

Rio de Janeiro, 11 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190572721 Vítima: KLEITON JOSE BARBOZA FERREIRA

Data do Acidente: 30/06/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), KLEITON JOSE BARBOZA FERREIRA

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

Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo, sem abreviações e/ou rasuras, pois, o formulário não foi entregue.
Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, em cópia simples, com o nome completo e sem abreviações do proprietário e os dados do veículo em que a vítima estava no acidente, pois o entregue está faltando páginas.
Declaração de Inexistência de IML	Apresentar formulário "Pedido do Seguro DPVAT", devidamente preenchido, inclusive informando uma das opções que impossibilitou a apresentação do Laudo do Instituto Médico Legal-IML.

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

Carta nº 14949512

Pag. 00569/00570 - carta_03 - INVALIDEZ

00070285



Rio de Janeiro, 11 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190572721

Vítima: KLEITON JOSE BARBOZA FERREIRA

Data do Acidente: 30/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), KLEITON JOSE BARBOZA FERREIRA

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, 08 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190572721

Vítima: KLEITON JOSE BARBOZA FERREIRA

Data do Acidente: 30/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), KLEITON JOSE BARBOZA FERREIRA

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento e oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº08765.01.2019.2.00.401

OCORRÊNCIA(S)

Suposto(s) Autor(es):

Tipificação 1: LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO

Data da Ocorrência: 30/06/2019

Hora: 09:20:00

Forma da Comunicação: Verbal

Endereço: João da Silva Pimentel, Centro, Campina Grande, PB.

Complemento: Próximo Ao Numero 362

Ponto de referência: Panificadora São Francisco

PARTE(S)

VITIMA

Nome: Kleiton Jose Barbosa Ferreira

Conhecido por: Não informado

Filiação: Cleonice Barbosa e Jose Araujo Ferreira

Idade: 35

Data de Nascimento: 31/03/1984

Identidade de Gênero: masculino

Nacionalidade: brasileira

Naturalidade: Campina Grande

Estado Civil: casado(a)

**Escolaridade: Ensino fundamental
incompleto**

Profissão: Mototaxista

Matrícula: Não informado

Cargo: Não informado

Documentos(s) de Identificação: CPF nº 059.391.874-63, CNH nº 02940875126

Endereço: Rua Apolônio Amorim, 207, Alto Branco, Campina Grande, PB

Complemento: vila 01

Ponto de referência: Radio Panorâmica Fm

Telefone: (83) 99808-9292

TESTEMUNHA

Nome: Rossandro da Silva Costa

Conhecido por: Não informado

Filiação: Josefa Severina da Silva Costa e Luiz Pedro da Costa

Idade: 45

Data de Nascimento: 02/08/1974

Identidade de Gênero: masculino

Nacionalidade: brasileira

Naturalidade: Campina Grande

Estado Civil: solteiro(a)

**Escolaridade: Ensino fundamental
completo**

Profissão: Mototaxista

Matrícula: Não informado

Cargo: Não informado

Documentos(s) de Identificação: CPF nº 991.574.034-49, CNH nº 03943036609

Endereço: Av Internacional, 204, Nações, Campina Grande, PB

Complemento: casa a

Ponto de referência: Igreja Diamantina

Telefone: (83) 98800-3337

SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
2ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Central de Polícia Civil de Campina Grande -
Setor de Boletim de Ocorrência

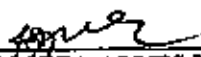


**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



**GOVERNO
DA PARAÍBA**
Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

Campina Grande/PB, 12 de agosto de 2019.


JOSEFA ALVES DE ASSIS

Delegado(a) de Polícia Civil


KLEITON JOSE BARBOSA FERREIRA
Noticiante


JUNIA BARBOSA LUZ DO RÉGO

Agente de Investigação



CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAIBA
Rua Feliciano Chaves, 220 - Agostinho José Pessoa - PB
CER: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.656/0001-87



