP LR: _____
 Cirurgia: Transfusão cirúrgica de sangue humano
 Cirurgião: Dr. Ricardo Gomes 1º Assistente: Dr. Roberto C. Lima
 2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____
 Instrumentador: _____ Anestesista: Dr. Rossion
 Tipo de Anestesia: B.P.B. - Esp. Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Lesão cirúrgica de fígado</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Transfusão cirúrgica de sangue</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: ☐ Sim ☒ Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelação: ☐ Sim ☒ Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

☒ Enfermaria ☐ Terapia Intensa ☐ Residência ☐ Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM: _____

*Dr. Ricardo Barros Campos
Transfusão
CRM-PB 2074*

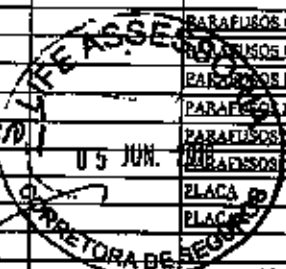
João Pessoa, 26/01/2012



Nota de Sala Cirúrgica

NR 123456

NOME DO PACIENTE: <u>Jose Ednaldo Soares da Silva</u>							
IDADE: <u>40</u>		Nº: <u>972493</u>		CONTÚRIO: <u>ENFERMARIA: <u>LEITO:</u></u>			
CIRURGIA: <u>Proc a 01 Trat. cirurgico de fr. de clavícula 01</u>							
CIRURGIÃO: <u>Dr. Robertoaux. Dr. Ricardo</u>							
ANESTESIA: <u>Dr. Rossana</u>							
ANESTESISTA: <u>Bloquino + Sedacao</u>							
INSTRUMENTADOR:							
DATA: <u>26/04/2017</u> TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA: INÍCIO: <u>PM</u> CIRURGIA: INÍCIO: <u>PM</u> <u>09:00 - 11:00h</u>							
ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)							
ASA 1 (ASA 2 (ASA 3 (ASA 4 (ASA 5 (							
GRAU DE CONTAMINAÇÃO: () LIMPA () CONTAMINADA () INFECTADA () POTENCIALMENTE CONTAMINADA							
MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS							
ALFENTANIL	QTD.	<u>3RA</u>	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.
BUPIVACAÍNA ISOBÁRICA				JELCO Nº18		FIO CAT GUT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA PESADA				JELCO Nº20		FIO CAT GUT CROMADO Nº	
CETAMINA				JELCO Nº22		FIO DE AÇO Nº	
DROPERIDOL				JELCO Nº24		FIO DE AÇO Nº	
ETOMIDATO		SOLUÇÕES	QTD.	KIT SIST. DREN. TORÁXICA Nº		FIO DE NYLON Nº	<u>2.0</u>
FENOBARBITAL		ALCOOL ETÍLICO 70%	<u>OK</u>	LÂMINA BISTURI Nº11		FIO DE NYLON Nº	
FENTANILA		PVPi DEGERMANTE	<u>OK</u>	LÂMINA BISTURI Nº15		FIO DE NYLON Nº	
FLUMAZENIL		PVPi TINTURA	<u>OK</u>	LÂMINA BISTURI Nº21	<u>1</u>	FIO POLIGLACTINA Nº	<u>3.0</u>
ISOFLURANO		PVPi TÓPICO		LÂMINA BISTURI Nº24		FIO POLIGLACTINA Nº	
LEVOBUPIVAÍNA C/ VASO		SABÃO ANTISÉPTICO		LÂMINA DE DERMATÓMOMO		FIO POLIGLACTINA Nº	
LEVOBUPIVAÍNA S/ VASO		MATERIAIS	QTD.	LÂMINA DE ENXERTO		FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAÍNA C/ VASO		AGULHA 13X4,5		LUVA DE PROCEDIMENTO PAR	<u>200</u>	FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAÍNA S/ VASO		AGULHA 25X07	<u>1</u>	LUVA ESTÉRIL Nº0		FIO POLIPROPILENO Nº	
MIDAZOLAM		AGULHA 25X08	<u>1</u>	LUVA ESTÉRIL Nº1,5	<u>1</u>	FIO POLIGLECAPRONE Nº	
MORFINA		AGULHA 40X12	<u>1</u>	LUVA ESTÉRIL Nº1,5	<u>1</u>	FIO SEDA Nº	
