

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/bibliotecaWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu ADRIANA M. NOURA DE A. FERNANDES inscrito (a) no CPF 945.234.444 / 04, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JOSE ROBERTO ALEXANDRE DOS SANTOS inscrito (a) no CPF sob o Nº 960.985.204 / 10, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima JOSE ROBERTO ALEXANDRE DOS SANTOS inscrito (a) no CPF sob o Nº 960.985.204 / 10, 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 JOÃO BATISTA</u>		Número <u>370</u>	Complemento <u>CASA</u>
Bairro <u>CENTRO</u>	Cidade <u>SURUBIM</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55750-000</u>
Email <u>_____</u>		Telefone comercial(DDD) <u>8199700.1998</u>	Telefone celular (DDD) <u>81.98129-8619</u>

SURUBIM, 25 de Setembro de 2019
Local e Data

Adriana M. Noura de A. Fernandes
Assinatura do Declarante

08/2019

HTCC-Parad Administrativo

**GOVERNO
DA PARAIBA**

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0036-52
Av. Isai Floriano Pereira, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 56432-809 Data: 11/08/2019

Paciente: JOSE ROBERTO ALEXANDRE DOS SANTOS

Idade: 044 N° ATEND: 1964784

ACCIDENTE DE TRABALHO : NAO

DATA: 11/08/2019 HORA : 19:36:32

ESPECIALIDADE: **PROSTIA**

MOTIVO : ACIDENTE DE MOTO
ESPECIFICAÇÃO DO MOTIVO : MOTO X MOTO

SINAIS VITAIS

HGT: SAT 02: PA: TEMP: FC: FR: PESO:

DIABETES () SIM (X) NÃO HAS () SIM (X) NÃO
DEF. MOTORA () SIM (X) NÃO

ALERGIAS : NEGA

MEDICAÇÃO EM USO :

ESTADO GERAL :

AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

() CONVULSÃO () INCONSCIENTE () CONSCIENTE () ORIENTADO
() DESORIENTADO () AGITADO () COOPERATIVO () DEPRESSIVO () APÁTICO
() IRRITADO () DIMINUIÇÃO DE FORÇA MOTORA

SINTOMAS REFERIDOS

() FEBRE () VÔMITO () DIARRÉIA () EXANTEMA
() PRURIDO () DISPNEIA () DOR () INAPETÊNCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
() ANAFILAXIA () FLEBITE () INAPETÊNCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
() EPIGASTRALGIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA () SIBLOS () TOSSE

Escala de Intensidade da Dor

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
sem dor									
intensidade da dor									
Pior dor									

ESCALA DE DOR:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO :
VERMELHO

CONTROLE DOS SINAIS VITAIS:

HORA	PA	TEMP	FC	FR	DIURESE	ASSINATURA ENFERMEIRO/COREN	DO

OBS: **ENFERMEIRO/COREN**
acolhimento



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

REQUISIÇÃO DE EXAME

NOME: José Roberto Alexandre dos Santos

PRONTUÁRIO:
DATA DE NASCIMENTO:

IDADE:	SEXO:	COR:	PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF:	LEITO:
--------	-------	------	-------	---------	----------	------	--------

DADOS CLÍNICOS:

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAME SOLICITADO:

Rx face Water 000, Rx do cotovelo (E)
Rx tórax AP
Rx mão (D)

URGÊNCIA: ☒	ROTINA: ☐
DATA: 11/08/19	HORA DA SOLICITAÇÃO: 13:56

Dr. Danilo Carvalho
Clínica Geral
Endoscopia
Fone: 33 9969

RESPOSÁVEL PELA SOLICITAÇÃO

GOVERNO
DA PARAÍBA

LIBERAÇÃO DE LEITO

Nome do Paciente: JOSE ROBERTO ALEXANDRE DOS SANTOS

Data da Internação: 12/08/2019

Data da Alta: 17/08/2019

Registro: 1965175

Tempo de Permanência: -18121

Diagnóstico Inicial: *Fratura de Lacrimal Esquerdo*Diagnóstico Final: *O mesmo*

Principais Exames: - HEMATOLÓGICOS - IMAGINOLÓGICOS

Cirurgia: REDUCAO + FIE

Data: 16/08/2019

Equipe:

Cirurgião: CAMILA LINS VIEIRA

Aux 1: REGINALDO FERNANDES DA SI

Aux 2: REBECA VALESKA SOARES

Aux 3:

Aux 4:

Anestesista: ANTONIO RAFAEL SODRE CAMPOS DE ALMEIDA

Medicamentos:

Resumo Clínico(História, Evolução, Terapêutica e Complicações): Paciente relata acidente motociclistico, encontra-se consciente, orientado, eupneico. Nega problemas de base, alergia ou fazer uso de medicação continua. Ao exame clínico apresenta equimose periorbital esquerda sem repercussão oculomotora (o mesmo relata desvio de globo ocular anteriormente ao trauma), grau PALPÁVEL corrigido EM margem infra orbitária esquerda, parestesia em região de nervo infraorbitário esquerdo. TC mostra fratura de arco e osso zigomático esquerdo. Paciente submetido a procedimento cirúrgico para redução e fixação de fraturas sob anestesia geral sem intercorrências.

Orientações:- REPOUSO DOMICILIAR - COMPRESSA FRIA NAS PRIMEIRAS 48HRS - COMPRESSA MORNA APÓS ÀS PRIMEIRAS 48HRS - MEDICAÇÃO VO P/ CASA

Dieta: PASTOSA

Medicações para Casa:- AMOXICILINA - NIMESULIDA - DAPIRONA

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: LAVAR COM ÁGUA E SABÃO DUAS VEZES AO DIA. SE APRESENTAR FEBRE, DOR, VERMELHIDÃO OU INCHAÇO RETORNAR IMEDIATAMENTE AO HOSPITAL!

ao Ambulatório de :BMF em: 04/09/2019 para revisão Repouso 20 dias

Condições de Alta: Melhorado

Data 17/08/2019

Dra. Rebeca Valeska Soares
Cirurgia e Traumatologia
R. 100 - 1000
R. 100 - 1000

Assinatura/Carimbo
Rebeca Valeska Soares Pereira

OBS:LIBERAÇÃO CONFERIDA NO RESUMO DE ALTA! RESPONSÁVEL : Rebeca Valeska Soares Pereira

GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 17/08/2019

Horas: 05:38:57

Médico (a) Diarista : Rebeca Valeska Soares Pereira

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1965175 Paciente: JOSE ROBERTO ALEXANDRE DOS SANTOS Idade: 044 Sexo: M

Nome da Mãe: IVONETE MARTINS ALEXANDRE DOS SANTOS Data de Nascimento: 29/07/1975 Admissão: 12/08/2019 DIIH - 5

Clínica: NEUROBUCA Enfermaria: 8 Leito: 4 Diagnóstico: FRATURA DE ZIGOMÁTICO ESQUERDO

Dia 17/08/2019

MÉDICO(A): Rebeca Valeska Soares Pereira /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA PASTOSA	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 1000ML E.V. 01FRASCO, 8h/8h	
3	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 01AMPOLA, 6h/6h	
4	DEXAMETASONA 4MG /ML 2,5 ML E.V. 8h/8h	
5	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 01FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	
6	HIGIENE ORAL	
7	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

EVOLUÇÃO

DATA: 17/08/2019 HORA: 05:37:24

#BMF: 4º D.I.H. 1º D.P.O.

Paciente relata acidente motociclístico, encontra-se consciente, orientado, eupneico. Nega problemas de base, alergia ou fazer uso de medicação contínua.

Ao exame clínico apresenta equimose periorbital esquerda sem repercussão oculomotora (o mesmo relata desvio de globo ocular anteriormente ao trauma), grau PALPÁVEL corrigido EM margem infra orbitária esquerda, parestesia em região de nervo infraorbitário esquerdo.

TC mostra fratura de arco e osso zigomático esquerdo.

Paciente submetido a procedimento cirúrgico para redução e fixação de fraturas sob anestesia geral sem intercorrências.

CD: - ALTA BMF

ASSINATURA + CARIMBO
Rebeca Valeska Soares Pereira

Dra. Rebeca Valeska Soares
Cirurgia e Traumatologia
Residência - ORTOPEDIA

GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 16/08/2019

Horas: 12:01:44

Médico (a) Diarista : Rebeca Valeska Soares Pereira

PRESCRIÇÃO MÉDICA**DADOS DO PACIENTE :**

Nº do prontuário: 1965175 Paciente: JOSE ROBERTO ALEXANDRE DOS SANTOS Idade: 044 Sexo: M

Nome da Mãe: IVONETE MARTINS ALEXANDRE DOS SANTOS Data de Nascimento: 29/07/1975 Admissão: 12/08/2019 DIH - 4

Clínica: NEUROBUCA Enfermaria: 8 Leito: 4 Diagnóstico: FRATURA DE ZIGOMÁTICO ESQUERDO

DIA 16/08/2019

MÉDICO(A): Rebeca Valeska Soares Pereira /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA PASTOSA	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 1000ML E.V, 01FRASCO, 8h/8h	19 22 06
3	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 01AMPOLA, 6h/6h	18 22 06
4	DEXAMETASONA 4MG /ML 2,5 ML E.V, 8h/8h	22 06
5	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 01FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	18 06
6	HIGIENE ORAL	che
7	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	che

EVOLUÇÃO

DATA: 16/08/2019 HORA: 11:58:43

#BMF 4º D.L.H.

Paciente relata acidente motociclistico, encontra-se consciente, orientado, eupneico. Nega problemas de base, alergia ou fazer uso de medicação contínua.

