

[illegible]

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
24 ABR 2019
Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME
JOSEHALDO VICENTE DE SOUZA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
5642812 SSP PE

CPF
039.907.584-46

DATA NASCIMENTO
11/07/1979

PLACAO
JOSE MANOEL DE SOUZA

LUIZA MARIA VICENTE
DE SOUZA

PERMISSAO
[REDACTED]

ACC
[REDACTED]

CAT. HAB.
AE

Nº REGISTRO
05111302190

VALIDADE
20/02/2020

1ª HABILITACAO
27/12/2010

OBSERVAÇÕES
sem observações

Josealdo Vicente de Souza

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
GOIANA - PE

DATA EMISSAO
20/02/2015

[Signature]

ASSINATURA DO EMISSOR

86322465741
PE064351467

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)
DE SEGUROS LTDA

20 APR 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL.
1020343830

PROIBIDO PLASTIFICAR
1020343830

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 013727194749
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA CADASTRO Nº 331629313
DATA 2013

JOSENAALDO VICENTE DE SOUZA

GOIANA - PE

029.907.584-46

9C2JC4030BR009070

PAS / MOTOMETA

HONDA/B12 125 EX

2P/124CL

1

IPVA 2013 QUITADO

1

2

3

SEGURO PAGO

AL. FID. ADM CONS NAC HONDA LTDA

GOIANA

26/03/13

Charles Andrews Sousa Ribeiro

Director Presidente DETRAN/PE

05.802.494/0001-41
TRACÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
18 ABR 2013
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE-PE

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

PE Nº 013727194749 BILHETE DE SEGURO DPVAT

JOSENAALDO VICENTE DE SOUZA

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

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

GOIANA - PE

029.907.584-46

9C2JC4030BR009070

HONDA/B12 125 EX

2013

PRÊMIO TARIFARIO

SEGURO PAGO

AL. FID. ADM CONS NAC HONDA LTDA

GOIANA

26/03/13

Charles Andrews Sousa Ribeiro

Director Presidente DETRAN/PE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190283435 **Cidade:** Caaporã **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSENALDO VICENTE DE SOUZA **Data do acidente:** 26/07/2018 **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO FÊMUR DIREITO;
FRATURA DIAFISÁRIA DA TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE - PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. PÁG 17.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:
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
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190283435 **Cidade:** Caaporã **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSENALDO VICENTE DE SOUZA **Data do acidente:** 26/07/2018 **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO FÊMUR DIREITO;
FRATURA DIAFISÁRIA DA TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE - PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. PÁG 17.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:
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
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0133168/19

Número do Sinistro: 3190283435

Vítima: JOSENALDO VICENTE DE SOUZA

CPF: 039.907.584-46

Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

Data do acidente: 26/07/2018

Titular do CPF: JOSENALDO VICENTE DE SOUZA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentos de identificação

JOSENALDO VICENTE DE SOUZA : 039.907.584-46

Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 24/04/2019
Nome: JOSENALDO VICENTE DE SOUZA
CPF: 039.907.584-46

JOSENALDO VICENTE DE SOUZA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/04/2019
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

Steffany Carolyn Lins Veloso

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0133168/19

Vítima: JOSENALDO VICENTE DE SOUZA

CPF: 039.907.584-46

Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

Data do acidente: 26/07/2018

Titular do CPF: JOSENALDO VICENTE DE SOUZA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

JOSENALDO VICENTE DE SOUZA : 039.907.584-46

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 18/04/2019
Nome: JOSENALDO VICENTE DE SOUZA
CPF: 039.907.584-46

JOSENALDO VICENTE DE SOUZA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/04/2019
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

Steffany Carolyn Lins Veloso

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0133168/19

Número do Sinistro: 3190283435

Vítima: JOSENALDO VICENTE DE SOUZA

CPF: 039.907.584-46

Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

Data do acidente: 26/07/2018

Titular do CPF: JOSENALDO VICENTE DE SOUZA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentos de identificação

JOSENALDO VICENTE DE SOUZA : 039.907.584-46

Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 29/04/2019
Nome: JOSENALDO VICENTE DE SOUZA
CPF: 039.907.584-46

JOSENALDO VICENTE DE SOUZA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/04/2019
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

Steffany Carolyn Lins Veloso

Rio de Janeiro, 22 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190283435

Vítima: JOSENALDO VICENTE DE SOUZA

Data do Acidente: 26/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSENALDO VICENTE DE SOUZA

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, 23 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190283435

Vítima: JOSENALDO VICENTE DE SOUZA

Data do Acidente: 26/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSENALDO VICENTE DE SOUZA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Comprovante de residência ilegível, o documento não permite a leitura das informações, necessário apresentar.

Documentos de identificação ilegível, o documento não permite a leitura das informações, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 25 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190283435

Vítima: JOSENALDO VICENTE DE SOUZA

Data do Acidente: 26/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSENALDO VICENTE DE SOUZA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Comprovante de residência ilegível, o documento não permite a leitura das informações, necessário apresentar.

Documentos de identificação ilegível, o documento não permite a leitura das informações, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 25 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190283435

Vítima: JOSENALDO VICENTE DE SOUZA

Data do Acidente: 26/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSENALDO VICENTE DE SOUZA

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

superiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: JOSENALDO VICENTE DE SOUZA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000000774

Conta: 0000064186-4

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐ DIÁRIOS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CNPJ da vítima:

033.907.584 - 46

Nome completo da vítima:

garnaldo vicente de souza

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

Nome completo:

garnaldo vicente de souza

Profissão:

desenho

Endereço:

Al Recanto Bom Tempo

Bairro:

centro

Cidade:

Cipara

Estado:

PE

CNPJ:

033.907.584 - 46

Número:

03

Complemento:

Q.M.

CEP:

55.900 - 000

Tel. (DDD):

81.36.26 - 5111

E-mail:

garnaldo.cipara@gmail.com

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante Anexo (ANEXAR CÓPIA) (509.9246-7747)

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Itaú (341)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0734

CONTA:

64196

4

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

Pelo motivo acima, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 5.154/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data: Cipara - PE

Nome:

CPF:

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

05.802.494/0001-41

TRACÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA

2ª Nome:

CPF:

8 APR 2013

Rua da Aurora, 141 125, SL 900 BL C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

18 ABR 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA nº. 193/2019.

Hora e data do ocorrido: dia 26/07/2018

Hora e data que a Delegacia tomou conhecimento: às 10h59, do dia 17 de Abril de 2019.

Local do ocorrido: Caaporã/PB.

COMUNICANTE DA OCORRÊNCIA:

Nome: Josenaldo Vicente de Souza
Nacionalidade: Brasileira
Naturalidade: Goiânia/PE
Estado civil: Solteiro
Data de nascimento: 11/07/1979
Profissão: Analista de Laboratório
Identidade nº. 5642812 SSP/PE
CPF nº. 039.907.584-46
Filiação: José Manoel de Souza e de Luiza Maria Vicente de Souza
Endereço: Vila Bom tempo, quadra M, 03, Goiânia/PE
Ponto de Referência: Perto do Posto de Saúde
Fone: 81-89455-5976

HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA:

QUE: No dia 26/07/2018, por volta das 13h conduzia a sua moto e ao passar no quebra-molas perdeu o controle e sofreu um acidente na PB 044, indo ao chão na entrada das cinco Bocas, na cidade de Caaporã/PB, sentido a cidade de Goiânia/PB, conforme ficha de atendimento do SAMU nº 2142517; QUE, o notificante foi socorrido para o Trauminha conforme documento em anexo e depois para o hospital de Emergência e traumas conforme Laudo médico que atesta CID10 S72.4, prontuário 1101104 e boletim de entrada nº 1097208; QUE, o veículo do notificante era uma HONDA/BIZ 125 EX, ANO 2011, MODELO 2011, AMARELA, PLACA PFL5846, CHASSI 9C2JC4830BR009070, em nome do notificante. E nada mais disse nem lhe foi perguntado. Requer registro de Ocorrência, e respectiva Certidão para fazer prova junto ao órgão competente.



1º ABR 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

Josenaldo Vicente de Souza
COMUNICANTE
[Assinatura]
Agente de Investigação



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐ DAAIS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)☒ INVALIDEZ PERMANENTE☐ MORTE

NT do sinistro ou RCL:

CPF da vítima:

039.907.584 - 46

Nome completo da vítima:

Jornaldo Vicente de Souza

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

Nome completo:

Profissão:

Bairro:

E-mail:

Jornaldo Vicente de Souza

Endereço: R. Recanto Bom Tempo

Cidade: Goiânia

UF: GO

E-mail: jornaldo.vicente@gmail.com

CPF: 039.907.584 - 46

Número:

03

Complemento:

Q. M.

Estado:

PE

CEP:

711-900-000

Tel. (DDD):

(71) 326-3773

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUO INFORMAR☐ SEM RENDA☐ ATÉ R\$1.000,00☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)☐ Bradesco (237)☐ Itaú (341)☐ Banco do Brasil (001)☒ Caixa Econômica Federal (104)☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0374

(informar o dígito se existir)

CONTA:

64196

(informar o dígito se existir)

4

AGÊNCIA:

(informar o dígito se existir)

CONTA:

(informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.154/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia conciliação com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER 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.

