



Número: **0816241-58.2019.8.15.0001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **4ª Vara Cível de Campina Grande**

Última distribuição : **09/07/2019**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JORGE OLINTO DE SOUZA (AUTOR)		GERSON LUCIANO SANTOS NETTO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
ROSANA BEZERRA DUARTE DE PAIVA (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
36847232	19/11/2020 11:59	Petição	Petição
36847234	19/11/2020 11:59	2659922_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02	Outros Documentos
36847236	19/11/2020 11:59	2659922_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros Documentos

EM ANEXO



Rio de Janeiro, 28 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: **JORGE OLINTO DE SOUZA**

Nº Sinistro: **3180085532**

Vítima: **JORGE OLINTO DE SOUZA**

Data do Acidente: **03/12/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **GERSON LUCIANO SANTOS NETTO**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180085532**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12444014

Pag. 01141/01142 - carta_01 - INVALIDEZ

00030571



Rio de Janeiro, 20 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: GERALDO ALVES DA COSTA

Nº Sinistro: 3180372048

Vítima: GERALDO ALVES DA COSTA

Data do Acidente: 10/02/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180372048**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13258014

Pag. 00191/00192 - carta_01 - INVALIDEZ

00020096



Rio de Janeiro, 20 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: GERALDO ALVES DA COSTA

Nº Sinistro: 3180372048

Vítima: GERALDO ALVES DA COSTA

Data do Acidente: 10/02/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180372048**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Declaração de Inexistência de IML faltando
página

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00697/00698 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 13261035



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

05425625456

Sergio Olimpio de Souza

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Sergio Olimpio de Souza	CPF titular da conta 05425625456	Profissão MATERIAIS GERAIS
Endereço Rua Helio Nogueira	Número	Complemento
Bairro Santa Teresinha	Cidade MOMAMANDUBA	Estado PB
Email GERTON-NET@HOTMAIL.COM	CEP 58400000	Telefone (DDD) 859 86434995

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ 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
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (341) ☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRO. 0041 D/V (Informar dígito se existir)		BANCO Nome NRO. (Informar dígito se existir)	
CONTA NRO. 538483 D/V (Informar dígito se existir)		CONTA NRO. D/V (Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

C. Grande 08 de Fevereiro de 2018
Local e Data

Sergio Olimpio de Souza
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF-001 V001/2017



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO/CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DE SINISTRO
- SEGURO DPVAT -



Seguradora Líder - DPVAT

No. DO SINISTRO

www.dpvatsegurodotransito.com.br ou
ligue SAC DPVAT 0800 022 12 04

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

EU, GERALDO ALVES DA COSTA

PORTADOR/A DO RG No.: 853 198 EXPEDIDO POR SSP EM 29/08/85 E

CPF 475395274-87 / CNPJ - - , PROFISSÃO

APOSENTADO E RENDA MENSAL DE R\$ R\$ 954,00 NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO/A DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO/REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA GERALDO ALVES DA COSTA

AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM A FORMA ABAIXO INDICADA:

Dados bancários incompletos ou incorretos impedem os bancos de liberarem o pagamento.
Verifique cuidadosamente seus dados antes de preencher os campos e evite rasuras.

☒ CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)

No. BANCO BRASESCO No. AGÊNCIA 1058 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AG-NCIA, SE EXISTIR).

No. DE CONTA CORRENTE 29675-7

Autorização de pagamento



☐ CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO BRADESCO

No. BANCO 237 No. AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AG-NCIA, SE EXISTIR).

No. CONTA-POUPANÇA

☐ CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL

No. BANCO 001 No. AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AG-NCIA, SE EXISTIR).

No. CONTA-POUPANÇA

☐ CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO ITAÚ

No. BANCO 341 No. AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AG-NCIA, SE EXISTIR).

No. CONTA-POUPANÇA

☐ CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

No. BANCO 104 No. AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AG-NCIA, SE EXISTIR).

No. CONTA-POUPANÇA

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE.

UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO DO SINISTRO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

ATENÇÃO

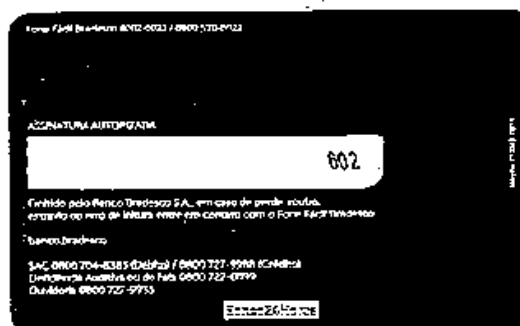
- Não será possível efetuar o pagamento em Conta Salário (INSS), Conta Fácil da Caixa Econômica (Operação 023) ou Conta Conjunta quando o beneficiário não for o titular da conta;
- Não se esqueça de informar os dígitos da agência, caso o dígito exista, principalmente do Banco BRADESCO;
- Certifique-se de que a conta informada esteja ATIVA;
- Indique corretamente se a conta informada é POUPANÇA ou CONTA CORRENTE;
- Tenha SEMPRE um documento bancário para conferência de sua agência e conta. Um único dígito errado impedirá que o banco efetue o pagamento.

LOCAL: SÃO JOSÉ DO SERIPO

DATA 23/07/18

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO/A Gerardo Alves da Costa







MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
17092600B01

STATUS:
Encerrado

INFORMAÇÕES GERAIS

POLICIAL/MATRÍCULA:		DATA/HORA:
MARCONE SANTOS/1480403		03/12/2017 18:35
Na Rodovia		
MUNICÍPIO/UF:		
CAMPINA GRANDE/PB		
BR:	KM:	SENTIDO:
230	147.0	Crescente
DESCRIPTIVO DO LOCAL:		

ASPECTOS DO LOCAL E DO ATENDIMENTO

FASE DO DIA:	CONDIÇÃO METEOROLÓGICA:	
Anoitecer	Céu Claro	
TIPO DE VIA:	TIPO DE PISTA:	CONDIÇÃO DE PISTA:
Principal	Dupla	Seca
TIPO DE PAVIMENTO:	ESTRUTURA VIÁRIA:	
Asfalto	Reta	
LOCALIDADE URBANIZADA:	EXISTÊNCIA DE ACOSTAMENTO:	EXISTÊNCIA DE CANTEIRO CENTRAL:
Sim	Sim	Sim

IMAGEM PANORÂMICA - SENTIDO CRESCENTE



IMAGEM PANORÂMICA - SENTIDO DECRESCENTE



IMAGEM DO LOCAL



IMAGEM DESCRITIVA DO LOCAL



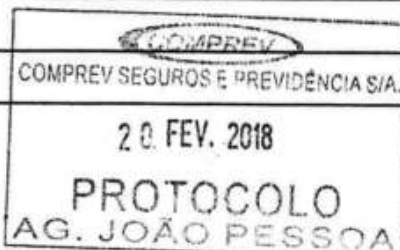
AUXÍLIO DE OUTRO ÓRGÃO:

SAMU

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DO AUXÍLIO:

Accionado por populares no local antes da chegada da PRF

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DO ACIDENTE:



DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF MARCONE SANTOS, MATRÍCULA 1480403

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 03/12/2017 23:44

NÚMERO DE CONTROLE: 20803BF71629AA3D36AD56C8F4FB47

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar

Página 1 de 12







MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
17092600B01

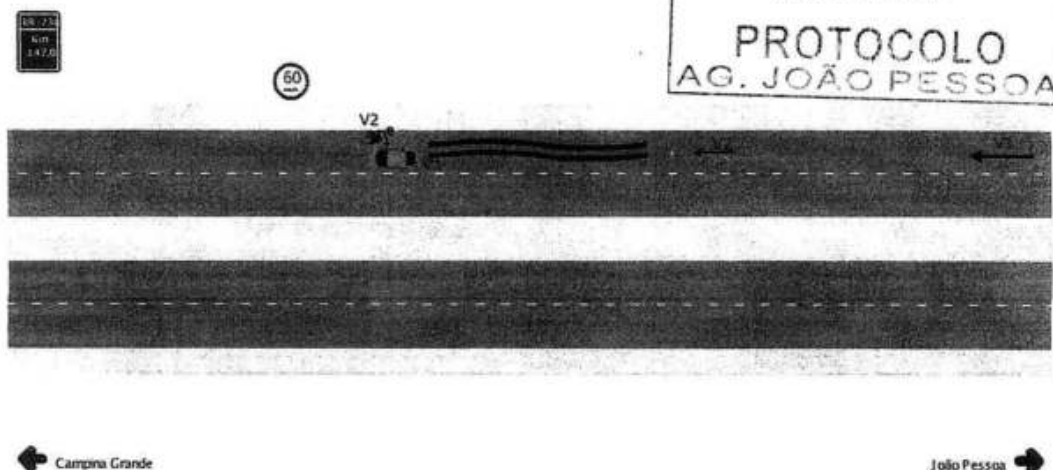
STATUS:
Encerrado

DINÂMICA

Eventos Sucessivos

Ordem	Tipo de Evento	Veículos Envolvidos
1	Colisão traseira	 COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A

Croqui



Narrativa

No dia 03-12-2017 às 18:45 h, a equipe PRF foi acionada para atender um acidente ocorrido na BR 230, km 147, no município de Campina Grande. Chegando ao local às 18:55 h, encontramos automóvel e motocicleta envolvidos na sua posição de repouso e três vítimas sendo atendidas pelo SAMU. O acidente, uma colisão traseira, envolveu o Renault Duster OFZ-2924 (V1) e o ciclomotor Wuyang QFZ-5674 (V2). Ambos seguiam o fluxo crescente da BR 230, com o V2 levando três ocupantes, um dos quais uma criança e à frente do V1, quando no KM 147 o V1 colidiu com a traseira do V2. A velocidade regulamentar no local é de 60 km/h. O condutor do V2 Jorge Olinto de Souza, não possui habilitação. O condutor do V1 evadiu-se do local do acidente sem identificar-se, abandonando o veículo e sem prestar socorro às vítimas. Testemunhas no local afirmaram tratar-se de um homem de aparentemente 50 a 55 anos, magro, alto, de cabelos grisalhos. E que apresentava sinais de embriaguez. Estava acompanhado de uma mulher. Ambos abandonaram o sítio do acidente. No local apresentou-se um usuário da rodovia dizendo ser advogado e conhecer o condutor, que se chamava Marconi. Mas afirmava que embora o mesmo tivesse pedido a ele para ir verificar a situação, não tinha qualquer meio de contatá-lo para que ele se apresentasse. Não comprovou por qualquer meio a representação legal e nem mesmo identificou formalmente quem conduzia o veículo. As três vítimas com ferimentos, todas ocupantes do ciclomotor, foram socorridos pelo SAMU e encaminhados ao Hospital de Trauma de Campina Grande. Os testes de etilômetro não foram realizados em função do socorro médico do condutor do V2 e da evasão do local do condutor do V1 sem ser identificado.

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF MARCONE SANTOS, MATRÍCULA 1480403

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 03/12/2017 23:44

NÚMERO DE CONTROLE: 20803BF71629AA3D36AD56C8F4FB47

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar

Página 2 de 12







MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
17092600B01

STATUS:
Encerrado

VEÍCULOS

SEQUENCIAL: V1	PLACA: OFZ2924	MARCA/MODELO: RENAULT/DUSTER 16 D 4X2	ANO FABRICAÇÃO: 2013
SITUAÇÃO: Tracionador	CHASSI: 93YHSR6P5DJ683648	TIPO DE VEÍCULO: Camioneta	RENAVAM: 00532699971
ESPECIE: Misto	CATEGORIA: Particular	PAIS: BRASIL	MANOBRA NO MOMENTO DO ACIDENTE: Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

No local apresentou-se um usuário da rodovia dizendo ser advogado e conhecer o condutor, que se chamava Marconi. Mas afirmava que embora o mesmo tivesse pedido a ele para ir verificar a situação, não tinha qualquer meio de contatá-lo para que ele se apresentasse.

NOME DO PROPRIETÁRIO:

LUCIANA LISBOA MENEZES DE MELO

CPF/CNPJ:

019.216.434-12

Dados de Endereço

LOGRADOURO:

R E SATURNINO B FILHO 850 BL A

NÚMERO:

00850

COMPLEMENTO:

BL A AP T002

BAIRRO:

MUNICÍPIO/UF:

CAMPINA GRANDE/PB

TELEFONE:

EMAIL:

Dados da Carga

DESCRIÇÃO E INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

Encaminhamento

MOTIVO:

Ausência de responsável

TIPO DE RECEPTOR:

Depósito credenciado

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

O condutor do veículo evadiu-se do local do acidente sem identificar-se, abandonando o veículo e sem prestar socorro às vítimas. Testemunhas no local afirmaram tratar-se de um homem de aparentemente 50 a 55 anos, magro, alto, de cabelos grisalhos. E que apresentava sinais de embriaguez. Estava acompanhando de uma mulher. Ambos abandonaram o sítio do acidente.



DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF MARCONE SANTOS, MATRÍCULA 1480403

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 03/12/2017 23:44

NÚMERO DE CONTROLE: 20803BF71629AA3D36AD56C8F4FB47

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar

Página 3 de 12



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/11/2020 11:59:21

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111911592083300000035168851>

Número do documento: 20111911592083300000035168851

Num. 36847234 - Pág. 11



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
17092600B01

STATUS:
Encerrado

VEÍCULOS

SEQUENCIAL: V2	PLACA: QFZ5674	MARCA/MODELO: CICLOMOTOR/L13154	ANO FABRICAÇÃO: 2013
SITUAÇÃO: Tracionador		TIPO DE VEICULO: Ciclomotor	
CHASSI: LWYMCA209E6013776	RENAVAM: 01132580770	PAIS: BRASIL	
ESPÉCIE: Passageiro	CATEGORIA: Particular	MANOBRA NO MOMENTO DO ACIDENTE: Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento	

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

NOME DO PROPRIETÁRIO: JORGE OLINTO DE SOUZA	CPF/CNPJ: 054.256.254-56
--	-----------------------------

Dados de Endereço

LOGRADOURO: RUA HELIO MOURA 53 TRES IRMAS	NUMERO: 00053
COMPLEMENTO: TRES IRMAS	BAIRRO:
MUNICÍPIO/UF: CAMPINA GRANDE/PB	
TELEFONE:	EMAIL:

Dados da Carga

DESCRIÇÃO E INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

Encaminhamento

MOTIVO: Socorro médico	TIPO DE RECEPTOR: Depósito credenciado
---------------------------	---

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

Condutor e passageiros (três no total) foram socorridos pelo SAMU e conduzidos ao hospital de trauma de Campina Grande. Sem responsável no local, o ciclomotor foi removido para depósito, estando a disposição do proprietário.

IMAGEM COMPLEMENTAR



IMAGEM ADICIONAL



DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF MARCONE SANTOS, MATRÍCULA 1480403

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 03/12/2017 23:44

NÚMERO DE CONTROLE: 20803BF71629AA3D36AD56C8F4FB47

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar

Página 4 de 12



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/11/2020 11:59:21

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111911592083300000035168851>

Número do documento: 20111911592083300000035168851

Num. 36847234 - Pág. 13





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
17092600B01

STATUS:
Encerrado

PESSOAS

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO: V1 / OFZ2924 / RENAULT/DUSTER 16 D 4X2		ENVOLVIMENTO: Condutor
NOME: EVADIDO	CPF:	DATA DE NASCIMENTO:
Nº DE IDENTIFICAÇÃO:	ÓRGÃO EXPEDIDOR:	SEXO:
ESTADO CIVIL:	NOME DA MÃE:	

Dados de Endereço

LOGRADOURO:	NUMERO:
COMPLEMENTO:	BAIRRO:
MUNICÍPIO/UF:	
TELEFONE:	EMAIL:

Circunstâncias

ESTADO FÍSICO:	USAVA CINTO DE SEGURANÇA:
USAVA CAPACETE:	USAVA DISPOSITIVO PARA RETENÇÃO DE CRIANÇAS:

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DA PESSOA ENVOLVIDA:

O condutor do veículo evadiu-se do local do acidente sem identificar-se, abandonando o veículo e sem prestar socorro às vítimas. Testemunhas no local afirmaram tratar-se de um homem de aparentemente 50 a 55 anos, magro, alto, de cabelos grisalhos. E que apresentava sinais de embriaguez. Estava acompanhando de uma mulher. Ambos abandonaram o sítio do acidente.

No local apresentou-se um usuário da rodovia dizendo ser advogado e conhecer o condutor, informando que o mesmo se chamava Marconi e era esposo da proprietária legal do veículo. Mas afirmava que embora o mesmo tivesse pedido a ele para ir verificar a situação, não tinha qualquer meio de contatá-lo para que ele se apresentasse. Não apresentou qualquer meio de comprovar a representação legal ou sequer de identificar formalmente o condutor.



DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF MARCONE SANTOS, MATRÍCULA 1480403

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 03/12/2017 23:44

NÚMERO DE CONTROLE: 20803BF71629AA3D36AD56C8F4FB47

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar

Página 5 de 12



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/11/2020 11:59:21

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111911592083300000035168851>

Número do documento: 20111911592083300000035168851

Num. 36847234 - Pág. 15





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
17092600B01

STATUS:
Encerrado

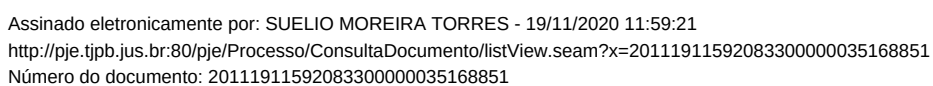
PESSOAS

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO: V2 / QFZ5674 / CICLOMOTOR/L13154		ENVOLVIMENTO: Condutor/ PROPRIETÁRIO
NOME: JORGE OLINTO DE SOUZA	CPF: 054.256.254-56	DATA DE NASCIMENTO: 20/01/1980
Nº DE IDENTIFICAÇÃO:	ÓRGÃO EXPEDIDOR:	SEXO: Masculino
ESTADO CIVIL: Não Informado	NOME DA MÃE: EXPEDITA MARIA DA CONCEICAO	
Dados de Endereço		
LOGRADOURO: SILVA JARDIM	NÚMERO: 5	
COMPLEMENTO:	BAIRRO: JOSE PINHEIRO	
MUNICÍPIO/UF: CAMPINA GRANDE/PB		
TELEFONE:	EMAIL:	
Circunstâncias		
ESTADO FÍSICO: Lesões Leves	USAVA CINTO DE SEGURANÇA: NÃO APLICÁVEL	
USAVA CAPACETE: Ignorado	USAVA DISPOSITIVO PARA RETENÇÃO DE CRIANÇAS: NÃO APLICÁVEL	
TESTE DO ETILÔMETRO FOI POSSÍVEL: Não	RESULTADO DO TESTE:	RECUSOU-SE A REALIZAR O TESTE: Não
DESCRIÇÃO DA IMPOSSIBILIDADE DE REALIZAÇÃO DO TESTE: Condutor socorrido pelo SAMU. Não foi possível a realização do teste de etilômetro.		
VISÍVEIS SINAIS DE EMBRIAGUEZ: Não	SINAIS DE USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS: Não	
Encaminhamento		
MOTIVO: Socorro médico	TIPO DE RECEPTOR: SAMU	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DO ENCAMINHAMENTO: socorro médico.		
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DA PESSOA ENVOLVIDA:		



DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF MARCONE SANTOS, MATRÍCULA 1480403
DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 03/12/2017 23:44 NÚMERO DE CONTROLE: 20803BF71629AA3D36AD56C8F4FB47
VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar Página 6 de 12







MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
17092600B01

STATUS:
Encerrado

PESSOAS

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO: V2 / QFZ5674 / CICLOMOTOR/L13154		ENVOLVIMENTO: Passageiro
NOME: Suênia Maranduba de Sousa	CPF:	DATA DE NASCIMENTO: 01/01/1985
Nº DE IDENTIFICAÇÃO: 0000	ORGÃO EXPEDIDOR: 0000	SEXO: Feminino
ESTADO CIVIL:	NOME DA MÃE:	

Dados de Endereço

LOGRADOURO:	NUMERO:
COMPLEMENTO:	BAIRRO:
MUNICÍPIO/UF:	
TELEFONE:	EMAIL:

Circunstâncias

ESTADO FÍSICO: Lesões Graves	USAVA CINTO DE SEGURANÇA: NÃO APLICÁVEL
USAVA CAPACETE: Ignorado	USAVA DISPOSITIVO PARA RETENÇÃO DE CRIANÇAS: NÃO APLICÁVEL

Encaminhamento

MOTIVO: Socorro médico	TIPO DE RECEPTOR: SAMU
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DO ENCAMINHAMENTO:	

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DA PESSOA ENVOLVIDA:
não portava documentos. comunicação prejudicada em função do socorro médico. 32 anos de idade segundo informou o condutor.



DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF MARCONE SANTOS, MATRÍCULA 1480403

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 03/12/2017 23:44

NÚMERO DE CONTROLE: 20803BF71629AA3D36AD56C8F4FB47

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar

Página 7 de 12



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/11/2020 11:59:21

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111911592083300000035168851>

Número do documento: 20111911592083300000035168851

Num. 36847234 - Pág. 19





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
17092600B01

STATUS:
Encerrado

PESSOAS

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO: V2 / QFZ5674 / CICLOMOTOR/L13154		ENVOLVIMENTO: Passageiro
NOME: Kaique Jonatas Maranduba de souza	CPF:	DATA DE NASCIMENTO: 01/01/2013
Nº DE IDENTIFICAÇÃO: 00000	ÓRGÃO EXPEDIDOR: 00000	SEXO: Masculino
ESTADO CIVIL:	NOME DA MÃE:	

Dados de Endereço

LOGRADOURO:	NUMERO:
COMPLEMENTO:	BAIRRO:
MUNICÍPIO/UF:	
TELEFONE:	EMAIL:

Circunstâncias

ESTADO FÍSICO: Lesões Leves	USAVA CINTO DE SEGURANÇA: NÃO APLICÁVEL
USAVA CAPACETE: Ignorado	USAVA DISPOSITIVO PARA RETENÇÃO DE CRIANÇAS: NÃO APLICÁVEL

Encaminhamento

MOTIVO: Socorro médico	TIPO DE RECEPTOR: SAMU
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DO ENCAMINHAMENTO: Socorro médico.	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DA PESSOA ENVOLVIDA: não portava documentos. comunicação prejudicada em função do socorro médico. 04 anos de idade segundo informou o condutor.	



DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF MARCONE SANTOS, MATRÍCULA 1480403

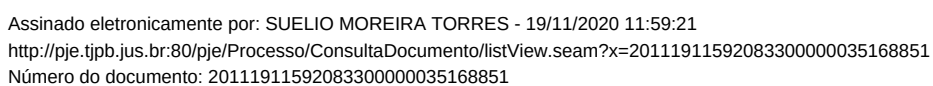
DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 03/12/2017 23:44

NÚMERO DE CONTROLE: 20803BF71629AA3D36AD56C8F4FB47

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar

Página 8 de 12







MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
17092600B01

STATUS:
Encerrado

AVALIAÇÃO DE DANOS

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO:

V1 / OFZ2924 / RENAULT/DUSTER 16 D 4X2

NOME/MATRÍCULA DO AGENTE:

MARCONE SANTOS/1480403

NÚMERO DO BAT:

17092600B01

DATA/HORA:

03/12/2017 18:35

Item	Descrição do Item	Item danificado no acidente		
		SIM	NÃO	NA
1	Painel corta-fogo		X	
2	Longarina dianteira esquerda		X	
3	Caixa de roda dianteira esquerda		X	
4	Estrutura da soleira esquerda		X	
5	Air Bags Frontais	X		
6	Air Bags Laterais		X	
7	Estrutura da coluna dianteira esquerda		X	
8	Estrutura da coluna central esquerda		X	
9	Estrutura da coluna traseira esquerda		X	
10	Caixa de roda traseira esquerda		X	
11	Assoalho central esquerdo		X	
12	Longarina traseira esquerda		X	
13	Assoalho portamalas ou caçamba		X	
14	Longarina traseira direita		X	
15	Caixa de roda traseira direita		X	
16	Estrutura da coluna traseira direita		X	
17	Estrutura da soleira direita		X	
18	Estrutura da coluna central direita		X	
19	Estrutura da coluna dianteira direita		X	
20	Assoalho central direito		X	
21	Caixa de roda dianteira direita		X	
22	Longarina dianteira direita		X	

TOTAL GERAL (SIM + NA):

1

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

20 FEV. 2018

DIMENSÃO DA MONTA:

Pequena

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF MARCONE SANTOS, MATRÍCULA 1480403

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 03/12/2017 23:44

NÚMERO DE CONTROLE: 20803BF71629AA3D36AD56C8F4FB47

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar

Página 9 de 12







MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
17092600B01

STATUS:
Encerrado

IMAGEM DA FRENTE (V1)



IMAGEM DA TRASEIRA (V1)



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA (V1)



IMAGEM DA LATERAL DIREITA (V1)



COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
20 FEV. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF MARCONE SANTOS, MATRÍCULA 1480403

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 03/12/2017 23:44

NÚMERO DE CONTROLE: 20803BF71629AA3D36AD56C8F4FB47

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar

Página 10 de 12



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/11/2020 11:59:21

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111911592083300000035168851>

Número do documento: 20111911592083300000035168851



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
17092600B01

STATUS:
Encerrado

IMAGEM DA FRENTE (V2)



IMAGEM DA TRASEIRA (V2)



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA (V2)



IMAGEM DA LATERAL DIREITA (V2)



DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF MARCONE SANTOS, MATRÍCULA 1480403

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 03/12/2017 23:44

NÚMERO DE CONTROLE: 20803BF71629AA3D36AD56C8F4FB47

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar

Página 12 de 12





Governo do Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria de Estado da Segurança Pública e da Defesa Social
Polícia Civil
Delegacia Eletrônica



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Unidade Policial: DELEGACIA MUNICIPAL DE CRUZETA

Endereço: Rua Raimundo Bozerra, 291, Centro, CRUZETA, FONE/FAX: (84) 3473-4286

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2018209000055

1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO

1.2 Data da Expedição: 07/03/2018 12:26:14

1.4 Ligu CLOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 10/02/2018 07:00:00

2.3 Fato: Consumado

2.5 Meio(s) empregado(s): Veículo

2.6 Tipo do local: Via Pública

2.8 Número: SIN

2.10 Complemento:

2.12 Bairro: NÃO INFORMADO

2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

2.2 Autoria: Desconhecida

2.4 Flagrante: Não

2.7 Logradouro: RN 288

2.9 CEP:

2.11 Ponto de Referência:

2.13 Cidade: SÃO JOSÉ DO SERIDÓ

Boletim de ocorrência



3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: GERALDO ALVES DA COSTA

3.3 Nome Social:

3.5 Etnia: Sem Informação

3.7 Sexo: MASCULINO

3.8 CPF: 47539577487

3.11 Nacionalidade:

3.13 Profissão: PESCADOR

3.15 Telefone(s): 84 988946724

3.17 Número: 511

3.19 Bairro: LIBERDADE

3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.23 Cidade: SÃO JOSÉ DO SERIDÓ

3.2 Estado civil: Casado(s)

3.4 Pai: SEVERINO ALVES DA COSTA

3.6 Mãe: RITA CHIANCA DA COSTA

3.8 Orientação Sexual:

3.10 Identidade de Gênero:

3.12 Data de Nascimento: 18/10/1955

3.14 RG: 853196 - SSP/RN

3.16 Passaporte:

3.18 Naturalidade: SÃO JOSÉ DO SERIDÓ/RN

3.20 E-Mail:

3.22 Logradouro: RUA TREZE DE MAIO

3.24 CEP:

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

5. DADOS PESSOAIS DO(S) ACUSADO(S) (NÃO FORAM INCLUIDOS ACUSADOS)

6. DADOS PESSOAIS DA(S) TESTEMUNHA(S) (NÃO FORAM INCLUIDAS TESTEMUNHAS)

7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

7.1.1 Seguro: Não

7.1.3 Chassi:

7.1.5 Placa: MYX9298

7.1.7 Marca: HONDA

7.1.9 Ano do Modelo: 2005

7.1.11 Cor do veículo: AZUL

7.1.13 Nota Fiscal:

7.1.15 Nome do proprietário: GEILSON MEDEIROS

7.1.17 Nome do condutor: GEILSON MEDEIROS

7.1.18 Observações:

7.1.2 Seguradora:

7.1.4 Renavam: 00844674419

7.1.6 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

7.1.8 Modelo: CG 150 TITAN

7.1.10 Ano de Fabricação: 2004

7.1.12 Tipo do veículo: MOTOCICLETA

7.1.14 Número do Motor:

7.1.16 Vinculo com a Ocorrência:

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

O DECLARANTE COMPARECEU NESTA DELEGACIA E RELATOU QUE ESTAVA NA GARUPA DA MOTOCICLETA DESCRITA ACIMA, CONDUZIDA PELA PESSOA DE GENILSON MEDEIROS, NA RN 288, SAÍDA DA CIDADE DE SÃO JOSÉ DO SERIDÓ PARA CAICÓ/RN, QUANDO OUTRA MOTOCICLETA, QUE NÃO SABE DESCREVER, BATEU ATRÁS; QUE DA PANCADA CAIU AO CHÃO E SOFREU FRATURA DA MÃO DIREITA; QUE O ATENDIMENTO FOI REALIZADO NA UNIDADE MISTA DE SAÚDE MARIA APARECIDA GANTAS EM SÃO JOSÉ DO SERIDÓ E DEPOIS TRANSFERIDO PARA CAICÓ/RN PARA FAZER UM RAIO X; QUE ESTE SO DESTINA-SE A SOLICITAÇÃO DO SEGURO DPVAT. E NADA MAIS DISSSE.

9.2 Informações da CLOSP

10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NÃO FOI COMPLEMENTADO)

11. DECLARAÇÃO

O(s) declarante(s), sob as penas da Lei, confirmam que as informações aqui registradas são verdadeiras.

Data: 07/03/2018 12:26:14

TESTEMUNHA:

12 _____
Policial

Maria de Fátima da Costa
Interessado



Atendimento: 1717847 - Kleison Araújo Açuena

Impresso por: 1717847 - Kleison Araújo Açuena em 07/03/2018 12:26:18

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Protocolo: J2018209000055 - Código de Autenticação: ea9761105114975f3b36bcd9f89fa12d

Página 1 1



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/11/2020 11:59:21

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111911592083300000035168851

Número do documento: 20111911592083300000035168851

Num. 36847234 - Pág. 28



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DO SERIDÓ/RN
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UNIDADE MISTA DE SAÚDE MARIA APARECIDA DANTAS
Rua Manoel Lemos 137, Centro - São José do Seridó/RN.
Fones (RN) 3398-2216 E-mail: smssanjosdosericdo@rn.gov.br

Número da Ocorrência:	11	Data:	20.04.10	Hora:	
Responsável pelo preenchimento:					

Nome:	C. Lúcia Maria Costa					
Nº Cartão SUS:	16566350	CPF/RG:		Idade:	62 Anos	
Endereço:	Rua J. J. de Almeida, 599		Bairro:	Itaipava	Data de Nascimento:	16/10/1955
Cidade:	São José do Seridó		Ocupação:		Sexo:	F
Forma de Chegada:	☒ Meios Próprios ☐ Ambulância ☐ Outros					

PA:	CC:	IR:	TI:	HGT:	Safo:
-----	-----	-----	-----	------	-------

Tipos de Dor:	
☐ Aguda ☐ Crônica ☐ Recorrente ☐ Leve ☐ Moderada ☐ Forte ☐ Severa	

Estado Geral:	
☐ aparentemente bem ☐ regular ☐ Grave ☐ Inconsciente ☐ Consciente ☐ Orientado	
☐ Confuso ☐ Convulsão ☐ Hemorragias ☐ Politraumatizado ☐ Outro	

Queixa principal:	
-------------------	--

Comorbidades:	Hipertensão
Medicamento em uso:	Não
Alérgico a medicamentos:	Alérgico
Exatidão técnica em enfermagem:	Corun 333 15 horas

História da doença/Exame clínico:	
Paciente cl. dor	
no lado D por queda	
de moto, com fratura	
em 3 metacarpos D	

Conduta/Prescrição:	2. Análises de Enfermagem/Técnicas:
Pouco mobilizado	
De cuidados - Ocas	
Colar de gesso - Ocas	
Alto Hospitalar	
Internamento	
Transferência	



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

George Oliveira de Souza

CPF da Vítima

054.256.254-56

Data do Acidente

03/12/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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

C. C. Almeida, 01 de Fevereiro de 2018

Local e Data

George Oliveira de Souza

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017



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: 01/10/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JORGE OLINTO DE SOUZA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00041

CONTA: 000000538483-0

Nr. da Autenticação 28536266000CA52B



Num. 36847234 - Pág. 32



CAGEPA
COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTO DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

MATRÍCULA
70885680
REFERENCIA
DEZ/2017

CONTA DE CONSUMO DE AGUA / ESGOTO E SERVICOS

RENALLY DINIZ ALVES
RUA AMAURY A DE VASCONCELOS 890 - BL 20 AP 101
TRES IRMAS
58424-715
CAMPINA GRANDE

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
018.97.910.0708	0	Residencial	Comercial	Industrial	Pública	70885680
		1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
Y13N546072	13/12/2013	1	LIGADO	LIGADO		

ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (m3)	NUM. DE DIAS	PROXIMA LEITURA
283	292	9	29	04/01/2018
HIST. DE CONS./ANOR. LEIT. QUALID. DA AGUA-DECRETO 2.914/2011-HS				
JUN/2017	3	0	PARAMETROS EXIG.	ANALIS. CONFORMES
JUL/2017	3	0	CCL.TOTAIS	178 180 180
AGO/2017	5	0	CCR	55 180 178
SET/2017	8	0	COL.TERHOT	0 0 0
OUT/2017	5	0	CLORO	178 180 180
NOV/2017	9	0	TURBIDEZ	178 180 178
MEDIA(M)	6		DADOS REFERENTES A:OUT/2017	

DATA DA LEITURA: 05/12/2017	HORA DA LEITURA: 09:02:24
DESCRICAO	CONSUMO VL AGUA VL ESGOTO TOTAL(R\$)
RESIDENCIAL CONSUMO ATE 10m	10 10,56 1,06 R\$11,62
047-JUROS DE HORA	R\$0,06
050-ACRESCIMO(S) MES(ES) ANT.	R\$0,35



VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$1,07 PIS E COFINS. LEI 12.741/12.