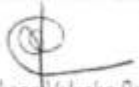
Ao exame clínico apresenta equimose periorbital esquerda sem repercussão oculomotora (o mesmo relata desvio de globo ocular anteriormente ao trauma), de grau PALPÁVEL EM margem infra orbitária esquerda, dor em abertura bucal sem queixas oclusais, parestesia em região de nervo infraorbitário esquerdo.

TC mostra fratura de arco e osso zigomático esquerdo.

Paciente submetido a procedimento cirúrgico para redução e fixação de fraturas sob anestesia geral sem intercorrências.

CD: - ACOMPANHAMENTO BMF
- SOLICITO RADIOGRAFIAS

ASSINATURA + CARIMBO
Rebeca Valeska Soares Pereira


Dra. Rebeca Valeska Soares
Otorrinolaringologista
Residência - Otorrinolaringologia
REGISTRO - CRM 10818

$$\begin{array}{r} 56 \\ 08 \\ \hline 19 \end{array}$$

PA- 130x80

Paciente evoluiu bastante
orientado, sem feixes,
segue observações de
enfimogeny. ϕ .

$$\begin{array}{r} 56 \\ 08 \\ \hline 19 \end{array}$$

PA- 120x80

segue observações de
enfimogeny. ϕ .

GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 15/08/2019

Horas: 06:34:40

Médico (a) Diarista : Rebeca Valeska Soares Pereira

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1965175 Paciente: JOSE ROBERTO ALEXANDRE DOS SANTOS Idade: 044 Sexo: M

Nome da Mãe: IVONETE MARTINS ALEXANDRE DOS SANTOS Data de Nascimento: 29/07/1975 Admissão: 12/08/2019 DHI - 3

Clínica: NEUROBUCCO Enfermaria: 8 Leito: 4 Diagnóstico: FRATURA DE ZIGOMÁTICO ESQUERDO

DIA 15/08/2019

MÉDICO(A): Rebeca Valeska Soares Pereira /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA PASTOSA	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 1000ML E.V. 01 FRASCO, 8h/8h	1h 2h 06
3	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 01 AMPOLA, 6h/6h	1h 2h 06
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 01 FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	1h 06
5	HIGIENE ORAL	1h
6	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	1h

EVOLUÇÃO

DATA: 15/08/2019 HORA: 06:34:11

#BMF 3º D.I.H.

Paciente relata acidente motociclístico, encontra-se consciente, orientado, eupneico. Nega problemas de base, alergia ou fazer uso de medicação contínua.

Ao exame clínico apresenta equimose periorbital esquerda sem repercussão oculomotora (o mesmo relata desvio de globo ocular anteriormente ao trauma), grau PALPÁVEL EM margem infra orbitária esquerda, dor em abertura bucal sem queixas oclusais, parestesia em região de nervo infraorbitário esquerdo.

TC mostra fratura de arco e osso zigomático esquerdo.

CD: - AGUARDANDO OPORTUNIDADE CIRÚRGICA

ASSINATURA + CARIMBO
Rebeca Valeska Soares Pereira

Dra. Rebeca Valeska Soares
Cirúrgia e Traumatologia
Bucodentofacial
REGIDENTE - CROF 5518

#BMF

Dito zero o partir
das 00:00 hora

Dr. Tasso Assis
Cirúrgia e Traumatologia
Bucodentofacial
REGIDENTE - CROF 5518

08:00
15-08-19
PA=140x80

Paciente com tolerância MSE, venozos no mao direito (cutâneo) limpo, seco. Com hematomas D.O, desprop, sem queixa no mao do br, com cut (hematoma), deambul.

James Kelly

15 20 MS PA 130 x 80 mm 15
08
14
clube segre em intercomuni-
a guarda com o dia seguinte

Iara Batista da Silva
COREN-PB 82782-TE

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

IDENTIFICAÇÃO

Nome: José Roberto Alexandre Registró: Leito: 3-4 Setor Atual:

AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: irpm; PA: mmHg; FC: bpm; SPO2: %
HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm Dor: () Local: Obs.:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

REGULAÇÃO DAS NECESSIDADES PSISIOBIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: (x) Consciente (x) Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outro:

GLASGOW(3-15): Drogas (Sedação/Analgesia):

Pupilas: (x) Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () Midríaticas

Mobilidade Física: () Preservada () Paresia () Plegia () Parestesia Local:

Linguagem: () Qual? () Disfonia () Afasia () Disfasia () Disartria.

Obs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: (x) Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T

() VMNI () VMI TOT nº Comissura labial nº FiO2 % PEEP cmH2O

(x) Eupnéia; () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispneia () Outros:

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: () Diminuídos () D () E

Ruídos adventícios: () Roncos () Sibilos () Estridor () Outros:

Tosse: () Improdutiva () Produtiva Expectorção: () Quantidade e aspecto:

Aspiração: Quantidade e aspecto: Dreno de tórax: () D () E () Selo d'água:

Data da inserção do dreno / / Aspecto da drenagem torácica:

Gasometria arterial: PH PCO2 PO2 HCO3 EB SpO2 Data: / / Hora:

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração: () Visão () Audição () Tato () Olfato () Paladar Observação:

SEGURANÇA FÍSICA

(x) Tranquilo () Agitado () Agressivo. () Risco de queda. Observação:

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

Pulso: (x) Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme () Cheio.

GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 14/08/2019

Horas: 06:54:08

Médico (a) Diarista : Tasso Assuero Menezes Honorato

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1965175 Paciente: JOSE ROBERTO ALEXANDRE DOS SANTOS Idade: 044 Sexo: M

Nome da Mãe: IVONETE MARTINS ALEXANDRE DOS SANTOS Data de Nascimento: 29/07/1975 Admissão: 12/08/2019 DIH

- 2

Clínica: NEURÓBUCCO Enfermaria: 8 Leito: 4 Diagnóstico: FRATURA DE ZIGOMÁTICO ESQUERDO

DIA 14/08/2019

MÉDICO(A): Tasso Assuero Menezes Honorato /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA PASTOSA	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 1000ML E.V. 01 FRASCO, 8h/8h	12 24 06
3	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 01 AMPOLA, 6h/6h	12 48 24 06
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 01 FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD, 5	12 24
5	HIGIENE ORAL	
6	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

EVOLUÇÃO

DATA: 14/08/2019 HORA: 06:52:08

#BMF 3º D.I.H.

Paciente relata acidente motociclístico, encontra-se consciente, orientado, eupneico. Nega problemas de base, alergia ou fazer uso de medicação contínua.

Ao exame clínico apresenta equimose periorbital esquerda sem repercussão oculomotora (o mesmo relata desvio de globo ocular anteriormente ao trauma), de grau PALPÁVEL. EM margem infra orbitária esquerda, dor em abertura bucal sem queixas oclusais, parestesia em região de nervo infraorbitário esquerdo.

TC mostra fratura de arco e osso zigomático esquerdo.

→ EM NOVO HEMOGRAMA: VALORES NORMAIS DE SÉRIE VERMELHA E BRANCA.

CD: - AGUARDANDO OPORTUNIDADE CIRÚRGICA

ASSINATURA + CARIMBO
Tasso Assuero Menezes Honorato

Dr. Tasso Assuero Menezes Honorato
Cirurgião Especialista em Otorrinolaringologia
Residência - Otorrinolaringologia - UCPB 1277

14 8 hs PA: 130x80

08 Paciente consciente Orientado
19 realizado curativo medicado
12 hs 14 hs e 18 hs conforme
a prescrição médica: sem feixes
até o momento ~~presente~~

Luciene Macêdo Santos
Téc. de Enfermagem
COREN 719.043

PA: 120x80 sem feixes ~~presente~~

GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 13/08/2019

Horas: 06:19:49

Médico (a) Diarista: Tasso Assuero Menezes Honorato

PRESCRIÇÃO MÉDICA**DADOS DO PACIENTE:**

Nº do prontuário: 1965175

Paciente: JOSE ROBERTO ALEXANDRE DOS SANTOS

Idade: 044 Sexo: M

Nome da Mãe: IVONETE MARTINS ALEXANDRE DOS SANTOS

Data de Nascimento: 29/07/1975

Admissão: 12/08/2019 DIH

Clínica: NEUROBUCCO Enfermaria: 8 Leito: 4 Diagnóstico: FRATURA DE ZIGOMÁTICO ESQUERDO

Dia 13/08/2019

MÉDICO(A): Tasso Assuero Menezes Honorato /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA FRIO PASTOSA	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 1000ML E.V. 01 FRASCO, 12h/12h	82 29
3	SORO GLICOSADO 5% 250ML E.V. 01 FRASCO, 12h/12h	16
4	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 01 AMPOLA, 6h/6h	12 16 21 06
5	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 01 FRA AMP, 12h/12h	18 06
6	HIGIENE ORAL	cte
7	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

EVOLUÇÃO

DATA: 13/08/2019 HORA: 06:18:17

#BMF 2º D.I.H.

Paciente relata acidente motociclistico, encontra-se consciente, orientado, eupneico. Nega problemas de base, alergia ou fazer uso de medicação contínua.

Ao exame clínico apresenta equimose periorbital esquerda sem repercussão oculomotora (o mesmo relata desvio de globo ocular anteriormente ao trauma), degraú a palpação de margem infra orbitária esquerda, dor em abertura bucal sem queixas oclusais, parestesia em região de nervo infraorbitário esquerdo.

TC mostra fratura de arco e osso zigomático esquerdo.