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

05.802.494/0001-41

TRACÃO CORRETORA

DE SEGUROS LTDA Assinatura

2ª Nome:

CPF: 8.488.2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C

Boa Vista - CEP: 50.060-010 Assinatura

RECIFE-PE

Local e Data: Goiânia - PE

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A RGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declaração)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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



Prefeitura Municipal de Caaporá
Secretaria Municipal de Saúde
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

PREFEITURA DE
CAAPORÁ
construindo uma nova história

SAMU

FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Data 26/07/18	ID da Ocorrência 2142517	<input checked="" type="checkbox"/> USB <input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> MT	Nº / Equipe 47	Plantão: <input checked="" type="checkbox"/> Dia <input type="checkbox"/> Noite	Hora de Saída da Base 13 : 00 Hs	Hora de Chegada no Local 13 : 05 Hs
Paciente / Usuário Joãozinho Viente de Souza			Idade 39	Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	Telefone:	
Local da Ocorrência: <input type="checkbox"/> Cupitassura <input type="checkbox"/> Taquara <input checked="" type="checkbox"/> Pitimbu <input type="checkbox"/> BR 101 <input type="checkbox"/> Acaú <input type="checkbox"/> Outro:			Bairro Cinco Bocas		Médico Regulador Dr. Daniel	
Logradouro PB044 - Entrada da cinco bocas						
Quantidade de vítima(s) no local: <input checked="" type="checkbox"/> Uma <input type="checkbox"/> Duas <input type="checkbox"/> Três <input type="checkbox"/> Mais de três:						
Apoio no Local: <input type="checkbox"/> USB <input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> Resgate / Bombeiros <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> Resgate PRF <input type="checkbox"/> SPTRAN <input type="checkbox"/> Outro:						
QTA: <input type="checkbox"/> Socorrido por Terceiros <input type="checkbox"/> Socorrido pelos Bombeiros <input type="checkbox"/> Evadiu-se do Local <input type="checkbox"/> Trote <input type="checkbox"/> Outro:						
DESTINO DO PACIENTE: <input type="checkbox"/> Atendido no Local e Liberado <input checked="" type="checkbox"/> Encaminhado a Unidade Hospitalar <input type="checkbox"/> Óbito no Local <input type="checkbox"/> Óbito Durante o atendimento						
Traumático (Ortostático) Destino (Unidade Hospitalar)				Responsável e Função (Assinatura e Carimbo) Dr. Daniel Médico Regulador		

NATUREZA DA OCORRÊNCIA

<input checked="" type="checkbox"/> CLÍNICO <input type="checkbox"/> PSIQUIÁTRICO <input type="checkbox"/> GINECO-OBSTÉTRICO	<input type="checkbox"/> TRANSPARÊNCIA
Motivo:	Hospital de Origem:
> CAUSAS EXTERNAS	Responsável:
b-Acidente de Trânsito	Hospital de Destino:
<input type="checkbox"/> Colisão carro x moto	Responsável:
<input checked="" type="checkbox"/> Queda de moto	
<input type="checkbox"/> Atropelamento por:	
<input type="checkbox"/> Colisão carro x carro	
<input type="checkbox"/> Capotamento	
<input type="checkbox"/> Outro:	
<input type="checkbox"/> F.A.F.	ANTECEDENTES
<input type="checkbox"/> F.A.B.	<input type="checkbox"/> AIDS
<input type="checkbox"/> Agressão Física	<input type="checkbox"/> Doença Mental
<input type="checkbox"/> Afogamento	<input type="checkbox"/> Doença Renal
<input type="checkbox"/> Queda - Altura aproximada:	<input type="checkbox"/> Droga
<input type="checkbox"/> Soterramento / Desabamento	<input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial
<input type="checkbox"/> Choque Elétrico	<input type="checkbox"/> Internamentos Anteriores
<input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Problemas Respiratórios
	<input type="checkbox"/> Medicamentos de uso Contínuo
	Qualis?

1. DADOS VITAIS
PA: **110 X 80** FC: **92** FR: **22** HGT: **140** SpO2 - S/O2: **99.1** SpO2 - C/O2: **—**

EXAME CLÍNICO (SINTOMAS, QUEIXAS) - EVOLUÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM OU EVOLUÇÃO MÉDICA

[Handwritten notes and signatures in the clinical examination section]

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

Diagnósticos de Enfermagem: **Incapacidade para a administração de medicamentos**

Intervenções: **Imobilização + AVF + Medicamentos (administração)**

Evolução do Enfermeiro: **Paciente consciente e orientado, vítima de queda de moto, apresentando uso de capoteiro, sem trauma estético. Fratura fechada de tibia e luxação de MMS. Realizado protocolo de trauma, administrado medicações. Encaminhado para a unidade hospitalar para tratamento de ortotraumático (Mangueira).**

ORIENTAÇÃO DA REGULAÇÃO MÉDICA
1 xilatil 4mg + 1 dexametazona 4mg

2 - VIA AÉREA:

☒ Livre ☐ Obstruída parcialmente ☐ Obstruída totalmente ☐ Corpo estranho ☐ Edema de glote ☐ Bronco-aspiração

2.1 - VENTILAÇÃO:

☒ Espontânea ☐ Assistida ☐ Ritmo irregular ☐ Parada respiratória

2.2 - EXPANSIBILIDADE:

☒ Normal ☐ Superficial ☐ Regular ☐ Irregular

2.3 - ACHADOS:

☐ Crepitação ☐ Hemoptise ☐ Expectoração ☐ Enfisema subcutâneo ☐ Hálito Etilico

3 - CIRCULAÇÃO:

☐ Fria ☐ Úmida ☐ Palidez ☐ Gusneta ☐ Seca ☒ Normal

3.1 - EDEMAS:

☒ Não ☐ Sim - Local: _____

3.2 - PERFUSÃO

☒ Normal ☐ Retardada (<2seg) ☐ Ausente

3.3 - PULSO

☐ Regular ☐ Irregular ☐ Fino ☐ Cheio ☐ Ausente

3.4 - E.C.G.

☐ Normal ☐ Alterado ☐ Não realizado

4 - EXAME NEUROLÓGICO

ECGL _____

5 - EXAME GINECO-OBSTÉTRICO

☐ Abortamento ☐ Hemorragia vaginal ☐ Trabalho de parto ☐ Normal _____ semanas

Encontrado: ☐ Decúbito Dorsal ☐ Lateral ☐ Ventral ☒ Sentado ☐ Deambulando ☐ outro: _____
Nível de Consciência: ☒ Consciente ☒ Orientado ☐ Inconsciente ☐ Algo Desorientado ☐ Desorientado ☐ Sonolento ☐ Agitado

PROCEDIMENTOS

☐ Bomba de Infusão
☐ Cânula Orofaríngea
☒ Colar cervical
☐ Controle de hemorragia
☐ Cricotireoidostomia
☐ Curativo

☐ DEA
☐ Desobstrução vias aéreas
☐ Drenagem torácica
☐ Desfibrilação / Cardioversão
☐ Entubação Orotraqueal
☐ Inalação de Oxigênio (O2)
☒ Imobilização de membros

☐ KED Adulto
☐ KED Infantil
☐ Massagem cardíaca externa
☐ Orotraqueal
☒ Prancha Longa
☒ Punção venosa
☐ Sonda gástrica

☐ Sonda vesical
☐ Sedação
☒ Talas / Trapão
☐ Ventilação mecânica (manual / automática)
☐ VMI
☐ VMNI
☐ Outros: _____

Descrição do(s) procedimento(s): _____

MATERIAL UTILIZADO (ENFERMAGEM)

1 jato HGT, 1 lanceta, algodão, 1 equipe manobras, 1 jato 20, 1 SRL, 3 ataduras 2,0 cm, esparadrapo.

PERTENCES DA VÍTIMA

☐ Não
☐ Sim
Objetos: _____

05.802.494/0001-43
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

11 APR 2019

RUA DA AURORA, Nº 175, SL 902 BL. C
BOA VISTA - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

Entregues a / Local: _____

Assinatura com Carimbo do receptor: _____

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE QUE PRESTOU ATENDIMENTO - CONDUTOR: Gildino MATRÍCULA: _____

TEC. ENFERMAGEM: _____ COREN: _____

ENFERMEIRO(A): Maíra COREN: 529.827

MÉDICO(A): _____ CRM: _____

Informações de Preenchimento Exclusivo do Paciente - ☐ Recusa Remoção ☐ Recusa Atendimento

NOME: _____ RG / CPF: _____

ASSINATURA (RUBRICA): _____ Observação: _____

TESTEMUNHA: _____ TESTEMUNHA: _____

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: 20/05/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

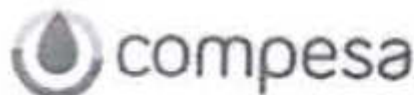
CLIENTE: JOSENALDO VICENTE DE SOUZA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00774

CONTA: 000000064186-4

Nr. da Autenticação B51C2692D7461157



AVENIDA CRUZ CARNEIRO - MUN. 1357 - SANTO ANJO RECIFE PE
CNPJ: 00040-000, Fone: (081) 0800 081 0185
Inscrição Estadual: 18.1.001.0014288-8
CPF: 08.759.035/0001-64
Qualidade de Água: www.compesa.com.br