VENCIMENTO:	Total a Pagar:
18/12/2017	R\$12,03

v. 16.13 R. 1.0

INDICACAO DE LEITURA: REALIZADA
CONDICAO DO FATURAMENTO: REAL TIPO DE TARIFA: SOCIAL
POSICAO DE DEB. ANTERIOR(ES)
NAO EXISTE(H) CONTA(S) ANTER. EM DEBITO.
INFORMACOES GERAIS:
ACONFIANHE COMO ESTA SENDO APLICADO SEU DINHEIRO
WWW.TRANSPARENCIA.PB.GOV.BR



MATRÍCULA	REFERENCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
70885680	DEZ/2017	18/12/2017	R\$12,03

82650300000-3 12030010827-7 088:6801220-2 17000000002-7



Rodrigo Freire Costa
OFICIAL REGISTRADOR
Cartório Campina Grande
Dist. S. J. 1.14

CAMPINA GRANDE CARTÓRIO DE REGISTRO DE SÃO JOSÉ DA MATA
Rua João Miguel Leão, 307 - Dist. S. J. 1.14 - Campina Grande - PB
Cep 58441-000 - Fone: (83) 3341-1233 / 3331-4620 / 99033-3820
Oficial Registrador: Rodrigo Freire Costa

AUTENTICAÇÃO

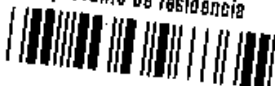
Certifico que a Presente Cópia é Reprodução Fiel do Original que me foi
Exibido. Dou Fé.
Campina Grande-PB, 13 DEZ. 2017

SELO NORMAL
SELO DIGITAL Nº

AF772112-OR100

Consulte a autenticidade em: <http://selodigital.tjpb.jus.br>

Comprovante de residência



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, GERALDO ALVES DA COSTA,

RG nº 853 198, data de expedição 29/08/85, Órgão SSP/RN,

CPF nº 475395774-87, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito:

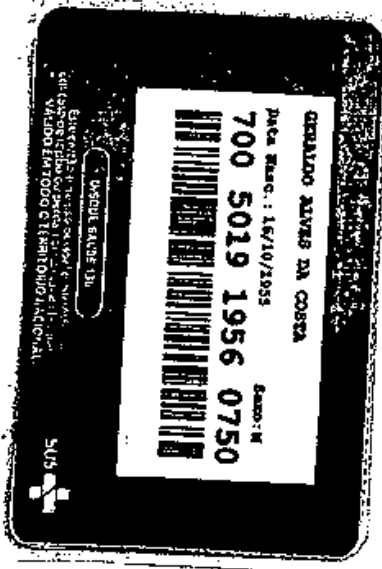
Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA 13 DE MAIO</u>
Número	<u>511</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>LZ BERDADE</u>
Cidade	<u>SAO ROSE DO SERIDO</u>
Estado	<u>RN</u>
CEP	<u>59378-000</u>
Telefone de Contato	
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: SAO ROSE DO SERIDO 23/09/18

Assinatura do Declarante: Geraldo Alves da Costa





Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

Companhia Energética do Rio Grande do Norte
Rua Manoel, 128, Bairro, Natal, Rio Grande do Norte - CEP 59025-250
CNPJ 06.324.109/0001-61 | Ins. Est. 10050193-0 | www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE
MARIA DO SOCORRO MEDEIROS

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA TREZE DE MAIO 511

CPF: 011.295.004-27

LIGSPDADE/ÁREA URBANA
SAO JOSE DO SERIDO RN
59378-000

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Mondinho



CPF DA NOTA FISCAL: 001302505
UNICA: 2901/2018
Nº DO CLIENTE: 2901/2018
Nº DA ESTACAO: 1451158

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	272,0000000	0,62950530	145,85
Acrescimo Bandeira VERMELHA			0,87
Contribuição Remuneração Pública			11,44
Juros por atraso - JF 001287820 - 29/11/17			2,78
Juros por atraso - JF 001287820 - 29/11/17			1,27
Atualização IPM4NF 001287820 - 29/11/17			1,43

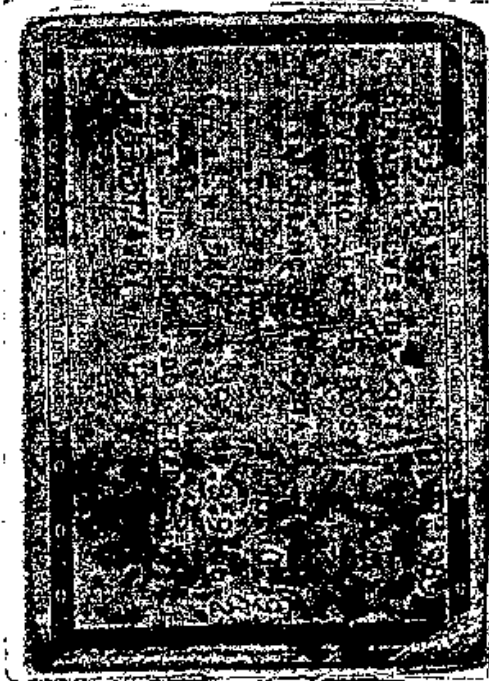
TOTAL DA FATURA 154,26

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DE ENERGIA TOTAL							
Nº DO SECTOR	Tipo da FUNÇÃO	ANTECEDOR DATA	LEITURA	ATUAL DATA	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSUMO
21000000	CAI	29/10/2017	6.419,00	29/10/2017	6.092,00	27	1.000,00

ANEXO	VALOR	%	VALOR DO	VALOR DO
ANEXO 1	145,85	95,20%	Consumo Ativo (kWh)	145,85
ANEXO 2	0,87	0,57%	Acrescimo Bandeira VERMELHA	0,87
ANEXO 3	11,44	7,44%	Contribuição Remuneração Pública	11,44
ANEXO 4	2,78	1,80%	Juros por atraso - JF 001287820 - 29/11/17	2,78
ANEXO 5	1,27	0,82%	Juros por atraso - JF 001287820 - 29/11/17	1,27
ANEXO 6	1,43	0,92%	Atualização IPM4NF 001287820 - 29/11/17	1,43
TOTAL	154,26	100,00%		

INFORMAÇÕES IMPORTANTES
O pagamento da Nota Fiscal deve ser feito em até 30 dias após a data de emissão. O não pagamento da Nota Fiscal em até 30 dias após a data de emissão acarretará a suspensão do fornecimento de energia elétrica. O cliente deve manter a Nota Fiscal em seu poder até a data de vencimento do pagamento. O cliente deve manter a Nota Fiscal em seu poder até a data de vencimento do pagamento.

CONSUMO	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR
CONSUMO	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR
CONSUMO	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR
CONSUMO	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR
CONSUMO	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204 ou 0800-0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

20 FEV. 2018

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 COAF**².

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, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Gerson Nogueira Sanches Netto inscrito (a) no CPF/CNPJ 091192334 / 93 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Sergio Oliveira de Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 054256254 / 56, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidz da Vítima Sergio Oliveira de Souza, inscrito (a) no CPF sob o Nº 054256254 / 56, 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 Líder-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 <u>Rua Amadori Arango de Vasconcelos</u>		Número <u>890</u>	Complemento <u>02-20 AP101</u>
Bairro <u>Três Irmãs</u>	Cidade <u>Campos Gerais</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>58424315</u>
Email <u>gerson-neto@hotmail.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>83 983449503</u>	Telefone celular (DDD) <u>83 986434993</u>

C. Grande 01 de Fevereiro de 2018
Local e Data

Gerson Nogueira Sanches Netto
Assinatura do Declarante





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



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº-1558038

CLASS. DE RISCO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES - CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 03/12/2017
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07
Atendente: Claudia Bezerra Lacerda

PACIENTE: JORGE OLINTO DE

SOUZA

Endereço: RUA HELIO MOURA

Cidade: Campina Grande

Nome da Mãe: expedita maria da conceicao

Responsável:

Estado Civil: Casado(a)

Motivo: ACIDENTE DE MOTO

Médico:

CEP: 58400002

Sexo: M

Idade: 037

RG:

CPF:

Data de
Atend: 03/12/2017

Hora: 08:04:08

CRM:

Nascimento: 20/01/1980

Telefone: 986540437

Bairro: SANTA TERESINHA

Nº: 53

Profissão: ambulante

CNS: 021547888

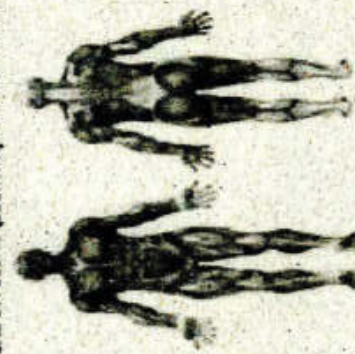
CONVÊNIO: SUS

Especialidade:

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO (identifique o local com o número correspondente ao lado)



1. Abrasão
2. Amputação
3. Avulsão
4. Contusão
5. Craniotomia
6. Dor
7. Edema
8. Empalhamento
9. Eritema subcutâneo
10. Enfiamento
11. Equimose
12. F. Alma branca
13. F. Alma de fogo
14. F. Cortisado
15. F. Cortante
16. F. Corte-contuso
17. F. Ferimento-contuso
18. F. Ferimento-contuso
19. Fratura óssea fechada
20. Fratura óssea aberta
21. Hematoma
22. Injeção de sangue
23. Laceração
24. Lesão tendinosa
25. Luxação
26. Moradure
27. Movimento torçico parietal
28. Objeto Enfiado
29. Otorrágia
30. Periclitose
31. Periclitose
32. Periclitose
33. Queimadura
34. Rincorrágia
35. Sinal de isquemia
36. Sinal de isquemia

OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada =

DIGNOSTICO / CID:

1º Grau 2º Grau 3º Grau

Assinatura e Carimbo do Médico:

21/12/2017
20/01/1980

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS () Fotorregentes () Isocóricas

Glasgow: PA

Anticóagula ()
HGT: 102
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.

20 FEV. 2018

PROTOCOLO

AG. LUIZ GONZAGA

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais

() Gasometria arterial

() Tomografia Computadorizada

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: / /

Especialista: / /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

HORÁRIO REALIZADO

PRESCRIÇÕES E CONDUTAS

Nº

1

2

3

4

5

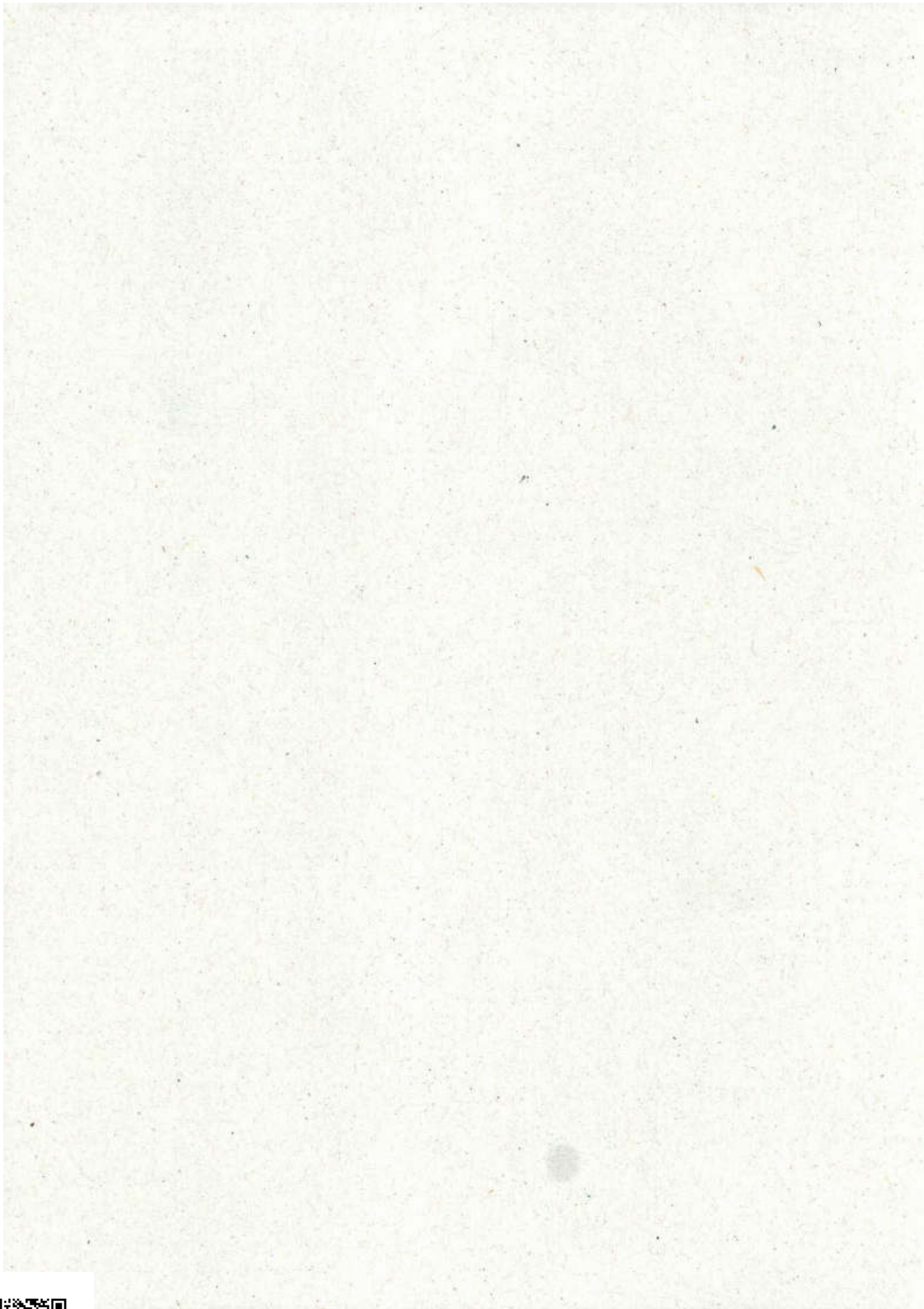
6

Dr. Fátima G. F. Barbosa

CRM-PB: 3393

CRM-PE: 14834

SBOT: 9876



Data da internação: 08/12/2017 Hora: 08:33:00

 Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
Identificação do Estabelecimento de Saúde 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES		2 - CNES 2362856	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES		4 - CNES 2362856	
Identificação do Paciente 5 - NOME DO PACIENTE JORGE OLINTO DE SOUSA		6 - Nº DO PRONTUÁRIO 1558046	
7 - CARTÃO DO SUS		8 - DATA DE NASCIMENTO 20/01/1980	9 - SEXO Masc ☒ Fem ☐
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL expedita maria da conceicao		11 - TELEFONE DE CONTATO 83 986540437	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) RUA HELIO MOURA, 53, SANTA TERESINHA			
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Campina Grande		14 - CÓDIGO MUNICÍPIO 250400	15 - UF PB
		16 - CEP 58400002	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Su. dor + inf. renal m.i.d.</i>			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Inf. cir.</i>			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <i>Ds + ex. renal</i>			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i># Doença Renal</i>			
21 - CID 10 PRINCIPAL 22 - CID 10 SECUNDÁRIO 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS			
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>DS cir. 11 fase</i>		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
26 - CLÍNICA	27 - CARATER DA INTERNAÇÃO 02	28 - DOCUMENTO (X) CNS () CPF 207428920710003	
29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 207428920710003		30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE FIDIAS GOMES FERREIRA BORBOREMA	
31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 08/12/2017		32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) <i>F. Borborema CRM-PB: 5395 SBO-1: 14554 SBO-1: 8878</i>	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO		36 - CNPJ DA SEGURADORA	
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO		37 - Nº DO BELHETE	
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		38 - SÉRIE	
39 - CNPJ EMPRESA		40 - CNAE DA EMPRESA	
41 - CBOR		42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO	
AUTORIZAÇÃO			
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - COD. ORGÃO EMISSOR	
45 - DOCUMENTO () CNS () CPF		46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 1 / 1		48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) 20 FEV. 2018	
		49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR 20 FEV. 2018	
PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA			