→ LEVE LEUCOCITOSE EM HEMOGRAMA

CD: - SOLICITO NOVO HEMOGRAMA

-ACOMPANHAMENTO BMF

ASSINATURA + CARIMBO

Tasso Assuero Menezes Honorato

Dr. Tasso Assuero Menezes Honorato
Cirurgia e Odontologia
Bucodentofacial
Residência CRO/PB 7227

13/08/18

130/90

Paciente regular relato
sobre USE + Cephalix segue
medicação

early

13/08/18

180/90

Paciente atarefado
queixas no momento

early

GOVERNO
DA PARAÍBA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 1965175 Paciente: JOSE ROBERTO ALEXANDRE DOS SANTOS Idade: 044 Sexo: M
Nome da Mãe: IVONETE MARTINS ALEXANDRE DOS SANTOS Data de Nascimento: 29/07/1975 Admissão: 12/08/2019 DHI
-0
Clínica: NEUROBUÇO Enfermaria: 8 Leito: 4 Diagnóstico: FRATURA DE ZIGOMÁTICO ESQUERDO

DIA 12/08/2019

MÉDICO(A): Jose Ricardo Dos Santos Souza /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA ZERO	
2	SORO GLICOSADO 5% 250ML E.V. 01 FRASCO, 12h/12h	12h 18h
3	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 1000ML E.V. 01 FRASCO, 12h/12h	18h 06h
4	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 01 AMPOLA, 6h/6h	15h 21h 03h
5	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 01 FRA AMP, 12h/12h	15h 03h
6	Reconstituir 2ML ABD.	
7	HIGIENE ORAL	
8	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

EVOLUÇÃO

DATA: 12/08/2019 HORA: 08:24:57

#RMF

Paciente relata acidente motociclistico há aproximadamente 12 horas, encontra-se consciente, orientado, eupneico. Nega problemas de base, alergia ou fazer uso de medicação contínua. Ao exame clínico apresenta equimose periorbital esquerda sem repercussão neurológica (o mesmo relata desvio de globo ocular anteriormente ao trauma), degraú a palpação de margem infra orbitária esquerda, dor em abertura bucal sem queixas oculares, parestesia em região de nervo infraorbitário esquerdo. TC mostra fratura de arco e osso zigomático esquerdo.

CD: - SOLICITO EXAMES HEMATOLÓGICOS PRÉ OPERATÓRIOS
- SOLICITO ECG (PARECER CARDIOLOGISTA)
- PREVISÃO CIRÚRGICA PARA AS 13:30

ASSINATURA - CARIMBO
Jose Ricardo Dos Santos Souza

Jose Ricardo dos Santos Souza
Residente em Clínica
Transatológica
CR0178 6461

#RMF 16:32 min

Pl. - Dúta pastosa

Jose Ricardo dos Santos Souza
Residente em Clínica
Transatológica
CR0178 6461

12/08/19 20-33 8A-100X60

Paciente acorda acordado, não tem queixas
em nenhum membro superior ou inferior
membros

Isac Pereira de Amorim
TÉC. ENFERMAGEM
COREN-PB 308699



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

3-4
NEUROLOGIA

REQUISIÇÃO DE EXAME

NOME:

JOSE ROBERTO ALEXANDRE

PRONTUÁRIO: 1965175

DATA DE NASCIMENTO: 29/04/75

IDADE:	SEXO:	COR:	PESO:	ALTURA:	CLINICA:	ENF:	LEITO:
--------	-------	------	-------	---------	----------	------	--------

DADOS CLÍNICOS:

Pós-operatório

389

MATERIAL A EXAMINAR:

RAIO X
REALIZADO EM:
16/08/19

EXAME SOLICITADO: - Rx Waters
- Rx Hertz

URGÊNCIA:

☐

ROTINA:

☐

DATA:

16/08/2019

HORA DA SOLICITAÇÃO:

Dra. Rêbecca Vilela de Moraes
Cirurgia e Traumatologia
Bacharel em Medicina
RESIDENTE - CIRURGIA

RESPONSÁVEL PELA SOLICITAÇÃO

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



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

Sr(a):	JOSE ROBERTO ALEXANDRE DOS SANTOS	Protocolo:	0000482162	RG:	NÃO INFORMADO
Dra(a):	TASSO ASSUERO MENEZES HONORATO	Data:	13-08-2019 11:07	Origem:	CLINICA NEURO-BUCCO
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade:	44 anos	Destino:	ENF 08 - L 04

HEMOGRAMA

[DATA DA COLETA: 13/08/2019 11:06]

	Resultados	Valores de Referência
SÉRIE VERMELHA		
Eritrócitos.....	4.81 milhões/mm ³	4,2 - 5,8 milhões/mm ³
Hemoglobina.....	14,9 g/dL	13,0 - 18,0 g/dL
Hematócrito.....	43,6 %	42,0 - 50,5 %
V.C.M.....	91 fL	86,0 - 100,0 fL
H.C.M.....	31 pg	27,0 - 31,0 pg
C.H.C.M.....	34 g/dL	32,9 - 36,0 g/dL
SÉRIE BRANCA		
Leucócitos.....	7.900 /mm ³ (%)	5.000 - 10.000 /mm ³ (/mm ³)
Diferencial		
Promielócitos.....	0	0
Neutrófilos.....	0	0
Linfócitos.....	0	0
Eosinófilos.....	3,0	237
Basófilos.....	77,0	6.083
Segmentados.....	1,0	79
Imaturos.....	0	0
Contagem de Plaquetas		
Tipicos.....	17,0	1.343
Atípicos ou Reativos.....	0	0
Monócitos.....	2,0	158
CONTAGEM DE PLAQUETAS.....	225.000 /mm ³	150.000 - 400.000 /mm ³

RESERVAÇÃO..... Contagens revisadas e confirmadas.

Método: RESISTIVIDADE - IMPEDÂNCIA - MICROSCÓPIA

Alex Felipe B. Feitosa
 Alex Felipe Barbosa Feitosa
 Biomédico
 CRBM - 9894

Para mais informações, ligue para o número: 054-2836-5010-ALFO-8881-PE53-3580-9843



PNCQ
 Programa Nacional
 de Controle de Qualidade

Sr(a):	JOSE ROBERTO ALEXANDRE DOS SANTOS	Protocolo:	9000481594	RG:	NÃO INFORMADO
Dra(a):	JOSE RICARDO DOS SANTOS SOUZA	Data:	12-08-2019 09:28	Origem:	AREA VERDE
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade:	44 anos	Destino:	AREA VERDE

GLICEMIA

Exame a Jejum (12-08-2019) (mg/dL)

Resultado: 104 mg/dL

VALOR DE REFERENCIA: 70 a 99 mg/dL

Revisado por: ANTONIO HENRIQUE

Revisado por: PLACER DE SOUZA

Método: ALCOHOLIZADO BIENEN, METROHAN 2300

URÉIA

Exame a Jejum (12-08-2019) (mg/dL)

Resultado: 27 mg/dL

VALOR DE REFERENCIA: 11 a 43 mg/dL

Revisado por: ANTONIO HENRIQUE

Revisado por: PLACER DE SOUZA

Método: ALCOHOLIZADO BIENEN, METROHAN 2300

CREATININA

Exame a Jejum (12-08-2019) (mg/dL)

