



Número: **0800424-69.2018.8.15.0071**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de Areia**

Última distribuição : **05/06/2018**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes | | Procurador/Terceiro vinculado | |
|--|--------------------|---|-------------------|
| IVANEZ DA SILVA LIMA (AUTOR) | | INACIO BRUNO SARMENTO (ADVOGADO) | |
| SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU) | | SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO) | |
| Documentos | | | |
| Id. | Data da Assinatura | Documento | Tipo |
| 34869592 | 29/09/2020 12:32 | Petição | Petição |
| 34869757 | 29/09/2020 12:32 | 2663149_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01 | Outros Documentos |
| 34870154 | 29/09/2020 12:32 | 2663149_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02 | Outros Documentos |

EM ANEXO





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE AREIA/PB

Processo: 08004246920188150071

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 **IVANEZ DA SILVA LIMA**, 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:

Inicialmente, cumpre ressaltar que o Laudo Pericial de fls. é categórico nos quesitos ao informar a **AUSÊNCIA DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)**.

Logo, resta claro que não há incapacidade permanente.

Isto posto, fica demonstrado que o pleito da parte autora encontra-se descabido, já que a mesma pleiteia indenização por invalidez permanente, sem ter restado inválida, conforme ficou comprovado através da prova pericial.

Pelo exposto, requer que seja acolhida a conclusão pericial e, em consequência, sejam julgados improcedentes os pedidos formulados na exordial.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

AREIA, 25 de setembro 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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 29/09/2020 12:32:37
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092912323661400000033331540>
Número do documento: 20092912323661400000033331540

Rio de Janeiro, 26 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **IVANEZ DA SILVA LIMA**

Nº Sinistro: **3180184408**

Vitima: **IVANEZ DA SILVA LIMA**

Data do Acidente: **26/10/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **INACIO BRUNO SARMENTO**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180184408**.

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 12713270

Pag. 01387/01388 - carta_01 - INVALIDEZ

00020694



Rio de Janeiro, 03 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **IVANEZ DA SILVA LIMA**

Sinistro: **3180184408**
Vítima: **IVANEZ DA SILVA LIMA**
Data do Acidente: **26/10/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **INACIO BRUNO SARMENTO**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o número **3180184408** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

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. 0129101292 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 12742866



Rio de Janeiro, 09 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **IVANEZ DA SILVA LIMA**

Nº Sinistro: **3180184408**
Vítima: **IVANEZ DA SILVA LIMA**
Data do Acidente: **26/10/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador **INACIO BRUNO SARMENTO**

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180184408**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **26/10/2017**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01105/01106 - carta_04 - INVALIDEZ



Carta nº 12782822



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3180184408**
Nome do(a) Examinado(a): **IVANEZ DA SILVA LIMA**
Endereço do(a) Examinado(a): **RUA MARIA BEZERRA DE ANDRADE nº 279 - AREA RURAL - AREIA/PB**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 2523800 - SSP**
Data e local do acidente: **26/10/2017 AREIA/PB**
Data e local do exame: **07/05/2018 CAMPINA GRANDE/PB**

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

fratura de zigoma direito

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

redução incruenta de fratura do zigoma

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

normal , sem alteração estética ou funcional

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

☒ SIM ☐ NÃO

V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível a qualquer medida terapêutica)?

☐ SIM ☒ NÃO

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

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

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

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

☐ Vítima em tratamento

☒ Sem seqüela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

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

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

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

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

REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -

Médico Perito: BRUNO BEZERRA BRILHANTE CRM:6492/PB


Dr. Bruno Brilhante
Cirurgião de joelho e ombro
Ortopedia e Traumatologia
CRM 6492/PB

Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com nome e CRM



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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 034824 73463 | Nome completo da vítima Juaniz da Silva Lima |
|---------------------------|--------------------------------------|--|

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

| | | | |
|---|-----------------------|---|-------------------------|
| Nome completo Juaniz da Silva Lima | | CPF titular da conta 034824 73463 | Profissão |
| Endereço Rua Maria Bezerra de Andrade | | Número 279 | Complemento |
| Bairro Zona Rural | Cidade Arua | Estado PB | CEP 58397-000 |
| Email inocencioadu@gmail.com | | Telefone (DDD) 8333 341289 | |

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

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|---|--|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 | | <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 | | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 | | <input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00 | |
| <input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104) | | | | | | | |
| AGÊNCIA NRO. 1100 D/V <input type="checkbox"/> (Informar dígito se existir) | | CONTA NRO. 25256 D/V 3 (Informar dígito se existir) | | <input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos) BANCO Nome <input type="text"/> NRO. <input type="text"/> | | <input type="checkbox"/> CONTA NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/> (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, 03 de **Abril** de 2018
Local e Data

Juaniz da Silva Lima
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





GOVERNO DO ESTADO DA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA
DELEGACIA DO PLANTÃO CENTRALIZADO

R. Raimundo Nonato de Araujo, SN - Catolé - Campina Grande - 58100-000 83-310-9300



OCORRÊNCIA Nº 000372/18

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Registros de Ocorrências Policiais deste Órgão, encontrei a Ocorrência de Nº 000372/18 registrada em 01/02/2018, que passo a transcrever na íntegra: Ao primeiro dia do mês de fevereiro do ano de 2018, nesta cidade de Campina Grande, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DO PLANTÃO CENTRALIZADO, quando encontrava-se presente a Bela. JOSEFA ALVES DE ASSIS, Delegada de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, ai, por volta das 16:56 horas, compareceu o Sr. IVANEZ DA SILVA LIMA, com 38 anos de idade, filho de JOSÉ FIDELIS DE LIMA IRMÃO e MARIA DAS NEVES DA SILVA LIMA, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de AREIA - PB, Solteiro, escolaridade Fundamental Incompleta, profissão AGRICULTOR, portador da Cédula de Identidade Nº 2.523.800, expedido pela SSP-PB, com C.P.F. de Nº 03482473463, residindo à rua MARIA BEZERRA DE ANDRADE, 279, bairro DISTRITO CEPILHO, na cidade de AREIA - PB.

Declarou que:

Informa o declarante, que por volta das 13h00min do dia 26.10.2017, estava trafegando pela área central do Distrito de Cepilho, município de Areia/PB, conduzindo a motocicleta HONDA/CG 125 TITAN, ano/modelo 1998/1999, cor verde, chassi nº 9C2JC250XWR104142, de placa MMX-7091PB, licenciada em nome de Macílio Florêncio da Silva, quando perdeu o controle de direção e caiu ao solo, após atropelar um animal (cachorro), que estava fazendo a travessia da rua, sofrendo ferimentos graves, sendo socorrido pelo por populares e encaminhado em veículo particular para o pronto socorro de Remígio/PB e posteriormente encaminhado para o Hospital Regional de Emergência e Trauma de Campina Grande/PB, onde foi submetido a tratamentos médicos, conforme documentos apresentados nesta Delegacia; Que, os Policiais Militares do BPTran não estiveram no local e portanto não foi confeccionado o boletim de acidente de Trânsito; Que, no momento do acidente o tempo encontrava-se bom, com via seca e boa visibilidade, não encontrando-se o declarante sob a influência de bebida alcoólica. Nada mais havendo a tratar, ciente o declarante das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente certidão. O referido é verdade e dou FÉ.