NDABUM		AGULHA PERIDURAL Nº16		MÁSCARA CIRÚRGICA	<u>1</u>	RITA CARDIACA	
PANCURÔNIO		AGULHA PERIDURAL Nº17		MULTIVIAS		MATERIAL ESPECIAL	QTD.
PETIDINA		AGULHA PERIDURAL Nº18		PERFURADOR DE SONO		CATETER DE PIC	
PROPORFOL		AGULHA RAQUI Nº250		SCALP Nº19		CIMENTO CIRÚRGICO	
RAMIFENTANILA		AGULHA RAQUI Nº260		SCALP Nº21		CLIP TITÂNIO LIGADURA	
ROCURÔNIO		AGULHA RAQUI Nº270		SERINGA 3ML		FIO DE KIRSCHNER Nº	<u>10</u>
SEVOFLURANO		ALGODÃO ORTOPÉDICO		SERINGA 5ML		FIO DE KIRSCHNER Nº	
SUXAMETÔNIO		ATADURA DE CREPOM		SERINGA 10ML	<u>1</u>	FIO STEINMAN Nº	
TIOPENTAL		ATADURA CESSADA	<u>00</u>	SERINGA 20ML	<u>1</u>	FIO STEINMAN Nº	
MEDICAÇÕES	QTD.	BOLSA P/ COLOSTOMIA		SERENGA 20ML		GRAMPEADOR CIRÚRGICO	
ADRENALINA		CÂNULA P/ TRAQUEOSTOMIA Nº		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº8		HEMOST. ABSORVÍVEL	
ÁGUA DESTILADA		CATETER DE OXIGÊNIO		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº10		KIT DERIVA VENTRICULAR	
ATROPINA	<u>1</u>	CATETER EMBOLEC ARTERIAL Nº		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº12		PRÓTESE VASCULAR	
BEXTRA		CATETER EPIDURAL Nº16		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº14		KIT. PAM	
CEFAZOLINA		CATETER EPIDURAL Nº17		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº16		FIXADOR EXTERNO	
DEXAMETASONA		CATETER EPIDURAL Nº18		SONDA FOLEY 2VIAS Nº12		EMPRESA	
DIFENONA SÓDICA		CATETER EPIDURAL Nº18		SONDA FOLEY 2VIAS Nº14			
EFEDRINA		CERA PARA OSO		SONDA NASOG. CURTA		PARAFUSOS CORTICAIS	
FUROSEMIDA		COLET. URINA FECHADO		SONDA NASOG. LONGA		PARAFUSOS CORTICAIS	
GLICOSE 50%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	<u>200</u>	SONDA URETRAL Nº		PARAFUSOS ESPONJOSO	
GLUCONATO DE CÁLCIO		COMPRESSAS CIRÚRGICAS		TORNEIRINHA		PARAFUSOS ESPONJOSO	
HIDROCORTISONA		DRENO DE PENROSE		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	<u>8.0</u>	PARAFUSOS MALLEOLAR	
LIDOCAÍNA GELÉIA		DRENO DE SUÇÃO		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		PARAFUSOS MALLEOLAR	
ONDASENTRONA		ELETRODOS	<u>1</u>	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		ELACA	
PLASIL		EQUIPO MACROGOTAS		TUBO SILICONE (LATEX)		ELACA	
PROSTIGMINE		EQUIPO TRANSF. SANGUE					
PROTAMINA		EQUIPO MICROGOTAS					
TENOXICAN		ESPOLIA DE PVPi					
		ESPARADRAPO	<u>OK</u>				
<u>AD</u>	<u>20</u>	GAZES	<u>OK</u>				
<u>Cefazolin</u>	<u>1</u>	GAZES ALGODOADAS	<u>OK</u>				
<u>Meclofenoxil</u>	<u>1</u>	GEL. ELETROLÍTICO	<u>OK</u>				
<u>Am. de J. Silva</u>	<u>1</u>	JELCO Nº14					
		JELCO Nº16					
		<u>AGULHA A25</u>	<u>1</u>				



COBEN 36548
RNGLASCI.01-2

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- ① Paciente em decúbito dorsal, em mesa cirúrgica, em posição lateral de prono, sob bloqueio de pleco braquial esquerdo
- ② Lavagem da pele com álcool e MSEs / Compressa, PUPE, SNI e Alcool 70°

Incisão:

- ③ Abertura e preparo do campo operatório
- ④ Uol de acesso, outros supracostais, por pleco, a antiaul-
co pleco ulnar e costal e
- ⑤ Hemostáticos

