



Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU GILBERTO AUGUSTO DOS SANTOS

PORTADOR(A) DO RG Nº 3362634 EXPEDIDO POR SSPB EM 14 / 11 / 85 E
CPF 566564935-68 / CNPJ 0000000000-0000-00. PROFISSÃO AGRICULTOR
E RENDA MENSAL DE R\$ 934,00 (**) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA R\$ 13.500,00. AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

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

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

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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 001 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 024-4 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 33.110-4

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

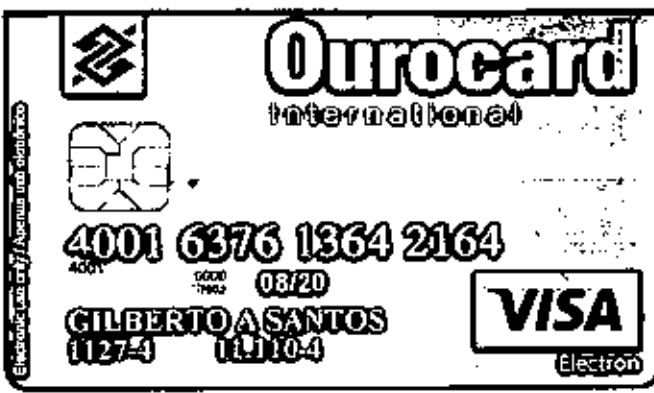
Santa Luzia 03 de Outubro de 2014
LOCAL E DATA

Gilberto Augusto dos Santos
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsugurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



SEBASTIÃO LIPER DEPART LF 30-OUT-2017 09:58 361770 1/1

Estado da Paraíba
Secretaria da Segurança e da Defesa Social
Delegacia Geral de Polícia Civil
3ª Superintendência Regional de Polícia
15ª Delegacia Seccional de Polícia Civil
Delegacia de Polícia de Santa Luzia/PB



Boletim de ocorrência



CERTIDÃO

CERTIFICADO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo o Registro de Ocorrências desta Delegacia, encontrei a Ocorrência Policial Nº 414/17, cujo teor passa a transcrever na íntegra: Aos **DOIS** dias do mês de **AGOSTO** do ano de **DOIS MIL E DÉZESSETE**, nesta cidade de Santa Luzia/PB, no Cartório desta Delegacia Distrital, onde presente estava a Autoridade Policial, **RÔNIS FERNANDES FEITOSA**, Delegado de Polícia Civil, comigo Escrivão, ao final assinado às 15h10min compareceu **GILBERTO AUGUSTO DOS SANTOS**, brasileiro (a), casado (a), agricultor, com 50 anos de idade, nascido (a) aos 20.04.61967, natural de São José do Sabugi - PB, filho (a) de: Pedro Augusto dos Santos e Luzia Cesária Dantas dos Santos, residente no Sítio Rivera, S/N, Zona Rural, São José do Sabugi - PB, portador (a) da cédula de identidade RG nº 1.162.634 – SSP/RN, CPF nº 566.567.935-88, fone 83-9-9927-1725, a fim de prestar a seguinte Ocorrência: Que, no dia 29.01.2017, por volta das 21h30min, quando trafegava na estrada carroçável que liga a sede do Município ao Sítio Rivera, em uma motocicleta Marca: **HONDA/CG 150 TITAN MIX KS**, Ano: 2010/2010, Cor: **VERMELHA**, Chassi: **9C2KC1610AR062983**, Placa: **NOK-8639/PB**, licenciada em nome de: **GILBERTO AUGUSTO DOS SANTOS**, tendo caído ao chão, sendo conduzido inicialmente para o **HOSPITAL E MATERNIDADE SINHA CARNEIRO**, Ficha de Atendimento Ambulatorial nº 67.320 de 30/01/2017 e em seguida transferido para o **HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES**; da cidade de Campina Grande – PB, conforme **ATENDIMENTO URGÊNCIA PRONT. (B.E.) Nº 1.375.150 DE 30/01/2017**. Nada mais havendo a constar encerro a presente certidão que, lida e achada conforme, vai devidamente datada e assinada por mim. Eu, Escrivão de Polícia, que o digitei. O referido é verdade. Dou fé.

TERMO DE RESPONSABILIDADE: DECLARO ASSUMIR INTEIRA RESPONSABILIDADE CIVIL E CRIMINAL,
referente ao Registro da Ocorrência supra, que deu origem a presente Certidão (Artigo 299, do C.P.B. – Falsidade Ideológica – Pena: Reclusão de 1 (um) a 5 (cinco) anos).

Notificante: Gilberto Augusto dos Santos

Santa Luzia/PB, 02 de Agosto de 2017.

APC – IREMAR FARIAS DE FIGUEIREDO
Matricula: 133.148-5.

CA Cartório Andrade 2.º Ofício
Serviço Notarial e Registral

Rua: Abílio Nóbrega, 53, Centro,
Santa Luzia-PB, CEP - 58600-000.
E-mail: cartoriosundtrade@outlook.com.br

Autentico a presente copia, reproducao fiel do original que se foi
apresentado. Em testemunho da verdade.

Santa Luzia-FB 19/09/2017 15:47:59.