<http://10.1.1.148/projetohtcg/impreinternamento.php?contar=1558046>

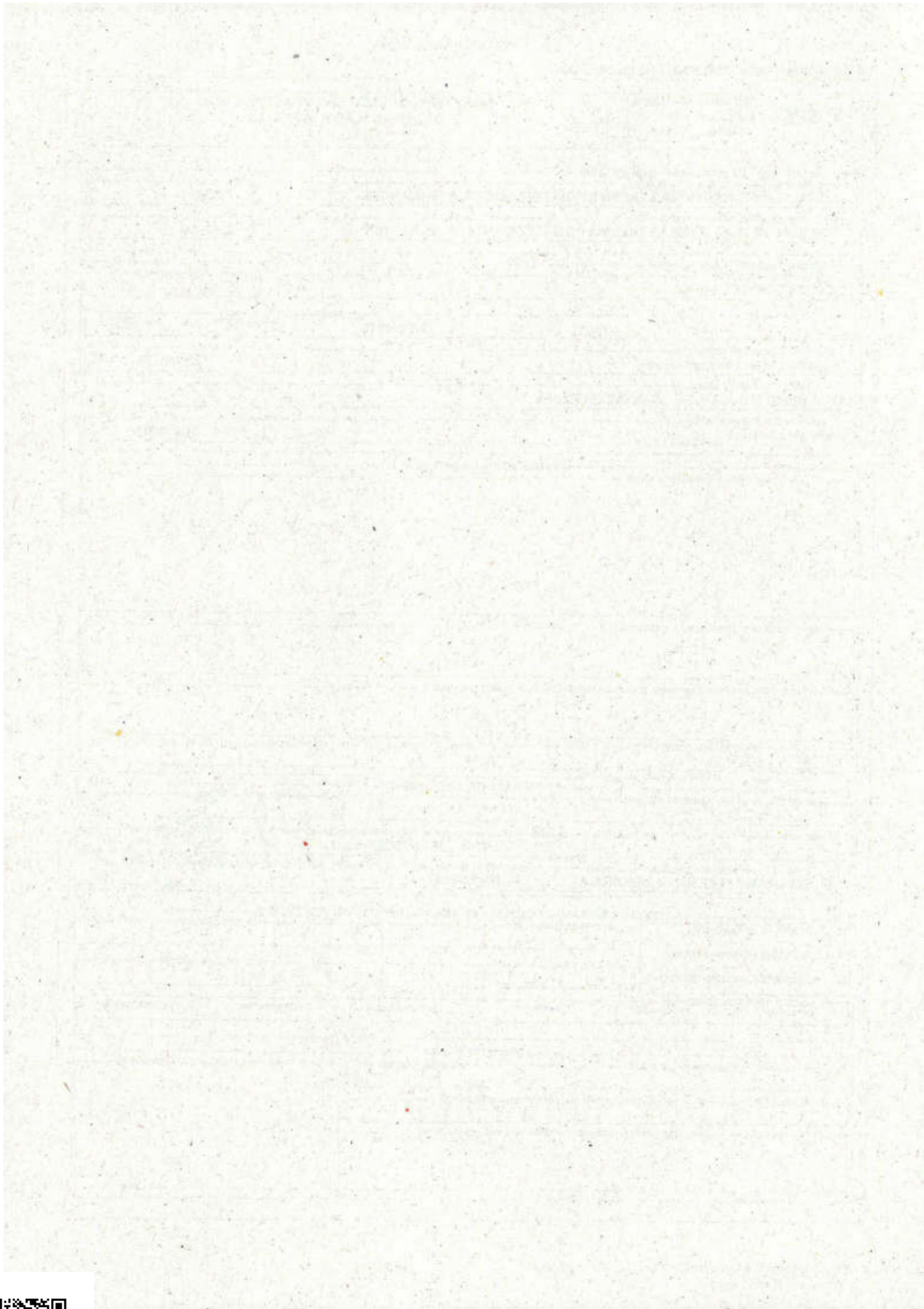





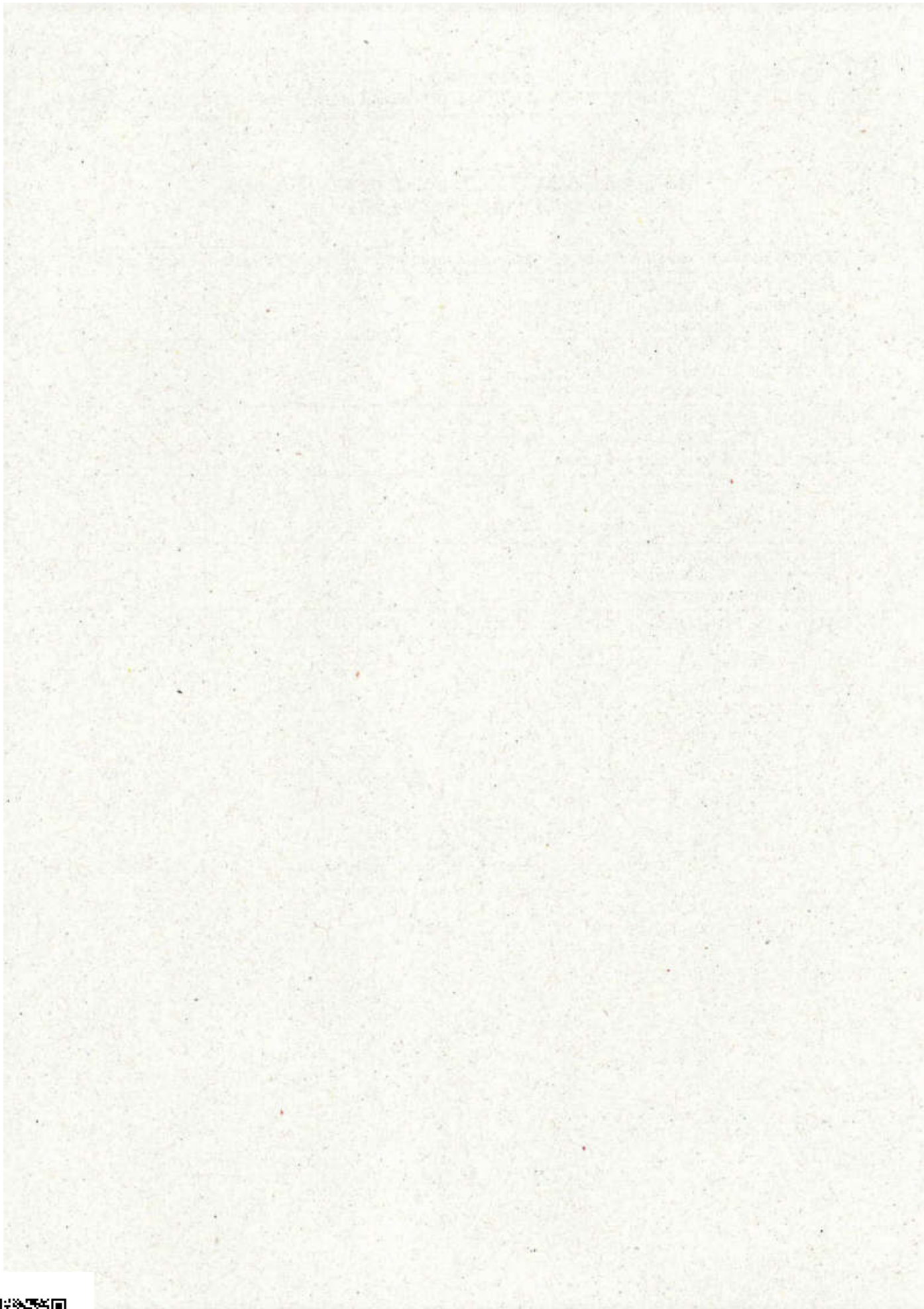
TABELA DE ALDRETE E KROULIK MODIFICADA
(Critérios para altas da SRPA)

Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico	Hora entrada	Hora saída
Nenhum Movimento = 0 Movimenta 2 membros = 1 Movimenta 4 membros = 2		
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispneia = 1 Respiração profunda e tosse = 2		
PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0 PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1 PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2		
Sat O ₂ < 90 com oxigênio = 0 Sat O ₂ > 90 com oxigênio = 1 Sat O ₂ > 92% sem oxigênio = 2		
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		
TOTAL DE PONTOS:		

Izabelle Diniz de Azevedo Costa
MÉDICA ANESTESIOLOGISTA
CRM 9061-PB

Assinatura do anestesista







Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente:	George Olinto de Sousa		Idade:	37 anos
Convênio:			Data:	09/12/17
Procedimento:	Tct energico plato tibial direito			
Cirurgião:	Dr. Agnaldo	Auxiliar:	Anestesista: Dr. Isabela	
Início:		Término:	Anestesia: Rapa + Sufor	

[illegible]

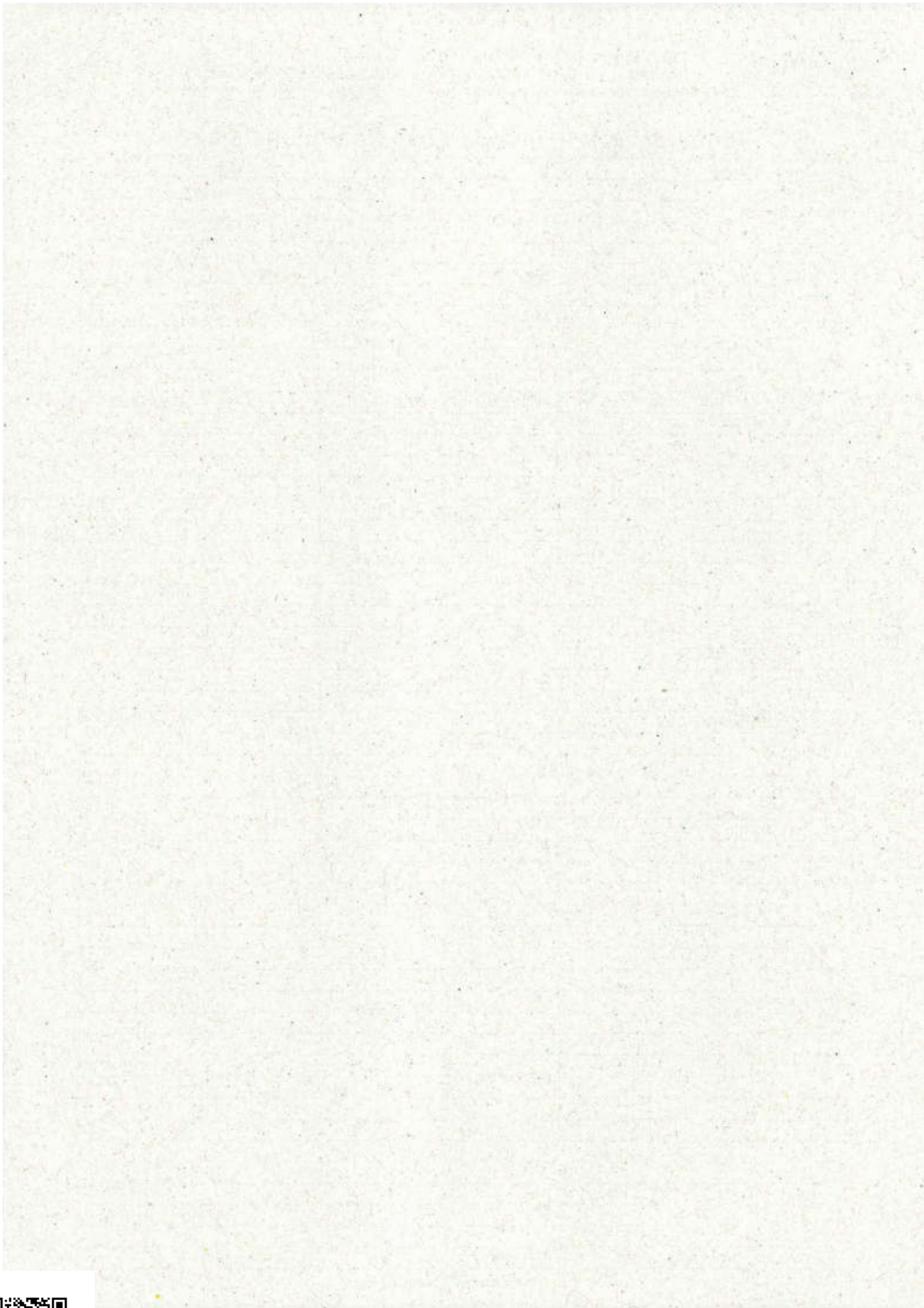
Medicamentos/Materiais	Quantidade
Alc ortopedica	
Enf 3-4	

OBSERVAÇÕES:	COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
	20 FEV. 2018
	PROTOCOLO
	AG. JOÃO PESSOA
Izabelle Diniz de Franca Costa MÉDICA ANESTESIOLOGISTA CRM 9657-PB	
Assinatura Anestesiologista	Circulante

Relatório de Operação

MOD. 103





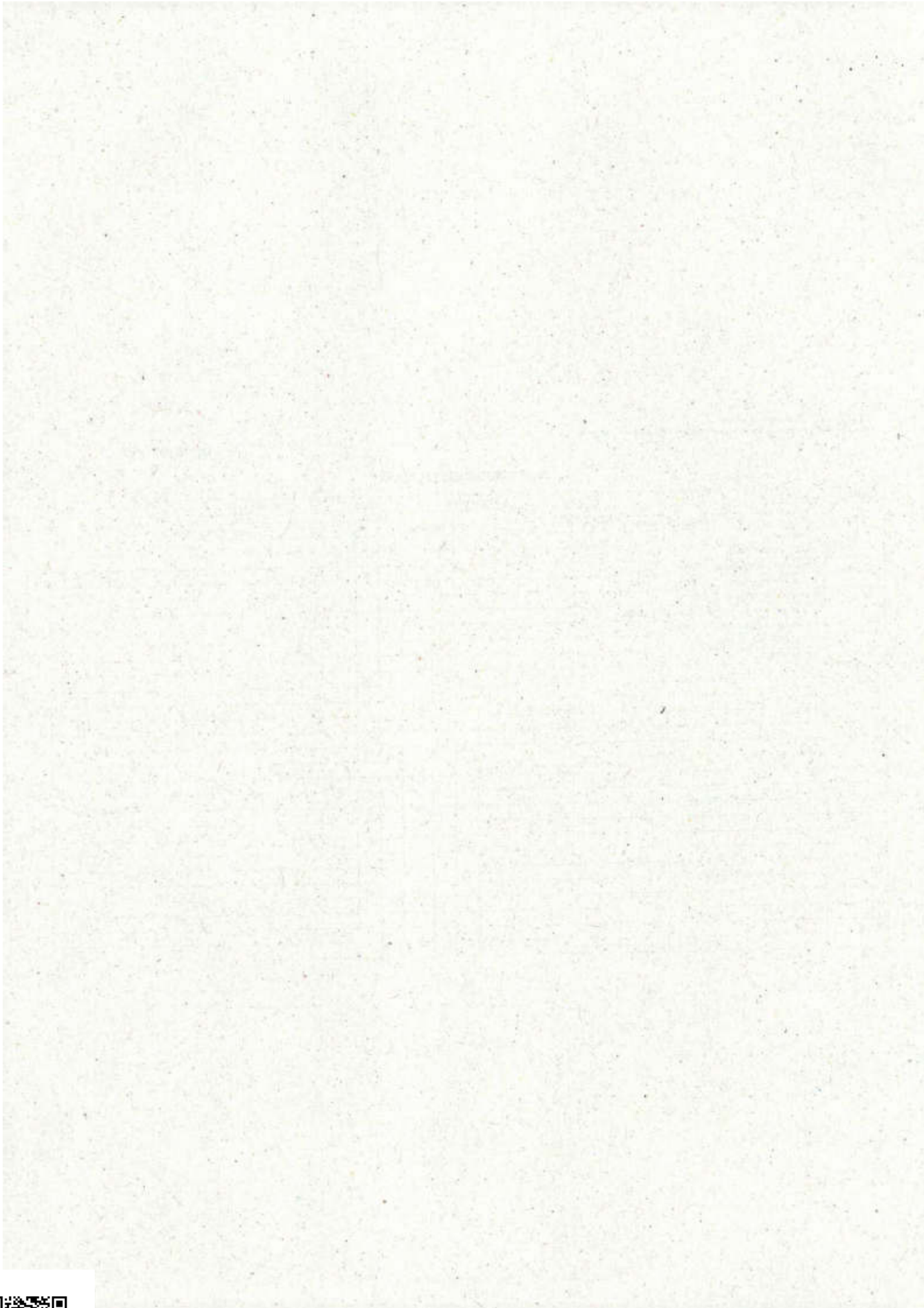
FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

DIAGNÓSTICO

fratura de tíbia

Paciente	Alojamento:	Leito	Convênio
20192 01/07/16		09	3-4
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
09/12	1. Dieta <i>líquida</i> 2. SRL 1500ml EV/24h 3. Dípirona 02ML + AD EV 06/06h 4. Tilatil 20mg + AD EV 12/12h 5. Omeprazol 40mg EV/jejum 6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h 7. Nauseadron 01 FA + AD EV 8/8h 8. Clexane 40mg SC/dia 9. SSVV + CCGG	12:00 18:00 06:00	7.6.9.1.07.16 C.D. 1.7.5
	10. Clinda 600mg EV 6/6h 11. Gentamicina 240mg EV/dia	06:00 18:00	
12/12	A/175 115kg/1.72m		Amarelo transparente c/ P. Amarelo, sem intercorrências Vol = RX controle





NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: Jorge Olinto da Sousa					DN: 20/01/60	
QI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO		
	Sala 04	SUS	37a	1558038		
CIRURGIA				CIRURGIÃO		
1.º transgigico platis Tubal Juntos De apendicito				Dr. Aguiar		
ANESTESIA				ANESTESIA		
Raque + Sedução				Dr. Tabela		
INSTRUMENTADORA		DATA	INICIO	FIM		
Saulo		09/12/17	09:50	12:10		
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	
			Calef. p/ Oxyg.		Catgut cromado Serfix	
			Catet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Serfix	
			Compressa Grande		Catgut cromado Serfix	
01			Compressa Pequena		Catgut Simples	
			Cotonóide		Catgut Simples Serfix	
			Dreno		Catgut Simples Serfix	
			Dreno Kerr n°		Catgut Simples Serfix	
01			Dreno Penrose n°		Cera p/ osso	
			Dreno Pezzer n°		Ethibond	
01			Equipo de Macrogotas		Ethibond	
			Equipo de Macrogotas		Ethibond	
			Equipo de Sangue		Fio de Algodrão Serfix	
			Equipo de PVC		Fio de Algodrão Serfix	
			Esparadrapo Larco cm		Fio de Algodrão Sutapak	
			Furacim ml		Fio de Algodrão Sutapak	
			Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardiaca	
			H ₂ O ₂ ml	03	Mononylon	
			Intracath Adulto		Mononylon	
			Intracath Infantil		Prolene Serfix	
Qtd.	MEDICAÇÕES		Lâmina de Bisturi n° 23		Prolene Serfix	
01			Lâmina de Bisturi n° 11		Prolene Serfix	
01			Lâmina de Bisturi n° 15		Prolene Serfix	
			Luvas 7.0	02	Vicryl Serfix	
			Luvas 7.5		Vicryl Serfix	
			Luvas 8.0		Vicryl Serfix	
			Luvas 8.5			
			Oxigênio l/m			
			Polifix			
			PVP Degemante ml			
			PVP Tópico ml			
			Sabão Antisséptico		SG Normotérmico fr 500 ml	
			Saco coletor	01	SG Gelado fr 500 ml	
			Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml	
			Seringa desc. 20 ml		SG Ringr fr 500 ml	
			Seringa desc. 05 ml	03	SG fr 500 ml	
			Sonda	02	SF 091. P/ m... ..	
			Sonda foiley			
03			Sonda Nasogátrica		ORTESE E PRÓTESE	
01			Sonda Uretral n°	01	Piaça 4.5 TM	
01			Steridrem ml	02	Piaça em t. SX2	
01			Torneirinha	02	Piaça juxta 75 ES	
			Vaselina ml	03	" 32 cont	
			Gelcon 18	03	" 38 cont	
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES			EQUIPAMENTOS		
				(+) Oxímetro de Pulso		
				() Serra		
				() Desfibrilador		
				() Foco Frontal		
				(+) Fonte de Luz		
				() Foco Auxiliar		
				() Eletrocautério		
				(+) Oxícapígrafo		
				(+) Cardiomonitor		
				(+) Perfurador Elétrico		

GOVERNO DA PARAIBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

COMPROVANTE DE RESPOSTA À SOLICITAÇÃO
20 FEV. 2018

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

Adriana dos Santos
Técnica de Enfermagem
COREN 604.328





Discrição por Planos

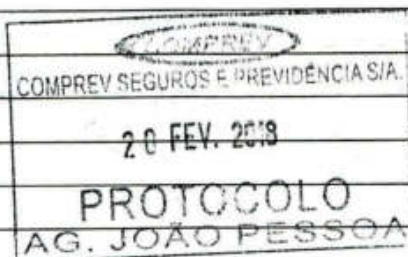
① Redução de dep. de

② Cálculo de plano e h +
prejuízo

③ Novos investimentos

④ Sistema por Planos + limites


Dr. SUELIO MOREIRA TORRES
OAB/PA 1009386
CRM-PB 9110-1/2010283



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO







**GOVERNO
DA PARAÍBA**

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

Nome do Paciente <i>força olto</i>		Nº Prontuário	
Data da Operação <i>09/12/17</i>	Enf.	Leito	
Operador <i>Dr. Aguiar</i>	1º Auxiliar <i>Dr. Furvino</i>		
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador	
Anestesia	Tipo de Anestesia		
Diagnóstico Pré-Operatório <i>Frnt. Aberto lateral 1</i>			
Tipo de Operação <i>ortomaxilar</i>			
Diagnóstico Pós-Operatório <i>sem</i>			
Relatório Imediato da Patologia			
Exame Radiológico no Ato		 20 FEV. 2013 PROTOCOLO AG. JOAO PESSOA	
Acidente Durante a Operação			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras
1) <i>Força em DD/H</i>
2) <i>Apresenta + AS + longa extensão</i>
3) <i>Observada deformação em 1/2 (sem nos) ligadura de joelho + 1/2 tipo lateral</i>
4) <i>Acesso posterior - nasal + Dissecção no plano</i>
5) <i>Observada fragmentação da parede nasal</i>
6) <i>Colocação de placas permanentes de protoma</i>
7) <i>Portes - nasal + nasal</i>
8) <i>Acesso anterior lateral +</i>

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO





PEDIDO DE FATURAMENTO

NOME DO HOSPITAL

CIDADE

NOME DO PACIENTE

Nº DO PRONTUÁRIO

Nº AL. H

COD. PROCEDIMENTO

CONVÊNIO

PROCEDIMENTO REALIZADO

PRODUTO	REF.	QUANT.	COD. COMP.
Placa em "L" 06x12 Dire e. Esq.		02	
Placa Espora R 16 N. 75		02	
Placa "L" R 36 N. 80		02	
Placa Parafusos 4,5 x 36		01	
" " 4,5 x 30		01	
" " 4,5 x 22		01	
" " 4,5 x 14		01	
" " 4,5 x 36		01	
" " 4,5 x 20		01	

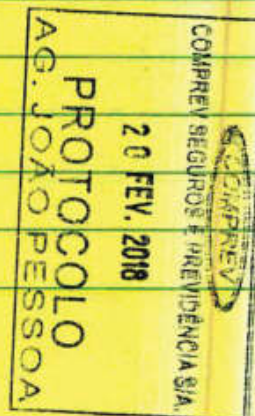
DATA DA UTILIZAÇÃO

DATA DA COMUNICAÇÃO

MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/11/2020 11:59:21

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111911592083300000035168851

Número do documento: 20111911592083300000035168851

ATENDIMENTO URGÊNCIA
PRONT (B.E) Nº: 1558038 CLASS. DE RISCO: 1
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES - CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 08/12/2017
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: Claudia Bezerra Lacerda

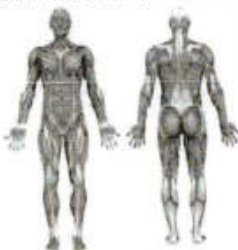
PACIENTE: JORGE OLINTO DE SOUSA
Endereço: RUA HELIO MOURA
Cidade: Campina Grande
Nome da Mãe: expedita maria da conceicao
Responsável:
Estado Civil: Casado(a)
Motivo: RETORNO
Médico:

CEP: 58400002 Nascimento: 20/01/1980
Sexo: M Telefone: 986540437
Idade: 037 Bairro: SANTA TERESINHA
RG: Nº: 53
CPF: Profissão: ambulante
Data de Atend: 08/12/2017 CNS: 021547888
Hora: 08:04:08 CONVÊNIO: SUS
CRM: Especialidade:

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO (Identifique o local com o número correspondente ao lado)



1. Abrasão
2. Amputação
3. Avulsão
4. Contusão
5. Crispação
6. Dor
7. Edema
8. Empalhamento
9. Enfisema subcutâneo
10. Enxugamento
11. Equimose
12. F. Arma branca
13. F. Arma de fogo
14. F. Contuso
15. F. Cortante
16. F. Corto-contuso
17. F. Perfuro-contuso
18. F. Perfuro-cortante
19. Fratura óssea fechada
20. Fratura óssea aberta
21. Hematoma
22. Injúria de Vêneno
23. Laceração
24. Lesão tendinosa
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento torácico paradoxal
28. Objeto Encaixado
29. Otorragia
30. Paralisia
31. Parestesia
32. Parosteia
33. Queimadura
34. Rinoorragia
35. Sinal de isquemia
- 36.

OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada = %

DIGNOSTICO / CID:

1º Grau 2º Grau 3º Grau

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS () Fotorreagentes () Isocóricas () Anisocóricas ()
Glasgow PA HGT: SatO2

EXAMES SOLICITADOS:

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

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: / às : Dia / /
Especialista: / às : Dia / /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1		
2		
3		
4		
5		
6		

Dr. Fdilas G. F. Barborema
CRM-PB: 6395
CRM-PE: 14854
SBOT: 9876

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:





SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES		ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO	
FOLHA DE ANESTESIA		NOME <i>George Linto de Sousa</i>		IDADE <i>37</i>	SEXO <i>M</i>	COR <i>B</i>	
DATA <i>9/12/17</i>	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	
TIPO SANGÜÍNEO	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	URÉIA	OUTROS <i>deprimido em MMII</i>	
	URINA						
AP. RESPIRATÓRIO				ASMA		BRONQUITE	
AP. CIRCULATÓRIO				ELETROCARDIOGRAMA			
AP. DIGESTIVO			DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIO		
ESTADO MENTAL <i>consciente</i>			ATARÁXICOS	CORTICÓIDES	ALERGIA	HIPOTENSORES	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO <i>fratura tíbia</i>				ESTADO FÍSICO <i>II</i>		RISCO <i>II</i>	
ANESTESIAS ANTERIORES							
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA				APLICADA	AS	EFEITO	
AGENTES ANESTÉSICOS	O ₂ <i>30/min</i>			INDUÇÃO			
LÍQUIDOS	<i>SEPSIS</i>			Satisf. _____ Excit. _____ Tosse: _____			
	<i>SAL</i>			Laringo espasmo: _____ Lenta: _____			
	<i>SOL</i>			Náuseas: _____ Vômitos: _____			
				Outros: _____			
CÓDIGOS				MANUTENÇÃO			
VP. ARTERIAL: O - RESPIRAÇÃO	AX - ANESTESIA: O - OPERAÇÃO			<i>Baqul/Lu-s</i>			
				<i>Sedação</i>			
				ANESTESIA SATISF.: Sim _____ Não _____			
				Não, por quê? _____			
				DESPERTAR			
				Reflexos na SO: _____			
				Obstr.: _____ Co ₂ : _____ Excit. _____			
				Náuseas: _____ Vômitos: _____			
				Outros: _____			
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES	<i>necc. as! 120</i>		<i>comitativa L.</i>		Com cânula:		
	<i>clonast 0.1</i>		<i>reversão 2.</i>		Paro o Leito Sim _____ Não ☒		
	<i>clonemid 25g</i>				CONDIÇÕES:		
POSIÇÃO	<i>0°</i>		<i>pentamyl 1ml</i>		<i>Boon</i>		
AGENTES	<i>repulm 2g</i>				CÂNULAS		
TÉCNICA	<i>gase anest. + Sedar</i>						
OPERAÇÃO	<i>fr. encefalo</i>		<i>rest. platis híbel</i>				
CIRURGIÕES	<i>Dr. Amadeo + De Jesus</i>						
ANESTESISTAS	<i>Dr. J.R.</i>						
OBSERVAÇÕES							
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.					PERDA SANGÜÍNEA		

FOLHA DE ANESTESIA - SRPB



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/11/2020 11:59:21

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111911592083300000035168851

Número do documento: 20111911592083300000035168851

Num. 36847234 - Pág. 57

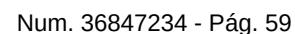
[illegible]

COMPLEV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
05 MAR. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



[illegible]

COM. P. EV. SEGUROS E PREVIDENCIA S/A
05 MAR. 2013
PROTECOO
AG. JOAO PESSOA



Nome do paciente		Nº Prontuário	
Data da Operação		Enf.	Leito
Operador	1º Auxiliar		
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador	
Anestesia	Tipo de Anestesia		
Diagnóstico Pré-Operatório			
Tipo de Operação			
Diagnóstico Pós-Operatório			
Relatório Imediato da Patologia			
Exame Radiológico no Ato			
Acidente Durante a Operação			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Litúrgica - Surge - Material Empregado - Aspecto Vincular

- 1) Entrada - 50/17
- 2) Acesso - + A + 1000 e 1000
- 3) Dispersão - deformação - 1000
(sem 1000) 1000 e 1000
+ 1000 1000 e 1000
- 4) Acesso - 1000 - 1000 + 1000
- 5) Dispersão - 1000 - 1000
- 6) Coloca - 1000 - 1000
- 7) Acesso - 1000 - 1000

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

[illegible]

COMPLEXO SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
05 MAR. 2011
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Desenho por planos

- 1) Redução da altura
- 2) Redução da largura
- 3) Redução da profundidade
- 4) Redução da largura
- 5) Redução da profundidade
- 6) Redução da largura
- 7) Redução da profundidade
- 8) Redução da largura
- 9) Redução da profundidade
- 10) Redução da largura
- 11) Redução da profundidade
- 12) Redução da largura
- 13) Redução da profundidade
- 14) Redução da largura
- 15) Redução da profundidade
- 16) Redução da largura
- 17) Redução da profundidade
- 18) Redução da largura
- 19) Redução da profundidade
- 20) Redução da largura
- 21) Redução da profundidade
- 22) Redução da largura
- 23) Redução da profundidade
- 24) Redução da largura
- 25) Redução da profundidade
- 26) Redução da largura
- 27) Redução da profundidade
- 28) Redução da largura
- 29) Redução da profundidade
- 30) Redução da largura
- 31) Redução da profundidade
- 32) Redução da largura
- 33) Redução da profundidade
- 34) Redução da largura
- 35) Redução da profundidade
- 36) Redução da largura
- 37) Redução da profundidade
- 38) Redução da largura
- 39) Redução da profundidade
- 40) Redução da largura
- 41) Redução da profundidade
- 42) Redução da largura
- 43) Redução da profundidade
- 44) Redução da largura
- 45) Redução da profundidade
- 46) Redução da largura
- 47) Redução da profundidade
- 48) Redução da largura
- 49) Redução da profundidade
- 50) Redução da largura
- 51) Redução da profundidade
- 52) Redução da largura
- 53) Redução da profundidade
- 54) Redução da largura
- 55) Redução da profundidade
- 56) Redução da largura
- 57) Redução da profundidade
- 58) Redução da largura
- 59) Redução da profundidade
- 60) Redução da largura
- 61) Redução da profundidade
- 62) Redução da largura
- 63) Redução da profundidade
- 64) Redução da largura
- 65) Redução da profundidade
- 66) Redução da largura
- 67) Redução da profundidade
- 68) Redução da largura
- 69) Redução da profundidade
- 70) Redução da largura
- 71) Redução da profundidade
- 72) Redução da largura
- 73) Redução da profundidade
- 74) Redução da largura
- 75) Redução da profundidade
- 76) Redução da largura
- 77) Redução da profundidade
- 78) Redução da largura
- 79) Redução da profundidade
- 80) Redução da largura
- 81) Redução da profundidade
- 82) Redução da largura
- 83) Redução da profundidade
- 84) Redução da largura
- 85) Redução da profundidade
- 86) Redução da largura
- 87) Redução da profundidade
- 88) Redução da largura
- 89) Redução da profundidade
- 90) Redução da largura
- 91) Redução da profundidade
- 92) Redução da largura
- 93) Redução da profundidade
- 94) Redução da largura
- 95) Redução da profundidade
- 96) Redução da largura
- 97) Redução da profundidade
- 98) Redução da largura
- 99) Redução da profundidade
- 100) Redução da largura

Assinatura

Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente:	George Roberto de Souza	Idade:	37 anos
Convênio:		Data:	27/11/19
Procedimento:	Tiretoidectomia parcial total do tireoide		
Cirurgião:	Dr. Agnaldo	Auxiliar:	
		Anestesiista:	Dr. Tarciso
Início:	Término:	Anestesia:	Agua + Sódio

[illegible]

Medicamentos/Materiais	Quantidade
slc ortopedica	
enf 3-4	

Observações:



Assinatura Anestesiista

Chefe de Equipe

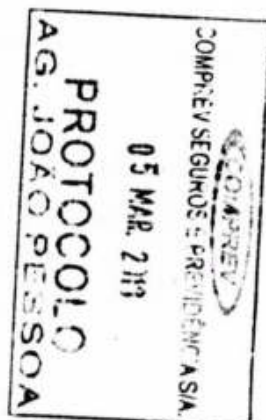
Relatório de Operação

[illegible]

TABELA DE ALDRETE E KROULIK MODIFICADA
(Critérios para altas da SRPA)

Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico	Hora entrada	Hora saída
Nenhum Movimento = 0		
Movimenta 2 membros = 1		
Movimenta 4 membros = 2		
Apnéia = 0		
Respiração Limitada, Dispnéia = 1		
Respiração profunda e tosse = 2		
PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0		
PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1		
PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2		
Sat O ₂ < 90 com oxigênio = 0		
Sat O ₂ > 90 com oxigênio = 1		
Sat O ₂ > 92% sem oxigênio = 2		
Não responde ao chamado = 0		
Despertado ao chamado = 1		
Completamente acordado = 2		
TOTAL DE PONTOS:		

Instituto Brasileiro de Anestesiologia e
Medicina Intensiva (IBRA-MI)
CRM-SP 108.978
Assinatura do anestesista





Paciente: JORGE OLINTO DE SOUSA
Data: 06-12-2017 10:20
Idade: 37 anos
Sexo: M
Profissão: ADELA AMARAL

HISTÓRIA

(Data de coleta: 06/12/2017 10:20)

SÉRIE VERMELHA

Resultados	Valores de Referência
Eritrócitos..... 3.60 milhões/mm ³	4,2 a 5,7 milhões/mm ³
Hemoglobina..... 11,6 g/dL	13,3 a 16,6 g/dL
Hematócrito..... 35 %	40,0 a 54,0 %
V.C.M..... 97 fL	82,0 a 102,0 fL
H.C.M..... 32 pg	27,0 a 31,0 pg
C.R.C.M..... 33 g/dL	33,0 a 36,0 g/dL

SÉRIE BRANCA

Resultados	Valores de Referência
Leucócitos..... 8.400 /mm ³	5.000 a 10.000 /mm ³
(%)	(%)
Neutrófilos..... 0	0
Linfócitos..... 0	0
Monócitos..... 0	0
Eosinófilos..... 0	0
Basófilos..... 0	0
Segmentados..... 72,0	40 a 70 % = 1.800 a 8.000 / mm ³
Suavizados..... 1,0	0 a 4,0 % = até 200 / mm ³
Basófilos..... 0	0 a 2,0 % = até 100 / mm ³
Linfócitos..... 16,0	20 a 40 % = 1.200 a 3.000 / mm ³
Atípicas..... 0	0
Monócitos..... 3,0	2,0 a 10 % = até 1.000 / mm ³
CONTADOR DE PLACQUETS..... 255.000 mm ³	140.000 a 400.000 mm ³

OBSERVAÇÕES..... Contagens repetidas e confirmadas.

Dr. Suelio Moreira Torres
Resposta
06/12/2017



Paciente: JORGE OLINTO DE SOUSA
Data: 06-12-2017 10:20
Idade: 37 anos
Sexo: M
Profissão: ADELA AMARAL

TEMPO DE COAGULAÇÃO

Resultado anterior: 06/12/17: 8'10"	8'00 min
(Data de coleta: 06/12/2017 10:15)	Valores de Referência: De 6 a 12 minutos
Materiais: Sangue	
Revisão: Jor-Milco	

TEMPO DE SANGRAMENTO

Resultado anterior: 04/12/17: 2'30"	2'00
(Data de coleta: 06/12/2017 10:15)	Valores de Referência: De 1 a 3 minutos
Materiais: Sangue	
Revisão: Jor-Milco	

Dr. Suelio Moreira Torres
Resposta
06/12/2017



Paciente: JORGE OLINTO DE SOUSA
Data: 06-12-2017 10:20
Idade: 37 anos
Sexo: M
Profissão: ADELA AMARAL

GLICOSE (JEJUN)

Resultado anterior: 06/12/17: 96 mg/dL	96 mg/dL
(Data de coleta: 06/12/2017 10:15)	Valores de Referência: Jejum: 70 a 100 mg/dL = 3,9 a 5,6 mmol/L
Materiais: Plasma	
Método: Enzimático (HDL 200 mg/dL)	

Dr. Suelio Moreira Torres
Resposta
06/12/2017



PROTÓTIPO
AG. JOAO ELESSOA
05 MAR 2018
COMPENSAÇÃO E PRODUÇÃO A/S/A



BOLETIM DE ENFERMAGEM

NOME: João Roberto da Silva

IDADE: 37 SEXO: M DATA DE NASCIMENTO: 11/01/1950

SÉTOR: Interno

DIAGNÓSTICO MÉDICO: Insuficiência cardíaca

ALÉRGICAS: SEM ☒ NÃO ☒ QUAS

MEDICAÇÃO CONTÍNUA: SEM ☒ NÃO ☒ QUAS

DOENÇA CRÔNICA: SEM ☒ NÃO ☒ QUAS

PREVENÇÃO DE ESCARA: SEM ☒ NÃO ☒ LOCAL

PRESSÃO ARTERIAL: 110/70 HIPOTENSÃO ☐ NORMOTENSÃO ☒ HIPERTENSÃO ☐

SISTEMA NERVOUSO: CONSCIENTE INCONSCIENTE ☐

SISTEMA RESPIRATÓRIO: DISPNEIA TAQUIPNEIA ☐ EUPNEIA ☒

SIST. GASTROINTEGRADUAL (DIARREIA): NORMAL DIARREIA ☐ TAQUILIBRA ☐ BRADILIBRA ☒

(CONSTIPACÃO): DISSURIA CISTOTOMIA ☐

MOBILIDADE: DEAMBULA COM DEAMBULAÇÃO APOIADA ☐ ACAMADO ☒ S/ DEFICITE MOTOR

TETRAPLEGIA ☐ MEMBRANA ☐ PARALISIA ☐ RESTRITO NO MOTO

SIST. GAS. RENTESTUAL: gru VO ☐ SVO ☒ SNE ☐

DIETA: gru

ESTADO NUTRICIONAL: NUTRIDO DESNUTRIDO ☐ OBESO ☐ CAQUETICO ☐

DADOS VITAIS: PA: 110/70 FT: 110 FR: 18 FC: 80 PESO: 70

DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM

RISCO DE QUESA ☒ prejuízo locomotor ☐ prejuízo intelectual

RISCO DE ASPIRAÇÃO ☐ prejuízo intelectual

RISCO DE INFECÇÃO ☐ prejuízo intelectual

RISCO DE DESEQUILIBRIO DA TEMPERATURA CORPORAL ☐ prejuízo intelectual

RISCO DE GLUCOSE INSTÁVEL ☐ prejuízo intelectual

RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA ☐ RETENÇÃO URINÁRIA ☐ prejuízo intelectual

RISCO DE SANGRAMENTO ☐ prejuízo intelectual

NAUSEA ☐ prejuízo intelectual

DOOR AGUDA ☐ prejuízo intelectual

DOOR CRÔNICA ☐ prejuízo intelectual

DIAPNÓSTICO RESPIRATÓRIO: DISPNEIA ☐ prejuízo intelectual

MOBILIDADE NO LEITO: PREJUDICADA ☐ prejuízo intelectual

DEFICIT NO AUTO CUIDADO: ALIMENTAR-SE ☐ prejuízo intelectual

INTERFERÊNCIA DA PELE: PREJUDICADA ☐ prejuízo intelectual

RISCO PARA INT. PELE: PREJUDICADA ☐ prejuízo intelectual

RISCO DE SÍNDROME DO DEBILITADO ☐ prejuízo intelectual

CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA ☐ prejuízo intelectual

PR: FATOR RELACIONADO ☐ prejuízo intelectual

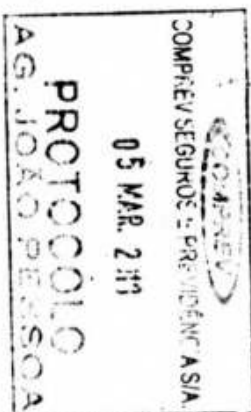
Assinatura do Enfermeiro Responsável

Assinatura do Enfermeiro Responsável

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS	APRAXAMENTO	ASSINATURA
REALIZAR CONTROLE DE GLUCOSE CAPILAR	<u>OK</u>	<u>OK</u>
ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA	<u>OK</u>	<u>OK</u>
INSTALAR CATETER DE 22 GA EM LUMEN DO CONJUNTO ORIENTAÇÃO MÉDICA	<u>OK</u>	<u>OK</u>
ANALISAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA (RUÍDOS, ESTERTORES E BUBULIMOS) CAUSA DO NÁUSEA	<u>OK</u>	<u>OK</u>
ASPIRAÇÃO DE VIAS AERIAS	<u>OK</u>	<u>OK</u>
POSICIONAR O PACIENTE EM DEBILITADO DE 45°	<u>OK</u>	<u>OK</u>
MANTER A CABEÇA DO PACIENTE ELEVADA, QUANDO RECOMENDADO	<u>OK</u>	<u>OK</u>
MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO (FEBRE, HIPERMIA, CALOR, DOR, EDEMA)	<u>OK</u>	<u>OK</u>
ANALISAR SINAIS DE ALTO RISCO	<u>OK</u>	<u>OK</u>
PREVENIR TÓRCOS DE RESPOSTAS POSITIVAS NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE	<u>OK</u>	<u>OK</u>
RELACIONAR AOS DADOS IDENTIFICADÓRIOS AS CONDIÇÕES TÓRCOS PELA EQUIPE E AS RESPOSTAS DO PACIENTE	<u>OK</u>	<u>OK</u>

Handwritten practice on graph paper showing four rows of cursive letter tracing. Each row contains a series of connected loops and strokes, with small numbers (1, 2, 3, 4) indicating the starting point or direction of the pen strokes. The letters are written in a cursive style, likely for a handwriting textbook.