112590127

CATEGORIA

JUN/2019

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

KLETON JOSÉ B. FERREIRA
RUA PRES. APOLÔNIA AMORIM, 207 - VL. 01 - ALTO
BRANCO CAMPINA GRANDE, PB 58401-528

Inscrição	SM	Quantidade de Economias				Responsável
018.427.115.0180.000	000	Reserva	Secura	Normal	Excess	
		1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
Y10S226011	20/07/2010	LAB. DEM	LIGADO	LIGADO		
ANTERIOR: 527 ATUAL: 513 CONSUMO (L): 6 NÚM. DE DIAS: 28 PROXIMA LEITURA: 507/07/2019						
HIST. CONS. ANTER. LEIT. QUAL. ÁGUA: ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS.						
MAR/2019	3	PARÂMETROS	EXIG.	ANALIS.	CON. ORHS	
ABR/2019	5	TEMPERAZ	178	178	178	
MAY/2019	6	ELONG	178	178	177	
JUN/2019	6	COL. TERMOT	0	0	0	
JAN/2019	5	CON	55	169	168	
DEZ/2018	5	COL. TOTALS	178	178	178	
HECTACH	5	DADOS REFERENTES A: ABR/2019				

DATA DE EMISSÃO: 04/06/2019

HORA DA IMPRESSÃO: 07:23:34

DISTRIBUIÇÃO

ÁGUA

CONSUMO TOTAL (R\$)

R\$ 10,00 (DEZ. E OIT. REAIS)

6 H3

10,00

ESGOTO

R\$ 1,00 (UM. E ZERO REAL)

6 H3

1,00

VALOR APROXIMADO DO TRIBUTOS: R\$ 1,07 PIS E CONF. INCL. LEI 12.741/12

VENCIMENTO:

17/06/2019

Total a Pagar:

R\$ 11,62



CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA
CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL

TIPO DE TARIFA: 3

INFORMAÇÕES GERAIS:
NÃO CANCELAR A TARIFA ANTES DO PRAZO

NOME: Rlexton Jorge Barbosa IDADE:
RUA: Cinco LEITO: 74 MÉDICO: Dr. Luciano Mendes

DATA: 04 / 07 / 19

MANHÃ

Paciente evolui estável consciente, orientado
usque em hidratação venosa, medicação
aguarda procedimento cirurgico.

Documentação médica - hospitalar



Fabiana Lima
Técnica de Enfermagem
COREN-PA 1175.602

TARDE

Paciente atendida, consciente, orientado, ausente,
NO HOSPITAL, ATENDIDO PELO SUS
CUIJAS DESPESAS TIVERAM
RECORRIDAS AO SUS
Paciente ausente do CC, consciente e orientado,
realizou o exame de controle, ausente.

Bianca Houston A. Santos
Técnica de Enfermagem
COREN-PA 1175.602

Bianca Houston A. Santos
Técnica de Enfermagem
COREN-PA 1175.602

NOITE

Paciente evolui com estado geral estável
Medicação feita em tempo e controle
de vitalidade que permanece bom
por apêndice em medicação.

Martiny Lima Silva
Técnica de Enfermagem
COREN-PA 1175.602

DATA: 03/04/15

MANHÃ

paciente admitido. vindo da emergência
fratura de clavícula. punção do
acesso venoso periferia. medicação.
Solicitados exames laboratoriais

Luciana da Silva
Técnica de Enfermagem
COREN-PB 621.984

TARDE

PACIENTE ATENDIDO
NO HOSPITAL
CUJAS DESPESAS FORAM
COBRADAS AO SUS

consciente, orientado, eupneico,
para exames, realizado

Bianca Huston A. Santos
Técnica de Enfermagem
COREN-PB 1176.607

NOITE

Paciente admitido com quadro de
consciente, orientado. sendo medicado
c.p.m. agudo. Sinais vitais estáveis
está em dieta zero em incubação
venosa segue aos cuidados da enfermagem

Juara Andrade de Oliveira
Técnica de Enfermagem
COREN-PB 109726 PB

Alessandro Dantas
ENFERMEIRO
COREN-PB 403113

ALA: Cum 01.22

LEITO: 36

CONVENIO: 

DIAGNOSTICO:

INVASAS AERONAVIO CLAVICOR AR 03-07-19

[illegible]

PACIENTE ATENDIDO PELO SUS
NO HOSPITAL. ATENDIDO TARDE
CUJAS DESPESAS FORAM
COBRADAS AO SUS

EVOLUÇÃO MÉDICA

8. PRESENTED FOR THE FIRST TIME AT THE COUNCIL OF THE
FOR THE FIRST TIME AT THE COUNCIL OF THE

PACIENTE ATENDIDO PELO SUS
NO HOSPITAL ANTONIO TARGINO
CUJAS DESPESAS FORAM
COBRADAS AO SUS

Prontuário 825271	Atendimento 2351171	Reserva/Guia AMBULATORIO
-----------------------------	-------------------------------	------------------------------------