Achados:

- ⑥ Visualização do pulmão e pleco da mesma
- ⑦ Exatidão pelo pleco de pleco
- ⑧ Contato da pleco
- ⑨ Hemostáticos

Condução:

- ⑩ Se tem no pleco de acesso cirúrgico
- ⑪ ~~Se tem~~ Acesso
- ⑫ Pireto M7. a e

Fechamento:

Observação:



Dr. Ricardo Barros Cardoso
Ortopedia
CRM 1074

João Pessoa, 26/01/2017

Médico/CRM:



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

Laudo Médico / Resumo de Alta



Nome: <u>João Estivaldo Soares dos S.</u>			Registro:		
Idade:	Sexo: <u>M.</u>	Cor:	Clinica:	Enf:	Leito:
Data de admissão: <u>2/7/17</u>			Data da alta: <u>27/7/17</u>		
Diagnóstico inicial: <u>LAC</u>					
Diagnóstico final: <u>Tumor estomacal</u>					
Outros diagnósticos: <u>/</u>					
Principais exames: <u>R-x estômago</u>					
Cirurgia realizada - data e equipe: <u>11º cirurgia - LAC</u> <u>Dr. Ricardo Barros</u> <u>Dr. Roberto Correia</u>					
Terapêutica medicamentosa: <u>Tibetol, olipram, ceftriaxona</u>					
Anatomia patológica:					
Infecção: sim () não (☒) Coleta de material: sim () não (☒)					
Resultado bacteriologia:					
Condições de alta: Melhorado () Removido () A pedido () Curado () Óbito ()					
Resumo clínico: história evolução, terapêutica, complicações:					
Dieta: <u>Libre</u>					
Orientações Pós Alta					
Reposo: relativo em casa por, _____ dias.					
retorno às atividades sem esforço físico em, _____ dias.					
retorno às atividades com esforço físico leve, _____ dias e com maior em, _____ dias.					
Cuidados com a ferida operatória: lava-la com água e sabão duas vezes por dia se sentir calor, vermelhidão ou inchaço no local ou se ocorrer febre, procurar imediatamente o Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.					
Medicações para casa: <u>Ritac, ceftriaxona</u>					
Retorno: Ao posto de saúde em _____ para retirada de ponto					
Ao ambulatório em 30 dias para revisão.					
João Pessoa: <u>27</u> de <u>7</u> de <u>2017</u>					
Ass. Médico <u>FCRM</u>					
Este documento destina-se a aprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.					



Don't forget to call

M

10/1/5

2nd

2nd 1st 2nd 3rd

2nd 3rd 4th

2nd 3rd 4th

2nd 3rd 4th

2nd 3rd 4th

2nd



2nd 3rd 4th

2nd

2nd



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal

CPF

ASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Número de Inscrição

027.685.894-89

Nome

JOSE EDNALDO SOARES DA SILVA

Nascimento

07/1976



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DA SEGURANCA PUBLICA
INSTITUTO DE POLICIA CIENTIFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICACAO

DEP-02

PLACARD CIENTIFICO

Jose Edival dos Santos da Silva
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2273944
DATA DE EXPEDICAO 16 ABR. 1988
NOME JOSE EDNALDO SOARES DA SILVA
FILIAÇÃO Antonio Campos da Silva
Maria da Luz Soares da Silva
Lagoa de Dentro-PB.
NATURALIDADE
Cert. Nascimento 591, IV-A-01, Fls. 169, do
Cart. de Lagoa de Dentro - PB.
CPF
Lagoa de Dentro - PB.
ASSINATURA DO DIRETOR
LEI N. 7.116 DE 28/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

Nº 014201828049

DETTRAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 0088745037-7 00/00000000 2018

EDSON BEZERRA DE OLIVEIRA

CPF / CNPJ 63257874472

PLACA ANT / UF PB 9C2KC08106R933970

CHASSI 2006 2006

COMBUSTÍVEL GASOLINA

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLE/NAO APPLIC

MARKA / MODELO HONDA / CG 150 TITAN KS

CAP / POT / CL 2 P / 149 / CI

CATEGORIA PARTIC

COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA UNICA 00/00/0000

VENIC COTA UNICA 1*

VENIC / COTAS 3*

PREMIO TARIFARIO (R\$) 00/00/0000

PARCELAMENTO / COTAS 2*

PREMIO TOTAL (R\$) 00/00/0000

DATA DE PAGAMENTO 17/09/2018

***** P A G O

OBSERVAÇÕES

REST. BEN. TRIBUTARIO

0

LOCAL LAGOA DE DENTRO-PB

DATA 19/09/2018

38903 38938



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

PB Nº 014201828049 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCICIO 2018 19/09/2018