[illegible]

Data de Internação: 06/12/2017 Hora: 08:53:00

Sistema Municipal de Saúde SUS		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
Identificação do Estabelecimento de Saúde HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES 2362856 HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES 2362856			
Identificação do Paciente JORGE OLINTO DE SOUSA 1552046 20/01/1980			
Endereço para correspondência RUA HELIO MOURA, 53, SANTA TERESINHA Campina Grande 250400 PB 58400002			
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO P. dor + ef. hemul M.I.D.			
10. Condição que justifica a internação 13 + ex. feno # Rota			
11. Procedimento solicitado 10.000.000.000.000			
12. Preencher em caso de causas externas (acidentes ou violência) 13.000.000.000.000			
14. Autorização 15.000.000.000.000			

Rpt175 1.1.1403projetogestaoadministrativa.php?screen=1000046

DIAGNÓSTICO

FORMA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

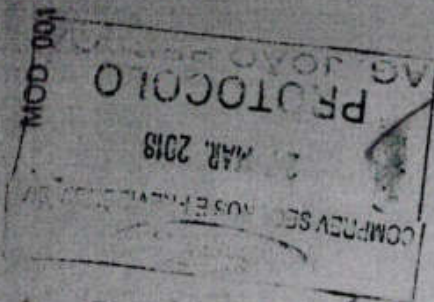
Paciente	Data	Atendimento	Leito	Convênio	Enfermagem	Medicamentos	Exames	Observações
10/12/17	10/12/17	Prescrição Médica				1. Dor + ef. hemul 2. M.I.D. 3. 13 + ex. feno 4. # Rota 5. 10.000.000.000.000 6. 13.000.000.000.000 7. 15.000.000.000.000 8. 17.000.000.000.000 9. 19.000.000.000.000 10. 21.000.000.000.000 11. 23.000.000.000.000 12. 25.000.000.000.000 13. 27.000.000.000.000 14. 29.000.000.000.000 15. 31.000.000.000.000 16. 33.000.000.000.000 17. 35.000.000.000.000 18. 37.000.000.000.000 19. 39.000.000.000.000 20. 41.000.000.000.000 21. 43.000.000.000.000 22. 45.000.000.000.000 23. 47.000.000.000.000 24. 49.000.000.000.000 25. 51.000.000.000.000 26. 53.000.000.000.000 27. 55.000.000.000.000 28. 57.000.000.000.000 29. 59.000.000.000.000 30. 61.000.000.000.000 31. 63.000.000.000.000 32. 65.000.000.000.000 33. 67.000.000.000.000 34. 69.000.000.000.000 35. 71.000.000.000.000 36. 73.000.000.000.000 37. 75.000.000.000.000 38. 77.000.000.000.000 39. 79.000.000.000.000 40. 81.000.000.000.000 41. 83.000.000.000.000 42. 85.000.000.000.000 43. 87.000.000.000.000 44. 89.000.000.000.000 45. 91.000.000.000.000 46. 93.000.000.000.000 47. 95.000.000.000.000 48. 97.000.000.000.000 49. 99.000.000.000.000 50. 101.000.000.000.000 51. 103.000.000.000.000 52. 105.000.000.000.000 53. 107.000.000.000.000 54. 109.000.000.000.000 55. 111.000.000.000.000 56. 113.000.000.000.000 57. 115.000.000.000.000 58. 117.000.000.000.000 59. 119.000.000.000.000 60. 121.000.000.000.000 61. 123.000.000.000.000 62. 125.000.000.000.000 63. 127.000.000.000.000 64. 129.000.000.000.000 65. 131.000.000.000.000 66. 133.000.000.000.000 67. 135.000.000.000.000 68. 137.000.000.000.000 69. 139.000.000.000.000 70. 141.000.000.000.000 71. 143.000.000.000.000 72. 145.000.000.000.000 73. 147.000.000.000.000 74. 149.000.000.000.000 75. 151.000.000.000.000 76. 153.000.000.000.000 77. 155.000.000.000.000 78. 157.000.000.000.000 79. 159.000.000.000.000 80. 161.000.000.000.000 81. 163.000.000.000.000 82. 165.000.000.000.000 83. 167.000.000.000.000 84. 169.000.000.000.000 85. 171.000.000.000.000 86. 173.000.000.000.000 87. 175.000.000.000.000 88. 177.000.000.000.000 89. 179.000.000.000.000 90. 181.000.000.000.000 91. 183.000.000.000.000 92. 185.000.000.000.000 93. 187.000.000.000.000 94. 189.000.000.000.000 95. 191.000.000.000.000 96. 193.000.000.000.000 97. 195.000.000.000.000 98. 197.000.000.000.000 99. 199.000.000.000.000 100. 201.000.000.000.000 101. 203.000.000.000.000 102. 205.000.000.000.000 103. 207.000.000.000.000 104. 209.000.000.000.000 105. 211.000.000.000.000 106. 213.000.000.000.000 107. 215.000.000.000.000 108. 217.000.000.000.000 109. 219.000.000.000.000 110. 221.000.000.000.000 111. 223.000.000.000.000 112. 225.000.000.000.000 113. 227.000.000.000.000 114. 229.000.000.000.000 115. 231.000.000.000.000 116. 233.000.000.000.000 117. 235.000.000.000.000 118. 237.000.000.000.000 119. 239.000.000.000.000 120. 241.000.000.000.000 121. 243.000.000.000.000 122. 245.000.000.000.000 123. 247.000.000.000.000 124. 249.000.000.000.000 125. 251.000.000.000.000 126. 253.000.000.000.000 127. 255.000.000.000.000 128. 257.000.000.000.000 129. 259.000.000.000.000 130. 261.000.000.000.000 131. 263.000.000.000.000 132. 265.000.000.000.000 133. 267.000.000.000.000 134. 269.000.000.000.000 135. 271.000.000.000.000 136. 273.000.000.000.000 137. 275.000.000.000.000 138. 277.000.000.000.000 139. 279.000.000.000.000 140. 281.000.000.000.000 141. 283.000.000.000.000 142. 285.000.000.000.000 143. 287.000.000.000.000 144. 289.000.000.000.000 145. 291.000.000.000.000 146. 293.000.000.000.000 147. 295.000.000.000.000 148. 297.000.000.000.000 149. 299.000.000.000.000 150. 301.000.000.000.000 151. 303.000.000.000.000 152. 305.000.000.000.000 153. 307.000.000.000.000 154. 309.000.000.000.000 155. 311.000.000.000.000 156. 313.000.000.000.000 157. 315.000.000.000.000 158. 317.000.000.000.000 159. 319.000.000.000.000 160. 321.000.000.000.000 161. 323.000.000.000.000 162. 325.000.000.000.000 163. 327.000.000.000.000 164. 329.000.000.000.000 165. 331.000.000.000.000 166. 333.000.000.000.000 167. 335.000.000.000.000 168. 337.000.000.000.000 169. 339.000.000.000.000 170. 341.000.000.000.000 171. 343.000.000.000.000 172. 345.000.000.000.000 173. 347.000.000.000.000 174. 349.000.000.000.000 175. 351.000.000.000.000 176. 353.000.000.000.000 177. 355.000.000.000.000 178. 357.000.000.000.000 179. 359.000.000.000.000 180. 361.000.000.000.000 181. 363.000.000.000.000 182. 365.000.000.000.000 183. 367.000.000.000.000 184. 369.000.000.000.000 185. 371.000.000.000.000 186. 373.000.000.000.000 187. 375.000.000.000.000 188. 377.000.000.000.000 189. 379.000.000.000.000 190. 381.000.000.000.000 191. 383.000.000.000.000 192. 385.000.000.000.000 193. 387.000.000.000.000 194. 389.000.000.000.000 195. 391.000.000.000.000 196. 393.000.000.000.000 197. 395.000.000.000.000 198. 397.000.000.000.000 199. 399.000.000.000.000 200. 401.000.000.000.000 201. 403.000.000.000.000 202. 405.000.000.000.000 203. 407.000.000.000.000 204. 409.000.000.000.000 205. 411.000.000.000.000 206. 413.000.000.000.000 207. 415.000.000.000.000 208. 417.000.000.000.000 209. 419.000.000.000.000 210. 421.000.000.000.000 211. 423.000.000.000.000 212. 425.000.000.000.000 213. 427.000.000.000.000 214. 429.000.000.000.000 215. 431.000.000.000.000 216. 433.000.000.000.000 217. 435.000.000.000.000 218. 437.000.000.000.000 219. 439.000.000.000.000 220. 441.000.000.000.000 221. 443.000.000.000.000 222. 445.000.000.000.000 223. 447.000.000.000.000 224. 449.000.000.000.000 225. 451.000.000.000.000 226. 453.000.000.000.000 227. 455.000.000.000.000 228. 457.000.000.000.000 229. 459.000.000.000.000 230. 461.000.000.000.000 231. 463.000.000.000.000 232. 465.000.000.000.000 233. 467.000.000.000.000 234. 469.000.000.000.000 235. 471.000.000.000.000 236. 473.000.000.000.000 237. 475.000.000.000.000 238. 477.000.000.000.000 239. 479.000.000.000.000 240. 481.000.000.000.000 241. 483.000.000.000.000 242. 485.000.000.000.000 243. 487.000.000.000.000 244. 489.000.000.000.000 245. 491.000.000.000.000 246. 493.000.000.000.000 247. 495.000.000.000.000 248. 497.000.000.000.000 249. 499.000.000.000.000 250. 501.000.000.000.000 251. 503.000.000.000.000 252. 505.000.000.000.000 253. 507.000.000.000.000 254. 509.000.000.000.000 255. 511.000.000.000.000 256. 513.000.000.000.000 257. 515.000.000.000.000 258. 517.000.000.000.000 259. 519.000.000.000.000 260. 521.000.000.000.000 261. 523.000.000.000.000 262. 525.000.000.000.000 263. 527.000.000.000.000 264. 529.000.000.000.000 265. 531.000.000.000.000 266. 533.000.000.000.000 267. 535.000.000.000.000 268. 537.000.000.000.000 269. 539.000.000.000.000 270. 541.000.000.000.000 271. 543.000.000.000.000 272. 545.000.000.000.000 273. 547.000.000.000.000 274. 549.000.000.000.000 275. 551.000.000.000.000 276. 553.000.000.000.000 277. 555.000.000.000.000 278. 557.000.000.000.000 279. 559.000.000.000.000 280. 561.000.000.000.000 281. 563.000.000.000.000 282. 565.000.000.000.000 283. 567.000.000.000.000 284. 569.000.000.000.000 285. 571.000.000.000.000 286. 573.000.000.000.000 287. 575.000.000.000.000 288. 577.000.000.000.000 289. 579.000.000.000.000 290. 581.000.000.000.000 291. 583.000.000.000.000 292. 585.000.000.000.000 293. 587.000.000.000.000 294. 589.000.000.000.000 295. 591.000.000.000.000 296. 593.000.000.000.000 297. 595.000.000.000.000 298. 597.000.000.000.000 299. 599.000.000.000.000 300. 601.000.000.000.000 301. 603.000.000.000.000 302. 605.000.000.000.000 303. 607.000.000.000.000 304. 609.000.000.000.000 305. 611.000.000.000.000 306. 613.000.000.000.000 307. 615.000.000.000.000 308. 617.000.000.000.000 309. 619.000.000.000.000 310. 621.000.000.000.000 311. 623.000.000.000.000 312. 625.000.000.000.000 313. 627.000.000.000.000 314. 629.000.000.000.000 315. 631.000.000.000.000 316. 633.000.000.000.000 317. 635.000.000.000.000 318. 637.000.000.000.000 319. 639.000.000.000.000 320. 641.000.000.000.000 321. 643.000.000.000.000 322. 645.000.000.000.000 323. 647.000.000.000.000 324. 649.000.000.000.000 325. 651.000.000.000.000 326. 653.000.000.000.000 327. 655.000.000.000.000 328. 657.000.000.000.000 329. 659.000.000.000.000 330. 661.000.000.000.000 331. 663.000.000.000.000 332. 665.000.000.000.000 333. 667.000.000.000.000 334. 669.000.000.000.000 335. 671.000.000.000.000 336. 673.000.000.000.000 337. 675.000.000.000.000 338. 677.000.000.000.000 339. 679.000.000.000.000 340. 681.000.000.000.000 341. 683.000.000.000.000 342. 685.000.000.000.000 343. 687.000.000.000.000 344. 689.000.000.000.000 345. 691.000.000.000.000 346. 693.000.000.000.000 347. 695.000.000.000.000 348. 697.000.000.000.000 349. 699.000.000.000.000 350. 701.000.000.000.000 351. 703.000.000.000.000 352. 705.000.000.000.000 353. 707.000.000.000.000 354. 709.000.000.000.000 355. 711.000.000.000.000 356. 713.000.000.000.000 357. 715.000.000.000.000 358. 717.000.000.000.000 359. 719.000.000.000.000 360. 721.000.000.000.000 361. 723.000.000.000.000 362. 725.000.000.000.000 363. 727.000.000.000.000 364. 729.000.000.000.000 365. 731.000.000.000.000 366. 733.000.000.000.000 367. 735.000.000.000.000 368. 737.000.000.000.000 369. 739.000.000.000.000 370. 741.000.000.000.000 371. 743.000.000.000.000 372. 745.000.000.000.000 373. 747.000.000.000.000 374. 749.000.000.000.000 375. 751.000.000.000.000 376. 753.000.000.000.000 377. 755.000.000.000.000 378. 757.000.000.000.000 379. 759.000.000.000.000 380. 761.000.000.000.000 381. 763.000.000.000.000 382. 765.000.000.000.000 383. 767.000.000.000.000 384. 769.000.000.000.000 385. 771.000.000.000.000 386. 773.000.000.000.000 387. 775.000.000.000.000 388. 777.000.000.000.000 389. 779.000.000.000.000 390. 781.000.000.000.000 391. 783.000.000.000.000 392. 785.000.000.000.000 393. 787.000.000.000.000 394. 789.000.000.000.000 395. 791.000.000.000.000 396. 793.000.000.000.000 397. 795.000.000.000.000 398. 797.000.000.000.000 399. 799.000.000.000.000 400. 801.000.000.000.000 401. 803.000.000.000.000 402. 805.000.000.000.000 403. 807.000.000.000.000 404. 809.000.000.000.000 405. 811.000.000.000.000 406. 813.000.000.000.000 407. 815.000.000.000.000 408. 817.000.000.000.000 409. 819.000.000.000.000 410. 821.000.000.000.000 411. 823.000.000.000.000 412. 825.000.000.000.000 413. 827.000.000.000.000 414. 829.000.000.000.000 415. 831.000.000.000.000 416. 833.000.000.000.000 417. 835.000.000.000.000 418. 837.000.000.000.000 419. 839.000.000.000.000 420. 841.000.000.000.000 421. 843.000.000.000.000 422. 845.000.000.000.000 423. 847.000.000.000.000 424. 849.000.000.000.000 425. 851.000.000.000.000 426. 853.000.000.000.000 427. 855.000.000.000.000 428. 857.000.000.000.000 429. 859.000.000.000.000 430. 861.000.000.000.000 431. 863.000.000.000.000 432. 865.000.000.000.000 433. 867.000.000.000.000 434. 869.000.000.000.000 435. 871.000.000.000.000 436. 873.000.000.000.000 437. 875.000.000.000.000 438. 877.000.000.000.000 439. 879.000.000.000.000 440. 881.000.000.000.000 441. 883.000.000.000.000 442. 885.000.000.000.000 443. 887.000.000.000.000 444. 889.000.000.000.000 445. 891.000.000.0		

R/ Jorge Oliveira

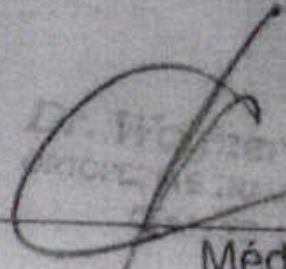
Solicito

Fisioterapia motora

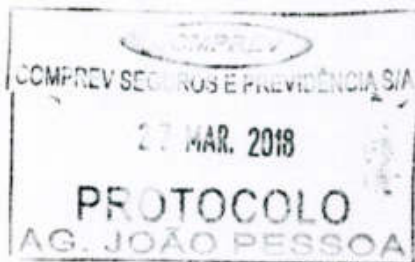
Dx: fr de platô tibial



10.12.17
Data


Dr. Wagner Toledo
Médico





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) JOÃO OLÍMPIO
59242 PORTADOR(A) DA CARTEIRA PROFISSIONAL Nº _____
SÉRIE _____ ESTEVE INTERNADO(A) NESTA UNIDADE HOSPITALAR SUBMETENDO-SE A
TRATAMENTO ESPECIALIZADO DE ENTIDADE NOSOLÓGICA DE Nº 592 NO CID. DURANTE
O PERÍODO DE 08.12.17 A 10.12.17 NECESSITANDO DE
90 (noventa) DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES.
Campina Grande 10.12.17