Luzia Messias dos Santos Medeiros - Substituto

[2017-003149] ENCL:R\$ 2,31 FAFSEN:R\$ 4,27 FEPU:R\$ 0,46

SELO DIGITAL: AFT26664-L716

Confira a autenticidade em <https://seledigital.tiob.nus.br>

2. Ofício de Notas
Luzia Regina dos Santos Medeiros
Tubarão, Sulistauro

SEBASTIÃO LIDRUPANI LP

35-001-2817 89:48 361726 1/1

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



REGISTRO CIVIL

ESTADO DE Paraíba
MUNICÍPIO DE Santa Luzia
DISTRITO DE Santa Luzia

Zuleika do Introcínio Fernandes

Escrivão do Registro Civil

Certidão de Casamento

CERTIFICO que, sob o n.º 2.199, às fls. 73, do livro n.º B - 10
de Registro de Casamentos, verifiquei constar que no dia 19 de outubro
de 1989, foi feito o casamento de ILBERTO AUGUSTO DOS SANTOS e ROSINEIDE
NASCENIA DOS SANTOS, que continuará usando o mesmo nome
contralado perante o Juiz de Paz e Sr. José André da Lobreira
e as testemunhas Maria de Lourdes da Silva

Ela, nascida município de São José do Sabugi - Paraíba
aos 10 de abril de 1.967
profissão agricultor, residente e domiciliado

sítio Rivera, mun. de São José do Sabugi, desta Comarca, filho de
Pedro Augusto dos Santos e Luzia Cesária Dantas dos Santos,
paraibanos, residentes no mun. de São José do Sabugi, desta Comarca

Ela, nascida município de São José do Sabugi - Paraíba
aos 17 de fevereiro de 1.970

profissão do lar, residente e domiciliada
sítio Rio da Oiz, mun. de São José do Sabugi, desta Comarca, filha de
Raniel Mascena dos Santos Filho e de Luzia Brasilina dos Santos,
paraibanos, residentes no mun. de São José do Sabugi, desta Comarca

Foram apresentados os documentos a que se refere o art. 180 N.os I à IV do Código Civil.
Observações: Casamento efetuado sob o regime da comunhão parcial de bens.

Certidão de casamento



O referido é verdade e dou fé.
Santa Luzia, 19 de outubro de 1989

Maria de Lourdes da Silva
p/ ESCRIVÃO Escrevente

30-AUT-2017 09:50 361771 V1

CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL
Zuleika do Introcínio Fernandes
Marta de Lourdes da Silva
SANTA LUZIA

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Declaração de Inexistência de IML



Eu, Gilberto Augusto dos Santos, portador da carteira de identidade nº 1162634 e inscrito no CPF/MF sob o nº 566567935-65, residente e domiciliado na R. Presidente Castelo Branco nº 98, Cidade Santa Luzia, Estado Pernambuco, 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:

- ☒ (x) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- ☐ () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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

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

Gilberto Augusto dos Santos

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Santa Luzia 03 outubro 2017

Local e data



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Gilberto Augusto dos SantosRG nº 1162634, data de expedição 14/11/85 Órgão SSP/PB

CPF nº 566.567.935-68, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Presidente Castelo Branco</u>
Número	<u>98</u>
Apto / Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>Erei Damigão</u>
Cidade	<u>Santa Luzia</u>
Estado	<u>PB</u>
CEP	<u>58600-000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 99927-1725</u>
E-mail	<u>gihoniamarcano@outlook.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Santa Luzia PB, 20/10/2012Assinatura do Declarante: Gilberto Augusto dos Santos

SUS **SINHA CARNEIRO** **FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL**
SANTA LUZIA - PB

Cnes: 2321122 CNPJ: 08.778.268/0006-75

NOME: HOSPITAL E MATERNIDADE SINHA CARNEIRO

ENDEREÇO: BONIFACIO NOBREGA, 775

CIDADE: SANTA LUZIA ESTADO: PARAIBA UF: 25

Atendimento: ACIDENTE DE TRANSITO (MOTO)

Paciente: GILBERTO AUGUSTO DOS SANTOS

Mae: LUZIA CESARIA DANTAS DOS SANTOS

Pai: PEDRO AUGUSTO DOS SANTOS

Nascimento: 20/04/1967 Idade: 49 Cor: BRANCA Sexo: M

Profissao: PRESIDENTE CASTELO BRANCO

Endereco: SAO JOSE

Cidade: SANTA LUZIA - PB - 58600-000 - 2513405

Naturalidade: Identidade: 1162634

CNS: 705-3094-3264-0690 Reg. Nasc.: 67320

CPF: 30/01/2017 02:05:28 Recoponista: ENEAS

Data / Hora: 30/01/2017 02:05:28 Ficha Número: 67320

PESO: 48.1 PA: 140.00 TEMP: 36.8

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO) HGT = 30.9

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS

☐ 01 - ELETIVO CARÁTER DO ATENDIMENTO

☐ 02 - URGÊNCIA

☐ 03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA

☐ 04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO

☐ 05 - OUTRAS LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

PROCEDIMENTO Descrição

DIAGNÓSTICO

CID-10

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO

1																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Encaminhamento

O paciente Gilberto A. Santos
 49 anos, foi encontrado na
 estrada por um parente,
 sem documentos, sem capa-
 cete, sem histórico (+) para al-
 codismo (sic). Ao exame:
 abre os olhos espontaneamente,
 olhos de maxímo, não visua-
 lizado recessos ológicos; no
 teste água... K6T = 309
 AR: MV @ SI NS SPDz 98%
 SA: FC: 87; PA = 140 x 90
 Paciente encontrado com
 suor, molhado, com sangue
 pelo corpo, estava sem capa-
 cete. Hipertenso e Diabético.
 Hematomas em corpo
 coberto com dor + acutua-
 de de dor + acutua-
 HD Politétra
 natureza de base
 de crânio?



ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL E MATERNIDADE SINHA CARNEIRO

PD: Petição
profuna de base de
cromo?

CD: Avaliação da
cir geral e
ortopedia

30/01/17
Dra. Fernanda M. P. Nobrega
Clínica Médica / Psiquiatria
CRM-PB 9254

SUS **#1.P**

ESTADO DA PARAIBA - SECRETARIA DE SAÚDE
FICHA DE ATENDIMENTO AMPLIATORIAL

CNES: 2605473 CNPJ: 08.778.268/0023/76

NOME: HOSPITAL REGIONAL DEP JANDUHY CARNEIRO

ENDEREÇO: RUA HORACIO NOBREGA, S/N

CIDADE: PATOS ESTADO: PARAIBA

UF: 25

Atendimento: ACIDENTE DE TRANSITO (MOTO)

Paciente: GILBERTO AUGUSTO DOS SANTOS

Idade: 48

Nascimento: 20/04/1967

Sexo: M

Profissão: AGRICULTOR(A)

Endereço: PERSIDENTE CASTELO BRANCO

Num: 88

Bairro: FREI DAMIAO

Fone: 83999209429

Cidade: SANTA LUZIA - PB - 58800-000 - 2513408

CNS: 705-3094-3264-0890

Identidade:

CPF: 705-3094-3264-0890

Reg. Nasc:

Data / Hora: 30/1/2017 03:18:58

Recepcionista: LUZIANA

Ficha Número: 168702

88816

PESO: PA: TEMP:

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

Anamnese resumida

A. val 5/ com

3:03: mto Apr

L: Esquela

D: um 25, 50

Exames realizados

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)

Sec. Municipal de Saúde

RESULTADOS

SERBIO0000 LINEAR DEPT UF - 20-AUT-2017 09:48 361736 1/1

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS

☐ 01 - ELETIVO CARÁTER DO ATENDIMENTO

☐ 02 - URGÊNCIA

☐ 03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA

☐ 04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO

☐ 05 - OUTRAS LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

PROCEDIMENTO Descrição

DIAGNÓSTICO

CID-10

MEDICAÇÃO ☐ 1. PRESCRITA ☐ 2. APLICADA

ENCAMINHAMENTO ☐ OBSERVAÇÃO ☐ RESIDÊNCIA ☐ OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO

1	0	3	0	1	0	6	0	0	6	1
2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Ass. dos Profissionais Assistentes - Carimbo

Médico / Cfm / Cns

TEOFILHO GREGORIO DE ANDRADE - 2563 - 700-0036-8099-3297

ASS. PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

Polígrafo Direto

ASS. REVISOR TÉCNICO - Carimbo

ASS. REVISOR ADMINISTRATIVO - Carimbo



ATESTADO MÉDICO

ATESTO que

foi atendido (às) hoje, às

horas, necessitando de

dias de afastamento do trabalho, à partir desta data.

DIAGNÓSTICO CID

Campina Grande,

Assinatura do Médico - CRM Nº

Dr. Marcos Wagner de S. F. 11
S
B 20 MAR. 2017 11
N
CRM-PB 00021/CRM-PS 44527



Dr. Alexandre Firmino

Médico Neurologista Efetivo da Academia Brasileira de Neurologia

CRM - 5724

Gilberto Araújo dos Santos:

Alexandre México

Aresta plac dentado traz
que o mesm exuma-se do minho

responsabil das medic; sequencia de
tce ave. tz crânio cupame
cl hematoma subdural após. do oxme
hemiparesia completa predomin em
membr inferior, stara misa

cio: 506

Alexandre Firmino
NEUROLOGIA CLÍNICA

12/09/17

SESSÃO LER MAR 17

28-01-2017 09:48 351731 1/1



GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO



REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME:

Gilberto A. do Amaral

DA CLÍNICA
A CLÍNICA

NEUROLOGIA
UT - 406/67

ENFERMARIA
LEITO

MOTIVO DA CONSULTA:

(ESPECIFICAR OS DADOS SOBRE OS QUAIS DESEJA OPINIÃO
E NUMERAR OS PRINCIPAIS SINTOMAS DO ENFERMO)

Instabilidade postural

21/10/17

DATA

Dr. Alexandre Firmino
NEUROLOGIA CLÍNICA
CRM 5725

ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE

PARECER:

DATA

ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA



HOSPITAL REGIONAL DE JANDUÍ CARNEIRO
RUA HORÁCIO NOBREGA, S/N
PÁTOIS PARAIBA (83) 3423-2741

Prontuario: 88816
Ocorrência: ACIDENTE DE TRÂNSITO (MOTO)

Data/Hora 30/11/2017 07:46:22

Servidor do Dr.:

Paciente GILBERTO AUGUSTO DOS SANTOS

Idade: 49 Sexo M

Filiação

Pai: PEDRO AUGUSTO DOS SANTOS
Mãe: LUZIA CÉSARIO DOS SANTOS

Endereço

Cidade: SANTA LUZIA - PB - 58600-000 - 2513406
Endereço: PERESIDENTE CASTELO BRANCO
Bairro: FREI DAMIAO
Naturalidade: SANTA LUZIA - PB
Fone: 03999209429

N.: 98

Documentos

CNS: 705-3094-3264-0690
Identidade: 1162634 SSPRN
CPF:
Reg. Nasc.:

Informações adicionais

Nascimento: 20/4/1967
Cor: PARDA
Estado Civil: CASADO(A)
Profissão: AGRICULTOR(A)

Responsável:

Rosemilda dos Santos

ANAMNESE: (História da Moléstia atual, antecedentes pessoais, antecedentes hereditários)

diabete, hipertensão, doença autoimune (MUSC)

EXAMES OBJETIVOS: (Inspeção geral, exame da região afetada, exame dos diversos aparelhos)

Ex. físico: ECG, testes, exames de urina, sangue, imunologia.