Resultado: 0,6 mg/dL

Recomendado até 4 dias: 0,20 a 1,00 mg/dL

5 dias a 2 anos: 0,20 a 0,70 mg/dL

3 a 12 anos: 0,20 a 0,70 mg/dL

12 a 17 anos: 0,20 a 0,70 mg/dL

17 a 19 anos: 0,20 a 0,70 mg/dL

20 a 29 anos: 0,20 a 0,70 mg/dL

30 a 39 anos: 0,20 a 0,70 mg/dL

40 a 49 anos: 0,20 a 0,70 mg/dL

50 a 59 anos: 0,20 a 0,70 mg/dL

60 a 69 anos: 0,20 a 0,70 mg/dL

70 a 79 anos: 0,20 a 0,70 mg/dL

80 a 89 anos: 0,20 a 0,70 mg/dL

90 a 99 anos: 0,20 a 0,70 mg/dL

100 a 109 anos: 0,20 a 0,70 mg/dL

110 a 119 anos: 0,20 a 0,70 mg/dL

120 a 129 anos: 0,20 a 0,70 mg/dL

130 a 139 anos: 0,20 a 0,70 mg/dL

140 a 149 anos: 0,20 a 0,70 mg/dL

150 a 159 anos: 0,20 a 0,70 mg/dL

160 a 169 anos: 0,20 a 0,70 mg/dL

170 a 179 anos: 0,20 a 0,70 mg/dL

180 a 189 anos: 0,20 a 0,70 mg/dL

190 a 199 anos: 0,20 a 0,70 mg/dL

200 a 209 anos: 0,20 a 0,70 mg/dL

210 a 219 anos: 0,20 a 0,70 mg/dL

220 a 229 anos: 0,20 a 0,70 mg/dL

230 a 239 anos: 0,20 a 0,70 mg/dL

240 a 249 anos: 0,20 a 0,70 mg/dL

250 a 259 anos: 0,20 a 0,70 mg/dL

260 a 269 anos: 0,20 a 0,70 mg/dL

270 a 279 anos: 0,20 a 0,70 mg/dL

280 a 289 anos: 0,20 a 0,70 mg/dL

290 a 299 anos: 0,20 a 0,70 mg/dL

300 a 309 anos: 0,20 a 0,70 mg/dL

310 a 319 anos: 0,20 a 0,70 mg/dL

320 a 329 anos: 0,20 a 0,70 mg/dL

330 a 339 anos: 0,20 a 0,70 mg/dL

340 a 349 anos: 0,20 a 0,70 mg/dL

350 a 359 anos: 0,20 a 0,70 mg/dL

360 a 369 anos: 0,20 a 0,70 mg/dL

370 a 379 anos: 0,20 a 0,70 mg/dL

380 a 389 anos: 0,20 a 0,70 mg/dL

390 a 399 anos: 0,20 a 0,70 mg/dL

400 a 409 anos: 0,20 a 0,70 mg/dL

410 a 419 anos: 0,20 a 0,70 mg/dL

420 a 429 anos: 0,20 a 0,70 mg/dL

430 a 439 anos: 0,20 a 0,70 mg/dL

440 a 449 anos: 0,20 a 0,70 mg/dL

450 a 459 anos: 0,20 a 0,70 mg/dL

460 a 469 anos: 0,20 a 0,70 mg/dL

470 a 479 anos: 0,20 a 0,70 mg/dL

480 a 489 anos: 0,20 a 0,70 mg/dL

490 a 499 anos: 0,20 a 0,70 mg/dL

500 a 509 anos: 0,20 a 0,70 mg/dL

510 a 519 anos: 0,20 a 0,70 mg/dL

520 a 529 anos: 0,20 a 0,70 mg/dL

530 a 539 anos: 0,20 a 0,70 mg/dL

540 a 549 anos: 0,20 a 0,70 mg/dL

550 a 559 anos: 0,20 a 0,70 mg/dL

560 a 569 anos: 0,20 a 0,70 mg/dL

570 a 579 anos: 0,20 a 0,70 mg/dL

580 a 589 anos: 0,20 a 0,70 mg/dL

590 a 599 anos: 0,20 a 0,70 mg/dL

600 a 609 anos: 0,20 a 0,70 mg/dL

610 a 619 anos: 0,20 a 0,70 mg/dL

620 a 629 anos: 0,20 a 0,70 mg/dL

630 a 639 anos: 0,20 a 0,70 mg/dL

640 a 649 anos: 0,20 a 0,70 mg/dL

650 a 659 anos: 0,20 a 0,70 mg/dL

660 a 669 anos: 0,20 a 0,70 mg/dL

670 a 679 anos: 0,20 a 0,70 mg/dL

680 a 689 anos: 0,20 a 0,70 mg/dL

690 a 699 anos: 0,20 a 0,70 mg/dL

700 a 709 anos: 0,20 a 0,70 mg/dL

710 a 719 anos: 0,20 a 0,70 mg/dL

720 a 729 anos: 0,20 a 0,70 mg/dL

730 a 739 anos: 0,20 a 0,70 mg/dL

740 a 749 anos: 0,20 a 0,70 mg/dL

750 a 759 anos: 0,20 a 0,70 mg/dL

760 a 769 anos: 0,20 a 0,70 mg/dL

770 a 779 anos: 0,20 a 0,70 mg/dL

780 a 789 anos: 0,20 a 0,70 mg/dL

790 a 799 anos: 0,20 a 0,70 mg/dL

800 a 809 anos: 0,20 a 0,70 mg/dL

810 a 819 anos: 0,20 a 0,70 mg/dL

820 a 829 anos: 0,20 a 0,70 mg/dL

830 a 839 anos: 0,20 a 0,70 mg/dL

840 a 849 anos: 0,20 a 0,70 mg/dL

850 a 859 anos: 0,20 a 0,70 mg/dL

860 a 869 anos: 0,20 a 0,70 mg/dL

870 a 879 anos: 0,20 a 0,70 mg/dL

880 a 889 anos: 0,20 a 0,70 mg/dL

890 a 899 anos: 0,20 a 0,70 mg/dL

900 a 909 anos: 0,20 a 0,70 mg/dL

910 a 919 anos: 0,20 a 0,70 mg/dL

920 a 929 anos: 0,20 a 0,70 mg/dL

930 a 939 anos: 0,20 a 0,70 mg/dL

940 a 949 anos: 0,20 a 0,70 mg/dL

950 a 959 anos: 0,20 a 0,70 mg/dL

960 a 969 anos: 0,20 a 0,70 mg/dL

970 a 979 anos: 0,20 a 0,70 mg/dL

980 a 989 anos: 0,20 a 0,70 mg/dL

990 a 999 anos: 0,20 a 0,70 mg/dL

1000 a 1009 anos: 0,20 a 0,70 mg/dL

1010 a 1019 anos: 0,20 a 0,70 mg/dL

1020 a 1029 anos: 0,20 a 0,70 mg/dL

1030 a 1039 anos: 0,20 a 0,70 mg/dL

1040 a 1049 anos: 0,20 a 0,70 mg/dL

1050 a 1059 anos: 0,20 a 0,70 mg/dL

1060 a 1069 anos: 0,20 a 0,70 mg/dL

1070 a 1079 anos: 0,20 a 0,70 mg/dL

1080 a 1089 anos: 0,20 a 0,70 mg/dL

1090 a 1099 anos: 0,20 a 0,70 mg/dL

1100 a 1109 anos: 0,20 a 0,70 mg/dL

1110 a 1119 anos: 0,20 a 0,70 mg/dL

1120 a 1129 anos: 0,20 a 0,70 mg/dL

1130 a 1139 anos: 0,20 a 0,70 mg/dL

1140 a 1149 anos: 0,20 a 0,70 mg/dL

1150 a 1159 anos: 0,20 a 0,70 mg/dL

1160 a 1169 anos: 0,20 a 0,70 mg/dL

1170 a 1179 anos: 0,20 a 0,70 mg/dL

1180 a 1189 anos: 0,20 a 0,70 mg/dL

1190 a 1199 anos: 0,20 a 0,70 mg/dL

1200 a 1209 anos: 0,20 a 0,70 mg/dL

1210 a 1219 anos: 0,20 a 0,70 mg/dL

1220 a 1229 anos: 0,20 a 0,70 mg/dL

1230 a 1239 anos: 0,20 a 0,70 mg/dL

1240 a 1249 anos: 0,20 a 0,70 mg/dL

1250 a 1259 anos: 0,20 a 0,70 mg/dL

1260 a 1269 anos: 0,20 a 0,70 mg/dL

1270 a 1279 anos: 0,20 a 0,70 mg/dL

1280 a 1289 anos: 0,20 a 0,70 mg/dL

1290 a 1299 anos: 0,20 a 0,70 mg/dL

1300 a 1309 anos: 0,20 a 0,70 mg/dL

1310 a 1319 anos: 0,20 a 0,70 mg/dL

1320 a 1329 anos: 0,20 a 0,70 mg/dL

1330 a 1339 anos: 0,20 a 0,70 mg/dL

1340 a 1349 anos: 0,20 a 0,70 mg/dL

1350 a 1359 anos: 0,20 a 0,70 mg/dL

1360 a 1369 anos: 0,20 a 0,70 mg/dL

1370 a 1379 anos: 0,20 a 0,70 mg/dL

1380 a 1389 anos: 0,20 a 0,70 mg/dL

1390 a 1399 anos: 0,20 a 0,70 mg/dL

1400 a 1409 anos: 0,20 a 0,70 mg/dL

1410 a 1419 anos: 0,20 a 0,70 mg/dL

1420 a 1429 anos: 0,20 a 0,70 mg/dL

1430 a 1439 anos: 0,20 a 0,70 mg/dL

1440 a 1449 anos: 0,20 a 0,70 mg/dL

1450 a 1459 anos: 0,20 a 0,70 mg/dL

1460 a 1469 anos: 0,20 a 0,70 mg/dL

1470 a 1479 anos: 0,20 a 0,70 mg/dL

1480 a 1489 anos: 0,20 a 0,70 mg/dL

1490 a 1499 anos: 0,20 a 0,70 mg/dL

1500 a 1509 anos: 0,20 a 0,70 mg/dL

1510 a 1519 anos: 0,20 a 0,70 mg/dL

1520 a 1529 anos: 0,20 a 0,70 mg/dL

1530 a 1539 anos: 0,20 a 0,70 mg/dL

1540 a 1549 anos: 0,20 a 0,70 mg/dL

1550 a 1559 anos: 0,20 a 0,70 mg/dL

1560 a 1569 anos: 0,20 a 0,70 mg/dL

1570 a 1579 anos: 0,20 a 0,70 mg/dL

1580 a 1589 anos: 0,20 a 0,70 mg/dL

1590 a 1599 anos: 0,20 a 0,70 mg/dL

1600 a 1609 anos: 0,20 a 0,70 mg/dL

1610 a 1619 anos: 0,20 a 0,70 mg/dL

1620 a 1629 anos: 0,20 a 0,70 mg/dL

1630 a 1639 anos: 0,20 a 0,70 mg/dL

1640 a 1649 anos: 0,20 a 0,70 mg/dL

1650 a 1659 anos: 0,20 a 0,70 mg/dL

1660 a 1669 anos: 0,20 a 0,70 mg/dL

1670 a 1679 anos: 0,20 a 0,70 mg/dL

1680 a 1689 anos: 0,20 a 0,70 mg/dL

1690 a 1699 anos: 0,20 a 0,70 mg/dL

1700 a 1

Paciente: JOSE ROBERTO ALEXANDRE DOS SANTOS Protocolo: 0000481594 RG: NÃO INFORMADO
Dr: JOSE RICARDO DOS SANTOS SOUZA Data: 12-08-2019 09:28 Origem: AREA VERDE
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES Idade: 46 anos Destino: AREA VERDE

TEMPO DE SANGRAMENTO..... 1'58''

TESTE TALVUMTAU DE INICIÇÃO RÁPIDA 1
Tubo de coleta: 10 minutos
Método: 10 minutos

TEMPO DE COAGULAÇÃO..... 8'30''

TESTE TALVUMTAU DE INICIÇÃO RÁPIDA 1
Tubo de coleta: 10 minutos
Método: 10 minutos

TEMPO E ATIVIDADE DE PROTROMBINA

TESTE DE COAGULAÇÃO INICIÇÃO RÁPIDA 1

TEMPO DE PROTROMBINA NA..... 11.4 segundos

ATIVIDADE DE PROTROMBINA 112.1 %

INR..... 0.89

Exatidão: 100% (100%)

Plasma Controlado..... 12.5

Exatidão: 100% (100%)