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





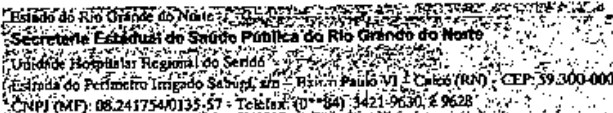
BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

SERVIDOR RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO <i>[Assinatura]</i>		DATA 10.09.18	HORA DA ENTRADA 17:10	Nº ATENDIMENTO 135
CAMPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE Os campos devem ser preenchidos por extenso, sem abreviaturas e de forma legível				
NOME Gerardo Alves da Costa		DATA DE NASCIMENTO 16.10.55	IDADE 62A	SEXO M
CPF 67439577487	RG 953.193	DATA DE EXPEDIÇÃO 19.09.18		
NATURALIDADE J. Serido	ESTADO CIVIL Casado	PROFISSÃO Agricultor	CARTÃO SUS 700501919560750	
NOME DA MÃE Rita Chirince da Costa	NOME DO PAI Saverino Alves da Costa			
ENDEREÇO R. João Evangelista, 268	BAIRRO Roz. Passagem			
CIDADE/ESTADO Cariacó	TELEFONE DE CONTATO		RAÇA/COR	
CAMPO 2 - SINAIS VITAIS Este campo deve ser preenchido por qualquer profissional de saúde				
PA	mmHg	FC	bpm	FR
				irpm
			TEMP. AXILAR	°C
			SpO2	%
			Glicemia	mg/dl
CAMPO 3 - ANAMNESE/EXAME FÍSICO Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista				
<i>Insuficiência cardíaca congestiva</i> <i>Insuficiência cardíaca congestiva</i>				
DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO		ESCORE DE GLASGOW		



CAMPO 4 – EXAMES COMPLEMENTARES Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista	
RX nas 2 APs	
CAMPO 5 – PRESCRIÇÃO MÉDICA Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista	
Emers ao ortopedista Incluído, a cronograma	
Carimbo Profissional de Luana Médico do Trabalho CRM 1533 / PF 021894 454-34 MÉDICO PLANTONISTA/CRM	RESP. ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO/COREN
CAMPO 6 – CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO/DESTINO DO PACIENTE Este campo deve ser preenchido por qualquer profissional da equipe de enfermagem	
MOTIVO DA SAÍDA ☐ ALTA MÉDICA ☐ EVASÃO ☐ RECUSA DO TRATAMENTO ☐ ÓBITO	REMOÇÃO/TRANSFERÊNCIA UNIDADE DE DESTINO: _____ DATA: ____/____/____ HORA DA SAÍDA: _____





Carolina Hues

2

Clarex 500 — 0109

01 Com 124 U

Tela Lipo Lira em peças
pequenas, incluindo 2°, 3°, 4°, 5°. Ato de

Revised: 9-3-18 7:30h

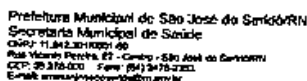
Runes in the

Sam Gero

19.3.18

Dr. João Batista de Brito
TROT 08/02/54-91





**FICHA DE REFERÊNCIA
SUS - RN**

Unidade de Origem: _____ Unidade: _____ Prontuário: _____ FAM: _____

Paciente: Arnaldo Alves da Costa

Endereço: R. 13 de Maio Município: S. J. Paulo

Idade: 62 Sexo: ☒ M ☐ F Ocupação: _____

Nome do responsável: _____

DADOS CLÍNICOS

RESUMO CLÍNICO

Resultado dos exames: *Fratura 3 metacarpas D. fechada.*

Tratamento já realizado:

Impressão diagnóstica: *Fratura em met. D.*

Imobilização

SSB

Assinatura do Médico

16/02/18

Médico

CRM

Data

AGENDAMENTO

Encaminhamento para a especialidade Ortopedia

Consulta marcada para a Unidade _____ Município: _____

Para o Dr. _____ de _____ hs. do dia 1 / 1

FICHA DE CONTRA REFERÊNCIA
SUS - RN

Preencher quando resolvido o problema que gerou a referência

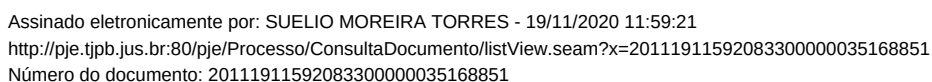
Unidade referenciada: _____ Município: _____
 PACIENTE: _____

ATENÇÃO PRESTADA

RESUMO CLÍNICO Resultado dos exames realizados: _____ Diagnóstico: _____ CID: _____ Conduta: _____ Observações: _____ _____ _____ _____		
Médico _____	CRM _____	Data ____/____/____

	Unidade	Prontuário	FAM
Garantis a continuidade de			

Assistência cadastrado ao paciente sob o N°



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE PÚBLICA - SESAP
UNIDADE HOSPITALAR REGIONAL DO SERTÃO - UHRS
Estrada do Perimetro Irrigado Sabugi, S/N - Paulo VI - Caicó/RN
CEP.: 59.300-000 - Telef.: (84) 3421-0628
PCNPA: (MEF) 08.241.7540115-57

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

SERVIDOR RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO <i>Suelio Moreira Torres</i>		DATA <i>19.02.18</i>	HORA DA ENTRADA <i>07:50</i>	Nº ATENDIMENTO <i>19</i>
CAMPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE Os campos devem ser preenchidos por extenso, sem abreviaturas e de forma legível				
NOME <i>Geraldo Alves da Costa</i>		DATA DE NASCIMENTO <i>16/10/1955</i>	IDADE <i>62</i>	SEXO <i>m</i>
CPF <i>475395774-87</i>		RG <i>853.198</i>	DATA DE EXPEDIÇÃO <i>29/08/1985</i>	
NATURALIDADE <i>Caicó - RN</i>	ESTADO CIVIL <i>Casado</i>	PROFISSÃO	- CARTÃO SUS <i>700.50191956-075</i>	
NOME DA MÃE <i>Ida Chameira da Costa</i>		NOME DO PAI <i>Severino Alves da Costa</i>		
ENDEREÇO <i>Julio Rodrigues 268</i>		BAIRRO <i>Boca Passagem</i>		
CIDADE/ESTADO <i>Caicó - RN</i>		TELEFONE DE CONTATO <i>98816-8350</i>	RACIA/COR <i>BRANCA</i>	
CAMPO 2 - SINAIS VITAIS Este campo deve ser preenchido por qualquer profissional de saúde				
PA	mmHg	FC	bpm	FR
				lpm
TEMP. AXILAR		°C	SpO2	%
			Glicemia	mg/dl
CAMPO 3 - ANAMNESE/EXAME FÍSICO Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista				
<i>Intoxicação no mto D por ingestão de 1 lata</i> DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO SCORE DE GLASGOW				

Confere com o Original

Caicó - RN, *15/03/2018*

Suelio Moreira Torres



CAMPO 4 - EXAMES COMPLEMENTARES Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista	
<i>Rx da mão D em APOL (3º dedo)</i>	
CAMPO 5 - PRESCRIÇÃO MÉDICA Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista	
<i>Al ao ortopedista</i>	
 Dr. Irani Araújo Médico CRM 8922-RN CPF 050.628.424-68 MÉDICO PLANTONISTA/CRM	RESP. ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO/COREN
CAMPO 6 - CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO/DESTINO DO PACIENTE Este campo deve ser preenchido por qualquer profissional da equipe de enfermagem	
MOTIVO DA SAÍDA ☐ ALTA MÉDICA ☐ EVASÃO ☐ RECUSA DO TRATAMENTO ☐ ÓBITO	REMOÇÃO/TRANSFERÊNCIA UNIDADE DE DESTINO: _____ DATA: ____/____/____ HORA DA SAÍDA: ____

Confira com o Original
 Caico - RN, 15/03/2018

SUELIO MOREIRA TORRES





ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

Secretaria Estadual de Saúde Pública do Rio Grande do Norte

Unidade Hospitalar Regional do Serido

Estrada do Perimetro Iluminado Sabugi, s/n, Bairro Paulo VI - Caico (RN) - CEP: 59.300-000

(CNPJ/MF): 08.241.754/0135-57 e Telefax: (084) 3421-9630 e 9628

ATENDIMENTO AMBULATORIAL EM TRAUMA E ORTÓPEDIA

DATA DO ATENDIMENTO: 19/02/18 INSTITUIÇÃO RESPONSÁVEL: _____
PACIENTE: Geraldo Alves da Costa DN: 16/10/55
RG: 853 198 CPF: _____ SUS: 700 5019 1956 0750
ESTADO CIVIL: Casado SEXO: M IDADE: 62 TELEFONE: 9.8816 8350
PAI: Severino Alves da Costa MÃE: Rita Chianca da Costa
ENDERÇO: R. Teófilo Rodrigues Nº 268
BAIRRO: Boa Passagem CIDADE: Caico UF: _____
MÉDICO: _____
RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO: [Assinatura]

LAUDO MÉDICO

PRINCIPAIS SINAIS CLÍNICOS:

[Assinatura]

PRINCIPAIS RESULTADOS DA PROVA DIAGNÓSTICA:

DIAGNÓSTICO INICIAL:

PROCEDIMENTO INDICADO:

[Assinatura]

RELATÓRIO DE ATENDIMENTO

TRATAMENTO REALIZADO: [Assinatura]
CID: _____ CODIGOSIA/SUS: 03.03.09.022-7
EQUIPE MÉDICA: CIRURGIÃO: _____ CRM: _____
AUXILIAR: _____ CRM: _____
[Assinatura]
Dr. Silvio Santos Filho
Traumatologista
TEOT 9975 CRM/RN 4419
ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE: _____ CRM: _____ AUDITOR: _____





PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DO SERIDÓ/RN
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UNIDADE MISTA DE SAÚDE MARIA APARECIDA DANT
Rua Manoel Louro 112, Centro - São José do Seridó/RN
Fone: (84) 3478-2216 E-mail: smssaojosedoserido@rn.gov.br

BOLETIM DE ATENDIMENTO

Número da Ocorrência: _____ Data: 10.02.18 Hora: 13:19h
Responsável pelo preenchimento: *Elyth Silva*

Identificação do Paciente

Nome: *Genaldo Alves da Costa* Idade: 62 anos Sexo: M
Nº Cartão do SUS: _____ CPF/RG: _____ Data de Nasc. 16/10/1955
Endereço: *R. 73 maio no 511* Bairro: *Liberdade*
Cidade: *São José do Seridó* Ocupação: _____ Fone: () 9-
Forma de Chegada: ☒ (X) Meios Próprios ☐ () Ambulância ☐ () Outros

Classificação de Risco

PA: 100x60 FC: _____ FR: _____ T: _____ HGT: _____ SatO: _____

DO: _____ H.E.M.: _____
☐ () Aguda ☐ () Crônica ☐ () Recorrente ☐ () Leve ☐ () Moderada ☐ () Forte ☐ () Severa

Estado Geral

☐ () Aparentemente bem ☐ () Regular ☐ () Grave ☐ () Inconsciente ☐ () Consciente ☐ () Orientado
☐ () Confuso ☐ () Convulsão ☐ () Hemorragias ☐ () Politraumatizado ☐ () Outro

Síntoma Principal

Comorbidades: _____
Medicamentos em uso: _____
Alergias medicamentosas: _____
Enfermeiro/técnico em enfermagem: _____ Coren: _____ Hora: _____

Avaliação Médica

Paciente com dor
na mão D por
queda de mto com
traumas em 3 metacarpos D

Diagnóstico

fractura



Assinatura e Carimbo Médico

Dr. João Batista de Brito
CRM - RN 190.126-1

Hora

Destino do paciente:

Alta Hospitalar: ☐ Decisão Médica ☐ Cura ☐ À pedido ☐ À revelia ☐ Óbito

Internamento: ☐ Internado na Unidade Mistas às:

Transferência: ☐ Destino:

Data

Hora

Assinatura e Carimbo Médico

São José do Seridó / RN



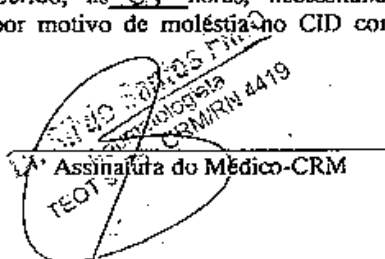


Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria Estadual de Saúde Pública do Rio Grande do Norte
Unidade Hospitalar Regional do Seridó
Estrada do Perimetro Irrigado Sabugi, s/n - Bairro Paulo VI - Caicó (RN) - CEP: 59.300-000
CNPJ (ME): 08.241.754/0135-57 - Telefax: (0744) 3421-9630 e 9628

ATESTADO MÉDICO

Atesto que o segurado Genildo Alencar Costa foi
examinado nesta Unidade Hospitalar Regional do Seridó, às 08 horas, necessitando
de 30 (Trinta) dias de afastamento do trabalho por motivo de moléstia no CID com
Nº 362 a partir desta data.

Caicó RN, 19 / 2 / 18


Assinatura do Médico-CRM





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

Receituário Simples

Pl Jorge Oliveira

Solício

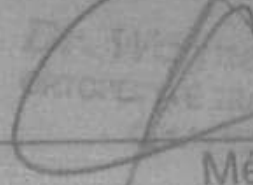
Fisioterapia Postural

Dx: fr de platibílica

MOD. 001

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
3 SET. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

10.12.17
Data


Médico





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): JOSE OLINTO
52242 PORTADOR(A) DA CARTEIRA PROFISSIONAL Nº _____
SÉRIE _____ ESTEVE INTERNADO(A) NESTA UNIDADE HOSPITALAR SUBMETENDO-SE A
TRATAMENTO ESPECIALIZADO DE ENTIDADE NOSOLÓGICA DE Nº. 582 NO CID. DURANTE
O PERÍODO DE 08.11.17 A 10.11.17 NECESSITANDO DE
90 (noventa) DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES.
Campina Grande 10.11.17 _____
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 _____







13 DEZ. 2017

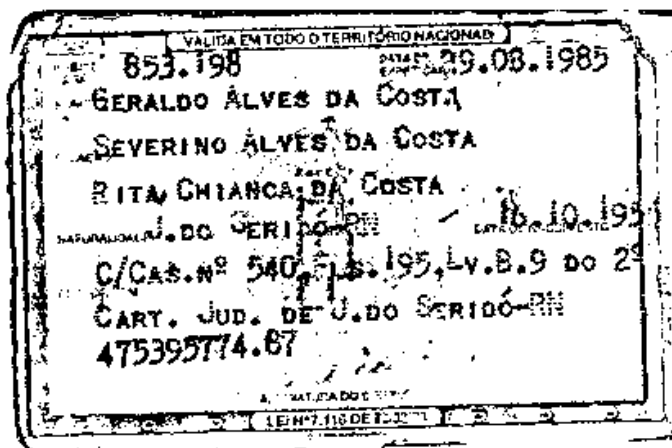
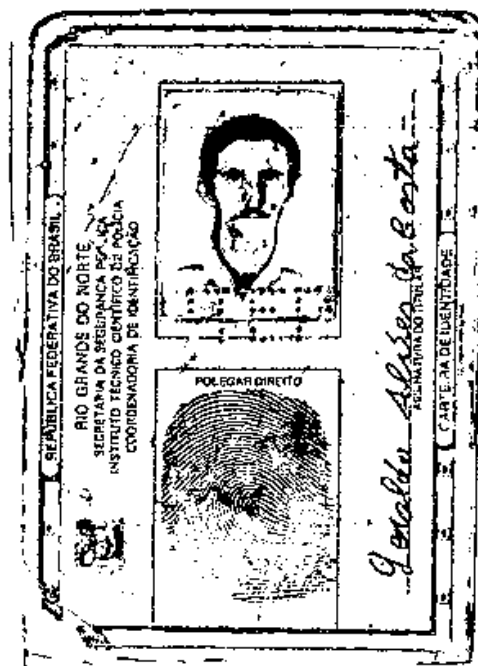
Rodrigo Freire Costa
Oficial Registrador
Cartório Campina Grande-PB
Dist. S. J. da Mata



Rodrigo Freire Costa
Oficial Registrador
Cartório Campina Grande-PB
Dist. S. J. da Mata