Ex. Neurologia: tomografia, EEG, exame corporal

EXAMES COMPLEMENTARES: (Raio X, laboratório)

Ex. com perna e etc

Diagnóstico:

Poliomiosite / TE muscular

Motivo da Alta:

Resultado: () Salvo Curado () Melhorado () Falecido () Transferido Em,

Recepcionista: RICARDO

Dr. Alexandre
Neurologista
CRM 5174



GOVERNO DA PARAÍBA
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE



HOSPITAL REGIONAL "DEP. JANDUHY CARNEIRO"

Gilberto A. dos Santos

Encominhamento
NEUROCIRURGIA

Paciente sem de ausência
de ambliopia TC crânio
comparar a hematoma subdural
laminar apud

Dr. Alexandre Firmino
NEUROLOGIA CLÍNICA
CRM 5724

ENCAMINHADO

Rua Horácio Nóbrega, S/N - Belo Horizonte
Tel.: (83) 3423-2741 - Patos - PB.



FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Collete Augusta da Silva	Alojamento		Leito	18	Convênio	
----------	--------------------------	------------	--	-------	----	----------	--

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
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

[illegible]

SEAFARERS LINE PRINT L 36-007-2017 89:49 361743 1/1

SEBASTIAN LIVER POINT LE 36-DIT-2017 09:49 361743 1/1

SE88R00021 LINDER PRINT LF 36-007-2017 09:49 361743 1/1

SE88880821 LINDER SPEND LF 36-01-2017 09:49 361743 1/1

SE8980089 LINE# 09001 LF 36-007-2017 09:49 361743 1/1

SE88880881 LINDER PRINT LF 36-007-2017 09:49 361743 1/1

SEARCHED INDEXED SERIALIZED FILED
JUN 07 2017 09:49 361743 1/1

SE88R00001 LINE# 00001 LF 36-007-2017 09:49 361743 1/1

SE89R00000 LINDER PRINT LF 26-07-2017 09:49 361743 1/1

SEARCHED INDEXED SERIALIZED FILED
JUN 07 2017 09:49 361743 1/1

SECRETOR2 L10K 0001 LF 26-01-2017 09:49 361743 1/1

SERVIÇOS REALIZADOS:

IDABE

11

CHILL

1111

GOVERNO
DA PARAIBASECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Ficha de Acolhimento

Nome:	Ciberto Augusto dos Santos		
End:	Praça Batista Moura Baixo 98		
Data de Nascimento:	20-04-67	Documento de Identificação:	970 80000000
Queixa:	Queda	Data do Atend.:	30.01.14
Acidente de trabalho?	() Sim	(x) Não	Hora: 21.42 Documento:

Classificação de Risco

Nível de consciência:	() Bom	() Regular	() Baixo	Aspecto:	() Calmo	() Fâceis 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

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

Assinatura e carimbo do profissional

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	C. Roberto Augusto dos Santos		
Alojamento	Verbas		
Leito	18		
Convênio			

[illegible]