Nº Documento: 20190310326710

Escritório: GOIAMA

FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

JOSE MARCEL DE SOUSA
VI. REPAYTO RIM TEMPO, N. 04057 - Q-M - CENTRO GOIAMA PE 55850-000
INSCRIÇÃO: 057.400.100.0336.000

GRUPO: 7

OPÇÃO RES. AUTOMÁTICO: 01032671.0

01032671.0

03/2019-2

LÍQUIDO	POTENCIAL				
01032671.0	27/03/2019	29/03/2019			REAL /
ÁGUA			ESGOTO		
LEIT. ANT.: 881	CONSUMO: 7		LEIT. ANT.: 9		
LEIT. ATUAL: 400			LEIT. ATUAL:		
LEIT. PAT.: 881			LEIT. PAT.: 9		
HISTÓRICO DE CONSUMO					
REFERÊNCIA/CONSUMO					
01/2019 130					
01/2019 26					
02/2019 47					
03/2019 72					
04/2019 87					
05/2019 72					
06/2019 87					
07/2019 72					

PARÂMETROS	EXIG. PELA PORT. Nº 2.914/11	NÚMERO DE AMOSTRAS	ATENÇÃO A LEGISLAÇÃO
TURBIDIDADE	50	50	50
COR APARENTE	50	50	50
CLORO RESIDUAL	50	50	50
COLIFORMES TOTAIS	50	50	50
E. Coli	50	50	50

OBSERVAÇÃO: (1) COLIFORMES TOTAIS EXISTEM EM 50 DAS AMOSTRAS EXAMINADAS.
(2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ENTEROBACTÉRIAS E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA.
(3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDIDADE SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ADICIONAIS DO ABASTECIMENTO DE ÁGUA.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS

MORA

RESIDENCIAL 001 UNIDADE

CONSUMO DE ÁGUA

CONSUMO POR FAIXA

VALOR R\$

7 M3

8,65

PTS

CUPONS

8,65

8,65

1,45

2,40

8,10

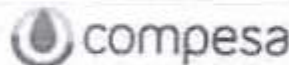
2,40

15/04/2019

8,65

ENTREGA POR: INTERNET

ENTREGA EM: 17/04/2019



ATENDIMENTO: 0800-0810185
VENDIMENTOS: 0800-0810185

Arpe Agência de Regulação de Provedores

0800-2813844

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

1 R ABR 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

01032671.0

03/2019-2

15/04/2019

8,65

VIA COMPESA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



AVENIDA URUS CASHEA - NÚM. 1287 - SANTO ANÁRIO RECIFE-PE
CEP: 53040-000, Fone: (081) 3800 091 0133
Inscrição Estadual: 13.1.001.0016396-2
CNPJ: 09.709.035/0001-04
Qualidade da Água: www.compesa.com.br

Nº Documento: 20190310326710

Escritório: GOIANA

FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

JOSE MANUEL DE SOUZA
VIA RANTANO DOM TIEMPO, N. 20033 - Q-M - CENTRO GOIANA PE 55900-000
INSCRIÇÃO: 042.400.140.0328.000
GRUPO: 7

01032671.0

03/2019-2

OPÇÃO DEB. AUTOMÁTICO: 01032671.0

LEITADO	POTENCIAL			
01032671.0	27/02/2019	28/02/2019		
ÁGUA		ESGOTO		
LEIT. ANT.: 481		LEIT. ANT.: 1		
LEIT. ATUAL: 488		LEIT. ATUAL:		
LEIT. FAT.: 438		LEIT. FAT.: 1		

HISTÓRICO DE CONSUMO

PERÍODO	CONSUMO	VALOR
02/2018	10/	2,00
03/2018	20/	4,00
04/2018	30/	6,00
05/2018	40/	8,00
06/2018	50/	10,00
07/2018	60/	12,00
08/2018	70/	14,00
09/2018	80/	16,00
10/2018	90/	18,00
11/2018	100/	20,00
12/2018	110/	22,00
01/2019	120/	24,00
02/2019	130/	26,00

PARÂMETROS

PARÂMETRO	VALOR
TURBIDIDADE	4,0
CON. RESIDUAL	4,0
CON. RESIDUAL	4,0
CON. RESIDUAL	4,0
CON. RESIDUAL	4,0
CON. RESIDUAL	4,0

NÚMERO DE AMOSTRAS

ANÁLISE	REALIZADA	ATENDEN. A LEGISLAÇÃO
ANÁLISE	4,0	4,0
ANÁLISE	4,0	4,0
ANÁLISE	4,0	4,0
ANÁLISE	4,0	4,0
ANÁLISE	4,0	4,0
ANÁLISE	4,0	4,0

CONSUMO POR FAIXA

FAIXA	VALOR R\$
1 M3	0,65

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS

ÁGUA
RESIDENCIAL COM UNIDADE
CONSUMO DE ÁGUA

CONSUMO POR FAIXA

VALOR R\$

1 M3

0,65

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

24 ABR 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

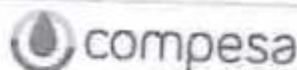
FEZ	0,65	1,30	0,75
COTIZ	0,65	1,30	0,75

15/04/2019

0,65

Calcular por: Internet

Exatidão em: 17/04/2019



ATENDIMENTO: 0800-0610185
VACACIONTOS: 0800-0610185

Arpe Agência de Regulação
de Pernambuco

0800-2813844

01032671.0

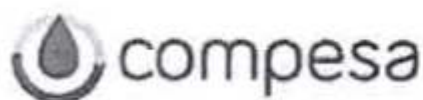
03/2019-2

15/04/2019

0,65

VIA COMPESA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



AVENIDA CRUZ CABUGA - NÚM. 1387 - SANTO ANJÃO RECIFE PE
CEP: 50040-000. Fone: (081) 3500 241 0195
Inscrição Estadual: 19.1.001.0014399-2
CNPJ: 09.769.039/0001-66
Qualidade da Água: www.compesa.com.br

Nº Documento: 20190310326710

Escritório: GOIANA

FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

JOSE MANUEL DE SOUZA
VL PISCANA BOM TEMPO, N. 0003 - Q-M - CENTRO GOIANA PE 55900-000
INSCRIÇÃO: 042.400.180.0394.000

GRUPO: 7

OPÇÃO DES. AUTOMÁTICO: 01032671.0

01032671.0

03/2019-2

ESTADO	POTENCIAL			
A12B224717	27/03/2019	29/03/2019		REAL /
ÁGUA			ESGOTO	
LEIT. ANT.: 481	CONTINUIDADE: 1		LEIT. ANT.: 0	VOLUME: 0
LEIT. ATUAL: 488			LEIT. ATUAL:	
LEIT. FAT.: 488			LEIT. FAT.: 0	
HISTÓRICO DE CONSUMO				
REFERÊNCIA/CONSUMO				
01/2019 10/				
01/2019 2/				
03/2019 6/				
11/2019 7/				
10/2019 7/				
04/2019 6/				
04/2019 7/ 0				

PARÂMETROS	ENTR. PELA PORT.	NÚMERO DE AMOSTRAS	ANÁLISES	ATENÇÃO A
	Nº 2.914/11	REALIZADAS	REALIZADAS	LEGISLAÇÃO
TURBIDEZ	46	46	46	46
COR APARENTE	46	46	46	46
CLORO RESIDUAL	46	46	46	46
COLIFORMES TOTAIS	46	46	46	46
E. Coli	46	46	46	46

OBSERVAÇÕES: 01) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA EM 99% DAS AMOSTRAS FRAMINADAS.
02) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESPECIFICADA COLI E CLORO RESIDUAL 250
INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA.
03) OS PARÂMETROS COM E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ACESSO
VITAL DA ÁGUA.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS

ÁGUA

RESIDENCIAL 001 UNIDADE

CONSUMO DE ÁGUA

CONSUMO POR FAIXA

T.M2

VALOR R\$

8,65

PIS

8,45

1,65

0,14

COFINS

8,45

7,40

0,14

15/04/2019


8,65

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

29 ABR 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE-PE

FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Data 26/07/18		ID da Ocorrência 2142517	<input checked="" type="checkbox"/> USB <input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> MT	Nº / Equipe 47	Plantão: <input checked="" type="checkbox"/> Dia <input type="checkbox"/> Noite	Hora de Saída da Base 13 : 00 Hs	Hora de Chegada no Local 13 : 05 Hs
Paciente / Usuário Jornaldo Vicente de Souza					Idade 39	Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> Masc <input type="checkbox"/> Fem	Telefone:
Local da Ocorrência: <input type="checkbox"/> Cupissura <input type="checkbox"/> Taquara <input type="checkbox"/> Pitimbu <input type="checkbox"/> BR 101 <input type="checkbox"/> Acaú <input type="checkbox"/> Outro:					Bairro Cinco Bocas		Médico Regulador Dinant
Logradouro R044 - Entrada da cinco bocas							
Quantidade de vítima(s) no local: <input checked="" type="checkbox"/> Uma <input type="checkbox"/> Duas <input type="checkbox"/> Três <input type="checkbox"/> Mais de três:							
Apoio no Local: <input type="checkbox"/> USB <input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> Resgate / Bombeiros <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> Resgate PRF <input type="checkbox"/> BPTRAN <input type="checkbox"/> Outro:							
QTA: <input type="checkbox"/> Socorrido por Terceiros <input type="checkbox"/> Socorrido pelos Bombeiros <input type="checkbox"/> Evadiu-se do Local <input type="checkbox"/> Trote <input type="checkbox"/> Outro:							
DESTINO DO PACIENTE: <input type="checkbox"/> Atendido no Local e Liberado <input checked="" type="checkbox"/> Encaminhado a Unidade Hospitalar <input type="checkbox"/> Óbito no Local					Óbito Diferente o atendimento		
Transmissão (Ocorrência)					 Dr. David Roberto R. Silva CRM 0000000000 Responsável e Função (Assinatura e Carimbo)		
Destino (Unidade Hospitalar)							