Exatidão: 100% (100%)

TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA

TESTE DE COAGULAÇÃO INICIÇÃO RÁPIDA 1

Resultados..... 24.1 segundos

Exatidão: 100% (100%)

Exatidão: 100% (100%)

Exatidão: 100% (100%)

10 a 15 segundos

72 a 120 de 10 a 15 segundos

VALOR DE REFERÊNCIA

10 a 15 segundos

VALOR DE REFERÊNCIA

10 a 15 segundos

Em pacientes que tiverem uso de

anticoagulantes orais 2.0 a 3.0

10 a 15 segundos

Geraldo Ramalho da Fonseca Neto
Biomédico
CRM - 5010

Este laudo foi assinado eletronicamente pelo Dr. GERALDO RAMALHO DA FONSECA NETO - CRM - 5010



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

REQUISIÇÃO

NOME:

José Roberto Alexandre

PRONTUÁRIO:

DATA DE NASCIMENTO:

IDADE:	SEXO:	COR:	PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF:	LEITO:
--------	-------	------	-------	---------	----------	------	--------

DADOS CLÍNICOS:

RX 08.08.19
11

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAME SOLICITADO:

Rx do catavento 24-11-17

URGÊNCIA:

☐

ROTINA:

☐

DATA:

HORA DA SOLICITAÇÃO:

RESPOSÁVEL PELA SOLICITAÇÃO

Dr. Marco Aurélio Costa
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PA 0300
Rm: 15943



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

REQUISIÇÃO DE EXAME

NOME:

José Roberto Alexandre dos Santos

PRONTUÁRIO:

DATA DE NASCIMENTO:

IDADE:	SEXO:	COR:	PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF:	LEITO:
--------	-------	------	-------	---------	----------	------	--------

DADOS CLÍNICOS:

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAME SOLICITADO:

USG fast.

URGÊNCIA:

☒

ROTINA:

☐

DATA:

11/08/19

HORA DA SOLICITAÇÃO:

19.56.

Dr. Danilo Carvalho
Cirurgião Geral
Videolaparoscopia
CRM-PB 9969

RESPONSÁVEL PELA SOLICITAÇÃO

AVALIAÇÃO CARDIOLÓGICA COM RISCO CIRÚRGICO

NOME: João Roberto A. dos Santos IDADE: 44 SEXO: M
IMC: _____ PROCEDÊNCIA: _____ PROFISSÃO: _____ DATA: 32/08/19

1 - SINTOMATOLOGIA CARDIOVASCULAR:

☒ Assintomática () Sintomática () Oligossintomática

SINTOMAS:

() Cefaléia () Tontura () Síncope
() Dispneia de esforço () Grande () Pequena
() Média () Ortopédica
() Palpitações () Tosse Seca () Expectoração
() Dor Precordial () Atípica () Pós-prandial
Relacionada: () Esforço () Emoções () Frio

Comentários: _____

2 - PATOLOGIAS EM CURSO:

() Hipertensão Arterial Sistêmica N () Hipertensão Pulmonar () DPOC () Outros
() Diabetes Mellitus N () Insuf. Cardíaca Congestiva N () Insuficiência Coronariana N
() Arritmias () Insuf. Renal () Aguda () Crônica

3 - ANTECEDENTES PESSOAIS:

() Alergia a Medicamentos: meio ☒ Tabagismo
() Elitismo () Sedentarismo
() Dislipidemia () Cirúrgico 21 prostatectomia () Outros
MSD

Medicamentos em uso ☒ Não () Sim _____

4 - EXAMES FÍSICO

() Estado Geral ☒ Bom () Regular () Comprometido () Precário () Altura () Peso

Ap. Cardiovascular - Comentários: cor, r, d

FC.: 72 b.p.m P.A.: 130 x 90 mmHg

Ap. Respiratório - Comentários: _____

Addômen - Comentários: _____

Membros Inferiores - Comentários: _____

5 - E.C.G.: normal

Ex. Laboratoriais: _____

6 - CONCLUSÃO RISCO CIRÚRGICO:

☒ Grau I - AVC e ECG - normais (Risco Cirúrgico Normal)
() Grau II - AVC e ECG - anormais (Risco Cirúrgico Normal)
() Grau III - AVC e ECG - anormais (Indicado Monitorização Cardíaca)
() Grau IV - AVC e ECG - com graves alterações (Alto Risco Cirúrgico - se possível evitar)

Obs.: Forar losartan 25 mg VO, se

PA → 160 x 110 mmHg

Dr. Imara D. Silva Barbosa
Cardiologista
CRM 3024

Ass. do Médico

CHECKLIST

GOVERNO
DA PARAÍBA

SEGUIE

o trabalho

PRÉ-OPERATÓRIO- ALAS



SETOR DE ORIGEM: <i>Alas Neuro - Buro</i>	
NOME: <i>José Roberto Alexandre dos Santos</i>	
PROCEDIMENTO:	
☐ AVP:LOCAL: <i>MSD</i>	JELCO Nº: _____ ☐ AVC ☒ JEJUM
BANHO PRÉ-OPERATÓRIO: ☐ COM CLOREXIDINA ☐ SABONETE PRÓPRIO	
RETIRADO: ☐ PRÓTESE DENTÁRIA ☐ ADORNOS ☐ PERTENCES	
ENCAMINHADO: ☒ HEMOG ☐ USG ☐ TOMOGRAFIA ☐ RESSONÂNCIA <i>Raxo Cerebral</i>	
☐ TERMO DE CONSENTIMENTO ☒ NÃO SE APLICA	
☐ RESERVA DE HEMODERIVADO ☒ NÃO SE APLICA	
ENFERMEIRO RESPONSÁVEL: <i>[Signature]</i>	COREN: _____

AV. Marechal Floriano Peixoto, 4700 – Malvinas

Campina Grande – PBCEP: 58.432-809

Email: chefiarhtraumacg@hotmail.com hospitalregionalcg@hotmail.com

CNPJ: 08.778.268-0001-60

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE:

Yosi Roberto Alexandre dos Santos

22:11/08/1975

GOVERNO DA PARAIBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

QI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO
			44 anos	1964784
CIRURGIA		CIRURGIÃO		
Redução + fixação de fratura		Dr. Camila + Dr. Rubens + Dr. Pignatelli		
ANESTESIA		ANESTESIA		
Geral balanceada		Dr. Rafael		
INSTRUMENTADORA		DATA	INICIO	FIM
Klein		16/08/2019	10:20	12:30

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.	01		Catgut cromado Sertix	
03	Atropina amp.			Catgut cromado Sertix	
	Diazepam amp.	10		Catgut cromado Sertix	
	Dimore amp.			Catgut Simples	
	Otolantina amp.			Catgut Simples Sertix	
	Efrane ml			Catgut Simples Sertix	
01	Fenegan amp. - nivalupir e IV			Catgut Simples Sertix	
	Fentonil ml			Cera p/ osso	
01	laova-re - propofol			Ethibond	
	Ketalar ml	01		Ethibond	
	Mercaina % ml			Ethibond	
	Nubshin amp.		01	Fio de Algodão Sertix 2.0	
	Pavulon amp.			Fio de Algodão Sertix	
03	Protigmine amp.	0.5		Fio de Algodão Sutupak	
	Protóxido l/m			Fio de Algodão Sutupak	
	Quelcion ml	0.5		Fila cardíaca	
	Rapilen amp.		01	Mononylon 5.0	
	Thionembatal ml			Mononylon	
	Tracrium amp.			Prolene Sertix	
Qtd.	MEDICAÇÕES	Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Sertix	
04	Água Destilada amp.	Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Sertix	
01	Decadron amp.	02		Prolene Sertix	
01	Dipirone amp. - Busulfan amp.	04		Vicryl Sertix 5.0	
01	Flaxicid amp. - amoxiclavina	02		Vicryl Sertix	
	Flebocortid amp.			Vicryl Sertix	
	Geramicina amp.				
	Glicose amp.				
	Glucon de Cálcio amp.				
	Haemacel ml	0.5			
	Heparena ml				
	Kanabion amp.	0.5			
	Lasix amp.	0.5			
	Medrotrinazol	01			
	Plasil amp.	04			
	Prolamina	02			
	Revivan amp.				
	Suptanon amp.				
02	Cefazolina 1g - Timexilona 20mg				
34	Epitexim penicilina	01			
50	Clotrimazol diluído				
04	Relaxolona 1g				
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES	Sonda			
01		Sonda Foley			
		Sonda Nasogástrica			
		Sonda Uretral nº 14			
		Sterydrem ml			
		Torneirinha			
		Vaselina ml			
		Geicon 18			
		Látex			
05	Alcool de Enfermagem 70%	01			
	Alcool Iodado ml				
	Ataduras de Crepon				
	Ataduras de Gessada				
	Azul metileno amp.				
	Benzina ml				

Qtd.	SOROS
01	SG Normotérmico fr 500 ml p/ procedimentos
	SG Gelado fr 500 ml
	SG Hipertérmico fr 500 ml
	SG Ringr fr 500 ml
	SG fr 500 ml

Qtd.	ORTESE E PRÓTESE
01	Material de (A. Coste)
01	placa n° 4 Furos e 1 extensor
04	perfusores n° 06
03	perfusores n° 06 (caixa 2.5)
01	perfusor n° 08

Qtd.	EQUIPAMENTOS
01	Oxímetro de Pulso
	Serra
	Desfibrilador
	Foco Frontal
	Fonte de Luz
	Foco Auxiliar
	Eletrocautério
	Oxicapnógrafo
	Cardiomonitor
	Perfurador Elétrico