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA VERMELHA

BOLETIM DE ENFERMAGEM	
1. NOME:	<i>Gilberto Augusto dos Santos</i>
IDADE:	<i>39</i> SEXO: ☒ M ☐ F DATA DE NASCIMENTO: <i>01/10/1977</i> as : h
SETOR:	<i>A. Vermelha</i> LEITO: <i>18</i>
2. DIAGNÓSTICO MÉDICO: <i>TCE + HSDA</i>	
3. HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:	
4. ALERGIAS: SIM ☐ NÃO ☐ QUAIS:	
5. USO DE DISPOSITIVO:	SONDAS: SVD ☐ SNG ☐ SOG ☐ TOT ☐ TRAQUEOST ☐
VENOSO: ACESSO V. CENTRAL ☐ ACESSO V. PERIFÉRICO ☒	DRENOS: DRENOTx ☐ DRENO VAC ☐ DRENO SUÇÃO ☐
6. DADOS VITAIS <i>velpa controlada</i> T: FR: FC: PESO:	
7. RISCO DE ÚLCERA POR PRESSÃO: ALTÍSSIMO RISCO ☐ ALTO RISCO ☒ RISCO MODERADO ☐ BAIXO RISCO ☐ SEM RISCO ☐	
7.1. PRESENÇA DE ÚLCERA: SIM ☐ NÃO ☐ ESTÁGIO: I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ V ☐	
8. SISTEMA CARDÍACO: BRADICARDIA ☐ TAQUICARDIA ☐ ARRITMIA ☐ PRECORDIALGIA ☐ RITMO NORMAL ☐	
9. SISTEMA NEUROLÓGICO: COMATOSO ☐ SEDADO ☐ TORPOROSO ☐ LETÁRGICO ☐ DESORIENTADO ☒ ORIENTADO ☐ AGITADO ☐	
9.1. DÉFICIT MOTOR: TETRAPLEGIA ☐ HEMIPLEGIA ☐ PARESIA ☐ RESTRITO NO LEITO ☒ SEM DÉFICIT MOTOR ☐	
10. SISTEMA RESPIRATÓRIO: VENT. ESPONTÂNEA ☒ DISPNEIA ☐ TAQUIPNÉICO ☐ EUPNEICO ☐ BRADPNÉICO ☐ VENT. MECAN. INV. ☐	
10.1. AUSCULTA: RONCO ☐ SIBILOS ☐ ESTERTORES ☐ NORMAL ☐	
11. SIST. GENITOURINÁRIO: (DIURESE) NORMAL ☒ POLÚRIA ☐ OLIGÚRIA ☐ SVD ☐	
	DUSÚRIA ☐ CISTOSTOMIA ☐ ANÚRIA ☐ HEMATÚRIA ☐
12. SIST. GASTROINTESTINAL: Evacuações PRESENTE ☐ AUSENTE ☒ DIARREIA ☐ CONSTIPADO ☐ MELENA ☐	
12.1. ABDOME PLANO ☐ FLACIDO ☒ GLOBOSO ☐ DISTENDIDO ☐ COLOSTOMIA ☐ OUTROS ☐	
13. ESTADO NUTRICIONAL: NUTRIDO ☒ DESNUTRIDO ☐ OBESO ☐ CAQUÉTICO ☐	
DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM	
☒ RISCO DE QUEDA	CD/FR: <i>Agitação + Desorientação / Imobilidade</i>
☐ RISCO DE ASPIRAÇÃO	CD/FR:
☒ RISCO DE INFECÇÃO	CD/FR: <i>Exposição ambiental à patógenos / Dispositivos invasivos</i>
☐ RISCO DE DESEQUILÍBRIO DA TEMPERATURA CORPORAL	CD/FR:
☐ RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL	CD/FR:
☐ RISCO DE SANGRAMENTO	CD/FR:
☐ DÉBITO CARDÍACO DIMINUÍDO	CD/FR:
☐ RESPOSTA DISFUNCIONAL AO DESMAME VENTILATÓRIO	CD/FR:
☐ VENTILAÇÃO ESPONTÂNEA PREJUDICADA	CD/FR:
☐ PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	CD/FR:
☐ MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA	CD/FR:
☐ INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	☒ RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA
☐ RISCO DE TRAUMA VASCULAR	CD/FR: <i>Restrição no leito</i>
	CD/FR:
	CD/FR:
	CD/FR:
	CD/FR:
	CD/FR:

CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA
FR: FATOR RELACIONADO

ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL
Vanessa Gomes M. Bezerra
134801

PRESCRIÇÃO DA ENFERMAGEM	APRAZAMENTO	ASSINATURA
☒ REGISTRAR SINAIS VITAIS	<i>4/4h</i>	
☒ REALIZAR BALANÇO HÍDRICO	<i>12/12h</i>	
☒ REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR DURANTE A PERMANÊNCIA DO PACIENTE NA ÁREA VERMELHA	<i>6/6h</i>	
☒ REALIZAR TROCA DE CURATIVO, COM TÉCNICA ASSÉPTICA SE HOUVER SUJIDADE	<i>Rotina</i>	
☒ MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE SINAIS FLOGÍSTICO EM INCISÕES E EM LOCAIS DE INSERÇÕES DE DRENOS, SONDAS E CARACTERES	<i>Continuo</i>	
☒ AVALIAR COR, TEMPERATURA E UMIDADE DA PELE	<i>11</i>	
☒ VERIFICAR PRESENÇA DE SANGRAMENTOS	<i>11</i>	
☐ PROPORCIONAR ALINHAMENTO DO CORPO DO PACIENTE		

Dr. Manus Wagner
Tramo 98756 -
1987

SECRET
NO FORN DISSEM
NO UNCLASSIFIED

DRICO
SETOR: Administrativo LEITO: 18 DATA: 31/01/17

HORARIO	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	12H		18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	12H
P. ARTERIAL		POX 90				133/60				140/90							130x90			130/90					136/75	
PULSO/FC		59				63				58							64			65					65	
TEMPERATURA		36,5				36,5				36,5							36			36,5					36	
RESPIRACAO		13				16				17							18			17					13	
SAT O2																										
PVC																										
PIA																										
HGT						94						335 corrigido									957 corrigido			374		
SF 0.9%																										
SRL																										
SG 5%																										
SORO EXTRA																										
SEDACAO																										
ANALGESIA																										
MEDICACOES																										
NORA																										
DORA																										
HEMODERIVADOS																										
NPT																										
DIETA		I	N	F	U	S	O	E	S		V	E	N	O	S	A	S									
AGUA																										
MEDICACOES																										
		O	R	E	N	A	G	E	N	S																
SNGVOMITOS																										
FESSES																										
DIURESE			ESP								ESP															
HEMODIALISE																										
DRENO TORAX D																										
DRENO TORAX E																										
DRENO SUCCAO																										
D. CAVITARIO																										
DVE																										
GANHOS 12H DIA=										PERDAS 12H DIA=					BH DIA=					GANHOS 12H NOITE=					PERDAS 12H NOITE=	BH NOITE=
GANHOS 24H DIA=															PERDA 24H + 1000ML=										BH 24H=	
ASSINATURA:																										ASSINATURA:

Sr(a): GILBERTO AUGUSTO DOS SANTOS
Dr(a): TOMAS CATÃO MONTE
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES

Protocolo: 0000320181 RG: SALA VERMELHA
Data: 30-01-2017 23:31 Origem: SALA VERMELHA
Idade: 49 anos Destino: SALA VERMELHA

URÉIA

[DATA DA COLETA: 30/01/2017 23:53]

Resultado..... 50 mg/dl

De 15 A 41 mg/dl

Resultados anteriores:

Material: Soro

Método: Sistema Automatizado SELECTRA

Observação:

CREATININA

[DATA DA COLETA: 30/01/2017 23:53]

Resultado..... 1,0 mg/dl

Referencial: 0,3 a 1,0 mg/dl
Crianças...: 0,3 a 1,0 mg/dl
Adultos...: 0,4 a 1,3 mg/dl
EXAMES RELACIONADOS: Uréia, Depuração
da Creatinina

e Sumário de

urina.

NOTA: O uso de medicamentos contendo
dipirona e

vitamina C podem alterar o
resultado deste exame.

Resultados anteriores:

Material: Soro

Método: Automatizado CN 200 NIDEX

SEBASTIÃO LUIZ DE PAULI LT

30-01-2017 09:49 361752 1/1

Emissão : 30/01/2017 23:34 - Página 1 de 1



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA VERMELHA

BOLETIM DE ENFERMAGEM - 02/02/17	
1. NOME:	Gilberto Augusto dos Santos
IDADE:	49
SEXO:	M ☒ F ☐
DATA DE NASCIMENTO:	1 / 1 / as : h
SETOR:	LEITO: J8
2. DIAGNÓSTICO MÉDICO: TCE + HSDA	
3. HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:	
4. ALERGIAS: SIM ☐ NÃO ☐ QUAIS:	
5. USO DE DISPOSITIVO: SONDAS: SVD ☐ SNG ☐ SOG ☐ TOT ☐ TRAQUEOST ☐	
VENOSO: ACESSO V. CENTRAL ☐ ACESSO V. PERIFÉRICO ☒ DRENOS: DRENOTx ☐ DRENO VAC ☐ DRENO SUÇÃO ☐	
6. DADOS VITAIS	PA: T: FR: FC: PESO:
7. RISCO DE ÚLCERA POR PRESSÃO: ALTÍSSIMO RISCO ☐ ALTO RISCO ☐ RISCO MODERADO ☒ BAIXO RISCO ☐ SEM RISCO ☐	
7.1 PRESENÇA DE ÚLCERA: SIM ☐ NÃO ☒ ESTÁGIO: I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ V ☐	
8. SISTEMA CARDÍACO: BRADICARDIA ☐ TAQUICARDIA ☐ ARRITMIA ☐ PRECORDIALGIA ☐ RITMO NORMAL ☐	
9. SISTEMA NEUROLÓGICO: COMATOSO ☐ SEDADO ☐ TORPOROSO ☐ LETÁRGICO ☐ DESORIENTADO ☐ ORIENTADO ☐ AGITADO ☐	
9.1 DÉFICIT MOTOR: TETRAPLEGIA ☐ HEMIPLEGIA ☐ PARESIA ☐ RESTRITO NO LEITO ☒ SEM DÉFICIT MOTOR ☐	
10. SISTEMA RESPIRATÓRIO: VENT. ESPONTÂNEA ☒ DISPNEIA ☐ TAQUIPNEIA ☐ EUPNEIA ☐ BRADPNEIA ☐ VENT. MECAN. INV. ☐	
10.1 AUSCULTA: RONCO ☐ SIBILOS ☐ ESTERTORES ☐ NORMAL ☐	
11. SIST. GENITOURINÁRIO: NORMAL ☒ POLÚRIA ☐ OLIGÚRIA ☐ SVD ☐	
(DIURESE) DUSÚRIA ☐ CISTOSTOMIA ☐ ANÚRIA ☐ HEMATÚRIA ☐	
12. SIST. GASTROINTESTINAL: Evacuações PRESENTE ☐ AUSENTE ☐ DIARREIA ☐ CONSTIPADO ☐ MELENA ☐	
12.1 ABDÔME PLANO ☒ FLACIDO ☒ GLOBOSO ☐ DISTENDIDO ☐ COLOSTOMIA ☐ OUTROS ☐	
13. ESTADO NUTRICIONAL: NUTRIDO ☒ DESNUTRIDO ☐ OBESO ☐ CAQUÉTICO ☐	

DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM

☒ RISCO DE QUEDA	CD/FR: Agitação + Desorientação
☐ RISCO DE ASPIRAÇÃO	CD/FR:
☒ RISCO DE INFECÇÃO	CD/FR: Procedimento invasivo
☐ RISCO DE DESEQUILÍBRIO DA TEMPERATURA CORPORAL	CD/FR:
☐ RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL	CD/FR:
☒ RISCO DE SANGRAMENTO	CD/FR: AUP
☐ DÉBITO CARDÍACO DIMINUÍDO	CD/FR:
☐ RESPOSTA DISFUNCIONAL AO DESMAME VENTILATÓRIO	CD/FR:
☐ VENTILAÇÃO ESPONTÂNEA PREJUDICADA	CD/FR:
☐ PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	CD/FR:
☐ MÓBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA	CD/FR:
☐ INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	☐ RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA
☐ RISCO DE TRAUMA VASCULAR	CD/FR:
☐	CD/FR:
☐	CD/FR:
☐	CD/FR:
☐	CD/FR:

CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA
FR: FATOR RELACIONADO

Dea Ornela Rêgo
ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL

PRESCRIÇÃO DA ENFERMAGEM	APRAZAMENTO	ASSINATURA
☒ REGISTRAR SINAIS VITAIS	4/4	
☒ REALIZAR BALANÇO HÍDRICO	32/32	
☒ REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR DURANTE A PERMANÊNCIA DO PACIENTE NA ÁREA VERMELHA	6/6	
☐ REALIZAR TROCA DE CURATIVO, COM TÉCNICA ASSÉPTICA SE HOUVER SUJIDADE		
☒ MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE SINAIS FLOGÍSTICO EM INCISÕES E EM LOCAIS DE INSERÇÕES DE DRENOS, SONDAS E CARACTERES		
☒ AVALIAR COR, TEMPERATURA E UMIDADE DA PELE		
☒ VERIFICAR PRESENÇA DE SANGRAMENTOS		
☒ PROPORCIONAR ALINHAMENTO DO CORPO DO PACIENTE		

09/02/17 7:30 - Paciente avaliado consciente, orientado, não alento, aceita
PA = 14x90 dieta, eliminações presentes, realizado curativo
em ombro D. Remoção

FOLHA DE CONTROLE E BALANÇO HÍDRICO

NAME: GRAY, PETER W. HD

100

SECTOR:

Letter:

16

DATA 201022114

[illegible]

NOME	Gilberto Augusto dos Santos		
IDADE	44 anos	ENFERMARIA	6
H. D.	TCE	ADMISSÃO	
		LEITO:	3
		HORA	

FICHA DE AVALIAÇÃO - FISIOTERAPIA - ALAS

GOVERNO SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE
DA PARAIBA Hospital de Emergência e Trauma Dom Luis Gonzaga Fernandes

PROCEDÊNCIA:

MOTIVO INTERNAÇÃO: ☐ DVM ☐ IRPA ☐ Choque ☐ L. Renal ☐ Coma Neuro ☐ ICO ☐ Trauma ☐ PNM☐ Hemorragia ☐ Outros:ANTECEDENTES: ☐ DPOC ☐ AVC ☐ HAS ☐ DM ☐ RM ☐ ICO ☐ Cirurgia

HDA:

Paciente evolui em ECG, com bloqueio
cardíaco, pouco decorrente.

Outros:

Observações:

CONDUTA PROPOSTA INICIALMENTE

CD: ☐ THB ☐ TEP ☐ TEP ☐ VNI ☐ O2☐ Aspiração ☐ TMV ☐ Decanulação ☐ Cirurgia ☐ TARE☐ Treino de Marcha ☐ Orientações ☐ Treino equilíbrio ☐ Transferências ☐ Sedação☐ Ortostatismo ☐ Marcha ☐ Estimulação sensorial ☐ Treino Musc. Pré decanulação☐ Posicionamento: ☐ Treino Musc. Pré decanulação

Outros:

Observações:

SV: FC ☐ Sin ☐ SR ☐ Sin ☐ PA: ☐ SpO2 ☐ % T ☐ %ESTADO GERAL: ☐ Bom ☒ Regular ☐ Grave ☐ GravíssimoNÍVEL DE CONSCIÊNCIA: ☐ Acordado ☐ Sonolento ☐ Torporoso ☐ Comatoso ☐ GlasgowTônus: ☐ Hipo ☐ Hiper ☒ Normal ☐ Trófico: ☐ Hipo ☐ Hiper ☒ NormalReflexos: ☐ Aumentados ☐ Diminuídos ☒ Normal Força muscular (Grav): ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Bioquímicos Articulares (Região):

* SISTEMA RESPIRATÓRIO / CARDIOVASCULAR

☒ Eupneico ☐ Sem alteraçõesSUPPORTO VENTILATÓRIO: ☒ Espontâneo ☐ Com TOT (Sem TOT) ☐ VNI ☐ OVMO2 SUPLEMENTAR: ☒ Não ☐ CEN ☐ Aéreo ☐ Másc. Simples ☐ Másc./Sistema de Venturi ☐ %☐ Másc. Reinalação par. ☐ Másc. não Reinalação ☐ Másc. de Reservatório. Fluxo ☐ l/minDESCONFORTO VENTILATÓRIO: ☐ BAN ☐ Turgores supradiafôricos ☐ Turgores intercostais ☐ Turgores subcostais☐ Quebra de msc. apressada Insp/Exp. ☐ Cianose ☐ Taquipneia ☐ Bradipnéia ☐ Rosp. paradoxal ☐ Estridor ☐ 14*OBSTRUÇÃO DE VAS: ☐ Não ☐ SimPADRÃO VENTILATÓRIO: ☐ Costal ☐ Diafragmático ☐ Misto ☐ Paradoxal ☐ SuperficialEXPANSIBILIDADE TORÁCICA: ☐ Normal ☐ Diminuída ☐ Simétrica ☐ AssimétricaAusculta Pulmonar: ☒ LVA ☒ ALTE ☒ PI ☒ RA ☐ Rilo X Torax: ☐TOSSE: ☐ Sim ☒ Não ☐ Produtiva ☐ Não produtiva ☐ Eficaz ☐ Osgile ☐ Expectora ☐ IneficazSECREÇÃO: ☒ Não ☐ Sim, quantidade: ☐ Pequena ☐ Média ☐ Grande.COMPOSIÇÃO: ☐ Hialina ☐ Mucóide ☐ Mucopurulenta ☐ Purulenta ☐ SanguinolentaCOR SECREÇÃO: ☐ Incolor ☐ Branca ☐ Amarela ☐ Verde ☐ Marrom ☐ Rosada ☐ Vermelha