Campina Grande, Quinta-feira, 1 de Março de 2018

Ivanez da Silva Lima
IVANEZ DA SILVA LIMA

Declarante

José Alberto do Nascimento
JOSÉ ALBERTO DO NASCIMENTO

Escrivão



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 Joaniz da Silva Lima CPF da Vítima 034.824.73463 Data do Acidente 26/10/2017

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. Grandt 03 de Abril de 2018
Local e Data

Joaniz da Silva Lima
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

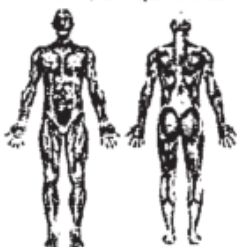
DALI.001 V001/2017



ATENDIMENTO URGÊNCIA
PRONT (B.E) Nº: 1531245 CLASS. DE RISCO: VERMELHO
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: 26/10/2017
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendimento: Francineide Almeida Torres

PACIENTE: IVANEZ DA SILVA LIMA CEP: 58397000 Nascimento: 04/06/1979
Endereço: R. ABEL BARBOSA DA SILVA
Sexo: M Telefone: 98181660
Cidade: Areia Idade: 038 Bairro: CEPILHO
Nome da Mãe: MARIA DAS NEVES RG: Nº: 0
Responsável: CPF: Profissão: AGRICULTOR
Estado Civil: Solteiro(a) Data de Atend: 26/10/2017
Motivo: ACIDENTE DE MOTO MOTO X MOTO Hora: 14:51:02
Médico: Especialidade:
CRM:

OBS FICHA:
MECANISMOS DO TRAUMA
LOCAL DA LESÃO (identifique o local com o número correspondente ao lado)



1. Abuso
2. Amputação
3. Anel
4. Arma de fogo
5. Causa
6. Dor
7. Edema
8. Envolvimento
9. Envolvimento subcutâneo
10. Envolvimento
11. Equívoco
12. F. Arma branca
13. F. Arma de fogo
14. F. Cortado
15. F. Cortado
16. F. Cortado
17. F. Cortado
18. F. Cortado
19. Fratura simples fechada
20. Fratura simples aberta
21. Hematoma
22. Ingestão de Veneno
23. Laceração
24. Lesão tendão
25. Luxação
26. Mordedura
27. Mordedura torácica paravertebral
28. Objeto Enfiado
29. Ocorrência
30. Paralisia
31. Parestesia
32. Parestesia
33. Queimadura
34. Queimadura
35. Sinal de isquemia
- 36.

OBS:
QUEIMADURA:
Superfície corporal lesada = % Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau
DIAGNÓSTICO / CID: TCS e face

HTCG - Setor Administrativo

EXAME PRIMÁRIO - CLÍNICOS
Cada de mão
TCS + face de face
de um lado
TCS + face de face
TCS + face de face
ALERGIA:
MEDICAMENTOS:
PATOLOGIAS:
EXAME FÍSICO:
PUPILAS () Fotorreagentes () Isocóricas () Anisocóricas ()
Glasgow PA HGT: SatO2
Cl. Sol. 7. X TX. comp
TC C. C. e face
EXAMES SOLICITADOS:
() Laboratoriais () Ultrassonografia:
() Gasometria arterial () Radiografias:
() Tomografia Computadorizada
SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:
Especialista: NCR / / Dia / /
Especialista: B. C. / / Dia / /
MÉDICO SOLICITANTE
PROCEDIMENTOS REALIZADOS:
Nº PRESCRIÇÕES E CONDUTAS HORÁRIO REALIZADO
1 2. am - 10
2 2. am - 10
3
4 2. am - 10
5
6
ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO: 11.10.2017
RAIO X REALIZADO EM: 26/10/19

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA
23.08.2010

Emisso: 15/01/2019 Referencia: Jan/2019
 Class/Subcl: RESIDENCIAL / RESIDENC AL MONOFASICO
 Range: 8 - 72 - 210 - 7010 Nº medidor: 0200554391

ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
R. n. 25 - Orla Redentor - João Pessoa/PB - CEP 53071-630
CNPJ 08.095.183/0001-40 Insc. Est. 16.015.823-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 000.539.274
Cód. para Dig. Automático: 00004971453

| Conta referente a | Apresentação | Data prevista da próxima leitura | CPF/ CNPJ/ RANI |
|-------------------|--------------|----------------------------------|--------------------------|
| Jan / 2018 | 15/01/2018 | 14/02/2018 | 7973998400 Insc. Est: |

UC (Unidade Consumidora): 51497145-3

- Comparte a sua energia também nas redes
e no Twitter (energias), sempre que possível da gente.
Queiramos estar sempre próximos!

| Anterior | | Atual | | Constante | | Consumo | | Dias | |
|------------------------|-----------------------|------------|----------|------------|-------|---------|-------|-------|------|
| Data | Leitura | Data | Leitura | | | | | | |
| 15/12/17 | 572 | 15/01/18 | 542 | 1 | | 67 | | 31 | |
| Demonstrativo | | | | | | | | | |
| CC | Descrição | Quantidade | Tarifa | Valor Base | Cat | Ala | Item | Base | Per |
| | | Total | Total | Total | KG | KG | KG | KG | KG |
| 0501 | Consumo em kWh | 67,000 | 0,147470 | 47,59 | 47,59 | 25 | 11,37 | 47,59 | 0,50 |
| 0501 | Adic. E. Vermeha | | | 1,47 | 1,47 | 25 | 0,37 | 1,47 | 0,01 |
| LANÇAMENTOS E SERVIÇOS | | | | | | | | | |
| 0507 | CONTRIB. ILM. PUBLICA | | | 0,00 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |

| | | | | | | | |
|-------------------------------------|--------|-------|--------|-------|-------|------|--------|
| CC: Código de Classificação do Item | TOTAL: | 66,18 | +49,20 | 12,34 | 49,35 | 0,51 | - 2,35 |
|-------------------------------------|--------|-------|--------|-------|-------|------|--------|

| | | |
|--|---------------------------------|-----------------------------------|
| Média últimos meses (km/h) 22/01/2018 | VENCIMENTO 22/01/2018 | TOTAL A PAGAR R\$ 56,16 |
|--|---------------------------------|-----------------------------------|

Histórico de Consumo (KWh)

| | | | | | | | | | | | |
|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 55 | 64 | 69 | 63 | 67 | 61 | 69 | 73 | 82 | 0 | 56 | 57 |
| Dec'17 | Nov'17 | Oct'17 | Sep'17 | Aug'17 | Jul'17 | Jun'17 | May'17 | Apr'17 | Mar'17 | Feb'17 | Jan'17 |

6751.4a28.5b42.978e:e916.351f.aa57.7f3d.

| Indicadores de Qualidade | | | 11/2017 - Esperança | |
|--------------------------|------------------|---------|----------------------|-----|
| | Limites da ANEEL | Apurado | Limite de Tensão (V) | |
| OK MENOR | 11,54 | 0,85 | NORMAL - | 230 |
| OK TRIMESTRAL | 23,89 | | | |
| OK ANUAL | 47,79 | | | |
| OK MENOR | 7,74 | 1,00 | CONDIT TADA | 202 |
| OK TRIMESTRAL | 15,49 | | LIMITES INFERIOR | 231 |
| OK ANUAL | 30,98 | | LIMITES SUPERIOR | |
| OK | 8,59 | 0,88 | | |
| OK | 16,20 | | | |

| Composição dos Consumos | | |
|---------------------------------|--------------|---------------|
| Discriminação | Valor (R\$) | % |
| Serviços de Dist. de Energia PB | 19,07 | 23,27 |
| Compra de Energia | 15,48 | 21,53 |
| Serviços de Transmissão | 2,01 | 2,49 |
| Recargas Setoriais | 2,62 | 3,27 |
| Perdas Diretas e Encargos | 22,07 | 28,11 |
| Outros Serviços | 0,00 | 0,00 |
| Total | 58,15 | 100,00 |

Valor do RUSO (R\$ 11/2017) R\$ 16,96

Valor do EUSD (Ref. 11/2017) R\$ 16,96

ATENÇÃO

Faturas em atraso

23 ABR. 2013
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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/BIBLIOTECASWEB/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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Marcio Bruno Sarmiento inscrito (a) no CPF 036781814, 06 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Francis da Silva Lima inscrito (a) no CPF sob o Nº 034824734, 63 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Francis da Silva Lima, inscrito (a) no CPF sob o Nº 034824734, 63, 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 Antonio Sergio de Almeida</u> | | Número <u>800</u> | Complemento <u>B</u> |
| Bairro <u>Andaraes</u> | Cidade <u>Compiro Grande</u> | Estado <u>PB</u> | CEP <u>58100000</u> |
| Email <u>marcio.bruno.adv@gmail.com</u> | | Telefone comercial(DDD) <u>8333341289</u> | Telefone celular (DDD) <u>83999883048</u> |

C. Grande, 05 de Abril de 2018
Local e Data

Marcio Bruno Sarmiento
Assinatura do Declarante

DLDRL001 V001/2017



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Macilio Florencio da Silva, RG de nº 21 39862, data de expedição 06/09/1994, Órgão SSPPB, portador do CPF nº, 023 1125 1014 122, com domicílio na cidade de Arceia, no Estado de Pernambuco, onde reside na (Rua/Avenida/Estrada/sítio) Sítio Mamaranduba, nº 51A, Bairro Zona rural, complemento, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a Vítima Iraney da Silva Lima cujo o condutor era Iraney da Silva Lima.