NATUREZA DA OCORRÊNCIA

NATUREZA DA OCORRÊNCIA			
<p>CLÍNICO <input type="checkbox"/> PSIQUIÁTRICO <input type="checkbox"/> GINECO-OBSTÉTRICO</p> <p>Motivo: _____</p>	<p><input type="checkbox"/> TRANSPARÊNCIA</p> <p>Hospital de Origem: _____</p> <p>Responsável: _____</p> <p>Hospital de Destino: _____</p> <p>Responsável: _____</p>		
<p>> CAUSAS EXTERNAS</p> <p>> Acidente de Trânsito</p> <p style="margin-left: 20px;"> <input type="checkbox"/> Colisão carro x moto <input checked="" type="checkbox"/> Queda de moto <input type="checkbox"/> Atropelamento por: _____ <input type="checkbox"/> Colisão carro x carro <input type="checkbox"/> Capotamento <input type="checkbox"/> Outro: _____ </p> <p> <input type="checkbox"/> F.A.F. <input type="checkbox"/> F.A.B. <input type="checkbox"/> Agressão Física <input type="checkbox"/> Afogamento <input type="checkbox"/> Queda - Altura aproximada: _____ <input type="checkbox"/> Soterramento / Desabamento <input type="checkbox"/> Choque Elétrico <input type="checkbox"/> Outro: _____ </p>			
<p style="font-size: 1.2em; font-weight: bold;">05.802.494/0001-41</p> <p style="font-weight: bold;">TRACÃO CORRETORA</p> <p style="font-weight: bold;">DE SEGUROS LTDA</p> <p style="font-size: 1.2em; font-weight: bold;">18. APR 2019</p> <p style="font-size: 0.8em;">R. da Aurora, nº 375, SL 902 BL 100 - Jd. Primavera - Jd. Primavera - São Paulo - SP - CEP: 05060-010</p>			
<p style="text-align: center; font-weight: bold;">ANTECEDENTES</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> AIDS <input type="checkbox"/> Alcoolismo <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> Convulsões <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Doença Cardíaca <input type="checkbox"/> Doença infecto-contagiosa </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Doença Mental <input type="checkbox"/> Doença Renal <input type="checkbox"/> Drogas <input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial <input type="checkbox"/> Internamentos Anteriores <input type="checkbox"/> Problemas Respiratórios <input type="checkbox"/> Medicamentos de uso Contínuo </td> </tr> </table> <p>Quais? _____</p>		<input type="checkbox"/> AIDS <input type="checkbox"/> Alcoolismo <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> Convulsões <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Doença Cardíaca <input type="checkbox"/> Doença infecto-contagiosa	<input type="checkbox"/> Doença Mental <input type="checkbox"/> Doença Renal <input type="checkbox"/> Drogas <input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial <input type="checkbox"/> Internamentos Anteriores <input type="checkbox"/> Problemas Respiratórios <input type="checkbox"/> Medicamentos de uso Contínuo
<input type="checkbox"/> AIDS <input type="checkbox"/> Alcoolismo <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> Convulsões <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Doença Cardíaca <input type="checkbox"/> Doença infecto-contagiosa	<input type="checkbox"/> Doença Mental <input type="checkbox"/> Doença Renal <input type="checkbox"/> Drogas <input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial <input type="checkbox"/> Internamentos Anteriores <input type="checkbox"/> Problemas Respiratórios <input type="checkbox"/> Medicamentos de uso Contínuo		

1. DADOS VITAIS
140 X 80 FC: 92 FR: 22 HGT: 140 SpO2 - S/O2: 99% SpO2 - C/O2: —

EXAME CLÍNICO (SINTOMAS, QUEIXAS) - EVOLUÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM OU EVOLUÇÃO MÉDICA

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

Diagnóstico de Enfermagem:

Intervenções: Imobilização + PVF + Medicamentos (Administração)

Evolução do Enfermeiro

Evolução do Enfermeiro:
Paciente consciente e orientado, extensor de queda de moto, usando uso de capote, ^{Int: 10} sem ~~sem~~ ^{estabiliz} estílica. Fratura fechada de tíbia e luxação no MMS. Realizado protocolo de trauma, administrado medicação conforme orientação da regulação e encaminhado ao Otorrauma (Nongalva).

ORIENTAÇÃO DA REGULAÇÃO MÉDICA

1 folicil 40mg + 1 dexametasono 4mg

2 - VIA AÉREA:

☒ Livre ☐ Obstruída parcialmente ☐ Obstruída totalmente ☐ Corpo estranho ☐ Edema de glote ☐ Bronco-aspiração

2.1 - VENTILAÇÃO:

☒ Espontânea ☐ Assistida ☐ Ritmo irregular ☐ Parada respiratória

2.2 - EXPANSIBILIDADE:

☒ Normal ☐ Superficial ☐ Regular ☐ Irregular

2.3 - ACHADOS:

☐ Crepitação ☐ Hemoptise ☐ Expectoração ☐ Enfisema subcutâneo ☐ Hálito fétido

3 - CIRCULAÇÃO:

☐ Fria ☐ Úmida ☐ Palidez ☐ Quente ☐ Seca ☒ Normal

3.1 - EDEMAS:

☒ Não ☐ Sim - Local: _____

3.2 - PERFUSÃO

☒ Normal ☐ Retardada (<2seg) ☐ Ausente

3.3 - PULSO

☐ Regular ☐ Irregular ☐ Fino ☐ Chelo ☐ Ausente

3.4 - E.C.G.

☐ Normal ☐ Alterado ☐ Não realizado

4 - EXAME NEUROLÓGICO

ECGL _____

5 - EXAME GINECO-OBSTÉTRICO

☐ Abortamento ☐ Hemorragia vaginal ☐ Trabalho de parto ☐ Normal _____ semanas

Encontrado: ☐ Decúbito Dorsal ☐ Lateral ☐ Ventral ☒ Sentado ☐ Desambulando ☐ outro: _____
 Nível de Consciência: ☒ Consciente ☐ Orientado ☐ Inconsciente ☐ Algo Desorientado ☐ Desorientado ☐ Sonolento ☐ Agitado

PROCEDIMENTOS

<input type="checkbox"/> Bomba de infusão	<input type="checkbox"/> DEA	<input type="checkbox"/> KED Adulto	<input type="checkbox"/> Sonda vesical
<input type="checkbox"/> Cânula Orofaríngea	<input type="checkbox"/> Desobstrução vias aéreas	<input type="checkbox"/> KED Infantil	<input type="checkbox"/> Sedação
<input checked="" type="checkbox"/> Colar cervical	<input type="checkbox"/> Drenagem torácica	<input type="checkbox"/> Massagem cardíaca externa	<input checked="" type="checkbox"/> Tala / Tração
<input type="checkbox"/> Controle de hemorragia	<input type="checkbox"/> Desfibrilação / Cardioversão	<input type="checkbox"/> Orotraqueal	<input type="checkbox"/> Ventilação mecânica (manual / automática)
<input type="checkbox"/> Criotireoidostomia	<input type="checkbox"/> Intubação Orotraqueal	<input checked="" type="checkbox"/> Prancha Longa	<input type="checkbox"/> VMI
<input type="checkbox"/> Curativo	<input type="checkbox"/> Inalação de Oxigênio (O2)	<input checked="" type="checkbox"/> Punção venosa	<input type="checkbox"/> VMNI
	<input checked="" type="checkbox"/> Imobilização de membros	<input type="checkbox"/> Sonda gástrica	<input type="checkbox"/> Outros:

Descrição do(s) procedimento(s): _____

MATERIAL UTILIZADO (ENFERMAGEM)

1 fita HGT, 1 lanceta, algodão, 1 equipe macroponto, 1 plico 20, 1 SRL, 3 ataduras 20 cm, suprimento.

PERTENCES DA VÍTIMA

☐ Não

☐ Sim

Objetos: _____

05.802.494/0001-43
 TRACÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

1ª ABR 2019

Rua da Aurora, 109 175, SL 902 BL C
 Boa Vista - CEP: 50.060-010
 RECIFE-PE

Entregues a / Local: _____

Assinatura com Carimbo do receptor: _____

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE QUE PRESTOU ATENDIMENTO - CONDUTOR: Gildino MATRÍCULA: _____

TEC. ENFERMAGEM: _____ COREN: _____

ENFERMEIRO(A): Maira COREN: 529.827

MÉDICO(A): _____ CRM: _____

Informações de Preenchimento Exclusivo do Paciente - ☐ Recusa Remoção ☐ Recusa Atendimento

NOME: _____ RG / CPF: _____

ASSINATURA (RUBRICA): _____ Observação: _____

TESTEMUNHA: _____ TESTEMUNHA: _____



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

ÁREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel:

CNES: 6121221

Paciente JOSENALDO VICENTE DE SOUZA		BAE 1097208	Data/Hora Entrada 26/07/2018 17:24:35	Data Saída
Data de nascimento 11/07/1979	Idade 39a 15d	Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato (81) 89500805
Mãe LUIZA MARIA VICENTE			Prontuário	
Endereço PROJETADA, SN		Bairro CONJUNTO BOM TEMPO	Município GOIANA	UF PE
Acidente QUEDA / OUTROS		Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional FRANCISCO DE ASSIS FREITAS	Nº Cons. Regional 5303/PB
Data/Hora Classificação 26/07/2018 17:24:35			Data/Hora Prescrição 26/07/2018 17:32:24	