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

十
二
八

Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente:	José Roberto Alexandre dos Santos		Idade:	44	
Convênio:			Data:	16/08/19	
Procedimento:	Redução + Fixação de Fratura de Ligamento Osgood				
Cirurgião:	D ^r Danilo	Auxiliar:	D ^r Reginaldo	Anestesista:	D ^r Rafael
Início:	10:40	Término:	12:30	Anestesia	Qual

[illegible][illegible][illegible]

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

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

Assinatura do anestesista

**GOVERNO
DA PARAÍBA**GOVERNO
DA PARAÍBA

Número do Prontuário: 154154

DATA DA CIRURGIA: 16/08/2019

Número do Atendimento: 1965175 Clín: NEUROBUCA / Enf: 8 / Lei: 4

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: JOSE ROBERTO ALEXANDRE DOS SANTOS

Data da Internação: 12/08/2019

Atendimento: 1965175

Diagnostico Pré-Operatório: FRATURA DE ZIGOMÁTICO E

Diagnostico Pós-Operatório:

Cirurgia: REDUCAO + FIE

Data da Cirurgia: 16/08/2019

Equipe:

Cirurgião: CAMILA LINS VIEIRA

Aux 1: REGINALDO FERNANDES DA SI

Aux 2: REBECA VALESKA SOARES

Aux 3:

Instrumentador: KECIA

Anestesista: ANTONIO RAFAEL SODRE CAMPOS DE ALMEIDA

Tipo de anestesia: GERAL (NASOTRAQUEAL)

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no Ato:

Acidente Durante Operação:

Descrição da Operação: 1 - PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA GERAL COM ENTUBAÇÃO NASOTRAQUEAL

2 - ANTISSEPSE LOCAL COM CLOREXIDINA DEGERMANTE

3 - APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS

4 - ANESTESIA LOCAL COM LIDOCAÍNA C/ VASOCONSTRICTOR

5 - TAMPÃO OROFARÍNGEO

6 - ACESSO VESTIBULAR MAXILAR + ACESSO SUPRAORBITÁRIO

7 - DIVULSÃO + DESCOLAMENTO DE TECIDOS POR PLANOS

8 - EXPOSIÇÃO DAS FRATURAS E REDUÇÃO DE FRATURA EM COMPLEXO ZIGOMÁTICO E

9 - FIXAÇÃO COM SISTEMA 1.5 DE REGIÃO FRONTOZIGOMÁTICA: 01 PLACA RETA C/ INTERMEDIÁRIO (04 FUROS + 04 PARAFUSOS)

10 - FIXAÇÃO COM SISTEMA 2.0 EM PILAR ZIGOMÁTICO MAXILAR: 01 PLACA EM "L" C/ INTERMEDIÁRIO (04 FUROS + 04 PARAFUSOS)

11 - IRRIGAÇÃO COPIOSA COM SF 0,9%

12 - SUTURA POR PLANOS COM VICRYL 3.0 + NYLON 5.0

13 - REMOÇÃO DE TAMPÃO OROFARÍNGEO

14 - CURATIVO

INÍCIO: 10:40 HRS

TÉRMINO: 11:40 HRS
EMPRESA: BEM.MED

Data 16/08/2019

Assinatura/Carimbo
Rebeca Valeska Soares Pereira


Dra. Rebeca Valeska Soares
Clínica de Hematologia
Biotecnologia
RESIDENTE - CRUPE 601F

PACIENTE:	JOSE ROBERTO ALEXANDRE DOS SANTOS
DATA DO EXAME:	11/08/2019 às 20:55 horas
SOLITANTE:	Dr(a) -

ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL – “FAST”

METODOLOGIA:

Exame realizado em modo bidimensional com equipamento dinâmico na frequência de 4,0 MHz.

ANÁLISE:

Não identificamos sinais de líquido livre intra-abdominal ou derrame pleural no presente estudo.

Não foram evidenciadas lesões viscerais relacionadas ao trauma.

Observação: Ressaltamos a baixa sensibilidade da ultrassonografia na detecção de lesões em órgãos sólidos e vísceras ocas, assim como de hemoretroperitônio, não havendo critérios ecográficos seguros para indicação de alta hospitalar baseando-se apenas no resultado negativo da ultrassonografia.

Observação: Salientamos ainda que o método considerado padrão-ouro para avaliação de pacientes vítimas de trauma abdominal fechado, estáveis hemodinamicamente, é a tomografia computadorizada de abdômen com contraste, ficando a necessidade de sua solicitação a cargo do médico assistente.


Dr. Raiff Ramalho Cavalcanti
Radiologia e Diagnóstico por Imagem
CRM-PB: 6320 RQE 4159

EXAME SECUNDÁRIO / PROTESTO MÉDICO

Vítima de acidente de moto,
com luxação do ombro
esq.

Saud.: Reduzido + alta
da artropatia.

Parecer da B.M.F.

[Assinatura]

#BME 08:10

paciente, refer, acidente motociclístico há aprox
12 horas. Os membros superiores aparentemente normais -
bilateral (E), sem ressecamento, edematosos e doloridos (E
mesmo nível distal, dor no antebraço, dor no punho,
dor em abdução, dor no quadril, dor no joelho,
dor no tornozelo e dor no pé).

TC mostra fratura de rádio ulna (E).

TC mostra fratura de rádio ulna (E).

[Assinatura]
Dr. [Nome] [Assinatura]
CRM [Número]

SERVIÇOS REALIZADOS

EXAMENES REALIZADOS	DATA	RESULTADO
1. 01. 02. 03. 04. 05. 06. 07. 08. 09. 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.		

[Assinatura]
Dr. [Nome] [Assinatura]
CRM [Número]

SUS

Sistema Único de Saúde
Ministério da SaúdeLAUDO 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

JOSE ROBERTO ALEXANDRE DOS SANTOS

6 - N° DO PRONTUÁRIO

1965175

7 - CARTÃO DO SUS

898000164823885

8 - DATA DE NASCIMENTO

29/07/1975

9 - SEXO

Masc ☒ F ☐Fem ☐ ☒

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

IVONETE MARTINS ALEXANDRE DOS SANTOS

11 - TELEFONE DE CONTATO

83 981726756

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

SÍTIO SAMAMBAIA, 0, ZONA RURAL

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Santa Cecília

14 - CÓDIGO MUNICIPAL

251315

15 - UF

PB

16 - CEP

58463000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente refere acidente motociclistas. Apresenta equimose periorbital (E); sem ferimentos oculomotores visuais (semelhante a lesão de corpo lúcido antes do trauma), dor em abertura bucal, sem queixas adicionais; paristene em hemifácia (E)

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Exami clínico etc

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Inat de zigomático esquerda

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Inat de zigomático esquerda

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Mandado + FIC

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

BNT

27 - CARATER DA INTERNAÇÃO

02

28 - DOCUMENTO

(X) CNS () CPF

29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

707403028960271

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

JOSE RICARDO DOS SANTOS S

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

12/08/2019

32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

Tramato 01

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 - N° DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOE

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ORGÃO EMISSOR

45 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

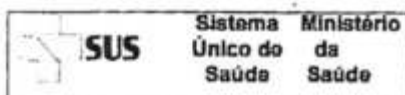
() CNS () CPF

47 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

49 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

/ /



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

JOSE ROBERTO ALEXANDRE DOS SANTOS

6 - N° DO PRONTUÁRIO

1965175

7 - CARTÃO DO SUS

898000164823885

8 - DATA DE NASCIMENTO

29/07/1975

9 - SEXO

Masc ☒ F ☐Fem ☐ B ☐

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

IVONETE MARTINS ALEXANDRE DOS SANTOS

11 - TELEFONE DE CONTATO

83 981726756

12 - ENDEREÇO (RUA, N° BAIRRO)

SÍTIO SAMAMBAIA, 0, ZONA RURAL

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Santa Cecília

14 - CÓDIGO MUNICIPAL

251315

15 - UF

PB

16 - CEP

58463000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente refere episódio metecarístico. Apresenta aguilhões periorbital (E); x m, paroxismo de tremor - visual (3 m m s, mata, dura, de globos, fúria, antes do tremor); dor em abertura bucal, x m, queixa de náuseas; paristonia em hemicéfalo (E)

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Exame clínico etc

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Trat de rigidez esquerda

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Trat de rigidez esquerda

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Trat de rigidez

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

BPF

27 - CARATER DA INTERNAÇÃO

02

28 - DOCUMENTO

(X) CNS () CPF

29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

707403028960271

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

JOSE RICARDO DOS SANTOS S

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

12/08/2019

32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

José Ricardo dos Santos S

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 - N° DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ORGÃO EMISSOR

49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

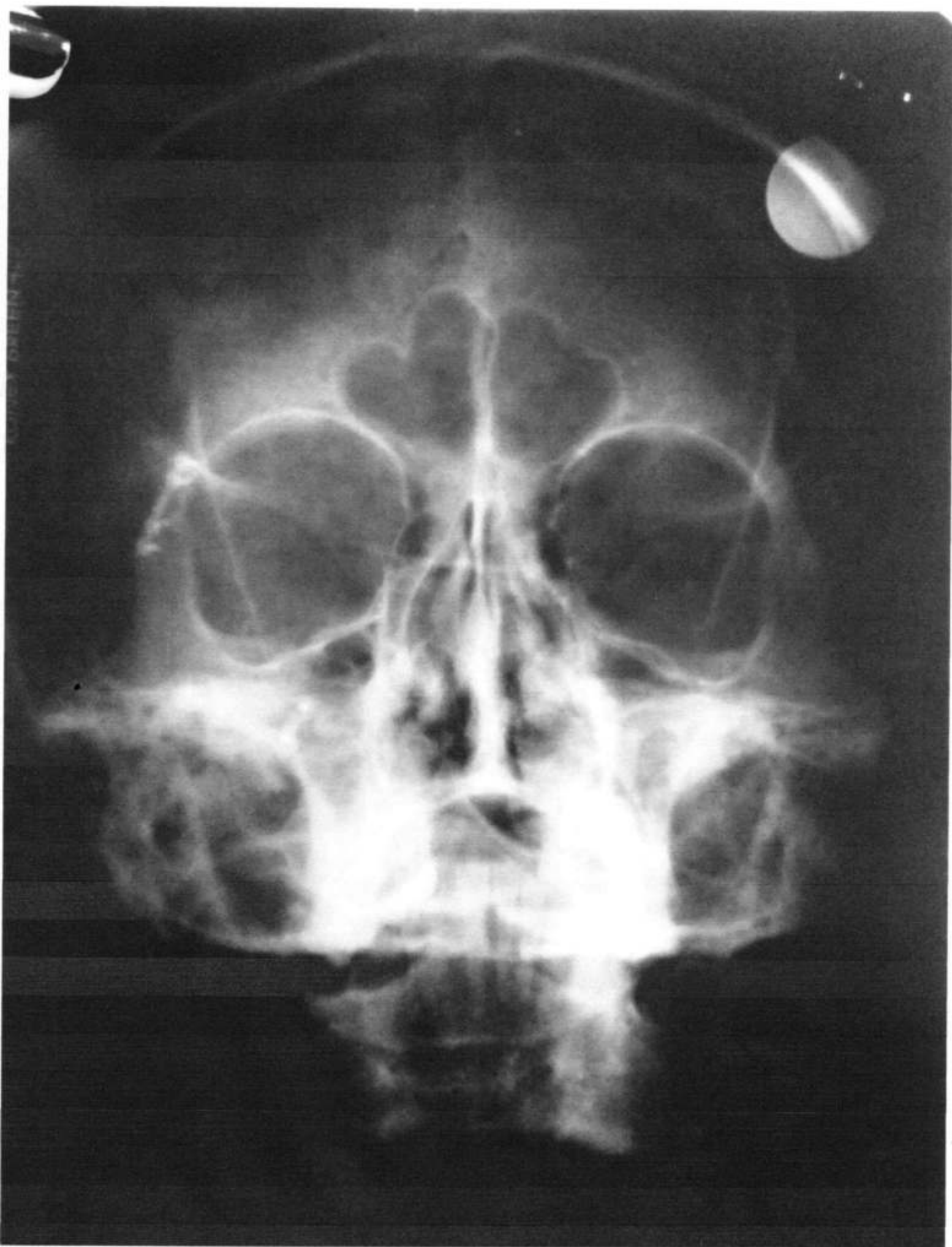
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

/ /







VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

4 839 670

DATA DE EXPIRAÇÃO 19/04/2004

Nome << JOSE ROBERTO ALEXANDRE DOS SANTOS >>

Sexo M

Idade 30

Estado Civil S

Profissão

Assinatura do Titular

Assinatura do Diretor

LEI Nº 7.116 DE 29/06/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO RIO DE JANEIRO

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

Polícia Civil

Identificação

Nome: JOSE ROBERTO ALEXANDRE DOS SANTOS

CPF: 4839670

DATA DE NASCIMENTO: 19/04/2004

SEXO: M

ESTADO CIVIL: S

PROFISSÃO:

Assinatura do Titular

Assinatura do Diretor

LEI Nº 7.116 DE 29/06/83

MINISTÉRIO DA FAZENDA



Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

960.985.204-10

Nome

JOSE ROBERTO ALEXANDRE DOS SANTOS

Nascimento

29/07/1975

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITAÇÃO
 CADERNO NACIONAL DE HABITAÇÃO

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
4810389 SSP PE

CPF
945.234.444-04

DATA NASCIMENTO
26/07/1974

FILIAÇÃO
JOSE GOMES DE MOURA

ISMARTE FERRERA DE MOURA

PERMISSÃO
02378605879

ACC
08/04/2022

CAT. HAB.
17/06/2002

VALIDEZ EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1421884961

PROIBIDO PLASTIFICAR
1421884961

OBSERVAÇÕES

Adriana M. Moura de A. Fernandes

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
SORUBIM - PE

DATA EMISSÃO
10/04/2017

Chafin Anderson Sousa Ribeiro
 Diretor Presidente

ASSINATURA DO EMISSOR

53266785800
PE078665272

PERNAMBUCO

DETRAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 010732528078

VIA RENAVAM 1 798962925 EXERCÍCIO 2014

LUCIA MARIA DA SILVA

BURUBIM-PE

014.973.094-25

PLACA ANT/UE

EBPC/ETIPO

9C2JC90109R156718

COMBUSTÍVEL

PE Nº 010732528078 BILHETE DE SEGURO DPVAT

LUCIA MARIA DA SILVA

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

www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

BURUBIM-PE

EXERCÍCIO 2014

DATA EMISSÃO 11/04/14

RENAVAM 798962925 MARCA/MODELO HONDA/CG 125 TITAN K3
ANO FAB 2002 CAT TARF 09 Nº CHASSI 9C2JC90109R156718

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) DENAT/TRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)
CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO SEGURADO (R\$)
PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO
☐ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04
www.seguradoralider.com.br

20-2013

MARCA/MODELO HONDA/CG 125 TITAN K3 ANO FAB 2002
CAP/POT/CIL 2P/124CL CATEGORIA PARTIC CORP DOMINANTE VERDE

COTA ÚNICA VENC COTA ÚNICA
IPVA 2014 QUITADO
FAIXA I.R.V.A. PARCELAMENTO/COTAS
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
SEGURO PAGO

SEM RESERVA

BURUBIM-PE

DATA 11/04/14



DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO DE PERNAMBUCO

Setor: 11255-0 DIR. DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO

DETRAN-PE

13:59:44

Controle de Veículos - Relatório Geral Do Veículo

Placa:	KLC2392	UF:	PE
Renavam	798962925		
Chassi :	9C2JC30103R156718		
Numero do Motor:	JC30E13156718		
Proprietário:	LUCIA MARIA DA SILVA		
Município :	SURUBIM		
Marca/Modelo :	HONDA/CG 125 TITAN KS		
Fabricação/Ano	2002 / 2003		
Cor:	VERDE		

Restrições Gerais:

Registro do contrato de Financiamento:	Data:
Restrição1:	
Restrição2:	
Restrição3:	
Restrição4:	
Observação restrição:	

Débitos:

IPVA:	Sim	Valor:	R\$ 453,02
Licenciamento:	Sim	Valor:	R\$ 616,26
Multas IPVA:	Não	Valor:	
Multas:	Sim	Valor:	R\$ 1.340,76
DPVAT:	Sim	Valor:	R\$ 270,08
Autuações em Tramitação:	Não	Valor:	

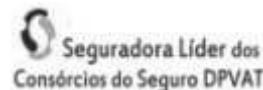
Gravame:

--	--

Último CRLV Emitido:

Exercício:	2014		
Emissão:	11/04/2014	CIR. SURUBIM	Entrega:
Destino:	ON-LINE		Retirante:
Devolução:			Motivo:
AR de Postagem:			

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0400606/19

Vítima: JOSE ROBERTO ALEXANDRE DOS SANTO

CPF: 960.985.204-10

CPF de: Próprio

Data do acidente: 11/08/2019

Titular do CPF: JOSE ROBERTO
ALEXANDRE DOS SANTOS

Seguradora: COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 945.234.444-04

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

JOSE ROBERTO ALEXANDRE DOS SANTOS : 960.985.204-10

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 14/11/2019
Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 945.234.444-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/11/2019
Nome: Isabelly Antonia dos Santos Ursulino
CPF: 106.719.384-79

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Isabelly Antonia dos Santos Ursulino

SURUBIM (PE), 05 DE DEZEMBRO 2019.

À LIDER

CONVÊNIO DPVAT

ASSUNTO: REANÁLISE DO PROCESSO PELO VALOR RECEBIDO

VÍTIMA: JOSE ROBERTO ALEXANDRE DOS SANTOS

TIPO DE INDENIZAÇÃO: INVALIDEZ

SINISTRO n° 3190639022

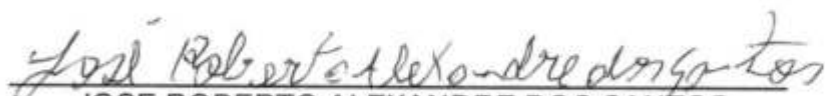
Prezado Senhor(a),

Solicito de V.Sª, que meu processo de INVALIDEZ seja REANALISADO, uma vez que eu fui vítima de acidente de trânsito, fato ocorrido no dia 11/08/2019, onde sofri FRATURA EM LIGOMÁTICO ESQUERDO fiz todo tratamento médico e mesmo assim ENCONTRO-ME ATUALMENTE COM SEQUELAS. E foi liberado para mim um valor muito inferior ao que tenho Direito. Em contato com o atendimento da Líder fui orientado a fazer uma carta explicando a situação para que seja liberado a importância a que tenho Direito.

• DIANTE DO EXPOSTO, solicito de V.Sª, que meu processo seja REANALISADO e que seja liberado o valor que realmente me é de direito, uma vez que estou com seqüelas.

Certo de vossa atenção

Fico no aguardo.