Veículo motocicleta Honda;
Modelo Honda/CB 125 1999;
Ano 1998 modelo 1999;
Placa M MX-4091/PB;
Chassi 9C2JC250XWR704142;
Data do Acidente 26/10/2017;
Local e Data Arceia 25/01/2018.

x Macilio Florencio da Silva
Assinatura do Declarante (RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

Iraney da Silva Lima
Assinatura do Condutor(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



CARTÓRIO DA 1ª OFÍCIO, RECONHEÇO VERDADEIRA E FIRMA-E, LETRA (POR AUTENTICIDADE) DE: MACILIO FLORENCIO DA SILVA. Selo digital de fiscalização Normal tipo B AG662756. W9CT. Confirma os dados do ato em: https://selodigital.tjpb.jus.br. Arceia, 25.01.2018. Eu: Leda Azevedo de Albuquerque, Escrivão do Notário.

PROTOCOLADO
23 ABR 2018
JOÃO PESSOA



26/10/2017

HTCG-Painel Administrativo

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

Bob. Paulo filho de cont. de cont. de cont.
apresenta Exame de 113 mto de Exame
Exame de 113 mto de Exame
Exame de 113 mto de Exame
Exame de 113 mto de Exame

Exame de 113 mto de Exame

Exame de 113 mto de Exame
Exame de 113 mto de Exame
Exame de 113 mto de Exame

Exame de 113 mto de Exame

Exame de 113 mto de Exame

Exame de 113 mto de Exame

Exame de 113 mto de Exame

Exame de 113 mto de Exame

Exame de 113 mto de Exame

Exame de 113 mto de Exame

Exame de 113 mto de Exame

DESTINO DO PACIENTE / / às hs.

() Centro cirúrgico

() Internação (setor)

() Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL

() Alta hospitalar

() Já revela

() Decisão Médica

() Óbito

GILSON DA SILVA SANTOS
Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO

CBO

IDADE

| | | |
|--|--|--|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

0.1.1.148/projetohcg/impreu/genda.php?cont=1531245

2/2

COMPREV SELV. N.º 21.000.000
23 ABR. 2013
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Ficha de Acolhimento

| | | | |
|-----------------------|------------------------|-----------------------------|----------|
| Nome: | Ivonez da Silva Lima | | |
| End: | Abel Barreira da Silva | Bairro: | Cepinho |
| Data de Nascimento: | 02.06.49 | Documento de Identificação: | Meia |
| Queixa: | de di | Data do Atend.: | 26.10.14 |
| Acidente de trabalho? | () Sim | (/) Não | |

Moto

Classificação de Risco

| | |
|--|--|
| Nível de consciência: () Bom () Regular () Baixo | Aspecto: () Calmo () Fáceis de dor () Gemente |
| Frequência respiratória: | Frequência cardíaca: |
| Pressão arterial: | Temperatura axilar: |
| Dosagem de HGT: | Mucosas: () Normocorada () Pálida |
| Deambulação: () Livre () Cadeira de rodas () Maca | |

Estratificação

- (X) Vermelho - atendimento imediato
() Verde - atendimento até 4 horas

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

Assinatura e carimbo do profissional





ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE REMÍGIO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
PRONTO ATENDIMENTO EUNICE LEAL DE SOUZA
RUA DR. LUIZ BRONZEADO, S/N
CENTRO - REMÍGIO - PB

Comunicação

Comunico o senhor
Francisco da Silva Lima,
39 anos, vítima de queda
de moto há cerca de 20 min,
sendo apresentado hipotímia
no momento do ocorrido.

Paciente alcoolizado.

acompanhante história histó-
rica de epilepsia, porém não
sabe informar sobre medicação
de uso contínuo. Refere dor
em hemiface ^(D).

Do exame: EGR, sinais de
alcoolismo, respira ar ambiente
saturando satisfatoriamente, he-
modinamicamente estável, cons-
ciente, orientada, ECG IS, pupi-
las isocólicas e fotoreagentes.
Círculo livre. Apresenta escoria-
ções em membros e face. Reba-
xamento em nível de supercílio
e zigomático direitos, hematoma
periorbital direito, epistaxe ^(D).

ASSINATURA DO MÉDICO E CARIMBO

DATA: 26/10/17

AO RETORNAR AO MÉDICO, TRAZER ESTA RECEITA





ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE REMÍGIO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
PRONTUÁRIO EUNICE LEAL DE SOUZA
RUA DR. LUIZ BRONZEADO, S/N
CENTRO - REMÍGIO - PB

- Pouco agitado, eupríctico, normocárdico, acianótico, anictérico.
- MV ⊕ em AHT, SIRA.
- RCR em 2T, BCNF, SLS.
- Abdome plano, depressível, indolor à palpação.

Encaminhado para avaliação neurológica + BMF.

SSVV = TA: 140x90 mmHg
HGT: 106 mg/dL
FC: 70 bpm
FR: 16 bpm
SatO₂: 92% em A.A.


- # Feito:
- 1) HV (2 acessos)
 - 2) Dipirona EV
 - 3) Sutura de ferimento aberto - contuso em superfície (D).
 - 4) ECGG.
- amante.

(
M. Raimundo Nunes Lima
RECEITA
PB 9273
12

STA RECEITA



Data da internação: 26/10/2017 Hora: 16:02:22

| | | | |
|--|---|---|--|
|  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 IVANEZ DA SILVA LIMA | | 6 - Nº DO PRONTUÁRIO 1531295 | |
| 7 - CARTÃO DO SUS 700105930117911 | 8 - DATA DE NASCIMENTO 04/06/1979 | 9 - SEXO Masc <input checked="" type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/> | |
| 10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL MARIA DAS NEVES | | 11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DE TELEFONE 83 98181660 | |
| 12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) R ABEL BARBOSA DA SILVA, 0, CEPILHO | | | |
| 13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Areia | | 14 - CÓDIGO MUNICIPAL 250110 | 15 - UF PB |
| | | 16 - CEP 58397000 | |
| JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO | | | |
| 17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Doença grave de 1/3 mil de fm</i> | | | |
| 18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Fraqueza e dor abdominal</i> | | | |
| 19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) | | | |
| 20 - DIAGNÓSTICO INICIAL | | | |
| 21 - CID 10 PRINCIPAL | | | |
| 22 - CID 10 SECUNDÁRIO | | | |
| 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS | | | |
| PROCEDIMENTO SOLICITADO | | | |
| 24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO | | 25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO | |
| 26 - CLÍNICA 26 | 27 - CARATER DA INTERNAÇÃO 02 | 28 - DOCUMENTO (X) CNS () CPF | 29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 980016276865198 |
| 30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE ALFREDO LUCAS NETO | | 31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 26/10/2017 | 32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) <i>Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 29/09/2020 12:32:40</i> |
| PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS) | | | |
| 33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO 34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO 35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO | 36 - CNPJ DA SEGURADORA 37 - Nº DO BILHETE 38 - SÉRIE | | 39 - CNPJ EMPRESA 40 - CNIE 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 / / | | 48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) | |
| 49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR | | | |





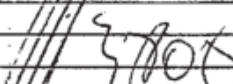
Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

| | |
|--------------------------------|--|
| Paciente: Ivanéz da Silva Lima | Idade: 38 anos |
| Convênio: S.V.S | Data: 07/11/17 |
| Procedimento: Redução Inguenta | |
| | |
| Cirurgião: Dr. Josué | Auxiliar: Anestesista: Dr. Roberto |
| Início: 07:20 | Término: 07:35 Anestesia Geral Balançada |

[illegible][illegible]

Observações:

23 ABR. 2013
PROTOCOLO *
AG. JOÃO PESSOA


Assinatura Anestesista

Circulante

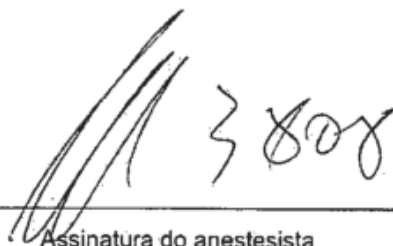
Relatório de Operação

MOD. 103



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 | | 2 |
| Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispneia = 1 Respiração profunda e tosse = 2 | | 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 | | 2 |
| Sat O2 < 90 com oxigênio = 0 Sat O2 > 90 com oxigênio = 1 Sat O2 > 92% sem oxigênio = 2 | | 2 |
| Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2 | | 2 |
| TOTAL DE PONTOS: | | 10 |


Assinatura do anestesista

COMPROVAÇÃO DE ATENDIMENTO
23 ABR. 2020
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



| | | | |
|--|-----------------------------------|---------------------------------|----------------|
| Nome do Paciente <i>Ivanez da Silva Lima</i> | | Nº Prontuário <i>1531245</i> | |
| Data da Operação <i>07/11-77</i> | Enf. | | Leito |
| Operador <i>José Roberto</i> | | 1º Auxiliar | |
| 2º Auxiliar | 3º Auxiliar | | Instrumentador |
| Anestesia <i>Maicis</i> | Tipo de Anestesia <i>Genol</i> | | |
| Diagnóstico Pré-Operatório <i>Furt. Ano Hipomieloma D</i> | | | |
| Tipo de Operação <i>Reduz Inocente</i> | | | |
| Diagnóstico Pós-Operatório <i>o mesmo</i> | | | |
| Relatório Imediato da Patologia <i>no laudo</i> | | | |
| Exame Radiológico no Ato <i>no laudo</i> | | | |
| Acidente Durante a Operação <i>no laudo -</i> | | | |

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras

- *Aspas internas;*
- *Colocação geral;*
- *Retirar o elemento posterior no*
- *caso de hemorragia livre;*
- *Curativo.*

Dr. Josué R. Cavalcante
CIRURGIÃO E TRAUMATOLOGISTA
BUCA E ORTODONTIA - CRO-668

23 ABR. 2010

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Mod. 018

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO



Diagnóstico

Erh. Aug. Zippin
Hedwig Zippin

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

| Paciente | Alojamento | Leito | Convênio |
|----------------------|------------|-------|----------|
| Wander da Silva Lima | | | 9-2 |

| Data | Prescrição Médica | Horário | Evolução Médica |
|------|--|-------------------|--|
| 07 | 1) Dieta Livre | | Paciente submetido a redução cirúrgica de fratura na região Epigastria direita. |
| 10 | 2) Sika salinizada | | |
| 14 | 3) Sifazona 1000 mg 4) Diclofenac 75 mg ET 5) Rivotril | Slw (14) | Submetido Rx com prolapso da face |
| | 6) Curativos locais | Guafetina (32) | |
| | | OP (04) | |
| | | | HKTZ. Dr. Josué R. Cavalcante CIRURGIÃO TRAUMATOLOGISTA BUCCO-MAXILO-FACIAL - CRM-669 |
| 08 | | | |
| 14 | | | |
| 17 | | | |

Atte. Los Angeles, SP

Dr. Josué R. Cavalcante
CIRURGIÃO TRAUMATOLOGISTA
BUCCO-MAXILO-FACIAL - CRM-669

NCD-03

CO. PREVID. E PENSÃO

23 ABR. 2013

PROTOCOLO +
AG. JOÃO PESSOA



Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

86

Fract. Fibrosa (A) +
Fibrosa e MLO (D)

Paciente: JUANET DA SILVA LIMA Alojamento: Leito: 9.2 Convênio:

| Data | Prescrição Médica | Horário | Evolução Médica |
|----------|--|--|--|
| 04/11/17 | <p>1) ATETA 200mg</p> <p>2) SP 0,4 100mg</p> <p>3) SC 5% 500mg</p> <p>4) ROLATA 10 EV 12/12h</p> <p>5) PLATE 20 mg EV 12/12h</p> <p>6) DILORONA 1g + 87/M EV 4/6h</p> <p>7) SSVV 200</p> <p>Dr. Fernando Portela Cirurgião e Traumatologista Bucodentofacial CRO-PA 4420</p> | <p>14h 06</p> <p>23/</p> <p>14h 06</p> <p>15h 06</p> <p>12h 18 2h 06</p> <p>AM</p> | <p>Ruif. 12º dia</p> <p>Pain to mouth BFG S/ Quil'XUS</p> <p>cf: bom aspecto cicatricial trus nos DA sutura e surgido</p> <p>(G) 1) Acumula curativo</p> <p>Dr. Fernando Portela Cirurgião e Traumatologista Bucodentofacial CRO-PA 4420</p> |

MOD. 035

23 ABR 2018
PROTOCOLO
AG JOAO PFC



Diagnóstico

Final. 1/3 method

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

| | | | | | | | |
|----------|----------------------|------------|---|-------|---|----------|--|
| Paciente | JUANET na Silva Lima | Alojamento | 9 | Leito | 3 | Convênio | |
|----------|----------------------|------------|---|-------|---|----------|--|

| Data | Prescrição Médica | Horário | Evolução Médica |
|----------|--|--|--|
| 05/11/12 | (1) Dor de cabeça (2) 3F Olan. 1000mg IV 56 c.c. 500mg 12/12h (3) Mocafen 1g IV 12/12h (4) Insuf. renal IV 12/12h (5) Dor de cabeça 10 + 8 + 20 6/6/12 (6) SSUV + 1000 | 500 500 18 18 52 18 7 06 11 | BNF 11/11/12 1F. Fez o Bon Astero e a t. em 10 cur. e a med. a t. em 10 |
| | Dr. Fernando Portela Cirurgião e Traumatologista Bycomaxilolgia CRO-PB 4420 | | Dr. Fernando Portela Cirurgião e Traumatologista Bycomaxilolgia CRO-PB 4420 |

NOB. 625

23 ABR. 2010
PROTOCOLO
AG JOAO PESSOA



Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

85

F7 $\frac{1}{3}$ miles

| | |
|----------|-------------------------|
| Paciente | Tranquilo da Silva Lima |
|----------|-------------------------|

| | |
|------------|-------|
| Alojamento | 9 - 2 |
|------------|-------|

Leito

Convênio

| Data | Prescrição Médica | Horário | Evolução Médica |
|-------|---|-------------------|---|
| 02/11 | 1. Dieta Proteica Líquida 2. SF 0,9% 1000ml EV 8/12h 3. SG 5% 500ml EV 12/12h 4. R. perf. 1 g EV 12/12h 5. Zidovudina 2mg/kg AD EV 6/6h 6. SNUV + CCEB | 18h 19h 19h | # R.M.F. Paciente apresenta com estado geral, constante e orientado, com quadras. Mantém boas condições. |
| | Dr. Helder - Cirurgião Geral Cirurgia Bucal - Maxilo-Facial Implodontologia CRM 258441 | | Dr. Helder - Cirurgião Geral Cirurgia Bucal - Maxilo-Facial Implodontologia CRM 258441 |