PLACA MNK0896/PB

CPF / CNPJ 63257874472

RENAVAM 00887450377

MARKA / MODELO HONDA / CG 150 TITAN KS

ANO FAB 2006 9

CHASSI 9C2KC08106R933970

PRÊMIO TARIFÁRIO

38938-1414082-20180919

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.248.808/0001-04



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190364037 **Cidade:** Lagoa de Dentro **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE EDNALDO SOARES DA SILVA **Data do acidente:** 06/01/2017 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR À ESQUERDA. P.5

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA. P.16

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DE OMBRO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: P.2

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 dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Jose Ednelcio Soares de Silva
DATA DO ACIDENTE 09/01/2012 CPF DA VÍTIMA 027.685.894/89
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____
ENFEREC DO PORTADOR Rua 13 de maio
Nº 60 COMPLEMENTO _____ BAIRRO Centro
CIDADE Foz de Iguaçu UF PB CEP 58250 000
E-MAIL _____ TELEFONE (83) 991928028

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ CARTeira DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIREM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
() CARTeira DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
() NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
() AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIREM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE - ATÉ R\$ 13.500,00 ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO), ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

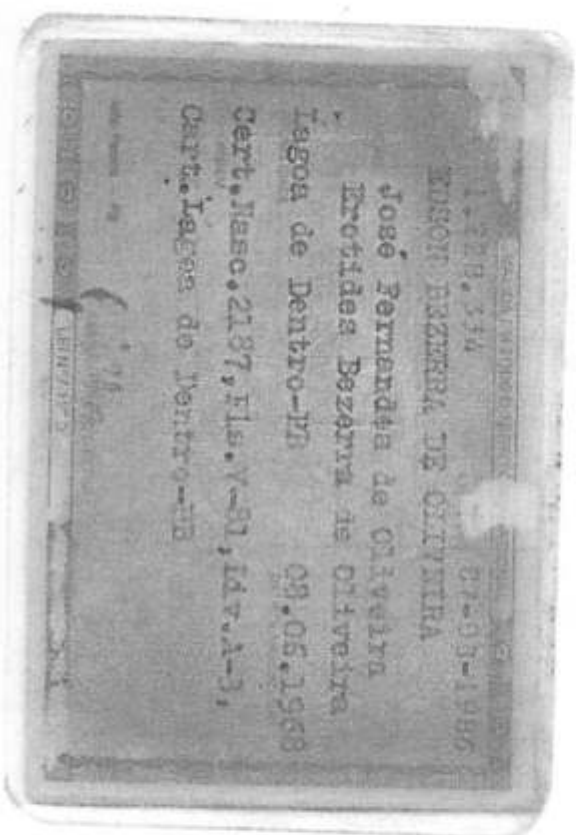
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 05/06/2019
IDENTIDADE 2273944
ASSINATURA Jose Ednelcio

RESPONSÁVEL PELO REEMBOLSO NA SEGURADORA

DATA _____
NOME _____
ASSINATURA _____





EDSON BEZERRA DE OLIVEIRA
SIT LAGOA DO MEIO, S/N - AREA RURAL
LAGOA DE DENTRO / PB CEP: 58250000 (AG. 22)



Ligação MONOFÁSICO
Cis/Sbc RES MTC B1 / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Roteiro: 9 - 31 - 326 - 1310
Medidor: 00000993258

Referência: Mai / 2019
Emissão: 15/05/2019

ENERGISA PARAIBA - DIS 7 QIB/JOCRA DE ENERGIA S/A
Br:230, Km 25 - Orlado Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ: 09.095.183/0001-40 Insc Est: 16.015.823-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 024 949 898
Cód. para Dtb. Automático: 00010533885

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

Conta referente a

Apresentação

Mai / 2019

15/05/2019

Data prevista da
próxima leitura

13/06/2019

CPF / CNPJ / RANI

632.678.744-72

Insc Est

UC (Unidade Consumidora):

5/10693388-5

Canal de contato

Junte-se ao MOVIMENTO VACINA BRASIL. Saiba mais em
saude.gov.br/vacinabrasil