DIAGNÓSTICO FISIOTERAPÊUTICO: TCE

* Equívoco de avaliação TCE

Camping Grande.

03 02 1 17

Adm. H. de Emergência e Trauma
SISABRONE LITE (PDI) 1F
30-OUT-2017 09:50 361759 1/1
FÍSICIANA CRISTINA



GOVERNO
DA PARAIBA

Diagnóstico
RSCB

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente: Collete Augusto da Santos Alojamento: 18 Leito: 18 Convênio: 1

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
30/01/17	1) Bilela Zero.	07h	
	2) SC 5% - 1000 ml EV 12/12h.		
	3) KCl 19,1% - 10 ml	09h30	
	4) Dipirona 1g EV 6/6h S/N 1		
	5) Metoprolol 1mg EV 8/8h S/N 1		
	6) Omeprazol 40mg EV cido.	06	
	7) Hgt 8/8h e venosa 4/12 SC		
	8) KCl 50% 40ml EV 12/12h S/N 1	06	
	9) Atenolol 0,1mg VO 12/12h S/N 1		
	10) Fomeleto 100mg EV cido.	07h30	
	11) CC 65 e observ. normal.	07	
	12) TUBAS CATAS		
	CRM 2342		

[illegible]

[illegible]



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

SEASONAL LINER DEPUTY LT

30-007-2817 09:52 361765 1/1

EVOLUÇÃO FISIOTERAPÊUTICA

[illegible]

CÓPIA DIGITALIZADA NO SANE
CONFERE COM O ORIGINAL
13/06/2017
ASS. *[Signature]*

 MINISTÉRIO DA FAZENDA Secretaria da Receita Federal	
CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS	
Nome GILBERTO AUGUSTO DOS SANTOS	Nº da Inscrição 566567935-88
Data do Nascimento 20/04/67	

<i>Gilberto Augusto dos Santos</i>	
ESTADO DA PARAIBA	
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA	
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO	
DEPARTAMENTO DE REGISTRO CIVIL	

88/01/10 : use optima	TANCIAM DIGITALIZADA O CODI M3 DIGITVA
<i>Gilberto Augusto dos Santos</i>	
SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL	
Outras informações e esclarecimentos sobre o processo de digitalização e o sistema de identificação digital.	

7.162.634	14.11.1965
GILBERTO AUGUSTO DOS SANTOS	
Pedro Augusto dos Santos	
Julia Cesária Dantas dos Santos	
São José do Sabugy. 20-04-1967	
PB	
Cert. nasc. nº 18.457. Liv. 74. Fls. 148. Cart. Santa Luzia-PB	

Documentos de identificação



CONTENTS

Arten: 10 von 100

12216-1444-14-1#20150807

30-JUL-2017 09:58 361767 1/1

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0434864/17

Vítima: GILBERTO AUGUSTO DOS SANTOS

CPF: 566.567.935-68

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 29/01/2017

Titular do CPF: GILBERTO AUGUSTO DOS SANTOS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

Certidão de casamento

Declaração de Inexistência de IML

Documentação médico-hospitalar

Documentos de identificação

Outros

GILBERTO AUGUSTO DOS SANTOS : 566.567.935-68

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.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 27/11/2017

Nome: GILBERTO AUGUSTO DOS SANTOS

CPF: 566.567.935-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/11/2017

Nome: CAIO SERGIO SACRAMENTO DE ABREU

CPF: 165.205.917-26

GILBERTO AUGUSTO DOS SANTOS

CAIO SERGIO SACRAMENTO DE ABREU



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS ID

SERVIDOR LÍDER DPVAT UF 30-07-2017 09:42 361725 14

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA Gilberto Augusto dos Santos
 DATA DO ACIDENTE 29/10/2014 CPF DA VITIMA 566567935-68
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VITIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VITIMA É Gilberto Augusto dos Santos
 ENDEREÇO DO PORTADOR R. Presidente Castelo Branco
 Nº 08 COMPLEMENTO cora BAIRRO Imbi Damão
 CIDADE Santa Luzia UF PA CEP 58600005
 E-MAIL gibertoanora@gmail.com TELEFONE (83) 99341485

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

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

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
 - MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.196/77
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS
- O PRAZO PARA O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS, CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA NA SEGURADORA LÍDER DPVAT
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSO WWW.DPVATSEGURODOBRASILEIRO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 20 Outubro 2014
 IDENTIDADE 1.162.634
 ASSINATURA Gilberto Augusto

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

DATA 20/10/2014 MATR. CORREIOS 18522440
 NOME JOSE AVEL DE MEDEIROS
 ASSINATURA JOSE AVEL DE MEDEIROS

05 Santos Aguiar 05/07/2014 14:18