JOSE ROBERTO ALEXANDRE DOS SANTOS

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190639022 **Cidade:** Santa Maria do Cambucá **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE ROBERTO ALEXANDRE DOS SANTOS **Data do acidente:** 11/08/2019 **Seguradora:** COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE ARCO ZIGOMÁTICO A ESQUERDA

Descrição do exame físico: APRESENTA LIMITAÇÃO DISCRETA DE ABERTURA DA BOCA COM DISCRETO AFUNDAMENTO DE ARCO ZIGOMÁTICO

Resultados terapêuticos: DISCRETA DEFORMIDADE EM FACE E LIMITAÇÃO DE ABERTURA DA BOCA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 02/12/2019

Conduta mantida:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
		Total	10 %	R\$ 1.350,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190639022 **Cidade:** Santa Maria do Cambucá **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE ROBERTO ALEXANDRE DOS SANTOS **Data do acidente:** 11/08/2019 **Seguradora:** COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE ZIGOMÁTICO Á ESQUERDA.
LUXAÇÃO DO COTOVELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO MAXILAR(PLACA E PARAFUSOS).
TRATAMENTO CONSERVADOR COTOVELO.
ALTA.(P1/4/7/29/31/32/34FC/38/39)

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
		Total	10 %	R\$ 1.350,00

PROCURAÇÃO:

OUTORGANTE

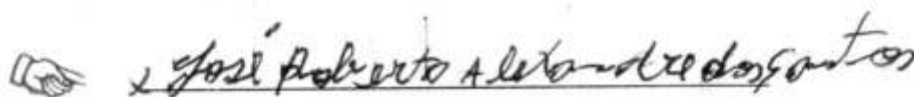
NOME:	JOSE ROBERTO ALEXANDRE DOS SANTOS
NACIONALIDADE:	BRASILEIRA
PROFISSÃO:	RECUSO INFORMAR
IDENTIDADE:	4.839.670 SDS/PE CPF: 960.985.204-10
DATA DO ACIDENTE:	11/08/19
COBERTURA:	INVÁLIDez
VÍTIMA:	JOSE ROBERTO ALEXANDRE DOS SANTOS
ENDEREÇO:	RUA JULIETA A NUNES, 216, SAO JOSE, SURUBIM-PE

OUTORGADO

NOME:	ADRIANA ME MOURA DE A. FERNANDES
NACIONALIDADE:	BRASILEIRA
PROFISSÃO:	RECUSO INFORMAR
IDENTIDADE:	4.810.389 SS/PE CPF: 945.234.444-04
ENDEREÇO:	RUA JOAO BATISTA, 370, CENTRO, SURUBIM/PE

PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR E OUTORGADO, ACIMA QUALIFICADO, A QUEM CONFIO PODERES PARA REPRESENTAR-ME PERANTE AS SEGURADORAS QUE CONSTUI O CONSÓRCIO DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

SURUBIM/PE - 22 DE AGOSTO DE 2019



ASSINATURA DO OUTORGANTE

2º Tabelionato de Notas de Surubim - PE
FIRMA POR AUTENTICIDADE)

TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTOS DE SURUBIM-PE

Rua Sete de Setembro, 10 - Centro - Surubim-PE
Fone: (011) 3624-1412 - E-mail: santos2008surubim@gmail.com
Creusa Maria Silva de Lima - Tabelante

Reconheço por AUTENTICIDADE 1 firma(s) de: (1) JOSE
ROBERTO ALEXANDRE DOS SANTOS
Dou fe. Surubim, sexta-feira, 23 de agosto de 2019 -
11:40h
Em Testemunho _____ da verdade.
Creusa Maria Silva de Lima - Tabelante
Total: 4,91 - VALIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE.
Selo(s): 0073214-NLM07201901.03519-Rua Sete de
Setembro, nº 10 - Centro - SURUBIM-PE
Consulte autenticidade em: www.tpe.gov.br/validar



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0400606/19

Vítima: JOSE ROBERTO ALEXANDRE DOS SANTO

CPF: 960.985.204-10

CPF de: Próprio

Data do acidente: 11/08/2019

Titular do CPF: JOSE ROBERTO
ALEXANDRE DOS SANTOS

Seguradora: COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 945.234.444-04

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

JOSE ROBERTO ALEXANDRE DOS SANTOS : 960.985.204-10

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 14/11/2019
Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 945.234.444-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/11/2019
Nome: Isabelly Antonia dos Santos Ursulino
CPF: 106.719.384-79

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Isabelly Antonia dos Santos Ursulino

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0400606/19

Número do Sinistro: 3190639022

Vítima: JOSE ROBERTO ALEXANDRE DOS SANTO

CPF: 960.985.204-10

CPF de: Próprio

Data do acidente: 11/08/2019

Titular do CPF: JOSE ROBERTO
ALEXANDRE DOS SANTOS

Seguradora: COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 12/12/2019

Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

CPF: 945.234.444-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/12/2019

Nome: Marta Marinho dos Santos

CPF: 492.294.514-87

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos

Rio de Janeiro, 18 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190639022

Vítima: JOSE ROBERTO ALEXANDRE DOS SANTOS

Data do Acidente: 11/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE ROBERTO ALEXANDRE DOS SANTOS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 22 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190639022

Vítima: JOSE ROBERTO ALEXANDRE DOS SANTOS

Data do Acidente: 11/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: INTERRUÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JOSE ROBERTO ALEXANDRE DOS SANTOS

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 16 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190639022

Vítima: JOSE ROBERTO ALEXANDRE DOS SANTOS

Data do Acidente: 11/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE ROBERTO ALEXANDRE DOS SANTOS

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 16/12/2019, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190639022
Nome do(a) Examinado(a): Jose Roberto Alexandre dos Santos
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Julieta Nunes, 216 Casa
S Jose Surubim PE CEP: 55750-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PE] 4839670
Data local do acidente: [11/08/2019]
Data local do exame: [02/12/2019] Caruaru [PE]

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA DE ARCO ZIGOMÁTICO A ESQUERDA

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

Tratamento: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE ARCO ZIGOMÁTICO COM PLACA E PARAFUSOS

Complicações: SEM COMPLICAÇÕES DO REFERIDO ACIDENTE

Data da Alta: 21/10/2019

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

APRESENTA LIMITAÇÃO DISCRETA DE ABERTURA DA BOCA COM DISCRETO AFUNDAMENTO DE ARCO ZIGOMÁTICO

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

(X) Sim () Não

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

(X) Sim () Não

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

LIMITAÇÃO DISCRETA NA ABERTURA DA BOCA

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

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

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

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

() "Sem sequela permanente"

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

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

Região Corporal (Sequela):

LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS

% do dano: (X) 10% residual () 25% leve

() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve

() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve

() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve

() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

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

Assinatura d(a) Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com Nome e CRM


Jackson Siqueira Florêncio Júnior
Especialista em Traumatologia
CRM - PE 18.573
TEOT 13921



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 133ª CIRCUNSCRIÇÃO - SANTA MARIA DO CAMBUCA - DP133ªCIRC
DINTER1/16ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0223000446**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **18/09/2019** às **15:10**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **11/8/2019** às **15:00**

Fato ocorrido no endereço: **SITIO PACARE, PROXIMO AO GRUPO ESCOLAR DA PACARE - SANTA MARIA DO CAMBUCA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICIPIO DE SANTA MARIA DO CAMBUCA, 1 - Bairro: CENTRO - SANTA MARIA DO CAMBUCA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
LUCIA MARIA DA SILVA (OUTRO)
JOSÉ ROBERTO ALEXANDRE DOS SANTOS (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSÉ ROBERTO ALEXANDRE DOS SANTOS**

Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

JOSÉ ROBERTO ALEXANDRE DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: IVONETE MARTINS ALEXANDRE DOS SANTOS Pai: **GILBERTO ALEXANDRE DOS SANTOS** Data de Nascimento: **29/7/1975** Naturalidade: **SURUBIM / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **4839670/SDS/PE (RG), 96098520410 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares: **- 995706106**

Residencial: **BAIRRO JOSE - SANTA MARIA DO CAMBUCA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICIPIO DE SANTA MARIA DO CAMBUCA, 1, RUA JULIETA A. NUNES Nº216 BAIRRO SÃO JOSE SURUBIM /PE - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA MARIA DO CAMBUCA/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Mãe: , Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

LUCIA MARIA DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **LUCIA MARIA DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSÉ ROBERTO ALEXANDRE DOS SANTOS**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERDE** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **KLC2392** (PERNAMBUCO/SURUBIM) Renavam: **798962925** Chassi: **9C2JC30103R156718**
Ano Fabricação/Modelo: **2002/2003** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

INFORMA A VITIMA QUE NO DIA 11/08/2019 POR VOLTA DAS 15:00 HORAS, CONDUZIA A MOTOCICLETA DE PLACA KLC2392, PELA ESTRADA DO SÍTIO PACARÉ QUANDO TRAFEGAVA NO SENTIDO SÍTIO DE MANOEL SEBASTIÃO LIMA AO SÍTIO PACARÉ, E AO PASSAR EM UMA LOMBADA PROXIMO AO GRUPO DO REFERIDO SÍTIO, PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA E VEIO A CAIR SOFRENDOS LESÕES EM SUA FACE. LIGO APÓS O ACIDENTE DEU ENTRADA NO HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES NA CIDADE DE CAMPINA GRANDE ONDE FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO.

Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial


JOSÉ ROBERTO ALEXANDRE DOS SANTOS
(VITIMA)

B.O. registrado por:  MAXAEL OLIVEIRA DOS SANTOS - Matrícula: 3848442

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 960.985.204-10 4 - Nome completo da vítima: JOSE ROBERTO ALEXANDRE DOS SANTOS

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

5 - Nome completo: JOSE ROBERTO ALEXANDRE DOS SANTOS 6 - CPF: 960.985.204-10
7 - Profissão: REC. INF 8 - Endereço: RUA JULIETA A NUNES 9 - Número: 216 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: SÃO JOSÉ 12 - Cidade: SURUBIM 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55750-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 181199156-8093

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 1295 CONTA: 12190 8 AGÊNCIA: CONTA:

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

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

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

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, SURUBIM/PE 11/11/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 05/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE ROBERTO ALEXANDRE DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01295

CONTA: 000000012190-8

Nr. da Autenticação 418B380BAE0C6D24