AnamneseAPOS QUEDA DE MOTO REFERE DOR NA COXA DIREITA E LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS, NAO CONSEGUE
"AMBULAR

SOLICITO RX E AVALIAÇÃO DA ORTOPEDIA

ALTA DA CIRURGIA GERAL

CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE COXA DIREITA

CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

1 observação

JOSENALDO VICENTE DE SOUZA

Dr. Francisco de Assis Freitas
Clínica Geral e UTMFRANCISCO DE ASSIS FREITAS
(CRM: 5303/PB)05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

1 R APR 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



Documentario de Alta

[illegible]

Dr. Carlos Alberto M. Vizioli
Ortopedia / Traumatología
Rm PB 6002 - 02265-11
TEF: 13036-08

ELIOS ALBERTO MARQUES
VIEIRA
CRM: 802 - 048

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

18 APR 2019

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



 Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, S/N - CONJ. PEDRO GONDIM JOÃO PESSOA - CNES: 454561 - Tel.: 8332166736

Boletim de Atendimento: 1097208



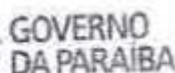
Identificação do paciente				
ID 1310270	Nome JOSENALDO VICENTE DE SOUZA		Sexo Masculino	
Data de nascimento 11/07/1979	Idade 39 anos 1 mes 3 dias	Estado civil	Religião	Prontuário 110104
Mãe LUIZA MARIA VICENTE			Pai JOSE MANGEL DE SOUZA	
Escolaridade			Responsável (Parentesco) - CUNHADO(A)	
DDD Móvel 81	Fone Móvel 89500605	DDD Fixo 81	Fone Fixo 97347555	
Tipo documento CNH		Número documento 05111302190		
Local de procedência HOSPITAL DE TRAUMA TARCISIO BURTY (ORTOTRAUMA)			Tipo UNIDADESAUDE	UF PB
Nat	Naturalidade GOIANA		CEOR	
Endereço				
CEP 55900000	Município de residência GOIANA	UF PE	Logradouro PROJETADA	
Número SN	Complemento		Bairro CONJUNTO BOM TEMPO	
Admissão				
Data e Hora 26/07/2018 17:24:35		Número da pulseira 1000059892921		Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL			Clínica	
Classificação de risco			Origem do paciente OUTRA UNIDADE DE SAUDE	
Caráter de atendimento		Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA		Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS
Indicadores e Transporte				
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não	
Veio de transporte AMBULANCIA		Quem transportou		
Sinais Vitais				
PA X mmHg		Pulso	Temperatura	
Exames complementares				
Reio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []
ECG []		Ultrasonografia []		
Dados clínicos				
<div style="text-align: right;"> 05.802.494/0001-41 TRAÇÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA 19 APO 2019 </div>				
Diagnóstico				CID
Atendido por ANA CARLA FELICIANO DA SILVA				Tempo 02min 19seg

05.802.494/0001-43
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

19 APR 1990

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL C

Imprimir Boa Vista - CEP 52.060-010
RECIFE-PE



AV. ORESTES LISBOA, 88 - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel: 8332185700

Boletim de Atendimento: 1097208



cação do paciente

Nome		Sexo	
JOSEALDO VICENTE DE SOUZA		Masculino	
Idade	Estado civil	Religião	Profissão
25 anos 18 dias			
Mãe		Pai	
LUIZA MARIA VICENTE		JOSE MANOEL DE SOUZA	
Escolaridade		Responsável (Parentesco)	
		LAURIVALDA ALEXANDRE DA SILVA - CUNHADO(A)	
DDD Móvel	Fone Móvel	DDD Fixo	Fone Fixo
81	99800608		
Tip. documento	Número documento	Nº Cns	
CNH	06111302190		
Local de procedência		Tipo	UF
HOSPITAL DE TRAUMA TARCISIO BURITY (ORTOTRAUMA)		UNIDADESAUDE	PE
E-mail	Naturalidade	CBO/R	
	GOIANA		

Endereço

CEP 85900000	Município de residência GOIANA	UF PE	Logradouro PROJETADA
Número 88	Complemento	Bairro CONJUNTO BOM TEMPO	

Admissão

Admissão	Número da pulseira	Conteúdo
Data e Hora 28/07/2016 17:24:35	1000059892921	SUS

Especialidade CIRURGIA GERAL Classificação de risco	Origem do paciente OUTRA UNIDADE DE SAÚDE
--	---

Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS
------------------------	---	--

Indicadores e Transporte

Costo político	Plano de saúde	Veio de ambulância	Trauma
Não	Não	Não	Não
Meio de transporte		Quem transportou	
AMBULANCIA			

Sinai's Vitals

PA 110 x RD mmHg Puls 90 Temperatura 37.4

Exames complementares

Radio X []	Sangus []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
------------	-----------	----------	-------	-----------	--------	--------------------

Revisão clínica

Desvio clínico

Fluorescência positiva para HPV, com presença de células atípicas, sugestivas de lesão intraepitelial de alto grau.

Fernanda (S) Souza. F/ 40 anos. 2004. 01/01/2005.

Ana Flávia Melo
COPAC 20-445 105-5NE

Ana Flávia Melo
-COREN-28.416.190-ENF

Quarantotto

Atendido por: ANA CARLA FELICIANO DA SILVA

05.802.494/0001-41

Time: 02min 18sec

TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA.

18 APR 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

26/07/2018 17:13



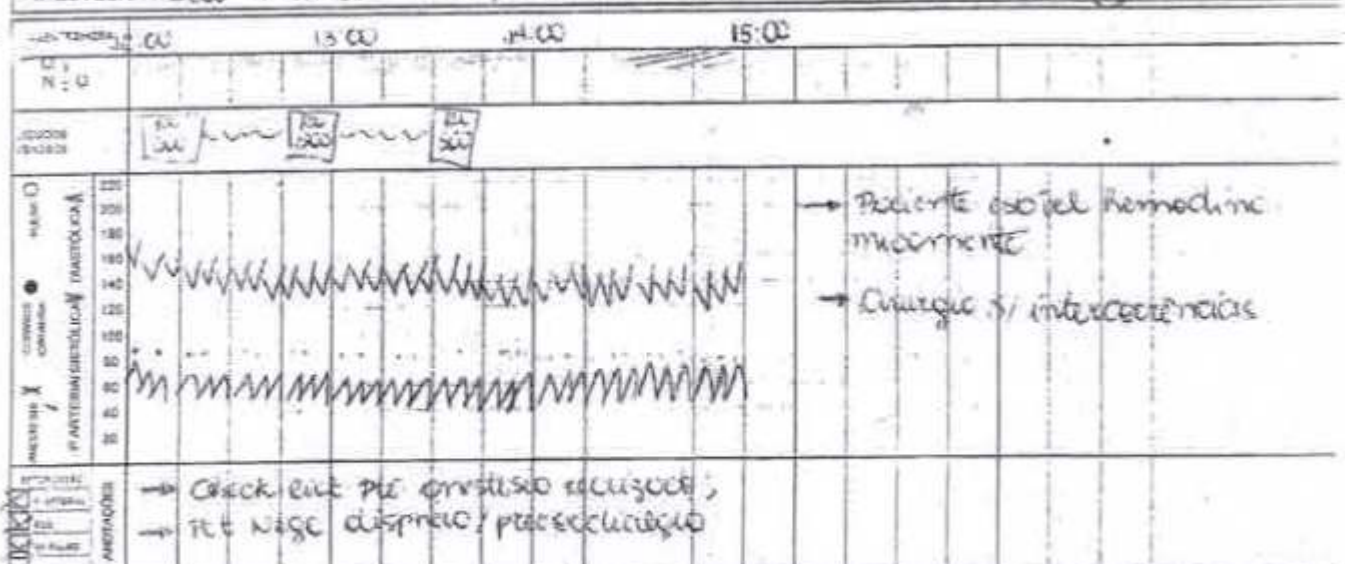
FICHA DE ANESTESIA

FICHA DE ANESTESIA

DATA: 07/01/18

PRONTUÁRIO:

PACIENTE: Generaldo Vicente de Souza	SEXO: M	COR:	IDADE: 39
PRESSÃO ARTERIAL	PULSO: 70 bpm	RESPIRAÇÃO: 18 rpm	TEMPERATURA: 36.4°C
ESTADO GERAL () BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO	RISCO CIRÚRGICO (X) BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO	GRUPO SANGÜÍNEO	
EXAMES COMPLEMENTARES VPM			
AP. RESPIRATÓRIO: LBN	AP. CIRCULATÓRIO: NDA		
AP. DIGESTIVO: NDA	ESTADO MENTAL: consciente/oriente		
PRÉ-ANESTÉSICO	DROGAS EM USO		
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura de tíbia @ +	ESTADO FÍSICO (A5)		
CIRURGIA REALIZADA			
CIRURGIÃO: Dr. G. V.	AUXILIARES DE CÍRULOS		
INÍCIO DA ANESTESIA: 12:50	TÉRMINO DA ANESTESIA	DURAÇÃO DA ANESTESIA	
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	QUANT. DE CH.	VALORES RS	
ANESTESISTA: Dr. Rosineu	CPF: 123.456.789 (R-2)	CRM-PB	



<input type="checkbox"/> ANESTESIA GERAL	<input checked="" type="checkbox"/> RAQUIDIANA	<input type="checkbox"/> EPOURAL	<input type="checkbox"/> BLOC FLEXO	<input type="checkbox"/> BLOC HERVOS	<input type="checkbox"/> OUTROS
MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO					
1. Midazolam 5mg	11	<p>05.802.094/0001-43</p> <p>TRACÃO CORRETORA</p> <p>DE SEGUROS LTDA</p> <p>19 APR 2018</p> <p>Rua da Aurora, nº 175, Sl. 902 Bl. C</p> <p>Rua Vista - CEP 50.060-010</p> <p>RECIFE-PE</p> <p>RECIFE-PE</p>			
2. Propofol 1% 20mg	12				
3. Atropina 0.5mg	13				
4. Fentanyl 25	14				
5. Rocuronio 1mg	15				
6. Dexametasona 8mg	16				
7. Diprivo 25	17				
8. Epidura 5mg	18				
9	19				
10	20				

PRÉ-OP: NDA. Monitorização venósa em ASD, fte 120. Sinais vitais: estável.