Documentos de Identificacao



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 99 100 101 102 103 104 105 106 107 108 109 110 111 112 113 114 115 116 117 118 119 120 121 122 123 124 125 126 127 128 129 130 131 132 133 134 135 136 137 138 139 140 141 142 143 144 145 146 147 148 149 150 151 152 153 154 155 156 157 158 159 160 161 162 163 164 165 166 167 168 169 170 171 172 173 174 175 176 177 178 179 180 181 182 183 184 185 186 187 188 189 190 191 192 193 194 195 196 197 198 199 200 201 202 203 204 205 206 207 208 209 210 211 212 213 214 215 216 217 218 219 220 221 222 223 224 225 226 227 228 229 230 231 232 233 234 235 236 237 238 239 240 241 242 243 244 245 246 247 248 249 250 251 252 253 254 255 256 257 258 259 260 261 262 263 264 265 266 267 268 269 270 271 272 273 274 275 276 277 278 279 280 281 282 283 284 285 286 287 288 289 290 291 292 293 294 295 296 297 298 299 300 301 302 303 304 305 306 307 308 309 310 311 312 313 314 315 316 317 318 319 320 321 322 323 324 325 326 327 328 329 330 331 332 333 334 335 336 337 338 339 340 341 342 343 344 345 346 347 348 349 350 351 352 353 354 355 356 357 358 359 360 361 362 363 364 365 366 367 368 369 370 371 372 373 374 375 376 377 378 379 380 381 382 383 384 385 386 387 388 389 390 391 392 393 394 395 396 397 398 399 400 401 402 403 404 405 406 407 408 409 410 411 412 413 414 415 416 417 418 419 420 421 422 423 424 425 426 427 428 429 430 431 432 433 434 435 436 437 438 439 440 441 442 443 444 445 446 447 448 449 450 451 452 453 454 455 456 457 458 459 460 461 462 463 464 465 466 467 468 469 470 471 472 473 474 475 476 477 478 479 480 481 482 483 484 485 486 487 488 489 490 491 492 493 494 495 496 497 498 499 500 501 502 503 504 505 506 507 508 509 510 511 512 513 514 515 516 517 518 519 520 521 522 523 524 525 526 527 528 529 530 531 532 533 534 535 536 537 538 539 540 541 542 543 544 545 546 547 548 549 550 551 552 553 554 555 556 557 558 559 560 561 562 563 564 565 566 567 568 569 570 571 572 573 574 575 576 577 578 579 580 581 582 583 584 585 586 587 588 589 590 591 592 593 594 595 596 597 598 599 600 601 602 603 604 605 606 607 608 609 610 611 612 613 614 615 616 617 618 619 620 621 622 623 624 625 626 627 628 629 630 631 632 633 634 635 636 637 638 639 640 641 642 643 644 645 646 647 648 649 650 651 652 653 654 655 656 657 658 659 660 661 662 663 664 665 666 667 668 669 670 671 672 673 674 675 676 677 678 679 680 681 682 683 684 685 686 687 688 689 690 691 692 693 694 695 696 697 698 699 700 701 702 703 704 705 706 707 708 709 710 711 712 713 714 715 716 717 718 719 720 721 722 723 724 725 726 727 728 729 730 731 732 733 734 735 736 737 738 739 740 741 742 743 744 745 746 747 748 749 750 751 752 753 754 755 756 757 758 759 760 761 762 763 764 765 766 767 768 769 770 771 772 773 774 775 776 777 778 779 780 781 782 783 784 785 786 787 788 789 790 791 792 793 794 795 796 797 798 799 800 801 802 803 804 805 806 807 808 809 810 811 812 813 814 815 816 817 818 819 820 821 822 823 824 825 826 827 828 829 830 831 832 833 834 835 836 837 838 839 840 841 842 843 844 845 846 847 848 849 850 851 852 853 854 855 856 857 858 859 860 861 862 863 864 865 866 867 868 869 870 871 872 873 874 875 876 877 878 879 880 881 882 883 884 885 886 887 888 889 890 891 892 893 894 895 896 897 898 899 900 901 902 903 904 905 906 907 908 909 910 911 912 913 914 915 916 917 918 919 920 921 922 923 924 925 926 927 928 929 930 931 932 933 934 935 936 937 938 939 940 941 942 943 944 945 946 947 948 949 950 951 952 953 954 955 956 957 958 959 960 961 962 963 964 965 966 967 968 969 970 971 972 973 974 975 976 977 978 979 980 981 982 983 984 985 986 987 988 989 990 991 992 993 994 995 996 997 998 999 1000 1001 1002 1003 1004 1005 1006 1007 1008 1009 1010 1011 1012 1013 1014 1015 1016 1017 1018 1019 1020 1021 1022 1023 1024 1025 1026 1027 1028 1029 1030 1031 1032 1033 1034 1035 1036 1037 1038 1039 1040 1

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU MAO - SEGURO DPVAT	
RN Nº 015253249297	BILHETE DE SEGURO DPVAT
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA www.seguradototalidenc.com.br SAC DPVAT 0800-022 1204	
EXERCÍCIO DATA EMISSÃO 2017 12/07/2017	
VIA 1	CPF / RG 061.585.224-61
RENDIM 00544674415	MARCA / MODELO NORDA / CG 150 TITAN RS
ANO FAB. 2004	C.V. 150
922608105895793	922608105895793
PREMIO TARIFÁRIO	
285 (R\$)	285 (R\$)
CUSTO DO BILHETE (R\$)	CUSTO DE EMISSÃO (R\$)
PAGAMENTO	DATA DE PAGAMENTO
☐ ÚNICA	☐ ENVELOPE
SEGURADORA LÍDER - DPVAT	
CNPJ 00.249.099/0001-04	



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180085532 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JORGE OLINTO DE SOUZA **Data do acidente:** 03/12/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PLATÔ TIBIAL DIREITO.

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

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO DIREITO.

Documentos complementares:

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

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: BRUNO BARBOSA MENDONÇA

CRM: 900400

UF do CRM: RJ

Assinatura:



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder das
Condôncias de Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0294393/18
Vítima: GERALDO ALVES DA COSTA
CPF: 475.395.774-87

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 10/02/2018
Titular do CPF: GERALDO ALVES DA COSTA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro	Outros
Boletim de ocorrência Documentação médico-hospitalar Documentos de identificação DUT Outros	
GERALDO ALVES DA COSTA : 475.395.774-87 Autorização de pagamento Comprovante de residência	

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de cancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 30/07/2018
Nome: GERALDO ALVES DA COSTA
CPF/CNPJ: 475.395.774-87

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/08/2018
Nome: JULIANA MARQUES RODRIGUES
CPF: 149.018.967-09

GERALDO ALVES DA COSTA

JULIANA MARQUES RODRIGUES



**INVALIDEZ PERMANENTE e/ou
DAMS - Despesas Médicas**

Seguro DPVAT - Protocolo de Recepção de Documentos



1. QUALIFICAÇÃO DO ACIDENTE

Nome da Vítima GERALDO ALVES DA COSTA

Data do Acidente 10/02/2018

CPF: 435.395.774-89

2. QUALIFICAÇÃO DO SOLICITANTE

Nome GERALDO ALVES DA COSTA

☒ A própria Vítima ☐ Representante Legal: Grau de Parentesco:

Endereço RUA 13 DE MAIO

No. 513

Complemento

Bairro LIBERDADE

Cidade SÃO ROSE DO SERIDO

UF RN

CEP 59878-000

Telefone

Email

Informações importantes!

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa na Seguradora Líder DPVAT.

- Para acompanhar o processo, acesse nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue 0800 022 12 04.

- A indenização por Invalidez Permanente é de até R\$ 13.500,00. Este valor varia conforme a gravidade das lesões e de acordo com a Tabela de Seguro prevista na Lei 6.194/74.

- O Reembolso de Despesas Médico-Hospitalares (DAMS) é de até R\$ 2.700,00. Este valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP.

- Poderão ser solicitados documentos complementares específicos, conforme legislação em vigor.

- Representante Legal - Pessoa que representa a vítima menor (0 a 15 anos). Pode ser PAI ou MÃE.

3. COBERTURA SOLICITADA ☒ **INVALIDEZ PERMANENTE** ☐ **DESPESAS MÉDICAS**

Atenção! ☐ Preencha com ☒ Para documentação entregue

4. DOCUMENTOS BÁSICOS PARA AS GARANTIAS DE INVALIDEZ PERMANENTE E DESPESAS MÉDICAS (DAMS)

☒ Registro da Ocorrência, expedido pela autoridade policial (Cópia Autenticada e legível).

☒ Carteira de Identidade da vítima (na falta deste documento, apresentar: 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).

☒ Comprovante de Residência em nome da Vítima (Cópia simples e legível). Na ausência deste documento, Declaração de Residência - original (modelo no balcão de atendimento).

☐ Autorização de Pagamento / crédito de indenização original, anexado com cópia simples de qualquer documento comprobatório dos dados bancários, (modelo no balcão de atendimento).

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES SOMENTE PARA INVALIDEZ PERMANENTE

☐ Laudo do Instituto Médico Legal - IML da localidade do acidente ou da residência da vítima (Cópia autenticada e legível).

☐ Na falta do Laudo do IML, declaração (original) firmada pela vítima e documento firmado pelo médico assistente (original), que comprove a existência da Invalidez permanente, com a data da alta definitiva (modelo no balcão de atendimento).

☒ Boletim de Atendimento Hospitalar ou Ambulatorial (Cópia simples e legível).

☐ Carteira de Identidade do representante legal se houver (na falta deste documento, apresentar: 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).

☐ Na ausência deste documento, Declaração de Residência - original (modelo no balcão de atendimento).

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES SOMENTE PARA DESPESAS MÉDICAS (DAMS)

☐ Comprovantes (originais e legíveis) das Despesas Médico-Hospitalares (quitados).

☐ Notas Fiscais (originais e legíveis) de farmácia acompanhadas do respectivo receituário médico (Cópia simples e legível).

☐ Relatório do Médico Assistente, informando as lesões sofridas em decorrência do acidente e o tratamento realizado (Cópia simples e legível).

☐ Carteira de Identidade do representante legal se houver (na falta deste documento, apresentar: 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).

☐ Na ausência deste documento, Declaração de Residência - original (modelo no balcão de atendimento).

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

Data 23/07/18

Nome Geraldo Alves da Costa

Identidade 853 698

Geraldo Alves da Costa
Assinatura do Portador

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

Data 23/07/18

☒ Recebi os documentos assinalados

Nome Felipe Gomes de Medeiros

Matrícula Correios 8.427.662-0

[Assinatura]
Assinatura do Atendente



**INVALIDEZ PERMANENTE e/ou
DAMS - Despesas Médicas**

Seguro DPVAT - Protocolo de Recepção de Documentos



1. QUALIFICAÇÃO DO ACIDENTE

Nome da Vítima GERALDO ALVES DA COSTA
Data do Acidente 10/02/2018 - CPF: 445.395.774-87

2. QUALIFICAÇÃO DO SOLICITANTE

Nome GERALDO ALVES DA COSTA
☒ A própria Vítima ☐ Representante Legal: Grau de Parentesco: _____
Endereço RUA 13 DE MAIO
No. 511 Complemento _____ Bairro LIBERDADE
Cidade SÃO ROSE DO SUL UF RN CEP 59378-000
Telefone _____ Email _____

Informações Importantes!

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa na Seguradora Líder DPVAT.
- Para acompanhar o processo, acesse nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue 0800 022 12 04.
- A indenização por Invalidez Permanente é de até R\$ 13.500,00. Este valor varia conforme a gravidade das lesões e de acordo com a Tabela de Seguro prevista na Lei 6.194/74.
- O Reembolso de Despesas Médico-Hospitalares (DAMS) é de até R\$ 2.700,00. Este valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP.
- Poderão ser solicitados documentos complementares específicos, conforme legislação em vigor.
- Representante Legal - Pessoa que representa a vítima menor (0 a 15 anos). Pode ser PAI ou MÃE.

3. COBERTURA SOLICITADA ☒ **INVALIDEZ PERMANENTE** ☐ **DESPESAS MÉDICAS**

Atenção! ☒ Preencha com ☒ Para documentação entregue

4. DOCUMENTOS BÁSICOS PARA AS GARANTIAS DE INVALIDEZ PERMANENTE E DESPESAS MÉDICAS (DAMS)

- ☒ Registro da Ocorrência, expedido pela autoridade policial (Cópia Autenticada e legível).
- ☒ Carteira de Identidade da vítima (na falta deste documento, apresentar: 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).
- ☒ Comprovante de Residência em nome da Vítima (Cópia simples e legível). Na ausência deste documento, Declaração de Residência - original (modelo no balcão de atendimento).
- ☐ Autorização de Pagamento / crédito de indenização original, anexado com cópia simples de qualquer documento comprobatório dos dados bancários, (modelo no balcão de atendimento).

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES SOMENTE PARA INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ Laudo do Instituto Médico Legal - IML da localidade do acidente ou da residência da vítima (Cópia autenticada e legível).
- ☐ Na falta do Laudo do IML, declaração (original) firmada pela vítima e documento firmado pelo médico assistente (original), que comprove a existência da invalidez permanente, com a data da alta definitiva (modelo no balcão de atendimento).
- ☒ Boletim de Atendimento Hospitalar ou Ambulatorial (Cópia simples e legível).
- ☐ Carteira de Identidade do representante legal se houver (na falta deste documento, apresentar: 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).
- ☐ Na ausência deste documento, Declaração de Residência - original (modelo no balcão de atendimento).

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES SOMENTE PARA DESPESAS MÉDICAS (DAMS)

- ☐ Comprovantes (originais e legíveis) das Despesas Médico-Hospitalares (quitados).
- ☐ Notas Fiscais (originais e legíveis) de farmácia acompanhadas do respectivo receituário médico (Cópia simples e legível).
- ☐ Relatório do Médico Assistente, informando as lesões sofridas em decorrência do acidente e o tratamento realizado (Cópia simples e legível).
- ☐ Carteira de Identidade do representante legal se houver (na falta deste documento, apresentar: 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).
- ☐ Na ausência deste documento, Declaração de Residência - original (modelo no balcão de atendimento).

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

Data 22/02/18
Nome Amélia Alves da Costa
Identidade 853 198
Gerardo Alves da Costa
Assinatura do Portador

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

Data 23/02/18 ☒ Recebi os documentos assinalados
Nome Felipe Guedes de Vilhena
Matrícula Correios 86276620
Felipe Guedes de Vilhena
Assinatura do Atendente



De: Jose Carlos

Enviada em: quinta-feira, 15 de março de 2018 11:33

Para: Vinicius Campos da Silva <vinicius.silva@seguradoralider.com.br>

Cc: Sonia Faro <soniafaro@seguradoralider.com.br>

Assunto: Protocolo

Vinicius

Em função dos problemas que estamos passando com relação a manutenção dos relógios protocoladores, em medida extrema exceção, autorizo até que tenhamos todos os protocoladores funcionando normalmente, protocolar somente a primeira folha dos processos recebidos dos Correios.

Para certificarmos que essa medida de exceção é válida somente para esse período, solicito imprimir uma cópia desse e-mail e anexar a cada processo de sinistro que estiver nessa condição.

Quando suspendermos esse critério, favor passar-me um e-mail configurando o retorno ao procedimento padrão.

José Carlos Carvalho
Gerente de Sinistros



Rua da Assembleia, 100 – 21º andar
Centro - Rio de Janeiro – RJ CEP: 20011-904
Tel.: 55 21 3861-4600 / Ramal: 4654
E-mail: jose.carlos@seguradoralider.com.br

CONFIDENCIALIDADE Esta mensagem é confidencial; seu conteúdo não constitui um compromisso da Seguradora Lider, exceto se fornecido em conjunto com um acordo por escrito entre as partes. Qualquer divulgação ou uso não autorizado, total ou parcial, é proibido. Caso você não seja um dos destinatários desta mensagem, favor notificar o remetente imediatamente.

CONFIDENTIALITY This message is confidential; its contents do not constitute a commitment by Seguradora Lider except where provided for in a written agreement between you and Seguradora Lider. Any unauthorized disclosure, use or dissemination, either whole or partial, is prohibited. If you are not the intended recipient of the message, please notify the sender immediately.

De: Arthur Fróes

Enviada em: quinta-feira, 15 de março de 2018 11:18

Para: Jose Carlos <jcarloscarvalho@seguradoralider.com.br>

Assunto: RES: Produção: 13/03/2018

JC,

Contingencialmente, até que os protocoladores retornem, estou de acordo em procedermos desta forma.

Atenciosamente,

→ Arthur Fróes
Superintendente de Sinistros
arthur.froes@seguradoralider.com.br
Tel.: 55 21 3861-4286



www.seguradoralider.com.br
Rua da Assembleia, 100 – 21º andar
Centro - Rio de Janeiro – RJ CEP: 20011-904









PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180085532 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JORGE OLINTO DE SOUZA **Data do acidente:** 03/12/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/04/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PLATÔ TIBIAL DIREITO

Resultados terapêuticos: NÃO DEFINIDO

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: REITERO SOLICITAÇÃO DE RELATÓRIO MÉDICO ATUALIZADO COM LIMITAÇÃO FUNCIONAL, ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, SEQUELAS PERMANENTES E EXAMES DE IMAGEM.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

Líder- Serviços AMD

Nome do médico: IVONE SZCZERBACKI VALICE

CRM do médico: 52.34194-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

IVONE S. Valice



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180085532 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JORGE OLINTO DE SOUZA **Data do acidente:** 03/12/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PLATÔ TIBIAL DIREITO.

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

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO DIREITO.

Documentos complementares:

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 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: 3180085532 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JORGE OLINTO DE SOUZA **Data do acidente:** 03/12/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/03/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PLATÔ TIBIAL DIREITO

Resultados terapêuticos: NÃO DEFINIDO

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SINISTRO INDEFINIDO, COM MENOS DE 90 DIAS, SEM PROGNÓSTICO, NO MOMENTO. SOLICITO AINDA APRESENTAR RELATÓRIO MÉDICO COM DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO, EXAMES DE IMAGEM, TRATAMENTO REALIZADO E SEQUELAS PERMANENTES, CASO EXISTAM.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

Líder- Serviços AMD

Nome do médico: IVONE SZCZERBACKI VALICE

CRM do médico: 52.34194-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

IVONE S. Valice



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0062350/18

Número do Sinistro: 3180085532

Vítima: JORGE OLINTO DE SOUZA

Data do acidente: 03/12/2017

CPF: 054.256.254-56

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JORGE OLINTO DE SOUZA

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 13/09/2018
Nome: GERSON LUCIANO SANTOS NETTO
CPF: 091.192.334-93

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/09/2018
Nome: RENATO LUNA DIAS
CPF: 705.216.494-98

GERSON LUCIANO SANTOS NETTO

RENATO LUNA DIAS





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 4ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE CAMPINA GRANDE/PB

Processo: 08162415820198150001

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **JORGE OLINTO DE SOUZA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

DO LAUDO PERICIAL

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

Inicialmente, a parte ré informa que para realização de qualquer pagamento administrativo por Seguro DPVAT concernente à cobertura por invalidez permanente, as vítimas são submetidas à avaliação médica criteriosa com o escopo de ser apurado o *quantum* indenizatório devido em decorrência da lesão suportada pela vítima, nos termos da lei 6.194/74.

Frisa-se que aludido exame é realizado por profissional imparcial e tecnicamente competente, obedecendo os estritos limites da legislação aplicável.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)** valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

Nesse sentido, foi nomeado perito por esse d. juízo, e posteriormente as partes intimadas a apresentaram quesitos, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Não é crível que com os avanços da medicina, os tratamentos realizados na parte autora serviram para agravar a doença e não oportunizaram uma melhora ou, no mínimo, a manutenção da lesão apurada na esfera administrativa.

É certo que o julgador não está adstrito à conclusão contida no laudo pericial, mas a simples leitura do mesmo demonstra que a r. Perito não buscou comprovar o suposto agravamento da lesão, somente limitando-se a responder os quesitos apresentados de maneira simplista e sem qualquer fundamentação.



Pelo exposto, a parte ré impugna o laudo pericial produzido, requerendo que seja afastada a conclusão pericial, devendo ser levado em consideração o conjunto fático-probatório dos autos, sobretudo os documentos médicos acostados na exordial, que demonstram a ausência de agravamento da lesão capaz de gerar complementação indenizatória, sendo os pedidos autorais julgados improcedentes.

Caso não seja esse o entendimento de Vossa Excelência, requer a produção de nova prova pericial, nos termos dos art. 480 do CPC.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

CAMPINA GRANDE, 17 de novembro de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br