MOD. 83

23 ABR. 2010
PROTOCOLO
AG JOAO PESSOA



Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

0.1C
0.1C

Thet. 1/3 meter d.f. @

| | | | | | | | |
|----------|---------------------|------------|--|-------|--|----------|-----|
| Paciente | Wanda da Silva Lima | Alojamento | | Leito | | Convênio | 9-2 |
|----------|---------------------|------------|--|-------|--|----------|-----|

| Data | Prescrição Médica | Horário | Evolução Médica |
|------------|---|---------|--|
| 04-11-2017 | <ol style="list-style-type: none"> 1) Dieta Livre 2) Fitoesoluzada 3) Rhoifin 160mg 1/12h 4) Clatril 200mg 2x1/12h 5) Amoxi 250mg 3x1/12h 6) Aspirina 100mg 1x1/12h 7) ZCC-B | 06:30 | B.M.F. |
| | | | <p>Exame realizado ortopedia de primeira foto pedista com parâmetro</p> |
| | | | <p>Dr. João de Deus Ribeiro Médico ORTODONTISTA CRM-SP 108.120</p> |
| | | | <p>ortofone 05/11</p> |
| | | | <p>Pt. cl. histórico de ort. e exames fonoaudiológicos RX de maxilar (PA.)</p> |
| | | | <p>Cr. Redução, invariante + RX controle ap. tela livre e folige</p> |
| | | | <p>Reavaliar 06/11</p> |

MOD. 03

23 ABR. 2313
PROTOCOLLO
AG. JOAO PESSOA



Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Exat. 1/3 médio free

Paciente: Suenoz de Silva Jesus Alojamento: 9 Leito: 2 Convênio:

| Data | Prescrição Médica | Horário | Evolução Médica |
|------------|-----------------------------|---------|----------------------|
| 09/09/2020 | 1) Dor de Lumb. Sacralizada | 08:00 | Exat. 1/3 médio free |
| 10/09/2020 | 2) Dor de Lumb. 12/11/12 | 08:00 | Exat. 1/3 médio free |
| 11/09/2020 | 3) Dor de Lumb. 12/11/12 | 08:00 | Exat. 1/3 médio free |
| 12/09/2020 | 4) Dor de Lumb. 12/11/12 | 08:00 | Exat. 1/3 médio free |
| 13/09/2020 | 5) Dor de Lumb. 12/11/12 | 08:00 | Exat. 1/3 médio free |
| 14/09/2020 | 6) Dor de Lumb. 12/11/12 | 08:00 | Exat. 1/3 médio free |
| 15/09/2020 | 7) Dor de Lumb. 12/11/12 | 08:00 | Exat. 1/3 médio free |
| 16/09/2020 | 8) Dor de Lumb. 12/11/12 | 08:00 | Exat. 1/3 médio free |
| 17/09/2020 | 9) Dor de Lumb. 12/11/12 | 08:00 | Exat. 1/3 médio free |
| 18/09/2020 | 10) Dor de Lumb. 12/11/12 | 08:00 | Exat. 1/3 médio free |
| 19/09/2020 | 11) Dor de Lumb. 12/11/12 | 08:00 | Exat. 1/3 médio free |
| 20/09/2020 | 12) Dor de Lumb. 12/11/12 | 08:00 | Exat. 1/3 médio free |
| 21/09/2020 | 13) Dor de Lumb. 12/11/12 | 08:00 | Exat. 1/3 médio free |
| 22/09/2020 | 14) Dor de Lumb. 12/11/12 | 08:00 | Exat. 1/3 médio free |
| 23/09/2020 | 15) Dor de Lumb. 12/11/12 | 08:00 | Exat. 1/3 médio free |
| 24/09/2020 | 16) Dor de Lumb. 12/11/12 | 08:00 | Exat. 1/3 médio free |
| 25/09/2020 | 17) Dor de Lumb. 12/11/12 | 08:00 | Exat. 1/3 médio free |
| 26/09/2020 | 18) Dor de Lumb. 12/11/12 | 08:00 | Exat. 1/3 médio free |
| 27/09/2020 | 19) Dor de Lumb. 12/11/12 | 08:00 | Exat. 1/3 médio free |
| 28/09/2020 | 20) Dor de Lumb. 12/11/12 | 08:00 | Exat. 1/3 médio free |
| 29/09/2020 | 21) Dor de Lumb. 12/11/12 | 08:00 | Exat. 1/3 médio free |
| 30/09/2020 | 22) Dor de Lumb. 12/11/12 | 08:00 | Exat. 1/3 médio free |
| 01/10/2020 | 23) Dor de Lumb. 12/11/12 | 08:00 | Exat. 1/3 médio free |
| 02/10/2020 | 24) Dor de Lumb. 12/11/12 | 08:00 | Exat. 1/3 médio free |
| 03/10/2020 | 25) Dor de Lumb. 12/11/12 | 08:00 | Exat. 1/3 médio free |
| 04/10/2020 | 26) Dor de Lumb. 12/11/12 | 08:00 | Exat. 1/3 médio free |
| 05/10/2020 | 27) Dor de Lumb. 12/11/12 | 08:00 | Exat. 1/3 médio free |
| 06/10/2020 | 28) Dor de Lumb. 12/11/12 | 08:00 | Exat. 1/3 médio free |
| 07/10/2020 | 29) Dor de Lumb. 12/11/12 | 08:00 | Exat. 1/3 médio free |
| 08/10/2020 | 30) Dor de Lumb. 12/11/12 | 08:00 | Exat. 1/3 médio free |

23 ABR. 2013
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Diagnóstico

Fract. $1/3$ Median In face

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

| | | | | | | | |
|----------|-----------------------|------------|---|-------|---|----------|--|
| Paciente | Leandro da Silva Lima | Alojamento | 9 | Leito | 2 | Convênio | |
|----------|-----------------------|------------|---|-------|---|----------|--|

| Data | Prescrição Médica | Horário | Evolução Médica |
|----------|---|---|---|
| 31/10/13 | <p>1) Dieta Vorzom.</p> <p>2) S.F. 9m 8l. 1200ml ev 20/11/13</p> <p>3) Recup. 1x ou 12/12/13</p> <p>4) Desmama 4m ou 12/12/13</p> <p>5) Duplex 24 + 42 ou 6/11/13 5/11</p> <p>6) SSUVICC 9g</p> | <p>18</p> <p>19</p> <p>20</p> <p>21</p> <p>22</p> <p>23</p> <p>24</p> | <p>BUTF. Recup. no 6.º V.</p> <p>em BEF, não foram</p> <p>seguidos os procedimentos</p> <p>a. 01/11/13</p> <p>Recup. em.</p> <p>Ola: Gerson Jr. Especial</p> <p>de Nucleo 6.º</p> |
| | <p>Dr. Francisco Antonio de Moraes</p> <p>CRUSP B.B. MAXILO FACIAL</p> <p>CNO - 93.1.326</p> | | <p>Dr. Francisco Antonio de Moraes</p> <p>CRUSP B.B. MAXILO FACIAL</p> <p>CNO - 93.1.326</p> |