12:50 - 13:00 - início da anestesia. 13:14 - término da anestesia. 13:14 - término da anestesia.

13:14 - término da anestesia. 13:14 - término da anestesia.

ASSINATURA DO ANESTESISTA

F. INGLABER (R-2)



INTERNO N.º
CNPJ 15.551.000-00

GOV. DO
EST. DA PARA.

Impresso por: EDUARDO
POSSIDU DA CRUZ
CAVALCANTI

Paciente		Dados de Admissão		Data/Hora Entrada		Data/Hora Saída	
JOSE ALDO VICENTE DE SOUZA		1097298		28/07/2018 17:24:35			
CPF: 1097298		Idade: 38		Sexo: Masculino		Prontuário: 110186	
Data de Nascimento: 09/08/1980		Data de Admissão: 28/07/2018		Data de Alta: 28/07/2018		Planta: 1097298	

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

18 ABR 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	JOSENALDO VICENTE DE SOUZA
DATA DE NASCIMENTO	11/07/79
NOME DA MÃE	LUIZA MARIA VICENTE DE SOUZA

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º	1.101.104
BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.097.208
DATA DO ATENDIMENTO	26/07/18
HORA DO ATENDIMENTO	17:24
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA DIAFISÁRIA DE TÍBIA DIREITA + FRATURA DE FÊMUR DISTAL DIREITO
CID 10	S72.4

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Prontuário. Paciente foi atendido neste Serviço, procedente do Ortotrauma de Mangabeira, vítima de queda de moto, refere dor na coxa direita e limitação dos movimentos. Refere dor e deformidade de tibia direita. Apresentando fratura distal de fêmur direito + fratura diafisária de tibia direita. Internação para tratamento cirúrgico, operado e evoluiu sem intercorrências.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX de coxa direita
RX de perna direita

RESULTADOS DOS EXAMES:

Fratura diafisária de tibia direita
Fratura distal de fêmur direito.

TRATAMENTO:

Tratamento cirúrgico de fratura diafisária de tibia direita. Tratamento cirúrgico de fratura de fêmur distal direito.

ALTA HOSPITALAR:	09/08/18
DATA DA EMISSÃO:	12/11/18

Dr. José de Almeida Braga
CRM: 2328/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

18 ABR 2019

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB,
58031090

Tel:

CNES: 6121221

Paciente JOSEALDO VICENTE DE SOUZA	RAE 1297208	Data Hora Entrada 28/07/2018 17:34:35	Data Saída
Data de nascimento 11/07/1978	Idade 39a 16d	Sexo Masculino	CNS
Mãe LUIZA MARIA VICENTE	Telefone de Contato (81) 99500699		Promotorio
Endereço PROJETADA, SN	Bairro CONJUNTO BOM TEMPO	Município GOIANA	UF PE
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional FRANCISCO KARTNEY SARMENTO PEDROSA	UF Cons. Regional 5804/PB
Data Hora Classificação 28/07/2018 17:34:35		Data Hora Prescrição 28/07/2018 17:38:17	
Anamnese			
PACIENTE VEIO ENCAMINHADO DO ORTOTRUMA DE MANGABEIRA VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO; APRESENTA MID IMOBILIZADO COM FRATURAS FECHADAS EM FÊMUR E TÍBIA, SEGUNDO ENCAMINHAMENTO; CD: SOLICITO RADIOGRAFIAS.			
EXAME DE IMAGEM			
RADIOGRAFIA DE PERNA DIREITA			
CID10			
Código	Descrição		
S72.4	Fratura da extremidade distal do fêmur		
Conduta			
Em observação			

JOSEALDO VICENTE DE SOUZA

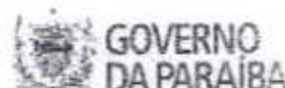
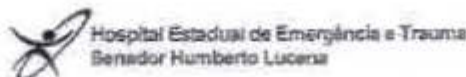
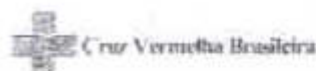
Dr. Kartney Sarmiento Pedrosa
FRANCISCO KARTNEY SARMENTO PEDROSA
(CRM: 5804/PB)

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

18 APR 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

Bolém registrado por ANA CARLA FELICIANO DA SILVA em 28/07/2018 17:38:54



AREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel:

CNES: 6121221

Paciente JOSEALDO VICENTE DE SOUZA	SAE 1097208	Data/Hora Entrada 26/07/2018 17:24:35	Data Baixa
Data de nascimento 11/07/1979	Idade 39a 16d	Sexo Masculino	CNS
Mãe LUIZA MARIA VICENTE			Telefone de Contato (31) 89500605
Endereço PROJETADA, SN	Bairro CONJUNTO BOM TEMPO	Município GOIANA	UF PE
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional FRANCISCO KARTNEY SARMENTO PEDROSA	Nº Cons. Regional 5804/PB
Data/Hora Classificação 26/07/2018 17:24:35		Data/Hora Prescrição 26/07/2018 18:33:13	

Anamnese

EM TEMPO:

RADIOGRAFIAS CONFIRMAM AS FRATURAS;

CD: INTERNAÇÃO PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO.

DIETA

DIETA LIVRE, VIA ORAL

MEDICAÇÃO

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 8/8H, (OBSERVAÇÕES: S/N)

Diluir

ONDANSETRONA 2MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 4,0 MG VIA E.V., 8/8H

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 1X AO DIA, (OBSERVAÇÕES: EM JEJUM)

Diluir

OMEPRAZOL 40MG INJETAVEL COM DILUENTE (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 40,0 MG VIA E.V., 8/8H

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H, 0,0 (MGTSM)

Diluir

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 6/6H

CAPTOPRIL 25 MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 25,0 MG VIA SUBLINGUAL, ACM, SE NECESSÁRIO SE PAC > 110MMHG (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 4,0)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 1500,0 ML VIA E.V., 24H, 0,0 (MGTSM)

ENOXAPARINA SODICA 40 MG/0,4ML SERINGA PREENCHIDA, ADMINISTRAR 40,0 MG VIA S.C., 1X AO DIA

GLICOSE 50% SOLUÇÃO INJETAVEL (AMPOLA 10ML), ADMINISTRAR 30,0 ML VIA E.V., ACM, 0,0 (MGTSM) SE NECESSÁRIO SE HGT < 60 (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 3,0)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V., 12/12H, 0,0 (MGTSM)

Diluir

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., 12/12H

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V., 8/8H, 0,0 (MGTSM) (OBSERVAÇÕES: S/N)

Diluir

TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 8/8H

CUIDADOS: Prescrito por ANA CARLA FELICIANO DA SILVA em 26/07/2018 17:26:54

SSVV + CCGG

05.802.494/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

18 ABR 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 58060-010
RECIFE-PE

05.802.494/0001-41

TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

18 ABR 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 58060-010
RECIFE-PE

Dr. Vitorino
F. Vitorino
CRM - 5804
RECIFE-PE

SOLICITAÇÃO DE PARECER DA CARDIOLOGIA, (OBSERVAÇÕES: RISCO CIRÚRGICO)

EXAME LABORATORIAL

HEMOGRAMA

COAGULOGRAMA COMPLETO

GLICEMIA - GLICOSE EXAME

EXAME DE IMAGEM

ELETROCARDIOGRAMA

Conduta

Internar Paciente

JOSENALDO VICENTE DE SOUZA

FRANCISCO KARTNEY BARBENTO PEDROSA

CRM - PE 18.512

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

18 ABR 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

Casa Verde e Amarela Rondônia

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaAV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNPJ: 2456276 - Tel: 8332165700GOVERNO
DA PARAÍBAImpresso por: MILTON DA
SILVA LINHARES
Em: 28/07/2018 08:11:35

Paciente JOSEVALDO VICENTE DE SOUZA	Solicit. de Atendimento 1097208	Data/Hora Entrada 29/07/2018 17:24:35	Data/Hora Saída
Data de nascimento 11/07/1979	Idade 39	Sexo Masculino	CNS
Tempo de Internação	Convênio SUS	Plantão	Plantão NOTURNO

EVOLUÇÃO MEDICA (MILTON DA SILVA LINHARES - 28/07/2018 06:11:35)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

#ORTOPEDIA

#FRATURA DO FEMUR DISTAL DIREITO. EVOLUIDO ESTÁVEL, COM DOR MODERADA.