Paciente KLEITON JOSE BARBOSA FERREIRA (CPF:)	Sexo Est. Civil M Solteiro	Dt Nasc. 31/03/1984	Telefone 3107820	R.G. 3107820	Código CNS
Endereço APOLONIO AMORIM	Num. Complemento 207	Cidade CAMPINA GRANDE	UF PB	Profissão	
Nome da Mãe CLEONICE BARBOSA	Endereço APOLONIO AMORIM	Cidade CAMPINA GRANDE	UF PB	Profissão	
Responsável KLEITON JOSE BARBOSA FERREIRA	Endereço APOLONIO AMORIM	Cidade CAMPINA GRANDE	UF PB	Profissão	

Médico Atendente 1716 LUCIANO GUEDES BORGES (CRM: 3451) (CPF: 43448831434)	Médico Acompanhante 1716 LUCIANO GUEDES BORGES (CRM: 3451) (CPF: 43448831434)
--	---

Setor 3008 SECRETARIA SUS	Convênio 50 SUS
Acomodação POSTO: - ENFERMARIA: - LEITO:	
Data min. para alta - 03/07/2019	Data máx. para alta - 03/07/2019
Atendente - SOCORRO	

Resumo de Tratamento	
Acompanhante.....? [] Sim [☒] Não	Data admissão 03/07/2019
Intimação anterior...? [] Sim [] Não	Hora admissão
Alta.....: Curado.....: [] Melhorado.....: [☒] Inalterado.....: [] Clínica...: Médica.....: []	Data alta 05, 07, 19
Piorado.....: [] A pedido.....: [] Indisciplina.....: [] Cirúrgica.....: []	Hora alta 08 : 00
Transferido.....: [] Falecimento.....: [] Evasão.....: [] Obstétrica.....: []	

Diagnóstico:	
Intimação: LISTA ACOMODACAO CAMARAS E 54,31	
Definitivo...: O mesmo	

Histórico:	
VIRUSUS DE ANITA DE MOTA	

PACIENTE ATENDIDO PELO SUS NO HOSPITAL ANTONIO TARGINO CUJAS DESPESAS FORAM COBRADAS AO SUS	ORTESE PROTESE
--	-----------------------

Alta - 1	Perm - 2	Transf - 3	Óbito - 4
Raio X: [☒] Simples	UTI Entrada	UTI Saída	
[] C/Contraste			
Motivo	Caract. Trat.		
[☒] Sangue...: [] Rh...: []	[] A [] B [] C [] D [] E [] G		

REALIZADO EM 04/07/19	Luciano Guedes Borges
------------------------------	------------------------------

**GOVERNO
DA PARAÍBA****PRESCRIÇÃO MÉDICA**

8

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1932730 Paciente: KLEITON JOSE BARBOSA FERREIRA Idade: 035

Nome da Mãe: CLEONICE BARBOSA Data de Nascimento: 31/03/1984 Sexo: M

Clínica: ORTOPEDIA I Enfermaria: 10 Leito: 5 Diagnóstico: LAC A ESQUERDA

Dia 30/06/2019

MÉDICO(A): Fabio Marcos Crispim Lima /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. IFRASCOS. 8h/8h	
3	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. AMPOLA. 6h/6h	
4	OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP. 24h/24h (ADM AS 8h) Diluir em 10 ML DILUENTE PRÓPRIO	
5	TRAMADOL CLORIDRATO 400 MG/2ML 2 ML E.V. AMPOLA. FAZER SE NECESSÁRIO FAZER DE 88H	