MCD 83

23 ABR. 2013
PROTOCOLO*
AG. JOÃO PESSOA



Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

| | | | | | | | |
|----------|-----------------------|------------|-----|-------|--|----------|--|
| Paciente | Francis da Silva Lima | Alojamento | 9-2 | Leito | | Convênio | |
|----------|-----------------------|------------|-----|-------|--|----------|--|

| Data | Prescrição Médica | Horário | Evolução Médica |
|----------|--|---------|--|
| 01.11.17 | <p>1) Dietz pastora</p> <p>2) SF 0,9% 1000ml (2) 5/8L determinado 23/08</p> <p>Sb 5% 500ml</p> <p>3) Roulin 1g (2) 21/08</p> <p>4) Flutic 2g (2) 21/08</p> <p>5) Imiprone 2g 1-2 (2) 5/6L</p> <p>6) SSW + C 166</p> <p>Dr. Rafael Goulart Gremião Clínico de Dermatologia R. João Manoel Facini CRP 3384</p> | 08:00 | <p>Base</p> <p>PTG</p> <p>perceber</p> <p>perceber</p> <p>Dr. Rafael Goulart Gremião Cirurgião e Traumatologista R. João Manoel Facini CRP 3384</p> |

MDD 2

23 ABR. 2013
PROTOCOLO*
AG. JOÃO PESSOA



Diagnóstico

First $\frac{1}{3}$ Median & for

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

| | | | | | | | |
|----------|----------------------|------------|---|-------|---|----------|--|
| Paciente | Leonor da Silva Lima | Alojamento | 9 | Leito | 2 | Convênio | |
|----------|----------------------|------------|---|-------|---|----------|--|

| Data | Prescrição Médica | | Horário | Evolução Médica |
|---------|---|---------|---------|-----------------------|
| 30/1/71 | ① Dente Abaixo | | | BUP |
| | ② SF 0,87. 10mm x 1,50 | X | 3% | Vacub no S.D/H |
| | SF 51. 50cm 100mm | X | 0% | uma Borg, elemento de |
| | ③ Rocição 1g 60 12/12/71 | (B) 8/9 | | dent e a Perna, a |
| | ④ Dorocytosoma 4 g 20 8/12/71 | (M) 8/9 | 0% | aparece a epiderme C |
| | ⑤ Telo 120 g 60 12/12/71 | (L) 8/9 | | Angela. |
| | ⑥ Diferença 20 + 100 12/12/71 | 12 | | |
| | ⑦ 55W/PC ft | 12 | | |
| | Dr. Francisco de Paula Cirurgião Dentista CRM - PB. 1.023 | | | |

MCO. 01

COMPREVEIO DE ATENDIMENTO
23 ABR. 2013
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



Diagnóstico

Fratura 1/3 médio

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente Ismael da Silva Lima Alojamento 4-2 Leito Convênio

| Data | Prescrição Médica | Horário | Evolução Médica |
|----------|--|---|--|
| 29/10/17 | <ol style="list-style-type: none"> 1) Dieta Líquida 2) SE 0,9% 1000ml > E.V. Lento 3) SE 5% 500ml alternado 4) Escopol 1g E.V. 12/12h 5) Dexametasona 4mg 8/8h 6) Hialil 20mg E.V. 12/12h 7) D.P. 2ml + 8ml Ab E.V. 6/6 5/10 8) SSVF + CCGG | <div> <div>3</div> <div>22</div> <div>21</div> </div> | <p>BMF:</p> <p>Paciente no 4: BIA com contusão, apresentando edema, com relato de dor intensa na região da moxeta direita, apresentando equimose subconjuntival em olho direito.</p> <p>Exatidão com reação de edema, aguardando oportunidade cirúrgica.</p> |

W20.025

COLEPREVIE
23 ABR 2013
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Fratura de 1/3 médio

Paciente: Joang da Silva Lima Alojamento: 9 Leito: 21 Convênio:

| Data | Prescrição Médica | Horário | Evolução Médica |
|----------|---|---|--|
| 28/10/11 | <p>① Dente fraturado</p> <p>② SFO 5/1000ml → EV, lentos</p> <p>56 5% 500ml Alentejo</p> <p>③ Doripen 1g EV 12/12h</p> <p>④ Hidrocortisona 500mg EV 6/6h</p> <p>⑤ Nitrocl 20mg EV 12/12h</p> <p>⑥ Dipirona 500mg + 1mg A/D 6/6h</p> <p>⑦ SS IV + CCG-6</p> | <p>12/12h</p> <p>12/12h</p> <p>12/12h</p> <p>12/12h</p> <p>12/12h</p> <p>12/12h</p> | <p># Bmt</p> <p># 2º DPH</p> <p>Tratamento odontológico realizado de acordo com o protocolo ①; nos próximos dias aguardar a melhora da quadro para planejamento cirúrgico.</p> |

Mário César Furtado da Costa
Cirurgia e Traumatologia
Bucco-Maxilo-Facial
CRB: 49311P6

Mário César Furtado da Costa
Cirurgia e Traumatologia
Bucco-Maxilo-Facial
CRB: 49311P6

COMPROVAÇÃO DE RECEBIMENTO
22 ABR. 2013
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

9-2

Fr. 1/2 medido

Paciente Ivanete da Silva Lima Alojamento 9 Leito 9 Convênio


| Data | Prescrição Médica | Horário | Evolução Médica |
|----------|---|---------|---|
| 27.10.17 | 1) Dieta <u>pastosa</u> | | BME 2º D/H. |
| | 2) SE O.P.V. 1000mg / 8/8h | | Quase de dor. |
| | 3) Rofepir 1g @ 12/12h | | Adesão importante para o tratamento |
| | 4) Hidroclorotiazida 200mg @ 6/6h | | D. transiente Hidroclorotiazida |
| | 5) Paracetamol 500mg @ 6/6h | | após conduta p/ analg. |
| | 6) Dipirona 500mg + 20 @ 6/6h | | |
| | 7) SSUV + C.C. 66 | | |
| | <i>Dr. Rafael Góes Chempel</i> Clínica Buco Maxilo Facial Implantes Dentais CRO/PA - 334 | | <i>Dr. Rafael Góes Chempel</i> Clínica Buco Maxilo Facial Implantes Dentais CRO/PA - 334 |

WOD. 035

COMPREVECE
23 ABR. 2013
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESS.



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

| | | | | | | |
|---|----------------------|-----------------------|------------------------------|-------------------------|--|---|
| PACIENTE: <i>Juaniz da Silva Lima ON 04/06/79</i> | | | | | |  GOVERNO DA PARAÍBA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes |
| QI | LEITE <i>Sala 01</i> | CONVÊNIO <i>S.V.S</i> | IDADE <i>38 anos</i> | REGISTRO <i>1531245</i> | | |
| CIRURGIA <i>Redução Incremento</i> | | | CIRURGIÃO <i>Dr. Josuel</i> | | | |
| ANESTESIA <i>Cesal Balanceada</i> | | | ANESTESIA <i>Dr. Roberto</i> | | | |
| INSTRUMENTADORA | | DATA <i>07/11/17</i> | INÍCIO <i>07:35</i> | FIM <i>07:50</i> | | |

| Qtd. | MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS | | Bolsa Colostoma | Qtd. | FIOS | CÓDIGO |
|-----------|--------------------------|-----------|----------------------------------|-----------|---------------------------|--------|
| | Adrenalina amp. | <i>01</i> | Catel. p/ Óxg. | | Catgut cromado Sertix | |
| | Atropina amp. | | Catel. De Urinar Sist. Fech. | | Catgut cromado Sertix | |
| | Diazepam amp. | <i>01</i> | Compressa Grande | | Catgut cromado Sertix | |
| | Dimore amp. | | Compressa Pequena | | Catgut Simples | |
| | Dolantina amp. | | Colonoide | | Catgut Simples Sertix | |
| | Efrane ml | | Dreno | | Catgut Simples Sertix | |
| | Fenegan amp. | | Dreno Kerr nº | | Catgut Simples Sertix | |
| | Fentanil ml | | Dreno Penrose nº | | Cera p/ osso | |
| | Inova ml | | Dreno Pezzer nº | | Ethibond | |
| | Ketalar ml | <i>01</i> | Equipo de Macrogotas | | Ethibond | |
| | Mercaina % ml | | Equipo de Macrogotas | | Ethibond | |
| | Nubahin amp. | | Equipo de Sangue | | Fio de Algodão Sertix | |
| | Pavulon amp. | | Equipo de PVC | | Fio de Algodão Sertix | |
| | Protigmine amp. | <i>05</i> | Espandrapo Larco cm | | Fio de Algodão Sutupak | |
| | Protóxido l/m | <i>05</i> | Furacim ml | | Fio de Algodão Sutupak | |
| | Quelicin ml | | Gase Pacote c/ 10 unidades | | Fila cardiaca | |
| | Rapifen amp. | | H ₂ O ₂ ml | | Mononylon | |
| | Thionembul ml | | Intracath Adulto | | Mononylon | |
| | Tracrium amp. | | Intracath Infantil | | Prolene Sertix | |
| Qtd. | MEDICAÇÕES | <i>01</i> | Lâmina de Bisturi nº 23 | | Prolene Sertix | |
| | Água Destilada amp. | | Lâmina de Bisturi nº 11 | | Prolene Sertix | |
| | Decadron amp. | | Lâmina de Bisturi nº 15 | | Prolene Sertix | |
| | Dipirona amp. | | Luvax 7.0 | | Vicryl Sertix | |
| | Flaxidol amp. | | Luvax 7.5 | | Vicryl Sertix | |
| | Fiebo cortid amp. | | Luvax 8.0 | | Vicryl Sertix | |
| | Geramicina amp. | <i>05</i> | Luvax 8.5 <i>Procid.</i> | | | |
| | Glicose amp. | <i>05</i> | Oxigênio l/m | | | |
| | Glucon de Cálcio amp. | | Poliflix | | | |
| | Haemacel ml. | <i>05</i> | PVPI Degemante ml | | | |
| | Heparema ml. | | PVPI Tópico ml. | Qtd. | SOROS | |
| | Kanakion amp. | <i>05</i> | Sabão Antisséptico | | SG Normotérmico fr 500 ml | |
| | Lasix amp. | | Saco coletor | | SG Gelado fr 500 ml | |
| | Medrothinazol. | <i>01</i> | Seringa desc. 10 ml | | SG Hipertérmico fr 500 ml | |
| | Plasil amp. | <i>01</i> | Seringa desc. 20 ml | | SG Ringr fr 500 ml | |
| | Protamina | <i>01</i> | Seringa desc. 05 ml | <i>01</i> | SG fr 500 ml | |
| | Revivan amp. | | Sonda | | | |
| | Stuptanon amp. | | Sonda folley | Qtd. | ORTESE E PRÓTESE | |
| | Cefalotina 1g | | Sonda Nasogátrica | | | |
| <i>01</i> | <i>Procidol</i> | | Sonda Uretral nº | | | |
| <i>01</i> | <i>Fentanil</i> | | Sterydrem ml | | | |
| | | | Torneirinha | | | |
| Qtd. | MATERIAIS / SOLUÇÕES | | Vaselina ml | | | |
| | Agulha desc. 25 x 7 | | Gelcon 18 | | | |
| | Agulha desc. 28 x 28 | <i>02</i> | Látex | | | |
| | Agulha desc. 3 x 4,5 | <i>05</i> | <i>eletródos</i> | | | |
| <i>05</i> | Álcool de Enfermagem | | | | | |
| | Álcool Iodado ml | | | | | |
| | Ataduras de Crepon | | | | | |
| | Ataduras de Gessada | | | | | |
| | Azul metileno amp. | | | | | |
| | Benzina ml | | | | | |

21 ABR. 2017

PROTOCOLO

EQUIPAMENTOS

(X) Oxímetro de Pulso () Foco Axilar

() Serra () Eletrocautério

() Desfibrilador () Oxímetro

(X) Foco Frontal Fixo (X) Cardiomonitor

() Fonte de Luz () Perfurador Elétrico

Rosângela da C. Quintans

REC. de Enfermagem

CIRCULANTE RES. CONS. Nº 713.850

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

| HUECG | | HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES | | ENFERMARIA | LEITO | Nº PRONTUÁRIO | |
|---|---|---|-----------------------|--------------------------|---|----------------|---------------|
| FOLHA DE ANESTESIA | | NOME: <u>Francisco de Almeida</u> | | | IDADE: <u>38</u> | SEXO: <u>F</u> | COR: <u>P</u> |
| DATA: <u>08/11/17</u> | PRESSÃO ARTERIAL: <u>120/80</u> | PULSO: <u>72</u> | RESPIRAÇÃO: <u>18</u> | TEMPERATURA: <u>36,5</u> | PESO: | ALTURA: | |
| TIPO SANGÜÍNEO: | HEMÁCIAS: | HEMOGLOBINA: | HEMATÓCRITO: | GLICÊMIA: | UREIA: | OUTROS: | |
| URINA: | | | | | | | |
| AP. RESPIRATÓRIO | | | | | ASMA | | |
| AP. CIRCULATÓRIO | | | | | ELETROCARDIOGRAMA | | |
| AP. DIGESTIVO | | | DENTES | PESCOÇO | AP. URINÁRIO | | |
| ESTADO MENTAL | | | ATARÁXICOS | CORTICÓIDES | ALERGIA: <u>NS</u> | HIPOTENSORES | |
| DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: <u>Fratura de Anel 2 pontos (2)</u> | | | | | ESTADO FÍSICO: <u>ABR II</u> | | |
| ANESTESIAS ANTERIORES | | | | | | | |
| MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA | | | | APLICADA | ÀS | EFEITO | |
| <div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 50px; height: 50px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 10px;"> 07:35 </div> | | | | | | | |
| AGENTES ANESTÉSICOS | | | | | INDUÇÃO Satisf.: <u>Excit.</u> Tosse: <u>NS</u> Laringo espasmo: <u>NS</u> Lenia: <u>NS</u> Náuseas: <u>NS</u> Vômitos: <u>NS</u> Outros: <u>NS</u> | | |
| LIQUIDOS | | | | | MANUTENÇÃO <u>Propofol - 0,1%</u> <u>Petl - 0,2%</u> <u>O2 - 3L</u> | | |
| CÓDIGOS | | | | | ANESTESIA SATISF: <u>Sim</u> Não <u>NS</u> Não, por quê? <u>NS</u> | | |
| VP. ARTERIAL: O - PULSO: O - RESPIRAÇÃO: O - OPERAÇÃO: O - ANESTESIA: O - OPERAÇÃO: O | | | | | DESPERTAR Reflexos na SO: <u>Excit.</u> Obstr.: <u>NS</u> Co2: <u>NS</u> Excit.: <u>NS</u> Náuseas: <u>NS</u> Vômitos: <u>NS</u> Outros: <u>NS</u> | | |
| SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES | <div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 100px; height: 50px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 10px;"> oxipho </div> | | | | CONDIÇÕES: <u>33 AB 2-10</u> Com cânula: <u>Sim</u> Não <u>NS</u> Paro o Leito: <u>Sim</u> Não <u>NS</u> | | |
| POSICÃO | <u>Propofol + Petl + O2</u> <u>Genl. Endobucal</u> <u>Redução de pressão</u> <u>A. de Anel Comelco</u> <u>2. P. de Anel - Alveo - 302</u> | | | | PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA | | |
| AGENTES | | | | | CÂNULAS | | |
| TÉCNICA | | | | | | | |
| OPERAÇÃO | | | | | | | |
| CIRURGIÕES | | | | | | | |
| ANESTESISTAS | | | | | | | |
| OBSERVAÇÕES | | | | | | | |
| ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS. | | | | | PERDA SANGÜÍNEA | | |

MOD. 068

FOLHA DE ANESTESIA - SRPB



ATESTADO

ATESTAMOS PARA OS DEVIDOS FINS QUE O(A) SR. (A):

PORTADOR(A) DA CARTEIRA PROFISSIONAL Nº. _____

SÉRIE _____ ESTEVE INTERNADO(A) NESTA UNIDADE HOSPITALAR SUBMETENDO-SE A

TRATAMENTO ESPECIALIZADO DE ENTIDADE NOSCLOGICA DE Nº. _____ NO CID. DURANTE

NECESSITANDO DE

Ass. do Paciente ou Responsável

Ass. do Paciente ou Responsável

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____ autorizo o

Dr. _____ a registrar o diagnóstico

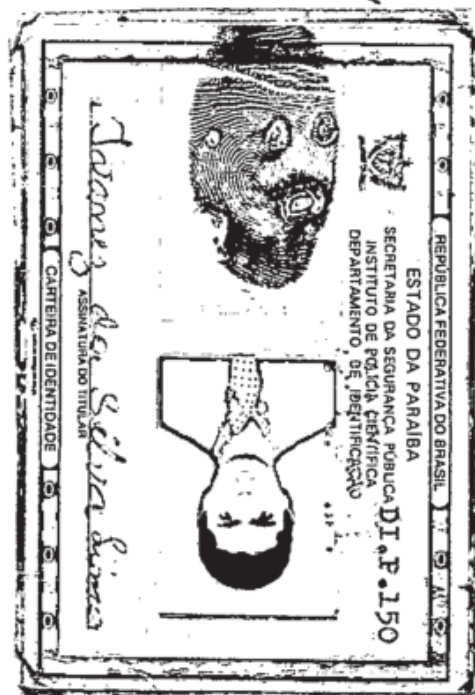
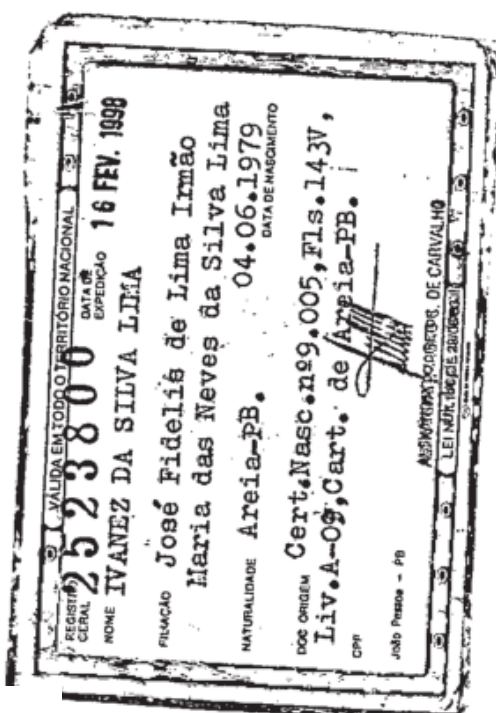
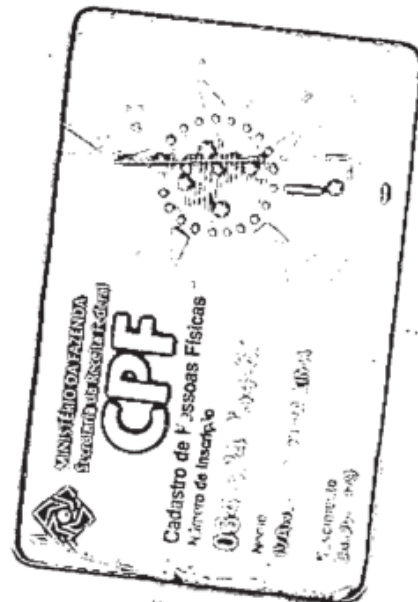
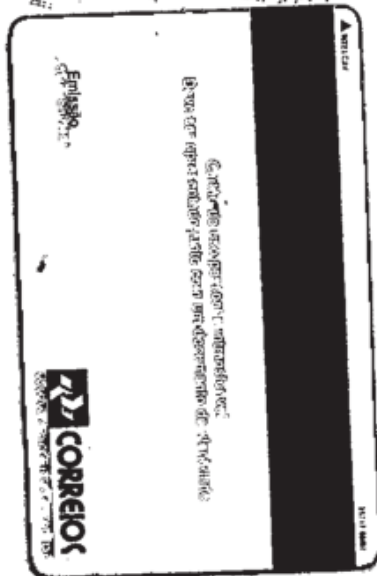
codificado CID ou por extenso neste atestado médico

Ass. do Paciente ou Responsável

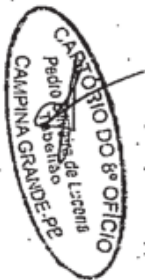
MSD 001



AG. JOAO PESSOA
PROTOCOLO
23 AGO. 2010



SELO DIGITAL: AF144366-70JS
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>



CARTÓRIO DO 8º OFÍCIO DE NOTAS
Rua Marques do Herval, 83 - Centro Fone: 3341-6035
CNPJ: 09.365.545/0001-76
Bcl. Pedro Oliveira de Lucena
Campina Grande - **28-06-17**

Bcl. Pedro Oliveira de Lucena
Tabelião

TEM FÉ PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 12768720

USO OBRIGATÓRIO
IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS
(Art. 13 da Lei nº 8.900/94)



ASSINATURA DO TABELIÃO
Pedro Oliveira de Lucena



NOTIFICAÇÃO


ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL
CONSELHO REGIONAL DA PARÁLIA
IDENTIDADE DE ABOGADO

INACIO BRUNO SARMENTO

FRANCISCO BRUNO E SILVA
MARIA AUXILIADORA SARMENTO

OUTRO DIAVA-20
211933 - SSP/PA
Número de Registro e Titulo
038.781.814-00
Data de Emissão
24/10/1978

21472



23 ABR. 2013
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADIAS

DETRAN - PB Nº 8615074630
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
VIA - COM. PREZ. 20100500000339-0
1 71152888-6 00/00000000 2010

MACILIO FLORENCIO DA SILVA

02312501422 PLACA DMX7091/PB

NOVO PB 9C2JC250XWR104142

HONDA/CG 125 TITAN 1998
COR: VERDE

2 P/125 /CI PARTIC VERDE

IPVA ISENTO 00/00/0000
FACILITADA 0

REST. BENEFITARIO

AREIA PB 04/02/2010

90081

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

PB Nº 8615074630 BILHETE DE SEGURO DPVAT

MACILIO FLORENCIO DA SILVA

02312501422 MMX709T/PB

BILHETE DE SEGURO DPVAT

PB Nº 8615074630 2010/04/02/2010

MACILIO FLORENCIO DA SILVA

02312501422 MMX709T/PB

71152888-6 GAS HONDA/CG 125 - TITAN

ANO FAB 1998

SEGURO

Seguradora: Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A

90081

23 ABR 2010
FOTOCOPIADO
AG. JOAO PESSOA



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180184408 **Cidade:** Areia **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: IVANEZ DA SILVA LIMA **Data do acidente:** 26/10/2017 **Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

PARECER

Diagnóstico: fratura de zigoma direito

Descrição do exame médico pericial: SEM SEQUELA

Resultados terapêuticos: redução incruenta de fratura do zigoma

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data da perícia: 07/05/2018

Conduta mantida:

Observações: REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -

Médico examinador: BRUNO BEZERRA BRILHANTE

CRM do médico: 6492

UF do CRM do médico: PB

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

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: JANICE DE ALMEIDA PINTO MIGUEZ

CRM do médico: 52.63583-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180184408 **Cidade:** Areia **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: IVANEZ DA SILVA LIMA **Data do acidente:** 26/10/2017 **Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/05/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA CRANIOFACIAL

Resultados terapêuticos: DEPENDE DE PERÍCIA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: DOCUMENTAÇÃO EM ANEXO INSUFICIENTE PARA VALORAÇÃO SEGURA

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

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: DORIAN BRAGA SARAIVA

CRM do médico: 52.32571-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

Dorian Braga Saraiva