#EXAME OK

#AGUARDANDO RISCO PARA CIRURGIA.

Seção: ÁREA LARANJA - UDC B Leito: LEITO EXTRA 08
Profissional responsável pela informação: MILTON DA SILVA LINHARES

Dr. Milton da Silva Linhares
CRM nº 12018
Ortopedia e Traumatologia

Número Conselho: 4714

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

18 ABR 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE



SUS

Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

Folha 1/2

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HTOP

3 - CNES

2 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HTOP

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Cláudio Vicente de Souza

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

100300

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masculino

Feminino

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CÓD. ISOE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

19 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

21 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

22 - DIAGNÓSTICO INICIAL

23 - CID 10 PRINCIPAL

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

27 - CÓD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO I

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO II

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO III

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

30 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

31 - CTOE

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - CTOE

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - CTOE

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Tratamento de urgência de 32 horas
Requerimento contínuo no 3012
3413-3313-4012-4611

Tratamento de urgência de 32 horas
Requerimento contínuo no 3012
3413-3413-3313-4011
Requerimento contínuo de 32 horas

PROFISSIONAL SOLICITANTE

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

40 - DATA DA SOLICITAÇÃO

41 - DOCUMENTO

42 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

CNS

CPF

05/802.494/0001-41

Daniel Consórcio

MEDICO

CRM 11134

TRACAO CORRETORA

DE SEGURANÇA

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - CÓD. ORGÃO EMISSOR

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

47 - DOCUMENTO

48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

CNS

CPF

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 B, C

Rua Vitor - CEP 51060-010



RELATÓRIO DE CIRURGIA

001.0001

NOME: JOSEALDO VICENTE DE SOUZA BE/PRONTUÁRIO 1097208
IDADE: SEXO: ☒ MASC ☐ FEM COR: DATA: 07/08/2018
CLÍNICA/SETOR: ORTOPEDIA EMP: LR:
CIRURGIA: TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DIAFISARIA DE TIBIA DIREITA
CIRURGIÃO: DR. CARLOS 1º ASS: DR. SAVIO
2º ASS: MR DANIEL 3º ASS:
INSTRUMENTADOR: ANESTESISTA:
TIPO DE ANESTESIA: RAQUIANESTESIA HORÁRIO INÍCIO: TÉRMINO:

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO	CID
FRATURA DIAFISARIA DE TIBIA DIREITA	
FRATURA DE FEMUR DISTAL DIREITO	

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	CÓDIGO
TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DIAFISARIA DE TIBIA DIREITA	
TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE FEMUR DISTAL DIREITO	

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO: ☐ SIM ☒ NÃO

DESCRIÇÃO:

BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO: ☐ SIM ☒ NÃO

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

☒ X ENFERMARIA ☐ TERAPIA INTENSIVA
☐ RESIDÊNCIA ☐ ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM:

DATA: 07/08/2018

05.802.454/0001-41
TRAÇÃO COMETORA
DE SEGUROS LTDA

18 APR 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE-PE



RELATÓRIO DE CIRURGIA

FORM. 1.002

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA
Posição e Preparo:
PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA
ASSEPSIA E ANTISSEPSIA
APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS
Incisão:
INCISÃO EM FACE ANTERO-LATERAL DE PERNA DIREITA
VIA DE ACESSO ANTERIOR DA PERNA
INCISAO EM FACE LATERAL DO FEMUR DIREITO
Achados:
FRATURA DIAFISARIA DE TIBIA DIREITA
FRATURA DISTAL DE FEMUR DIREITO
Condução:
REDUÇÃO INCRUENTA + FIXAÇÃO COM PLACA DCP 10 FUROS EM PONTE + PARAFUSOS
CORTICAIS NA TIBIA
REDUÇÃO INCRUENTA + FIXAÇÃO COM PLACA DCS 10 FUROS + PARAFUSOS
NO FEMUR DIREITO
CUIDADO COM HEMOSTASIA
LIMPEZA COM SF0,9
FECHAMENTO POR PLANOS
Fechamento:
CURATIVO ESTEREIS
Observação:
RX CONTROLE

Médico/CRM:

João Pessoa,

07/08/2018

Denis Conrado
MÉDICO
CRM 11734

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

19 MAR 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



NOME DO PACIENTE: **Dr. João Roberto de Almeida**
 DATA: **10/04/2013**
 LOCAL: **Dr. João Roberto de Almeida**
 ANESTESIA: **Dr. João Roberto de Almeida**
 MEDICAMENTOS: **Dr. João Roberto de Almeida**
 EQUIPAMENTOS: **Dr. João Roberto de Almeida**
 MATERIAIS: **Dr. João Roberto de Almeida**
 OUTROS: **Dr. João Roberto de Almeida**

ITEM	QUANTIDADE	UNIDADE	VALOR	TOTAL
1. GASES ALGODÃO CA Nº	1	caixa	100,00	100,00
2. GASES ALGODÃO CA Nº	1	caixa	100,00	100,00
3. GASES ALGODÃO CA Nº	1	caixa	100,00	100,00
4. GASES ALGODÃO CA Nº	1	caixa	100,00	100,00
5. GASES ALGODÃO CA Nº	1	caixa	100,00	100,00
6. GASES ALGODÃO CA Nº	1	caixa	100,00	100,00
7. GASES ALGODÃO CA Nº	1	caixa	100,00	100,00
8. GASES ALGODÃO CA Nº	1	caixa	100,00	100,00
9. GASES ALGODÃO CA Nº	1	caixa	100,00	100,00
10. GASES ALGODÃO CA Nº	1	caixa	100,00	100,00
11. GASES ALGODÃO CA Nº	1	caixa	100,00	100,00
12. GASES ALGODÃO CA Nº	1	caixa	100,00	100,00
13. GASES ALGODÃO CA Nº	1	caixa	100,00	100,00
14. GASES ALGODÃO CA Nº	1	caixa	100,00	100,00
15. GASES ALGODÃO CA Nº	1	caixa	100,00	100,00
16. GASES ALGODÃO CA Nº	1	caixa	100,00	100,00
17. GASES ALGODÃO CA Nº	1	caixa	100,00	100,00
18. GASES ALGODÃO CA Nº	1	caixa	100,00	100,00
19. GASES ALGODÃO CA Nº	1	caixa	100,00	100,00
20. GASES ALGODÃO CA Nº	1	caixa	100,00	100,00
21. GASES ALGODÃO CA Nº	1	caixa	100,00	100,00
22. GASES ALGODÃO CA Nº	1	caixa	100,00	100,00
23. GASES ALGODÃO CA Nº	1	caixa	100,00	100,00
24. GASES ALGODÃO CA Nº	1	caixa	100,00	100,00
25. GASES ALGODÃO CA Nº	1	caixa	100,00	100,00
26. GASES ALGODÃO CA Nº	1	caixa	100,00	100,00
27. GASES ALGODÃO CA Nº	1	caixa	100,00	100,00
28. GASES ALGODÃO CA Nº	1	caixa	100,00	100,00
29. GASES ALGODÃO CA Nº	1	caixa	100,00	100,00
30. GASES ALGODÃO CA Nº	1	caixa	100,00	100,00
31. GASES ALGODÃO CA Nº	1	caixa	100,00	100,00
32. GASES ALGODÃO CA Nº	1	caixa	100,00	100,00
33. GASES ALGODÃO CA Nº	1	caixa	100,00	100,00
34. GASES ALGODÃO CA Nº	1	caixa	100,00	100,00
35. GASES ALGODÃO CA Nº	1	caixa	100,00	100,00
36. GASES ALGODÃO CA Nº	1	caixa	100,00	100,00
37. GASES ALGODÃO CA Nº	1	caixa	100,00	100,00
38. GASES ALGODÃO CA Nº	1	caixa	100,00	100,00
39. GASES ALGODÃO CA Nº	1	caixa	100,00	100,00
40. GASES ALGODÃO CA Nº	1	caixa	100,00	100,00
41. GASES ALGODÃO CA Nº	1	caixa	100,00	100,00
42. GASES ALGODÃO CA Nº	1	caixa	100,00	100,00
43. GASES ALGODÃO CA Nº	1	caixa	100,00	100,00
44. GASES ALGODÃO CA Nº	1	caixa	100,00	100,00
45. GASES ALGODÃO CA Nº	1	caixa	100,00	100,00
46. GASES ALGODÃO CA Nº	1	caixa	100,00	100,00
47. GASES ALGODÃO CA Nº	1	caixa	100,00	100,00
48. GASES ALGODÃO CA Nº	1	caixa	100,00	100,00
49. GASES ALGODÃO CA Nº	1	caixa	100,00	100,00
50. GASES ALGODÃO CA Nº	1	caixa	100,00	100,00
51. GASES ALGODÃO CA Nº	1	caixa	100,00	100,00
52. GASES ALGODÃO CA Nº	1	caixa	100,00	100,00
53. GASES ALGODÃO CA Nº	1	caixa	100,00	100,00
54. GASES ALGODÃO CA Nº	1	caixa	100,00	100,00
55. GASES ALGODÃO CA Nº	1	caixa	100,00	100,00
56. GASES ALGODÃO CA Nº	1	caixa	100,00	100,00
57. GASES ALGODÃO CA Nº	1	caixa	100,00	100,00
58. GASES ALGODÃO CA Nº	1	caixa	100,00	100,00
59. GASES ALGODÃO CA Nº	1	caixa	100,00	100,00
60. GASES ALGODÃO CA Nº	1	caixa	100,00	100,00
6				



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	JOSENALDO VICENTE DE SOUZA
DATA DE NASCIMENTO	11/07/79
NOME DA MÃE	LUIZA MARIA VICENTE DE SOUZA

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º	1.101.104
BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.097.208
DATA DO ATENDIMENTO	26/07/18
HORA DO ATENDIMENTO	17:24
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA DIAFISÁRIA DE TÍBIA DIREITA + FRATURA DE FÊMUR DISTAL DIREITO
CID 10	S72.4

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Prontuário. Paciente foi atendido neste Serviço, procedente do Ortotrauma Mangabeira, vítima de queda de moto, refere dor na coxa direita e limitação dos movimentos. Refere deformidade de tibia direita. Apresentando fratura distal de fêmur direito + fratura diafisária de tibia direita. Internação para tratamento cirúrgico. operado e evoluiu sem intercorrências.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX de coxa direita
RX de perna direita

RESULTADOS DOS EXAMES:

Fratura diafisária de tibia direita
Fratura distal de fêmur direito.