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

BOLETIM DE ENFERMAGEM									
NOME:									
IDADE:		SEXO: M ☐ F ☐		DATA DE NASCIMENTO: / /				às h	
SETOR:				LEITO:					
DIAGNÓSTICO MÉDICO:									
ALERGIAS:		SIM ☐ NÃO ☐		QUAIS:					
MEDICAÇÃO CONTÍNUA:		SIM ☐ NÃO ☐		QUAIS:					
DOENÇA CRÔNICA:		SIM ☐ NÃO ☐		QUAIS:					
PRESENÇA DE ESCARA:		SIM ☐ NÃO ☐		LOCAL:					
PRESSÃO ARTERIAL:		HIPOTENSO ☐		NORMOPOTENSO ☐		HIPERTENSO ☐			
SISTEMA NEUROLÓGICO:		CONSCIENTE ☐		INCONSCIENTE ☐		ORIENTADO ☐			
SISTEMA RESPIRATÓRIO:		DISPNEICO ☐		TAQUIPNEICO ☐		EUPNEICO ☐		BRADIPNEICO ☐	
SIST. GENITOURINÁRIO (DIURESE)		NORMAL ☐		POLÚRIA ☐		OLIGÚRIA ☐		SVD ☐	
MOBILIDADE:		DEÂMBULA ☐		DEÂMBULA C/ APOIO ☐		ACAMADO ☐		S/ DEFICITE MOTOR ☐	
SIST. GAS. ROINTEATINAL (DIETA)		TETRAPLEGIA ☐		HEMIAPLEGIA ☐		PARESIA ☐		RESTRITO NO PEITO ☐	
ESTADO NUTRICIONAL:		VO ☐		SNG ☐		SNE ☐			
DADOS VITAIS:		PA:		T:		FR:		FC:	
								PESO:	
DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM									
☐ RISCO DE QUEDA						CD/FR:			
☐ RISCO DE ASPIRAÇÃO						CD/FR:			
☐ RISCO DE INFECÇÃO						CD/FR:			
☐ RISCO DE DESEQUILÍBRIO DA TEMPERATURA CORPORAL						CD/FR:			
☐ RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL						CD/FR:			
☐ RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA		☐ RETENÇÃO URINÁRIA						CD/FR:	
☐ RISCO DE SANGRAMENTO						CD/FR:			
☐ NÁUSEA						CD/FR:			
☐ DOR AGUDA		☐ DOR CRÔNICA						CD/FR:	
☐ PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ						CD/FR:			
☐ MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA						CD/FR:			
☐ DÉFICIT NO AUTO CUIDADO		☐ ALIMENTAR-SE		☐ PARA BANHO		CD/FR:			
☐ INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA						CD/FR:			
☐ RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA						CD/FR:			
☐ RISCO DE SÍNDROME DO DESUSO						CD/FR:			
☐						CD/FR:			
☐						CD/FR:			
☐						CD/FR:			
						CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA			
						FR: FATOR RELACIONADO			
ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL									
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM					APRAZAMENTO		ASSINATURA		
☐ MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS.									
☐ REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR.									
☐ ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA.									
☐ INSTALAR CATÉTER DE O ₂ A DL/MIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA.									
☐ AVALIAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA (RUIDOS, ESTERTORES E BATIMENTOS DA ASA DO NARIZ).									
☐ ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS.									
☐ POSICIONAR O PACIENTE EM DECUBITO DE 45°.									
☐ MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA, QUANDO RECOMENDADO.									
☐ MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO (EDMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR, HIPEREMIA).									
☐ ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO.									
☐ REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS. AS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E AS REPOSTAS DO PACIENTE.									

[illegible][illegible]

REGISTROS

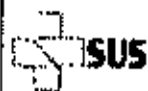
[illegible]

INTERCORRÊNCIA DE ENFERMAGEM / DIURNA										INTERCORRÊNCIA DE ENFERMAGEM / NOTURNA									
---------------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

[illegible]

30/06/2019

HTCG-Painel Administrativo



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde



GOVERNO
DA PARAÍBA

ESTADO DA PARAÍBA - SECRETARIA DE SAÚDE REQUISIÇÃO DE EXAMES

NÚMERO DO CADASTRO | 2 | 3 | 6 | 2 | 8 | 5 | 6 | 1 - CPF | 2 | 10 | 8 | 7 | 7 | 8 | 2 | 6 | 8 | 0 | 0 | 3 | 8 | 5 | 2 |
2 - CNPJ

NOME DA UNIDADE: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

ENDEREÇO: AVENIDA FLORIANO PEIXOTO, 4700

BAIRRO: MALVINAS CEP: 58432-809 MUNICÍPIO: CAMPINA GRANDE UF: PB(25)

PACIENTE: KLEITON JOSE BARBOSA FERREIRA

Identidade:
3107820

Idade: 035

ENDEREÇO: APOLONIA AMORIM

PRONTUÁRIO:

Nº 1932730

BAIRRO: ALTO BRANCO

TIPO DO ATENDIMENTO: URGÊNCIA

Nº DA SOLICITAÇÃO: 49205

DADOS CLÍNICOS: pre-op.

MATERIAL A EXAMINAR: sangue.

EXAMES SOLICITADOS: HEMOGRAMA COMPLETO, DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE COAGULAÇÃO,

Campina Grande - PB 30/06/2019

Médico: Fabio Marcos Crispim Lima

Data da internação: 30/06/2019 Hora: 12:57:08

SUSSistema Ministério
Único de da
Saúde Saúde**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR****Identificação do Estabelecimento de Saúde**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

2 - CNES

2362856

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

4 - CNES

2362856

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

KLEITON JOSE BARBOSA FERREIRA

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

1932730

7 - CARTÃO DO SUS

708405261579860

8 - DATA DE NASCIMENTO

31/03/1984

9 - SEXO

MASC ☒FEM ☐

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

CLEONICE BARBOSA

11 - TELEFONE DE CONTATO

DOB 83

Nº DE TELEFONE 91925468

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

APOLONIA AMORIM, 207, ALTO BRANCO

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Campina Grande

14 - CÓDIGO MUNICÍPIO

250400

15 - UF

PB

16 - CEP

58400002

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Dor + instabilidade funcional em ombro esquerdo

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Rodagem + exame físico

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

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Dor em ombro esquerdo

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARATER DA INTERNAÇÃO

02

28 - DOCUMENTO

(X) CNS () CPF

29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

704304514628896

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

FABIO MARCOS CRISPIM LIMA

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

30/06/2019

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNPJ 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 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

4222 volume in (unusual) handwriting + etc.

and more + references

large volume in ~~the~~

A



GOVERNO
DA PARAÍBA

(9)

CNPJ: 10.848.190/0001-55
Data: 03/07/2019
Hora: 06:24:49
Médico (a) Diarista: Eduardo Otavio Braga Moraes

PRESCRIÇÃO MÉDICA

OK

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 1932730 Paciente: KLEITON JOSE BARBOSA FERREIRA Idade: 035 Sexo: M
Nome da Mãe: CLEONICE BARBOSA Data de Nascimento: 31/03/1984 Admissão: 30/06/2019
Clínica: AMARELA Enfermaria: 9 Leito: 5 Diagnóstico: LAC A ESQUERDA

OK

DIA 03/07/2019
MÉDICO(A) ASSISTENTE: Eduardo Otavio Braga Moraes /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SCALPE SALINIZADO	
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	28.29.06
4	OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP. 24h/24h (ADM AS 8h) Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO	06
5	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA. FAZER SE NECESSARIO FAZER DE 88H ?	1)

EVOLUÇÃO

DATA: 03/07/2019 HORA: 06:23:53

ortopedia

paciente com dor + incapacidade funcional em ombro esquerdo

hf: lac

cd: EX LAB OK
-AGUARDÁ CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO
Eduardo Otavio Braga Moraes

Dr. Eduardo Braga Moraes
Ortopedia - Traumatologia
CRM - PB 6588

SECRETARIA DO ESTADO DE SAUDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA

DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

GOVERNO
DA PARAIBA

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

BOLETIM DE ENFERMAGEM				
NOME: _____				
IDADE: _____	SEXO: ☐ M ☐ F ☐	DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ às ____ h		
SETOR: _____		LEITO: _____		
DIAGNÓSTICO MÉDICO: _____				
ALERGIAS:	☐ SIM ☐ NÃO ☐	QUAIS: _____		
MEDICAÇÃO CONTÍNUA:	☐ SIM ☐ NÃO ☐	QUAIS: _____		
DOENÇA CRÔNICA:	☐ SIM ☐ NÃO ☐	QUAIS: _____		
PRESENÇA DE ESCARA:	☐ SIM ☐ NÃO ☐	LOCAL: _____		
PRESSÃO ARTERIAL:	☐ HIPOTENSO ☐	☐ NORMOPOTENSO ☐	☐ HIPERTENSO ☐	
SISTEMA NEUROLÓGICO:	☐ CONSCIENTE ☐	☐ INCONSCIENTE ☐	☐ ORIENTADO ☐	
SISTEMA RESPIRATÓRIO:	☐ DISPNEICO ☐	☐ TAQUIPNEICO ☐	☐ EUPNEICO ☐	☐ BRADIPNEICO ☐
SIST. GENITOURINÁRIO (DIURESE)	☐ NORMAL ☐	☐ POLÚRIA ☐	☐ OLIGÚRIA ☐	☐ SVD ☐
	☐ DUSÚRIA ☐	☐ CISTOSTOMIA ☐	☐ ANÚRIA ☐	
MOBILIDADE:	☐ DEÂMBULA ☐	☐ DEÂMBULA C/ APOIO ☐	☐ ACAMADO ☐	☐ S/ DEFICITE MOTOR ☐
	☐ TETRÂPLEGIA ☐	☐ HEMIAPLEGIA ☐	☐ PARESIA ☐	☐ RESTRITO NO PEITO ☐
SIST. GAS. ROINTEATINAL (DIETA)	☐ VO ☐	☐ SNG ☐	☐ SNE ☐	
ESTADO NUTRICIONAL:	☐ NUTRIDO ☐	☐ DESNUTRIDO ☐	☐ OBESO ☐	☐ CAQUÉTICO ☐
DADOS VITAIS:	PA: _____	T: _____	FR: _____	FC: _____ PESO: _____

DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM	
☐ RISCO DE QUEDA	CD/FR: _____
☐ RISCO DE ASPIRAÇÃO	CD/FR: _____
☐ RISCO DE INFECÇÃO	CD/FR: _____
☐ RISCO DE DESEQUILÍBRIO DA TEMPERATURA CORPORAL	CD/FR: _____
☐ RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL	CD/FR: _____
☐ RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA ☐ RETENÇÃO URINÁRIA	CD/FR: _____
☐ RISCO DE SANGRAMENTO	CD/FR: _____
☐ NAUSEA	CD/FR: _____
☐ DOR AGUDA ☐ DOR CRÔNICA	CD/FR: _____
☐ PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	CD/FR: _____
☐ MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA	CD/FR: _____
☐ DÉFICIT NO AUTO CUIDADO ☐ ALIMENTAR-SE ☐ PARA BANHO	CD/FR: _____
☐ INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	CD/FR: _____
☐ RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA	CD/FR: _____
☐ RISCO DE SÍNDROME DO DESUSO	CD/FR: _____
☐	CD/FR: _____
☐	CD/FR: _____
☐	CD/FR: _____
CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA FR: FATOR RELACIONADO	

ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO	ASSINATURA
☐ MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS.		
☐ REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR.		
☐ ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA.		
☐ INSTALAR CATETER DE O2 A DL/MIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA.		
☐ AVALIAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA (RUIDOS, ESTERTORES E BATIMENTOS DA ASA DO NARIZ).		
☐ ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS.		
☐ POSICIONAR O PACIENTE EM DECÚBITO DE 45°.		
☐ MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA QUANDO RECOMENDADO.		
☐ MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO (EDMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR HIPEREMIA).		
☐ ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO.		
☐ REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, ÀS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E AS REPOSTAS DO PACIENTE.		

**TERMO DE RESPONSABILIDADE**

O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente _____
dá plena autorização aos médicos do Hospital _____ que o
assistirem, para fazerem as investigações julgadas necessárias ao diagnóstico e para a execução do
tratamento, comprometendo-se a respeitar todas as disposições gerais contidas nos regulamentos do
estabelecimento.

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente Klinton Tex. Barbosa Ferreira
reconhece que o mesmo deixou o hospital contra o parecer dos médicos deste estabelecimento,
assumindo inteira responsabilidade por sua decisão.

Ident. 1815221-
SSP-PBEm, 03 de Julho de 2019ALAN SILVA FICA
Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente _____
certifica que o mesmo teve alta do hospital por ter infringido o regulamento deste estabelecimento.

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente _____
reconhece que a mesma está em condições de acordo e declara pela presente que nenhum médico ou
qualquer outro membro do hospital contribuiu intencionalmente para a indução do mesmo

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____



GOVERNO
DA PARAÍBA

SEGUE

o trabalho



PACIENTE: KLEITON JOSE BARBOSA FERREIRA

DATA DO EXAME: 30.06.2019

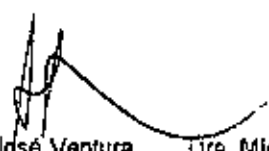
RADIOGRAFIA DE OMBRO ESQUERDO

- Luxação da articulação acromioclavicular.
- Demais ossos de morfologia e textura normais.
- Partes moles sem alterações.
- Relações articulares conservadas.

53

RADIOGRAFIA DE TÓRAX

- Transparência pulmonar normal.
- Mediastino e selos costofrênicos sem alterações.
- Coração de dimensões normais.


Dr. Arthur José Ventura
CRM/PB: 6481

Dra. Miriam Albino
CRM/PB 6436

Dra. Marcella Farias
CRM/PB 6550

Dr. Rafael Borges
CRM/PB: 6485

Dr. Ramoniê Miranda
CRM/PB: 8220

Dr. Roberto Maia
CRM/PB: 6101



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

KLÉITON JOSÉ BARBOZA FERREIRA

DOC. IDENTIFIC. / Carteira de ID: 2107820 / SSP / PB

CPF: 059.391.674-63 DATA NASCIMENTO: 31/03/1984

Nome: JOSE ARAGUO FERREIRA
 Nome: KLEITON BARBOZA

Validade: 14/03/2024 15/07/2003

Nº RECÍPITO: 5-02940875126

PROFISSÃO PLASTIFICAR: 1680967954

ASSINATURA DO PORTADOR: *Kleiton José Barboza Ferreira*

LOCAL: CAMPINA GRANDE - PB DATA EMISSÃO: 15/01/2019

00898590267
 PB0382488597

PARAIBA

DUT



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº **014201475707**
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA **1** COD. RENAVAM **0048624139-A** R.N.T.R.C. **00/00000000** EXERCÍCIO **2018**

NOME
KLEITON JOSE BARBOZA FERREIRA

CPF/CNPJ **05939187463** PLACA **OFG2616/PB**

PLACA ANT./UF **NOVO PB** CHASSI **9C2KC1660CR544844**

ESPÉCIE TIPO **PAS/MOTOCICLETA/BAO APLIC** COMBUSTÍVEL **ALCO/GASOL**

MARCA/MODELO **HONDA/CG 150 TITAN EX** ANO FAB. **2012** ANO MOD. **2012**

CAP./POT./CIL **2 P/149 /CII** CATEGORIA **ALUGUEL** COR PREDOMINANTE **BRANCA**

COTA ÚNICA **00/00/0000** VENC. COTA ÚNICA **1º** VENC./COTAS **2º** **3º**

PREMIO TARIFARIO (R\$) **00,00** PREMIO TOTAL (R\$) **00,00** DATA DE EMISSÃO **31/08/2018**

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA DE DOMÍNIO
VEIC. MODIFICADO RES. 25/98

LOCAL **CAMPINA GRANDE - PB** DATA **10/09/2018**

32375 53362

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

PB Nº 014201475707 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

EXERCÍCIO **2018** DATA EMISSÃO **10/09/2018**

VIA **1** CPF/CNPJ **05939187463** PLACA **OFG2616/PB**

RENAVAM **00486241394** MARCA/MODELO **HONDA/CG 150 TITAN EX**

ANO FAB. **2012** ANO MOD. **2012** CHASSI **9C2KC1660CR544844**

PRÊMIO TARIFÁRIO

R.V. (R\$) **00,00** DUT (R\$) **00,00** CUSTO DO SEGURO (R\$) **00,00**

PREMIO TOTAL (R\$) **00,00** DATA DE EMISSÃO **31/08/2018**

PAGAMENTO ☐ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.245.808/0001-04

53362 1332595 20180910

MAR/2018

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0348835/19

Vítima: KLEITON JOSE BARBOZA FERREIRA

CPF: 059.391.874-63

Seguradora: PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

Data do acidente: 30/06/2019

Titular do CPF: KLEITON JOSE BARBOZA
FERREIRA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência

Documentação médico-hospitalar

Documentos de identificação

DUT

Outros

Outros



KLEITON JOSE BARBOZA FERREIRA : 059.391.874-63

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: 08/10/2019

Nome: KLEITON JOSE BARBOZA FERREIRA

CPF: 059.391.874-63

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/10/2019

Nome: JULIANA MARQUES RODRIGUES

CPF: 149.018.967-09

KLEITON JOSE BARBOZA FERREIRA

JULIANA MARQUES RODRIGUES

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0348835/19

Vítima: KLEITON JOSE BARBOZA FERREIRA

CPF: 059.391.874-63

Seguradora: PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

Data do acidente: 30/06/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: KLEITON JOSE BARBOZA FERREIRA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

KLEITON JOSE BARBOZA FERREIRA : 059.391.874-63

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: 08/10/2019
Nome: KLEITON JOSE BARBOZA FERREIRA
CPF: 059.391.874-63

KLEITON JOSE BARBOZA FERREIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/10/2019
Nome: JULIANA MARQUES RODRIGUES
CPF: 149.018.967-09

JULIANA MARQUES RODRIGUES