TRATAMENTO:

Tratamento cirúrgico de fratura diafisária de tibia direita. Tratamento cirúrgico de fratura de fêmur d direito.

ALTA HOSPITALAR:	09/08/18
DATA DA EMISSÃO:	12/11/18

Dr. José de Almeida Braga
CRM: 2329/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLA
MINISTÉRIO DO TRABALHO E CONTINUIDADE DE TRATAMENTO

10 APR 2019

Rua da Aurora, Nº 175, 51.902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



CERTIDÃO

Nº. 0283/2019

Atendendo solicitação de **JOSENALDO VICENTE DE SOUZA** de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de atendimento ambulatorial Nº148228 e prontuário nº2018.07.003464 pertencente a paciente que foi atendido dia 26/07/2018 às 14h42min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em punho direito.

Submetido à avaliação médica, e exame de imagem que evidenciou fratura exposta de punho direito. Paciente encaminhado ao trauma.

E para constar eu, Rosângela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 25 de março de 2019

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883

Rosângela M. Escorel Almeida
Médica da Vigilância à Saúde
CRM-PB 3883

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

18 ABR 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP- 50.060-010
RECIFE-PE

Documento de Alta

Nome:			Número Prontuário:
JOSEINALDO VICENTE DE SOUZA			110104
Data de:	Sexo:	Data de Internação:	Data de Alta:
11/07/1979	Masculino	26/07/2018 19:42:59	09/08/2018 13:05:58
Motivo de alta:			
ALTA HOSPITALAR			
Conduta:			
PACIENTE SUBMETIDO AO TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE 1/3 DISTAL DE FÊMUR E DIÁFISE DE TÍBIA DIREITOS COM OSTEOSÍNTESE			
Resumo da Internação:			
O MESMO			
Resultado de Exames:			
RADIOGRAFIAS E TOMOGRAFIAS			
Tratamento:			
PACIENTE SUBMETIDO AO TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE 1/3 DISTAL DE FÊMUR E DIÁFISE DE TÍBIA DIREITOS COM OSTEOSÍNTESE POR DR. SÁVIO E DR. CARLOS EM 07/08/2018 BLOCO HTOP			
Diagnóstico:			
S77.1 - Fratura de extremidade distal do fêmur			
Recomendações:			
PACIENTE RETORNARÁ AO AMBULATÓRIO HTOP EM 20/08/2018 PARA DR. SÁVIO BRUNO PRESCREVO CEFALOXINA, PACO, FOLIX E VERA E ADDERA, VELUS E CURATIVO PSE ESTÉRIL.			

Data: 09/08/2018

Dr. Carlos Alberto M. Vieira
Ortopedia / Traumatologia
CRM PB 6902 CRM PE 27881
TEC 1345
CARLOS ALBERTO MARQUES
VIEIRA
CRM: 6902 - PB

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

18 ABR 2019

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO /AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL

fol. 1/2

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE

ADRIANO VICENTE DE JUVY

4 - Nº DO PRONTUÁRIO

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

6 - DATA DE NASCIMENTO

7 - SEXO

Masc. ☐ Fem. ☐

8 - RAÇA/COR

9 - NOME DA MÃE

10 - TELEFONE DE CONTATO

11 - TELEFONE DE CONTATO

11 - NOME DO RESPONSÁVEL

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

15 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

16 - UF

17 - CEP

PROCEDIMENTO SOLICITADO

18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

19 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

20 - QTDE

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

23 - QTDE

24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

26 - QTDE

27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

29 - QTDE

30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

32 - QTDE

33 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

34 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

35 - QTDE

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

36 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Distúrbio da fala / paralisia cerebral

37 - CID 10 PRINCIPAL

38 - CID 10 SECUNDÁRIO

39 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

40 - OBSERVAÇÕES

Com o l. de 01/04/2019

SOLICITAÇÃO

41 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

42 - DATA DA SOLICITAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

44 - DOCUMENTO

45 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

46 - REGISTRO DO CONSELHO

47 - CNES

48 - CPF

8516101517220172

49 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

50 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

51 - REGISTRO DO CONSELHO

AUTORIZAÇÃO

52 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

53 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

54 - DOCUMENTO

55 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

05.802.494/0001-11
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

18 APR 2019

56 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

57 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

58 - PERÍODO DE VALIDADE DA AUTORIZAÇÃO

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

59 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

60 - CNES

**SUS**Sistema
Único de
Saúde
Ministério
da
Saúde**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO /AUTORIZAÇÃO DE
PROCEDIMENTO AMBULATORIAL**

fls.1/2

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE

4 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

5 - DATA DE NASCIMENTO

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

8 - NOME DA MÃE

7 - SEXO

Masc. ☐Fem. ☐

9 - RAÇA/COR

11 - NOME DO RESPONSÁVEL

DDD

10 - TELEFONE DE CONTATO

DDD

12 - TELEFONE DE CONTATO

13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

15 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

16 - UF

17 - CEP

PROCEDIMENTO SOLICITADO

18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

19 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

20 - QTD

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

23 - QTD

24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

26 - QTD

27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

29 - QTD

30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

32 - QTD

33 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

34 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

35 - QTD

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

36 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

37 - CID 10 PRINCIPAL

38 - CID 10 SECUNDÁRIO

39 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

40 - OBSERVAÇÕES

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

18 ABR 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
CEP: 60.060-010**SOLICITAÇÃO**

41 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

42 - DATA DA SOLICITAÇÃO

43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

44 - DOCUMENTO

45 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

CNS

CPF

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. ORGÃO EMISSOR

48 - Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAZ)

49 - DOCUMENTO

50 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

CNS

CPF

51 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

52 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

53 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAZ

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

54 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

55 - CNES



Código : 0003562

Cliente : JOSEVALDO VICENTE DE SOUZA

Médico : BERTYLLY MORAES

Convênio: PARTICULAR

RG:

Cadastro: 06/11/2018 - 15:03 hs

Sexo : M

Idade: 39 anos

Fone :

Serviços

FIS-P - FISIOTERAPIA PACOTE

Total: 300.00

Desconto: 0

Sinal: 300.00

Saldo: 0.00

Atendente: ROSALIA MARIA

Emissão: 06/11/2018

15:03 PACOTE DE 10 SESSOES

Centro Médico de Goiânia Ltda
Bertylli Moraes
18/04/2019

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

18 ABR 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP- 50.060-010
RECIFE-PE



Código : 0004653
Cliente : JOSEVALDO VICENTE DE SOUZA
Médico : MARIA EMILIA
Convênio: PARTICULAR
RG: 03990758446

Cadastro: 28/09/2018 - 15:11 hs
Sexo : M
Idade: 39 anos
Fone :

Serviços

FIS-P - FISIOTERAPIA PACOTE
FIS-P - FISIOTERAPIA PACOTE

Total: 600.00

Desconto: 0

Sinal: 0.00

Saldo: 600.00

Atendente: LAIS

Emisso: 28/11/2018

15:11


Mª Emilia de Barros Cavalcanti
FISIOTERAPEUTA
CREFITO: 166503F

11.490.539/0001-43
Centro Médico de Goiânia Ltda.
Rua da Soledade, 60
Centro - CEP: 55900-000
Goiânia - PE

05.802.494/0001-43
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

1 R. ARR 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE:

26/07/18

DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO:

26/07/18

NOME COMPLETO DA VÍTIMA:

José Geraldo Vicente de Souza.

LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE:

Fratura do fêmur distal Dir.
Fratura da tíbia Direita.

DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS):

osteossíntese com placa e parafusos
no fêmur distal e Tíbia Direita.
fisioterapia motora 30 sessões.

ALTA MÉDICA?

☒ SIM ☐ NÃO

EXISTE ALGUM DEFEITO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE?
CASO POSITIVO DESCREVER:

☐ SIM ☒ NÃO

COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE:

☐ A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO.

☒ A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o segmento ou órgão atingido)

SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO

1º Déficit de força e ADM com dor
2º forte resultando em perda.
3º funcional de 70% no membro
4º inferior Dir.
5º

AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE

04/12/18

04/12/18

E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.

LOCAL

Graciosa

DATA

04/12/18

ASSINATURA E CARIMBO

Dr. Alison F. Vieira
Ortopedista
CRM-PE 5615
R. F. Vieira
Ortopedista
CRM-PE 5615

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

18 ABR 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE