



Número: **0807920-97.2020.8.15.0001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **6ª Vara Cível de Campina Grande**

Última distribuição : **30/04/2020**

Valor da causa: **R\$ 10.968,75**

Assuntos: **Seguro, Indenização por Dano Material**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
GLEBERSON RAIA COSTA (AUTOR)	VERA LUCE DA SILVA VIANA (ADVOGADO) PABLO GADELHA VIANA (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
31107 572	29/05/2020 12:11	2721544_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos



**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM C/D
DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

Autorização de pagamento



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário com 16 ou 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Número do Sinistro ou ASL

CNPJ da vítima
062.905.484-33

Nome completo da vítima
GLEBERSON RAIA COSTA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo GLEBERSON RAIA COSTA	CNPJ titular da conta 062.905.484-33	Profissão ARRAZENISTA
Endereço PEDRO LEAO	Número 21	Complemento
Bairro CATOLE	Cidade CAMPINA GRANDE	Estado PB
Email gadelhavianna@gmail.com	CEP 58410133	Telefone (DDD) (83) 993345632

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☐ 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
☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (341) ☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) BANCO Nome BANCO DO BRASIL Nº 001	
AGÊNCIA Nº [] (Informar dígito se existir)	DIV [] (Informar dígito se existir)	AGÊNCIA Nº 5892 (Informar dígito se existir)	DIV [] (Informar dígito se existir)
CONTA Nº [] (Informar dígito se existir)	DIV [] (Informar dígito se existir)	CONTA Nº 4304 (Informar dígito se existir)	DIV [] (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

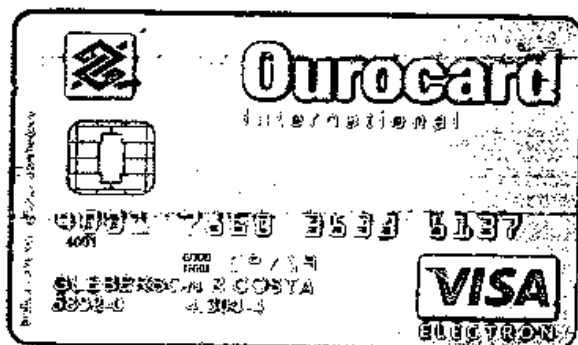
C. Grande-PB 25 de julho de 2018
Local e Data

[Assinatura]
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017





SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
2ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Delegacia Especializada de Acidentes de
Veículos de Campina Grande



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA

Boletim de ocorrência



Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social



BOLETIM DE OCORRÊNCIA
Nº00229.01.2018.2.00.420

OCORRÊNCIA(S)

Suposto(s) Autor(es):

Tipificação 1: LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO

Data da Ocorrência: 19/05/2018

Hora: 11:07:00

Forma da Comunicação: Verbal

Endereço: Em Frente Ao Fórum da Liberdade, Liberdade, Campina Grande, PB.

Ponto de referência: Próximo do Fórum Afonso Campos

PARTE(S)

VITIMA	Nome: Glebson Raia Costa
	Conhecido por: Não informado
	Filiação: Rosana Raia Costa e Geneton Oliveira Costa
	Idade: 30 Data de Nascimento: 06/09/1987 Identidade de Gênero: masculino
	Nacionalidade: brasileira Naturalidade: Campina Grande
	Estado Civil: solteiro(a)
	Escolaridade: Ensino médio completo Profissão: Armazenista
	Cargo: Não informado Matrícula: Não informado
	Documentos(s) de Identificação: CPF nº 062.905.484-33
	Endereço: Rua Pedro Leão, 21, Catolé, Campina Grande, PB
TESTEMUNHA	Complemento: Não informado
	Ponto de referência: Perto da Farmácia Dias
	Telefone: (83) 99334-5632
	Nome: Joelma de Lima Correia
	Conhecido por: Não informado
	Filiação: Ana Araújo de Lima e José Severino de Lima
	Idade: 51 Data de Nascimento: 08/01/1967 Identidade de Gênero: feminino
	Nacionalidade: brasileira Naturalidade: Campina Grande
	Estado Civil: divorciado(a)
	Escolaridade: Não informado Profissão: Cabeleireira
	Cargo: Não informado Matrícula: Não informado
	Documentos(s) de Identificação: CPF nº 886.185.364-15
	Endereço: Rua Pedro Leão, Catolé, Campina Grande, PB
	Complemento: Não informado
	Ponto de referência: Ref: Perto da Farmácia Dias
	Telefone: (83) 98831-5399

SECRETARIA LIDER IMPR 02 01-400-2008 1634 499373 11

Procedimento Policial: 00229.01.2018.2.00.420

1/3



SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
2ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Delegacia Especializada de Acidentes de
Veículos de Campina Grande



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



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

TESTEMUNHA

Nome: Joselita José Pessoa
Conhecido por: Não informado
Filiação: Josefa Maria da Conceição e Severino José Pessoa
Idade: 47 Data de Nascimento: 10/08/1970 Identidade de Gênero: feminino
Nacionalidade: brasileira Naturalidade: Pilar
Estado Civil: solteiro(a)
Escolaridade: Não informado Profissão: Cozinheira
Cargo: Não informado Matrícula: Não informado
Documentos(s) de Identificação: Não informado
Endereço: Rua Pedro Leão, 21, Catolé, Campina Grande, PB
Complemento: Não informado
Ponto de referência: Perto do Bar de Joãozinho
Telefone: (83) 99190-1907

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

(1) Moto, marca Shineray, modelo 113154, tipo de veículo Ciclomotor, cor vermelha, ano 2012, placa QFJ-3813, chassi LXYXCBL00C0547950, renavam 0113439481-8

DILIGÊNCIAS ADOTADAS/EXAMES REQUISITADOS

HISTÓRICO

Informa o comunicante/vítima, que no dia, hora e local já descritos, conduzia o Ciclomotor Shineray, Ano/Modelo 2011/2012, cor vermelha, Placa QFJ-3813-PB, Chassi de Nº LXYXCBL00C0547950, licenciada em nome do comunicante Gleberon Raia Costa, quando trafegava em frente ao Fórum Afonso campos, bairro da Liberdade, momento em que a moto derapou na via, tendo o comunicante perdido o controle de direção da moto, vindo cair aos solo e sofrido fratura do Punho da mão direita, sendo socorrida pelo SAMU e encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma, nesta cidade. Na ocasião do acidente o tempo apresentava-se bom, com via seca e boa visibilidade, não se encontrando o envolvido sob a influência de bebidas alcoólicas. Não compareceram os Policiais Militares do CPTRAN, razão pela qual não foi elaborado o Boletim de Acidente de Trânsito.

Nada mais disse. Encerrado está o presente termo.

Procedimento Policial: 00229.01.2018.2.00.420

2/3



SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
2ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Delegacia Especializada de Acidentes de
Veículos de Campina Grande



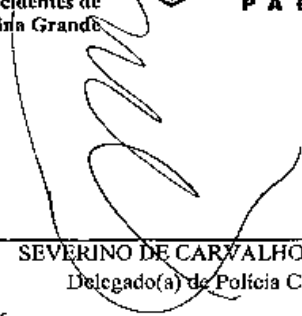
**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA

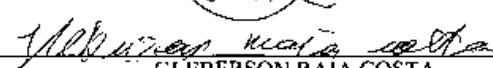


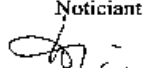
**GOVERNO
DA PARAÍBA**
Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social



Campina Grande/PB, 23 de julho de 2018.


SEVERINO DE CARVALHO LOPES
Delegado(a) de Polícia Civil


GLEBERSON RAIA COSTA
Noticiante


ADEMIR DA COSTA VILAR
Escrivão de Polícia

Procedimento Policial: 00229.01.2018.2.00.420

3/3





Estado da Paraíba
Prefeitura Municipal de Campina Grande-PB
Secretaria de Saúde do Município
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAMU Regional CG - 192



Comprovação de ato declaratório



DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Declaramos para os devidos fins de direito que o **SAMU REGIONAL CG – 192** foi solicitado para prestar atendimento médico pré-hospitalar de urgência ao paciente conforme dados a seguir:

DATA: 19/5/2018	HORA: 11:07 HS	ID Nº: 1696436
NOME: GLEBERSON RAIA COSTA		
QUEIXA: ACIDENTE DE TRÂNSITO		
LOCAL: EM FRENTE AO FORUM - LIBERDADE		
COMPLEMENTO: NO GIRADOURO		
CIDADE: CAMPINA GRANDE/PB		
DADOS DA REMOÇÃO		
Paciente removido para o Hospital de Emergência e Trauma		

Campina Grande, 17 de julho de 2018.


Paulo Alexandre B. Nascimento
SUPERVISOR
SAMU 192-CG

Deoclécio F Nascimento
Coordenação Administrativa
SAMU REGIONAL CG - 192

SAMU 192 (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência)
Rua: Almeida Barreto, 428 São José CEP: 58400-328 Campina Grande-PB
Fone: (83) 3322-5207 / 3322-5191





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR

Declaração de Inexistência de IML



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos – Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

GLEBERSON RAIA COSTA

CPF da Vítima

062.905.484-33

Data do Acidente

19/05/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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

C. Grande-PB, 25 de julho de 2018

Local e Data

Gleberson Raia Costa

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALL001 V001/2017



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:	28/11/2018
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:	
----------------------	--

VALOR TOTAL:	2.531,25
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GLEBERSON RAIA COSTA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 05892-0

CONTA: 000000004304-4

Nr. da Autenticação 7A84481728F20768





DECLARAÇÃO

Eu, **JOSELITA PESSOA**, brasileira, solteira, cozinheira, com CPF de n.º 886.074.884-49 e de RG de n.º 2.832.803 2.º via SSP/PB, residente na Rua Pedro leão, 21 F, bairro do Catolé, CEP: 53410 133 em Campina Grande - PB, declaro para devidos fins de comprovação de Residência, que o **Sr. GLEBERSON RAIA COSTA**, brasileiro, solteiro, armazenista, com CPF de n.º 062.905.484-33 e de RG de n.º 3133132 SSP/PB, reside no endereço acima citado, por ser morador e inquilino do imóvel, desde o ano 2015, conforme comprovante de residência em anexo.

Campina Grande – PB, dia 25 de julho de 2018.

JOSELITA PESSOA

CPF de n.º 886.074.884-49





CAMPINA GRANDE

Rua Feliciano Cirne, 228 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 53.015-671 - CNPJ: 02.854.111/0001-87

ÁREA CONTÁBIL E FISCAL
INFORMÁTICA

05/05/2014

RECEBIMENTO

JOÃO DA PESSOA

RUA PEDRO LEÃO, 11 - CAMPINA GRANDE - PB
58400-000

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias	Responsável	
13.800.000.000.000	1000	1	0	
Hidrometro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto
13.800.000.000.000	18/05/2012	EXTAURILHADO	13.800.000.000.000	13.800.000.000.000
13.800.000.000.000	18/05/2012	EXTAURILHADO	13.800.000.000.000	13.800.000.000.000
13.800.000.000.000	18/05/2012	EXTAURILHADO	13.800.000.000.000	13.800.000.000.000
13.800.000.000.000	18/05/2012	EXTAURILHADO	13.800.000.000.000	13.800.000.000.000
13.800.000.000.000	18/05/2012	EXTAURILHADO	13.800.000.000.000	13.800.000.000.000
13.800.000.000.000	18/05/2012	EXTAURILHADO	13.800.000.000.000	13.800.000.000.000
13.800.000.000.000	18/05/2012	EXTAURILHADO	13.800.000.000.000	13.800.000.000.000
13.800.000.000.000	18/05/2012	EXTAURILHADO	13.800.000.000.000	13.800.000.000.000
13.800.000.000.000	18/05/2012	EXTAURILHADO	13.800.000.000.000	13.800.000.000.000

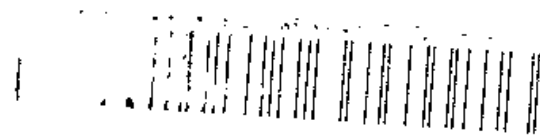
RECEBIMENTO

28/05/2018

Total a Pagar:

R\$ 0,94

USUÁRIO: EM 30/06/2018, REGISTRADO QUE O
O COMPARTELA ADOU...
O COMPARTELA ADOU...



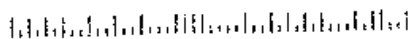
Comprovante de residencia



PROV

Pablo

OUTBACK



PROV. DE PERNAMBUCO
PABLO CADELLA
RUA FROSTEN
CATOLE
58410-457 CAMPINA GRANDE PB



Validado em
05/07/2018

00000845557 3 0 1506-8

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 29/05/2020 12:11:49
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052912114918400000029855670
Número do documento: 20052912114918400000029855670

BSC





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445

Declaração Circular SUSEP 445/12



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

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

Pelo exposto, eu PABLO GADELHA VIANA inscrito (a) no CPF/CNPJ 048822 044, 39
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário GLEBERSON RAIA COSTA inscrito
(a) no CPF sob o Nº 062.905.484, 33 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima
GLEBERSON RAIA COSTA inscrito (a) no CPF sob o Nº 062.905.484, 33, conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: ADVOGADO Renda: 2.500,00 e apresento os documentos comprobatórios:

INSCRIÇÃO DA OAB/PB 15.833

☐ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

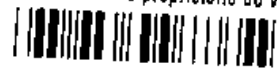
Endereço	<u>RUA FREI TITO</u>		Número	<u>63</u>	Complemento
Bairro	<u>CATOLE</u>	Cidade	<u>CAMPINA GRANDE</u>		Estado
Email	<u>gadelhavianna@gmail.com</u>		CEP	<u>58410457</u>	
			Telefone comercial(DDD)	Telefone celular(DDD)	
			<u>(83)988939324</u>	<u>(83)30636603</u>	

C. Grande - PB 25 de julho de 2018
Local e Data

Pablo Gadelha Viana
OAB/PB 15.833



Declaração do proprietário do veículo



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, GLEBERSON RAIA COSTA

RG nº 3133132, data de expedição 20/07/2003
Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 062.905.484-33, com
domicílio na cidade de CAMPINA GRANDE, no Estado de
PARAÍBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
PEDRO LEÃO, BAIRRO DO CATOLÉ, nº 21,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mentado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima GLEBERSON RAIA COSTA cujo o condutor era
GLEBERSON RAIA COSTA.

Veículo: SHINERAY, modelo 113154, tipo veículo ciclomotor
Modelo: 2012 modelo 113154
Ano: 2011
Placa: QFJ 3813/PB
Chassi: LXYXCBL00C0347950
Data do Acidente: 19/05/2018
Local e Data: C. grande -PB, dia 25 de julho 2018

Assinatura do Declarante

1º CARTÓRIO
FECHINE

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

FECHINE Antônio Hamilton Fechine (Hantão) - Tabelião
Serviço Notarial - Tabelião
R. Manoel do Nascimento, 58 - Centro - CEP: 58400-007 - Campina Grande-PB
Telefone: (31) 3321-3092 - fechine@fechine.com.br

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Fim(s) de: _____
GLEBERSON RAIA COSTA

Em test. da verdade - Campina Grande - PB 25/07/2018 16:04:54
Matheus de Paula Aires de Queiroz - Escrevente
(2018-017711) EML:R\$ 29,48 FAPEN:R\$ 0,28 FEPV:R\$ 1,00 15/07/2018
SELO DIGITAL: 44E90490-0C7V
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

FECHINE
Matheus de Paula Aires de Queiroz
R. Manoel do Nascimento, 58 - Centro - CEP: 58400-007 - Campina Grande-PB
Telefone: (31) 3321-3092 - fechine@fechine.com.br



Also examine:

Sedco, Inc.

Enfey 06

Applied 1800mci &
decontaminated

sem anormalidades

matrículas que necesitan de Pastoreo artificial

My Col corned (calf) :

S/ER/2012

DESTINO DO PACIENTE

d) ~~Exch~~^{Exch} und clince na
vertheilte Remer polar

វិធានការបន្ថែម

Internação (setor)

() Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL

SECTOR OU HOSPITAL _____
 1708642000

Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

Curry's Good

Posta con questo al R. M. C.
FCG: b, Non migliori coniglio
per coniglio Good no momento

Ad. A. p. da Curupia Geary

10

18/5/2018 #NCR

2/4/30

Both - decrease

[illegible]

REALIZADO POR: 08/03/2003
 ELABORADO POR: 08/03/2003
 REVISADO POR: 08/03/2003
 APROVADO POR: 08/03/2003
 CANCELADO POR: 08/03/2003

na 100077
CRO
Constanta transfer the
DIRECȚIA

DATE 2/11/99

IPADE

1. 1. The first
 2. 2. The second
 3. 3. The third
 4. 4. The fourth
 5. 5. The fifth
 6. 6. The sixth
 7. 7. The seventh
 8. 8. The eighth
 9. 9. The ninth
 10. 10. The tenth
 11. 11. The eleventh
 12. 12. The twelfth
 13. 13. The thirteenth
 14. 14. The fourteenth
 15. 15. The fifteenth
 16. 16. The sixteenth
 17. 17. The seventeenth
 18. 18. The eighteenth
 19. 19. The nineteenth
 20. 20. The twentieth
 21. 21. The twenty-first
 22. 22. The twenty-second
 23. 23. The twenty-third
 24. 24. The twenty-fourth
 25. 25. The twenty-fifth
 26. 26. The twenty-sixth
 27. 27. The twenty-seventh
 28. 28. The twenty-eighth
 29. 29. The twenty-ninth
 30. 30. The thirtieth
 31. 31. The thirty-first
 32. 32. The thirty-second
 33. 33. The thirty-third
 34. 34. The thirty-fourth
 35. 35. The thirty-fifth
 36. 36. The thirty-sixth
 37. 37. The thirty-seventh
 38. 38. The thirty-eighth
 39. 39. The thirty-ninth
 40. 40. The fortieth
 41. 41. The forty-first
 42. 42. The forty-second
 43. 43. The forty-third
 44. 44. The forty-fourth
 45. 45. The forty-fifth
 46. 46. The forty-sixth
 47. 47. The forty-seventh
 48. 48. The forty-eighth
 49. 49. The forty-ninth
 50. 50. The fiftieth
 51. 51. The fifty-first
 52. 52. The fifty-second
 53. 53. The fifty-third
 54. 54. The fifty-fourth
 55. 55. The fifty-fifth
 56. 56. The fifty-sixth
 57. 57. The fifty-seventh
 58. 58. The fifty-eighth
 59. 59. The fifty-ninth
 60. 60. The sixtieth
 61. 61. The sixty-first
 62. 62. The sixty-second
 63. 63. The sixty-third
 64. 64. The sixty-fourth
 65. 65. The sixty-fifth
 66. 66. The sixty-sixth
 67. 67. The sixty-seventh
 68. 68. The sixty-eighth
 69. 69. The sixty-ninth
 70. 70. The seventieth
 71. 71. The seventy-first
 72. 72. The seventy-second
 73. 73. The seventy-third
 74. 74. The seventy-fourth
 75. 75. The seventy-fifth
 76. 76. The seventy-sixth
 77. 77. The seventy-seventh
 78. 78. The seventy-eighth
 79. 79. The seventy-ninth
 80. 80. The eightieth
 81. 81. The eighty-first
 82. 82. The eighty-second
 83. 83. The eighty-third
 84. 84. The eighty-fourth
 85. 85. The eighty-fifth
 86. 86. The eighty-sixth
 87. 87. The eighty-seventh
 88. 88. The eighty-eighth
 89. 89. The eighty-ninth
 90. 90. The ninetieth
 91. 91. The ninety-first
 92. 92. The ninety-second
 93. 93. The ninety-third
 94. 94. The ninety-fourth
 95. 95. The ninety-fifth
 96. 96. The ninety-sixth
 97. 97. The ninety-seventh
 98. 98. The ninety-eighth
 99. 99. The ninety-ninth
 100. 100. The hundredth

GOVERNO DO ESTADO DA PARAIBA		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES	
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM			
Identificação		Registro: _____	
Nome: <u>Robson Costa</u>		Leito: <u>F-4 01</u>	
Setor: <u>Atual: QUA II</u>			
Sinais vitais: Tax: _____ °C: P: _____ bpm; FR: _____ bpm; PA: <u>130x90</u> mmHg; FC: _____ bpm; SPO2: _____ %			
HGT: _____ mg/dl; Peso: _____ Kg; Altura: _____ cm			
EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS: _____			
REGULAÇÃO NEUROLÓGICA			
Nível de consciência: ☒ Consciente ☐ Orientado ☐ Confuso ☐ Letárgico ☐ Torporoso ☐ Comatoso ☐ Outro			
GLASGOW(3-15):			
Pupilas: ☒ Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐ D>E ☐ E>D ☐ Fotorreagentes ☐ Mióticas ☐ Midriáticas			
Mobilidade Física: ☐ Preservada ☐ Pareia ☐ Plegia ☐ Parestesia Local: _____			
Linguagem: ☐ Qual? ☐ Distorção ☐ Afasia ☐ Distúrbio ☐ Disartria			
Obs: _____			
OXIGENAÇÃO			
Respiração: ☒ Espontânea ☐ Cateter Nasal ☐ Venturi ☐ Vmin ☐ Traqueostomia ☐ Ayre/Tubo T			
() VMNI () VMI TOT nº _____			
Comissura labial nº _____ FIO2 _____ % PEEP _____ cmH2O			
() Taquipnéia () Bradipnéia () Dispnéia () Outros: _____			
Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: ☐ Diminuído ☐ D () E			
Ruidos adventícios: ☐ Roncos ☐ Sibilos ☐ Estridor ☐ Outros: _____			
Tosse: ☐ Improdutiva ☐ Produtiva ☐ Expectoratória: ☐ Quantidade e aspecto: _____			
Aspiração: Quantidade e aspecto: _____			
Dreno de tórax: ☐ D () E () Selo d'água: _____			
Data da inserção do dreno: _____ / _____ / _____			
Aspecto da drenagem torácica: _____			
Gasometria arterial: PH _____ PCO2 _____ PO2 _____ HCO3 _____ EB _____ SPO2 _____			
Data: _____ / _____ / _____ Hora: _____			
PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS			
Alteração: ☐ Visão ☐ Audição ☐ Tato ☐ Olfato ☐ Paladar Observação: _____			
SEGURANÇA FÍSICA			
☒ Tranquilo ☐ Agitado ☐ Agressivo ☐ Risco de queda. Observação: _____			
REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR			
Pulso: ☒ Regular ☐ Irregular ☐ Impalpável ☐ Filiforme ☐ Cheio			



Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:		DATA: 29/05/18	HORA: 12h
Liliane C. de Moraes e Silva COREN-RS 3374-ENF			
INTERCORRÊNCIAS			
Tipo: () Praticante () Não praticante. Observações:			
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPRITUALIDADE			
Necessidades Psíquicas			
() Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:			
Comunicação () Preservada () Prejudicada () Ausente () Medo: () Cooperativo () Não cooperativo			
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL			
Necessidades Psíquicas			
() Preservado () Insônia () Sono interrompido. Observações:			
SONO E REPOUSO			
Limpeza física: () Acamado () Cadeira de rodas () Outros:			
Higiene corporal: () Satisfatória () Insatisfatória () Satisfatória () Insatisfatória			
Cuidado corporal: () Independente () Dependente () Parcialmente dependente. Observações:			
CUIDADO CORPORAL			
Úlcera de pressão: () Estágio: Local: Descrição: Curativo em: Retirado em: Dólio: Curativo em: Tipo/Aspecto: Local/Aspecto:			
Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto: Dólio: Curativo em: Retirado em: Dólio: Curativo em: Tipo/Aspecto: Local/Aspecto:			
Condições das mucosas: () Úmidas () Secas () Manchas de sede: ()			
Coloração da pele: () Normal () Hipocrômica () Hipercômica () Cianótica () Turvor da pele: () Preservado ()			
Condição da pele: () Integra () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outros:			
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA			
Aspecto: () Outros: Observações:			
Eliminação urinária: () Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematuria () SVD: Débito ml/h:			
Eliminação intestinal: () Normal () Líquida () Constipada há dias () Outros:			
RHA: () Normotensos () Hipertensos () Diminuídos () Aumentados			
Abdomem: () Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:			
Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Prisão () Outros:			
Alimentação: () SNG () SNE () Gatrostomia () Jejunostomia () NPT: Hora: Data: ()			
Dentição: () Completa () Incompleta () Prótese.			
Tipo somático: () Emagrecido () Caquético () Obeso.			
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÃO (INTESTINAL E URINÁRIA)			
Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:			
Cateeter vascular: () Periférico () Central () Dissecção. Localização: Data da punção: ()			
Ausculta cardíaca: () Rítmica () Arritmica () Soprd () Outros. Marcapasso: () Transitório () Definitivo			
Drogas vasotivas: () Quais? ()			
Tempo de enchimento capilar: () < 3 segundos () > 3 segundos () Turbência jugular: ()			
Pele: () Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.			



2000-01-01

Gravel
Gravel

☐ Avaliar distensão abdominal.		☐ Orientação de eliminação intestinal eficaz / adequada / melhorada.
☐ Estimular a ingestão de alimentação balanceada e não irritante.		
☐ Observar e registrar eliminação intestinal (cor, odor, consistência e/ou outros).		☐ Melhorar a aceitação alimentar.
☐ Aferir glicemia capilar, anotar e medicar CPM.		☐ Manutenção da glicemia estável.
☐ Alertar para as queixas de náusea e vômito (anotar, medicar CPM, reavaliar em 30 minutos).		☐ Auxílio eficaz às necessidades de higiene.
☐ Questionar e anotar sobre a eliminação intestinal e urinária (aspecto, frequência e quantidade).		
☐ Observar e comunicar dificuldades alimentares.		
☐ Encaminhar ao banho de chuveiro.		
☐ Realizar banho no leito (S/N) com lavagem de cabelo e couro cabeludo.		☐ Controle da dor (melhorada / ausente).
☐ Explicar ao paciente as pr.áveis causas da dor.		
☐ Aplicar técnicas de relax. auto, oferecer ambiente tranquilo e confortável.		
☐ Avaliar características, intensidade e local da dor.		
☐ Avaliar alterações de sinais vitais.		
☐ Administrar analgésicos conforme prescrição médica e reavaliar dor após administração da medicação.		☐ Manutenção da temperatura corporal dentro dos limites fisiológicos.
☐ Após administrar medicamentos antitêmicos, avaliar e registrar os resultados.		☐ Melhorar da integridade da pele.
☐ Incentivar a ingestão de líquidos.		☐ Diminuição do risco de lesão.
☐ Observar reações de desconforto/construção.		
☐ Proporcionar condições de higiene e realizar curativos de acordo com necessidade ou ACM.		
☐ Analisar condições do curativo.		☐ Mobilidade física melhorada/eficaz.
☐ Orientar e estimular a hidratação da pele.		
☐ Orientar e estimular o movimento no leito.		
☐ Auxiliar o paciente a deambular conforme apropriado.		☐ Melhora da perfusão tissular.
☐ Manter oximetria contínua e anotar valores de SPO2 e comunicar se for menor que 95%.		☐ Redução respiratório eficaz.
☐ Observar e anotar condições de perfusão periférica (coloração e temperatura).		☐ Risco de desequilíbrio de volume de líquido eutante / eliminado.
☐ Verificar condições de hidratação do paciente (mucosas, edema, pulso e frequência cardíaca).		
☐ Realizar balanço hídrico.		
☐ Observar o local da ferida/queimadura e inserção do dispositivo venoso para detectar sinais flogísticos.		
☒ Trocar acesso venoso periférico a cada 72 horas ou se apresentar sinais flogísticos e anotar.	30m 3 dias	☐ Diminuir o risco de infecção.
☒ Realizar desobstrução com álcool a 70% nos dispositivos endovenosos antes da administração medicamentosa.	Sempre	
☐ Utilizar técnicas assépticas para aspiração, sondagem vesical, punção venosa e em outros procedimentos invasivos.	Sempre	☐ Diminuir o risco de queda.
☐ Determinar a capacidade de transferência (Esc. nível de mobilidade, limitações nos movimentos, resistência).		
☒ Manter as grades do leito elevadas.		
☐ Contar o paciente quando necessário.	Sempre	
☒ Manter ambiente calmo e tranquilo.		☐ Melhora do padrão do sono.
☐ Orientar repouso no leito.		
☐ Administrar medicação CPM.		☐ Outros
☐ Outros		
☐ Outros		☐ Outros

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 29/05/2020 12:11:49

 GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES	
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM	
IDENTIFICAÇÃO Nome: <i>Guilherme Luiz Moreira</i> Registro: Leito: <i>05102</i> Setor Atual: <i>Urgência</i>	
EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS: Sinais vitais: Tax: °C: P: bpm: FR: lpm: PA: mmHg: FC: bpm: SPO2: % HGT: mg/dl: Peso: Kg: Altura: cm Dor: () Local: Obs.:	
REGULAÇÃO NEUROLÓGICA Nível de consciência: (X) Consciente () Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outro GLASGOW(3-15): Drogas (Sedação/Analgésia): Pupilas: (X) Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mídricas () Midriáticas Mobilidade Física: (X) Preservada () Paralisia () Plegia () Parastesia Local: Linguagem: () Qual? () Distonia () Afasia () Disfasia () Disartria. Obs:	
OXIGENACÃO Respiração: (X) Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T () VMNI () VMI TOT nº Comissura labial nº FIO2 % PEEP cmH2O Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: () Diminuído () D () E Ruidos adventícios: () Roncos () Sibilos () Estridor () Outros: Tosse: () Improdutiva () Produtiva Expectoração: () Quantidade e aspecto: Aspiração: Quantidade e aspecto: Dreno de tórax: () D () E () Selo d'água: Data da inserção do dreno / / Aspecto da drenagem torácica:	
PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS Gaseometria arterial: PH PCO2 PO2 HCO3 EB SPO2 Data: / / Hora:	
SEGURANÇA FÍSICA Alergia: () Visão () Audição () Tato () Olfato () Paladar Observação:	
REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR Pulso: (X) Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme () Cheio.	



Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:		 Valúria Lúcia Cavallho COREN-PR 354088-ENF	
DATA: 28.10.2018		HORA: 14h	
INTERCORRÊNCIAS Tipo: () Praticante () Não praticante. Observações:			
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE () Ausência de familiares/Vista () Outros:			
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL Comunicação: (x) Preservada () Prejudicada Sentimentos e comportamentos: () Cooperativo () Medo:			
SONO E REPOUSO (x) Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono interrompido. Observações:			
Limiteção física: () Acamado () Cadeira de rodas () Outro:			
Higiene corporal: (x) Satisfatória () Insatisfatória Higiene Corporal: () Satisfatória () Insatisfatória. Observações:			
CUIDADO CORPORAL Úlcera de pressão: () Estágio: Local: Descrição: Curativo em: / / Retirado em: / /			
Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto: Dreno: () Tipo/Aspecto:			
Condições das mucosas: () Úmidas () Secas Manifestações de sede: ()			
Coloração da pele: (x) Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica Turgor da pele: () Preservado			
Condição da pele: () Integra () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outros:			
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA Aspecto: () Outros: Observações:			
Eliminação urinária: (x) Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematúria () SVD: Débito ml/h:			
Eliminação intestinal: (x) Normal () Líquida () Constipado há dias () Outros:			
RHA: () Normotivos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados			
Abdômen: () Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:			
Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Prisão () Outros:			
Alimentação: (x) VO () SNE () SNE () Jejunostomia () NPT: Hora: Data: / /			
Dentição: () Completa () Incompleta () Prótese.			
Tipo somático: (x) Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.			
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA) Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:			
Cateeter vascular: (x) Periférico () Central () Dissecção. Localização: M. S. E. Data da punção: 26.10.18			
Ausculta cardíaca: () Rítmica () Arritmica () Sopro () Outro. Marcapasso: () Transitório () Definitivo			
Drogas vasotativas: () Quais?			
Tempo de enchimento capilar: () < 3 segundos () > 3 segundos () Turgência jugular: ()			
Pele: () Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.			



**Unidade de Tratamento Intensivo
CONTROLE GERAL**

Nome: Edenilson Costa
Idade: 34 Data de Nascimento: 1/1/
Leito: 04

[illegible]

Data de internação: 19/05/2018 Hora: 18:35:36



LEGO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO-EXCERTE		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES	
2 - CNES		2362856	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO-EXCERTE		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES	
4 - CNES		2362856	
5 - NOME DO PACIENTE			
GLEBSON COSTA RAIA			
6 - Nº DO PRONTUÁRIO			
1657703			
7 - CARTÃO DE SUS			
8 - DATA DE NASCIMENTO			
06/09/1986			
9 - SEXO			
MASC [X] FEM []			
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL			
PEDRO LEAL, 21, CATOLE			
11 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)			
Campina Grande			
12 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA			
13 - CID-10 PRINCIPAL			
250400			
14 - CID-10 SECUNDÁRIO			
58400002			
15 - UF			
PB			
16 - CEP			
58400002			

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS	
Poutravme por acidente com motocicleta	
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO	
Tratamento contínuo	
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE NOVOS EXAMES RESUMIDOS DE EXAMES REALIZADOS	
42C	
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL	
42C	

21 - DATA DA SOLICITAÇÃO		19/05/2018	
22 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		GEORGE DE ALBUQUERQUE C MENDES	
23 - CARACTER DA INTERNAÇÃO		02	
24 - DOCUMENTO (X) CNES () CPF		980016284947408	
25 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		C. Gonçalves	
26 - DATA DO PROCEDIMENTO		19/05/2018	
27 - CID-10 PRINCIPAL		250400	
28 - CID-10 SECUNDÁRIO		58400002	
29 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS			

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		GEORGE DE ALBUQUERQUE C MENDES	
31 - DATA DA SOLICITAÇÃO		19/05/2018	
32 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		C. Gonçalves	
33 - CID-10 PRINCIPAL		250400	
34 - CID-10 SECUNDÁRIO		58400002	
35 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS			

36 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		GEORGE DE ALBUQUERQUE C MENDES	
37 - DATA DA SOLICITAÇÃO		19/05/2018	
38 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		C. Gonçalves	
39 - CID-10 PRINCIPAL		250400	
40 - CID-10 SECUNDÁRIO		58400002	
41 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS			



PROPOSTA DE RESOLUÇÃO DO LCE

LCE

201

LCE

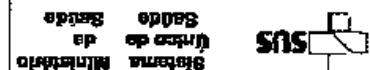
PROPOSTA DE RESOLUÇÃO

PROPOSTA DE RESOLUÇÃO

PROPOSTA DE RESOLUÇÃO



Data de internação: 19/05/2018 Hora: 18:35:36



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do paciente 1 - NOME DO PACIENTE: GLEBERSON COSTA RAIA 2 - NOME DO ESTABELECIMENTO HOSPITALAR: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO HOSPITALAR: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES 4 - CNES: 2362856 5 - CNES: 2362856	
Identificação do paciente 6 - N.º DO PRONTUÁRIO: 1657703 7 - CARTÃO DO SUS: 06/09/1986 8 - DATA DE NASCIMENTO: 06/09/1986 9 - SEXO: M 10 - NOME DA MÃE DO RESPONSÁVEL: PEDRO LEAL, 21, CATOLE 11 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO): Campina Grande 12 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: 250400 13 - UF: PB 14 - COLOQUE NÚMERO: 58400002 15 - CEP: 58400002	

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO 17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: Porto armado por acidente com Motocicleta 18 - CONDIÇÃO QUE JUSTIFICA A INTERNAÇÃO: Tratamento com Tratamento com 19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS/RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS: TTC 20 - DIAGNÓSTICO DOUTAL: TTC 21 - CID 10 PRINCIPAL: T82 22 - CID 10 SECUNDÁRIO: T82 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS: T82	
--	--

PROCEDIMENTO SOLICITADO 24 - PROCEDIMENTO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: Tratamento com 25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: 980016284947408 26 - EMBLCA: 02 27 - CARACTER DA INTERNAÇÃO: 02 28 - DOCUMENTO: 980016284947408 29 - N.º DO QUANTO DO PROCEDIMENTO SOLICITANTE/ASSISTENTE: 19/05/2018 30 - NOME DO PACIENTE SOLICITANTE/ASSISTENTE: GEORGE DE ALBUQUERQUE C MENDES 31 - DATA DO SOLICITANTE: 19/05/2018 32 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO): Georgie de Albuquerque C Mendes	
---	--

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS) 33 - () ACIDENTE DE TRÁNSITO 34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO 35 - () ACIDENTE TRABALHO TRÁFETO 36 - () ACIDENTE COM A PREVISÃO DE FÉ 37 - () EMPREGADO 38 - () AUTÔNOMO 39 - () DESPREGADO 40 - () APOSENTADO 41 - () NÃO SEGURADO 42 - () NÃO SEGURADO	
--	--

AUTORIZAÇÃO 43 - NOME DO PATRISTIONAL APROVADO: GEORGE DE ALBUQUERQUE C MENDES 44 - SOB. GÊNEO EMISSOR: 19/05/2018 45 - N.º DO QUANTO DO PROCEDIMENTO SOLICITANTE/ASSISTENTE: 980016284947408 46 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO): Georgie de Albuquerque C Mendes 47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 19/05/2018	
--	--



Número do documento: 20052912114918400000029855670

GOVERNO DO ESTADO DA PARAIBA		SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE		1/2	
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DORN LUIZ GONZAGA FERNANDES					
Paciente:	<i>[Assinatura]</i>				
Prescrição Médica					
DIETA LIVRE LAXATIVA		NCR			
SF0,8% 2000 mL ev 24h.		melhor e alerta			
diplonem 02 ml + abd 10 ml IV 6 em 6 hs se necessário					
Cefepim 100mg+SF0,8% 200mL IV 12/12h.					
Nauseidon 8mg IV 8/8h e n					
Cefepim 25 mg VO se se maior igual a 180 x 110 mmHg.					
Omeprazol 40mg + amp + abd 10 mL IV 8/8h e n					
Tremadol 100mg + SF0,8% 100mL IV 8/8h e n					
Fisioterapia motora e respiratória.					
curativos					
Dr. Marcos Vinícius de S. Porto Nº 27.000 2010-0 CRM-PB 14557					
Equipe da Neurocirurgia do Hospital de Emergência e Trauma Dorn Luiz Gonzaga Fernandes					



GOVERNMENT

SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE Hospital de Emergência e Trauma D

Luis Gonzaga Fernandez

260250
1/2

Paciente:

John W. W.

Prescrição Médica

DIETA LIVRE LASSATIVA

SFO, 8% 2000 ml, or 24h

elphioma 02 and + abd 10 ml iv 5 am 5 hrs se necessarid

Catapropiano 100mg+8F0.9% 200ml IV 12/12h,

Navigation Engineering

உறுப்பினர் டி. எஸ். பி. இராசா: 1980-81-ல் 10 மில்லியன்

உறுப்பினர் எழுத்து வரிசை + மூலக் குறியீடு எழுத்து

Fistulostoma molar e reapertura

Curriculum

1

2014-15

Dr. Mary W. ...

—YVES ROSE

2017

5/11/2005 5:43 PM

2000

Equipo de Neurocirugía do Hospital do Evangélico e Trauma com Luiz Gonzaga Fernandes

Mr

Dr. Marcos Wagner de S. Porto
N

77 MAY 2018

TABLE OF CONTENTS

CONFIDENTIAL

11
CIVIL SERVICE COMMISSION
1988-01-14

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052912114918400000029855670
Número do documento: 20052912114918400000029855670

Número do documento: 20052912114918400000029855670

Num. 31107572 - Pág. 31

24/05
08:00

22-00000
F=342

Ruthe SVD

Don't Mly

2009.00 Pousante asseu com dor interna,
mupm nque dor euidada
de equis
Inatel





GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

08/04

Paciente	Adebrun	Alojamento	Leito	1-2	Convênio
----------	---------	------------	-------	-----	----------

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
------	-------------------	---------	-----------------

20.05.18

Prescrição Médica

Horário

Evolução Médica

Prescrição Médica

Horário

Evolução Médica

Prescrição Médica

Horário

Evolução Médica

Prescrição Médica

Horário

Evolução Médica

Prescrição Médica

Horário

Evolução Médica

Prescrição Médica

Horário

Evolução Médica

Prescrição Médica

Horário

Evolução Médica

20.05.18

Prescrição Médica

Horário

Evolução Médica

Prescrição Médica

Horário

Evolução Médica

Prescrição Médica

Horário

Evolução Médica

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 29/05/2020 12:11:49
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052912114918400000029855670
Número do documento: 20052912114918400000029855670



Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	
0	0	1	4	9	16	25	36	49	64	81	100	121	144	169	196	225	256	289	324	361	400	441	484	529	576	625	676	729	784	841	900	961	1024	1089	1156	1225	1296	1369	1444	1521	1600	1681	1764	1849	1936	2025	2116	2209	2304	2401	2500	2601	2704	2809	2916	3025	3136	3249	3364	3481	3600	3721	3844	3969	4096	4225	4356	4489	4624	4761	4900	5041	5184	5329	5476	5625	5776	5929	6084	6241	6400	6561	6724	6889	7056	7225	7396	7569	7744	7921	8100	8281	8464	8649	8836	9025	9216	9409	9604	9801	10000

Paciente	Waldemar Porto Nova	Alojamento		Leito		Convênio	
----------	---------------------	------------	--	-------	--	----------	--

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
23/05/2018			# BAF 17:40
			Paciente consciente, orientado, supine, apnéia, batido, ligeiramente opaco, de associação de fra. com limite com o abuturador, sem sinais de fratura, amplexo com queixo e intercostais.
			TC não demonstra fratura em face.
			ED: D Alta da BAF
			2 nos cuidados daopedia.
			João Ricardo dos Santos Souza Residência Médica em Traumatologia e Ortopedia



Fix lux roof - armature

Madison-Bates School
 OCTOBER 1968
 CSM, P. 156

no will arrive - close xml x7
①

untested 515M x7 also 10 tft
untested 515M x7 also 10 tft
untested 515M x7 also 10 tft
untested 515M x7 also 10 tft

① 30000000 x7 x7

untested 515M x7 also 10 tft

untested 515M x7 also 10 tft

untested 515M x7 also 10 tft

untested 515M x7 also 10 tft

untested 515M x7 also 10 tft

untested 515M x7 also 10 tft

untested 515M x7 also 10 tft

untested 515M x7 also 10 tft

untested 515M x7 also 10 tft

untested 515M x7 also 10 tft

untested 515M x7 also 10 tft



FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO E EVOLUÇÃO					
Paciente	Oliveira, José.	Alojamento:	H	leito	2
				convênio	Rx - U.E. Hospital de Infância

Número do documento: 20052912114918400000029855670

25/05 21:00 H P.A: 147070 PACIENTE EVOLUI DEPRESSIVO, ORIENTADO,
NÃO REPERI RISCOS.

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

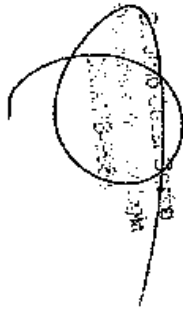
[Handwritten signature]

[Handwritten signature]



[illegible]

[illegible]



- 1) Preparar o DHT sob anestesia
- 2) Assagrar e a hesperiz
- 3) Campos estereos
- 4) Incaisar dorsal punho D por planos
- 5) Redija curvas de flexão escapula e fixação com 4 fios K 2,0 sob escopia
- 6) Lavar com solução fisiológica + Tetracina + Tetracina
- 7) Sutura por planos + curativo + Tetracina

Gleberzon - Site: R2 Ortop II extm
 Dr. Anstoteles + Dr. Julio Cesar M.R.
 HO: FX/LX escapula de punho D
 Procedimento: Fixação
 Descrição: curativo

[illegible]

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO	
FOLHA DE ANESTESIA		NOME <u>Elisabon Costa Raia</u>			IDADE <u>31a.</u>	SEXO <u>M</u>	COR
DATA <u>30/05/18</u>	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	
TIPO SANGÜÍNEO	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	URÉIA	OUTROS	
URINA							
AP. RESPIRATÓRIO					ASMA		
AP. CIRCULATÓRIO					BRONQUITE		
AP. DIGESTIVO					ELETROCARDIOGRAMA		
ESTADO MENTAL <u>psic > 8h</u>					AP. URINÁRIO		
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO <u>LOTE</u>					ALERGIA <u>ningu</u>		
					ESTADO FÍSICO <u>II</u>		
ANESTESIAS ANTERIORES					RISCO		
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA					APLICADA	AS	EFEITO
AGENTES ANESTÉSICOS							
LÍQUIDOS	SR 1500ml PNI ECG SpO2						
CÓDIGOS	VP. ARTERIAL: O - PULSO: O - RESPIRAÇÃO: O - ANESTESIA: D - OPERAÇÃO: O						
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES	17h45 → 18h00						
POSICÃO							
AGENTES	<u>bupr 0.5% + Lidoca 1%</u>						
TÉCNICA	<u>bloq plexo bra USG</u>						
OPERAÇÃO	<u>fixo cirúrgico de fratura de punho dir.</u>						
QUIRÚRGICOS	<u>Alexandre + Kelio</u>						
ANESTESISTAS	<u>Taufah</u>						
OBSERVAÇÕES							
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.							

FOLHA DE ANESTESIA - SRPB





Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: Glederson Costa Paiva	Idade: 31
Convênio: SUS	Data: 30.05.2018
Procedimento: Tra cirurgico de fratura de punho ☺	
Cirurgião: Dr Austotelles	Auxiliar: Dr Julio Gomes
Anestesista: Dr Taylor	
Início: 17:15	Término: 18:30
Anestesia: Bloq de plexo + sedação	

[illegible][illegible]

Observações:

Relatório de Operação

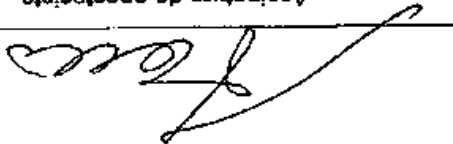
MOD. 103



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

Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico	Hora entrada	Hora saída
Nenhum Movimento = 0 Movimento 2 membros = 1 Movimento 4 membros = 2		
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispneia = 1 Respiração profunda e tosse = 2		
PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0 PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1 PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2		
Sat O2 < 90 com oxigênio = 0 Sat O2 > 90 com oxigênio = 1 Sat O2 > 92% sem oxigênio = 2		
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		
TOTAL DE PONTOS:		

Assinatura do anestesista




NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: GLEBERSON BOTELHO DA SILVA 06-09-1986						GOVERNO DA PARAÍBA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE Hospital de Emergência e Trauma Dom Luis Gonzaga Fernandes
Qtd.	LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO		
			31 anos	1657514		
CIRURGIA		CIRURGIÃO				
TTE Long. Fúrcula		Dr. Aristoteles + Dr. João				
ANESTESIA		ANESTESIA				
Al. pleco + Seda 15		Dr. Taylah				
INSTRUMENTADORA		DATA		FIM		
Rebeca		30-05-18		17:45		
				18:30		
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.	01	Catet. pi Oxy.		Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.	04	Catet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix	
	Diazepam amp.	04	Compressa Grande		Catgut cromado Sertix	
01	Ultracortolona		Compressa Pequena		Catgut Simples	
	Dolanina amp.		Colonoide		Catgut Simples Sertix	
	Efrase ml		Dreno		Catgut Simples Sertix	
	Fenegam amp.		Dreno Kerr nº		Catgut Simples Sertix	
01	Fentanil ml		Dreno Penrose nº		Cera pi osso	
	Inova ml		Dreno Pezzer nº		Ethibond	
	Kelafac ml		Equipo de Macrogolas		Ethibond	
02	Macrogol 400 2% ml		Equipo de Macrogolas		Ethibond	
	Nubain amp.		Equipo de Sanguê		Fio de Algodão Sertix	
	Pavulon amp.		Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix	
	Protigmina amp.	01	Esparadrapo Lanco cm		Fio de Algodão Sulupak	
	Proxido Um		Furacin ml		Fio de Algodão Sulupak	
	Quelicin ml	05	Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardiaca	
	Rapifen amp.		H ₂ O, ml		Mononylon	
	Thionembatal ml		Intracath Adulto	02	Mononylon	
	Tracrium amp.		Intracath Infantil		Prolene Sertix	
Qtd.	MEDICAÇÕES	01	Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Sertix	
04	Agua Destilada amp.		Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Sertix	
01	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Sertix	
	Dipirona amp.		Luvas 7.0		Vicryl Sertix	
	Flexidol amp.	03	Luvas 7.5	02	Vicryl Sertix	
	Flebocortid amp.	02	Luvas 8.0		Vicryl Sertix	
	Geramicina amp.		Luvas 8.5			
	Glicose amp.	01	Oxigênio l/m			
	Glucon de Cálcio amp.	01	Polifix			
	Haemacel ml	01	PVPI Degamante ml			
	Heparina ml	01	PVPI Tópico ml	Qtd.	SOROS	
	Kanakion amp.	01	Sabão Antiséptico		SG Normotérmico fr 500 ml	
	Lasis amp.	01	Saco coletor		SG Gelado fr 500 ml	
	Madrolinazol.	01	Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml	
	Piasil amp.	02	Seringa desc. 20 ml	01	SG Ringr fr 500 ml	
	Prolamina	03	Seringa desc. 05 ml	02	SG fr 500 ml	
	Revivan amp.		Sonda			
	Stupitanon amp.		Sonda Foley	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE	
	Cefalotina 1g		Sonda Nasogátrica			
			Sonda Uretral nº			
			Sterydrem ml			
			Torneirinha			
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml			
	Agulha desc. 25 x 7		Gelcon 18			
	Agulha desc. 28 x 28		Látex			
	Agulha desc. 3 x 4,5	05			EQUIPAMENTOS	
	Agulha pi raque nº				(x) Oxímetro de Pulso () Serra () Desfibrilador () Foco Frontal () Fonte de Luz	
05	Alcool de Enfermagem	70%			(x) Foco Auxiliar () Eletrocautério () Oxícapnógrafo (x) Cardiomonitor (x) Perfurador Elétrico	
	Alcool Iodado ml					
	Ataduras de Crepon					
	Ataduras de Gessada					
	Azul metileno amp.					
	Benzina ml					

CIRCULANTE RESPONSÁVEL:

Wladimir

TÉC. DE ENFERMAGEM

RRBRN - Pb 703.722

MOD 065



Diagnóstico

EX/LUX drop-normalizer D

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Alcides Costa da Silva	Alcides Costa da Silva	Leito	03	Convênio
----------	------------------------	------------------------	-------	----	----------

[illegible]

440.035



[illegible]

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Diagnóstico

Paciente chegou do bloco às 20:45 h

l.o f-x l x essefora D

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Gleberson Costa	Alojamento	EXT	Leito	04	Convênio
Data	3/13	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica		
1	DIETA LIVRE	200g RLB				
2	SRL 1500ML EV 24H		18:00		ORTOPEDIA	
3	CEFTIRAXONE 1G + ABQ EV 12/12H	Suspensão	22:00			
4	GENTA 240 mg EV 1X/DIA		22:00			
5	DIPYRONA 2ML EV 6/6H		24:00			
6	OMEPRAZOL 40MG EV JEIUM					
7	TRAMAL 100MG + 100ML SF 0.9 EV 8/8H S/N					
8	NAUSEDRON 1 EA + AD EV 8/8H S/N					
9	TIAMIN 20 MG + AD EV 12/12H					
10	CLEVANE 40 UF-SC 1X/DIA	Suspensão				
11	CURATIVO 1 X DIA					
12	SSW + CCGG					
13	Clinda 600mg EV 6/6H		24:00			
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						
32						
33						
34						
35						
36						
37						
38						
39						
40						
41						
42						
43						
44						
45						
46						
47						
48						
49						
50						
51						
52						
53						
54						
55						
56						
57						
58						
59						
60						
61						
62						
63						
64						
65						
66						
67						
68						
69						
70						
71						
72						
73						
74						
75						
76						
77						
78						
79						
80						
81						
82						
83						
84						
85						
86						
87						
88						
89						
90						
91						
92						
93						
94						
95						
96						
97						
98						
99						
100						

WIND CURE



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



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

Sr(a): GLEBERSON COSTA Protocolo: 0000404834 RG: NÃO INFORMADO
Dr(a): JHONY W B COSTA Data: 20-05-2018 09:38 Origem: ÁREA VERMELHA
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES Idade: 31 anos Destino: Leito -01

HEMOGRAMA

[DATA DA COLETA: 20/05/2018 09:38]

	Resultados	Valores de Referência
SÉRIE VERMELHA		
Eritrócitos.....	4.5 milhões/mm ³	4,2 à 6,0 milhões/mm ³
Hemoglobina.....	13,2 g/dL	13,5 à 16,0 g/dL
Hematócrito.....	40,0 %	40,0 à 52,5 %
V.C.M.....	89 fL	82,0 à 92,0 fL
H.C.M.....	29 pg	27,0 à 31,0 pg
C.R.C.M.....	33 g/dL	32,9 à 36,0 g/dL
SÉRIE BRANCA		
Leucócitos.....	7.300 /mm ³ (%)	5.000 à 10.000 /mm ³ (/mm ³)
Neutrófilos		
Promielócitos.....	0	0
Mielócitos.....	0	0
Metamielócitos.....	0	0
Bastonetes.....	3,0	219
Segmentados.....	74,0	5.402
Eosinófilos.....	1,0	73
Basófilos.....	0	0
Linfócitos		
Típicos.....	20,0	1.460
Atípicos.....	0	0
Monócitos.....	2,0	146
CONTAGEM DE PLAQUETAS.....	141.000 mm ³	140.000 à 400.000 mm ³

OBSERVAÇÕES..... Contagens repetidas e confirmadas.

Gilder Parias Cavalcanti
Biomédico
CRBM - 7494

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: 4448-50A0-B0E3-5A3D-AB62-B973-6895-664A



PNCQ
Programa Nacional
de Controle de Qualidade





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



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

Sr(s): **GILBERSON COSTA** Data: **20-05-2018 09:38** RG: **NÃO INFORMADO**
Dr(a): **JHONY W B COSTA** Idade: **31 anos** Destino: **AKVA VERMELHA**
Convênio: **HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES** Leito: **01**

URÉIA

DATA DA COLETA: 20/05/2018 09:38
Resultado: **43 mg/dL**
Resultados anteriores: 19/05/18: 40

Método: Sistema Automatizado SELECTRA
Material: Soro

Observação:

CREATININA

DATA DA COLETA: 20/05/2018 09:38

Resultado: **0,9 mg/dL**

Resultados anteriores: 19/05/18: 1,0

Material: Soro

Método: Automatizado CM 200 WIFEN

[Assinatura]
Gelder Farias Cavalcanti
Bombedito
CRM - 7494

Recom-nato: 0,3 a 1,0 mg/dL
Creatinina: 0,3 a 1,0 mg/dL
Aciditos: 0,4 a 1,3 mg/dL
EXAMES RELACIONADOS: uréia, Depuração
do Creatinina
e Sumário do
urina.
NOTA: O uso de medicamentos contendo
diptona e
estima C podem afetar o
resultado deste exame.

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: 6BCC-6F69-1FFB-2A59-3C62-75AD-4BA5-BCFA



PNCQ
Programa Nacional
de Controle de Qualidade



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



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

Sr(a): GLEBERSON COSTA Protocolo: 0000404934 RG: NÃO INFORMADO
Dr(a): JHONY W B COSTA Data: 20-05-2018 09:38 Origem: AREA VERMELHA
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES Idade: 31 anos Destino: Leito - 01

POTASSIO 4.0 mmol/l

[DATA DA COLETA: 20/05/2018 09:38]

Material: Soro

Método: Eletrodo Seletivo W300 MAXIONS

Valores de Referência:

Adulto..... 3.5 a 5.5 mmol/l

Criança..... 3.4 a 5.0 mmol/l

Valor crítico (adulto)..... menor que 2.5 e/ou

maior que 6.5 mmol/l

Valor crítico (recem-nascido): menor que 2.5 mmol/l

maior que 6.0 mmol/l

SÓDIO 148 mmol/l

[DATA DA COLETA: 20/05/2018 09:38]

Material: Soro

Método: Eletrodo Seletivo W300 MAX IONS

Valores de Referência:

Adulto..... 132 a 148 mmol/l

Crianças..... 134 a 148 mmol/l

Valor Crítico: menor que 120 e/ou maior que 160 mmol/l


Galdier Farias Cavalcanti
Biomédico
CRM - 7494

Emissão : 20/05/2018 11:00 - Página 3 de 3

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: E12E-BBA7-E065-ECDF-1D8A-9924-365E-2AB9



PNCQ
Programa Nacional
de Controle de Qualidade





GOVERNO
DA PARAÍBA

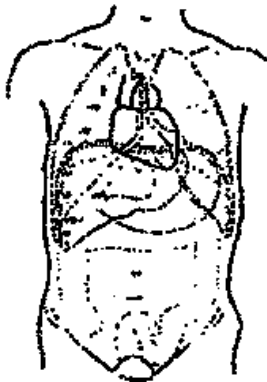
SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

SERVIÇO DE ULTRASSONOGRAFIA

Nome: Gleilson Costa Raia Idade: 31 anos
Exame: usg FAST Data: 19/05/18
Médico solicitante: _____ Sexo: M

RELATÓRIO



FÍGADO: ☒ Normal ☐ Alterado

VES. BILIAR: ☒ Normal ☐ Alterado

VIAS BILIARES: ☒ Normal ☐ Alterado

PÂNCREAS: ☒ Normal ☐ Alterado

BAÇO: ☒ Normal ☐ Alterado

RIM DIR.: ☒ Normal ☐ Alterado

RIM ESQ.: ☒ Normal ☐ Alterado

BEXIGA: ☒ Normal ☐ Alterado



Outras observações:

Presença de líquido livre, no abdômen.

CONCLUSÃO

Dr.

Suelio Moreira Torres

Campina Grande, 19/05/2018

Assinatura e Carimbo do Médico





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



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

Sr(a):	GLEBERSON COSTA	Protocolo:	0000404625	RG:	NÃO INFORMADO
Dr(a):	GEORGE A C MENDES	Data:	19-05-2018 20:15	Origem:	AREA VERMELHA
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade:	31 anos	Destino:	Leito - 01

HEMOGRAMA

[DATA DA COLHEITA: 19/05/2018 20:14]

Resultados

Valores de Referências

SÉRIE VERMELHA

Eritrócitos.....	5.02 milhões/mm ³	4,2 à 6,0 milhões/mm ³
Hemoglobina.....	14,0 g/dL	13,5 à 16,0 g/dL
Hematócrito.....	42,0 %	40,0 à 52,5 %
V.C.M.....	84 fL	82,0 à 92,0 fL
H.C.M.....	28 pg	27,0 à 31,0 pg
C.H.C.M.....	33 g/dL	32,9 à 36,0 g/dL

SÉRIE BRANCA

Leucócitos.....	8.800 /mm ³	5.000 à 10.000 /mm ³
	(%)	(/mm ³)
Neutrófilos		
Promielócitos.....	0	0
Mielócitos.....	0	0
Metamielócitos.....	0	0
Bastonetes.....	4,0	352
Segmentados.....	84,0	7.392
Eosinófilos.....	2,0	176
Basófilos.....	0	0
Linfócitos		
Típicos.....	9,0	792
Atípicos.....	0	0
Monócitos.....	1,0	88
CONTAGEM DE PLAQUETAS.....	142.000 mm ³	140.000 à 400.000 mm ³

OBSERVAÇÕES..... Contagens repetidas e confirmadas.

Dayvisson Bruno S. Cabral
BIOMÉDICO
CREMPE 5241
CRBM-PE 5241
BIOMÉDICO
Dayvisson Bruno S. Cabral

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: FCF7-9207-E48F-74F8-6D85-B56E-3A64-7B54





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



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

Sr(a):	GLEHERSON COSTA	Protocolo:	0000404625	RG:	NÃO INFORMADO
Dr(a):	GEORGE A C MENDES	Data:	19-05-2018 20:15	Origem:	AREA VERMELHA
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade:	31 anos	Destino:	Leito-01

URÉIA

(DATA DA COLETA: 19/05/2018 20:15)

Resultado..... 40 mg/dl

De 15 A 41 mg/dl

Resultados anteriores:

Material: Soro

Método: Sistema Automatizado SELECTRA

Observação:

CREATININA

(DATA DA COLETA: 19/05/2018 20:15)

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

Recem-nato: 0,3 a 1,0 mg/dl
Crianças...: 0,3 a 1,0 mg/dl
Adultos...: 0,4 a 1,3 mg/dl
EXAMES RELACIONADOS: Ureia, Depuração da Creatinina

e Sumário de

urina.
NOTA: O uso de medicamentos contendo dipirona e vitamina C podem alterar o resultado deste exame.

Resultados anteriores:

Material: Soro

Método: Automatizado CM 200 WTWER

Emissão : 19/05/2018 21:23 - Página 1 de 3

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: E06D-888A-2227-CEAD-AB81-8273-EB6F-7492



PNCQ
Programa Nacional
de Controle de Qualidade





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



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

Sr(a):	GLEBERSON COSTA	Protocolo:	0000404625	RG:	NÃO INFORMADO
Dr(a):	GEORGE A C MENDES	Data:	19-05-2018 20:15	Origem:	AREA VERMELHA
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade:	31 anos	Destino:	Leito - 01

TEMPO DE COAGULACAO 8'00 min

[DATA DA COLETA: 19/05/2018 20:15]

Material: Sangue

Método: Lee-White

Valores de Referência:
De 5 a 11 minutos

TEMPO DE SANGRAMENTO 2'00

[DATA DA COLETA: 19/05/2018 20:15]

Material: sangue

Método: Duke

Valores de Referência:
De 1 a 3 minutos

Emissão : 19/05/2018 21:23 - página 3 de 3

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: 6307-CD16-8230-0FA7-CP61-C13F-CS65-SFF5



PNCQ
Programa Nacional
de Controle de Qualidade







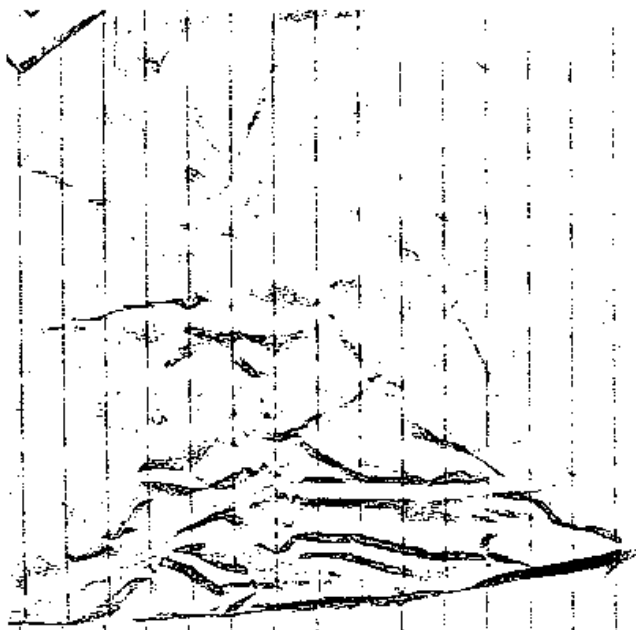
GOVERNO SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DA PARAIBA Hospital de Emergência e Trauma Dom Luis Gonzaga Fernandes	
FICHA DE AVALIAÇÃO - FISIOTERAPIA - ALAS	
PROCEDENCIA: Paciente: ☐ Pleural ☐ Pleural E ☐ Mediastinal ☐ Oscilante ☐ Borbulhante. Débito Pulsação: ☐ Normal ☐ Deficiente Edema: Regiões: ☐ Caxifos	
MOTIVO INTERNAÇÃO: ☐ DVM ☐ RPA ☐ Choque ☐ L. Remal ☐ Coma Neuro ☐ ICO ☐ Trauma ☐ PNM ☐ Hemorragia ☐ Outros:	
ANTECEDENTES: ☐ DPOC ☐ AVC ☐ HAS ☐ DM ☐ CRM ☐ ICO ☐ Cirurgia	
HDA:	
CONDUTA PROPOSTA INICIALMENTE CD: ☐ THB ☐ TEP ☐ TEP ☐ TEP ☐ VNI ☐ O2 ☐ Aspiração ☐ TMV ☐ Decanulação ☐ Cinesioterapia ☐ MRP ☐ Treino de Marcha ☐ Orientações ☐ Treino equilíbrio ☐ Transferências ☐ Sedestação ☐ Ortostatismo ☐ Marcha ☐ Estimulação sensorial ☐ Posicionamento: ☐ Treino Musc. Pré decanulação	
Observações:	
SV: FC bpm FR bpm PA mmHg SpO2 % T °C	
ESTADO GERAL: ☐ Bom ☐ Regular ☐ Grave ☐ Gravíssimo	
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: ☐ Acordado ☐ Sonolento ☐ Torporoso ☐ Comatoso Glasgow	
Tônus: ☐ Hipo ☐ Hiper ☐ Normal ☐ Trêfano: ☐ Hipo ☐ Hiper ☐ Normal	
Reflexos: ☐ Aumentados ☐ Diminuídos ☐ Normal ☐ Força Muscular (Grupo): ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5	
Blockeios Articulares (Rangões)	
SISTEMA RESPIRATÓRIO / CARDIOVASCULAR ☐ Espontâneo ☐ Sem alterações	
SUORTE VENTILATÓRIO: ☐ Espontâneo ☐ Com TQT ☐ Sem TQT ☐ VNI ☐ DVM	
O2 SUPLEMENTAR: ☐ Não ☐ O2 ☐ Aerosol ☐ Másc. Simples ☐ Másc./Sistema de Venturi %	
Másc. Reinalação par: ☐ Másc. não Reinalação ☐ Másc. de Reservatório. Fluxo _____ l/min	
DESCONFORTO VENTILATÓRIO: ☐ BAI ☐ Trâqueas supratraqueais ☐ Trâqueas Intercostais ☐ Trâqueas subcostais	
☐ Uso de muc. adesivos Insp./Exp. ☐ Cianose ☐ Taquipnéia ☐ Bradipnéia ☐ Resp. paradoxal ☐ Estridor ☐ /4+	
OBSTRUÇÃO DE VAS: ☐ Não ☐ Sim	
PADRÃO VENTILATÓRIO: ☐ Costal ☐ Diafragmático ☐ Misto ☐ Paradoxal ☐ Superficial	
EXPANSIBILIDADE TORÁCICA: ☐ Normal ☐ Diminuída ☐ Simétrica ☐ Assimétrica	
Ausculta Pulmonar: _____ Rato X Tórax: _____	
Tosse: ☐ Sim ☐ Não ☐ Produtiva ☐ Não produtiva ☐ Eficaz ☐ Deglute ☐ Expectora ☐ Ineficaz	
SECREÇÃO: ☐ Não ☐ Sim. QUANTIDADE: ☐ Pequena ☐ Média ☐ Grande.	
COMPOSIÇÃO: ☐ Hialina ☐ Mucóida ☐ Mucopurulenta ☐ Purulenta ☐ Sanguinolenta	
COR SECREÇÃO: ☐ Incolor ☐ Branca ☐ Amarela ☐ Verde ☐ Marrom ☐ Rosada ☐ Vermelha	
DIAGNÓSTICO FISIOTERAPÊUTICO:	
Campina Grande, _____/_____/_____ Físioaparelhista: _____	



**GOVERNO
DA PARAIBA**

EVOLUÇÃO FISIOTERAPÊUTICA

Paciente	Prontuário	Ala	Leito	Enfermaria
Sebastião Costa Rosa		Ortopedia II	1	CHT 04
Data	Hora	Data	Hora	
1/5/78	14			
Paciente de 45 anos, G.R. Apresenta fratura de escápula e humerus D.º observações no postos e Ambul D.º				
C.D. - Quimioterapia para em todo M.D.º perniciosa e Quimio no post e de 1.º D.º Q.º Data Sebastião Costa Rosa FISIOTERAPISTA CREFITO 15344-F				



COMISSÃO COMISSÃO PERMANENTE
NORMAS DE PROCEDIMENTO E TRATAMENTO DA LITIGÂNCIA CIVIL
RECURSOS DA 2ª VARA DE CRIMINAL

COMISSÃO
ADJUNTO DA
2ª VARA DE CRIMINAL



EVOLUÇÃO FISIOTERAPÊUTICA

Paciente	Prontuário	Ala	Leito	Enfermaria
Edson Costa Pin		2		1
Data	Hora	Data	Hora	
22.05.10	T			
Pariente em ECG, cateterização, e a. a. supratric em VECIA. Apresenta fixação M.S.D. com tom deict. motor, nem desconfor to respiratório. A.R.V. em A.M.T. S.R.A. Bandeira: M.S.P. cinesia: ativa, sadista, claudicante e o. geral. Dr. Aldo Barbosa da Silva FISIOTERAPEUTA CREFIO 46812-P				

MOD. 012



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

310

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Elverson Costa Rara Registro: 687 Leito: 01 Setor Atual: Orto II

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: irpm; PA: 140x16 mmHg; FC: bpm; SPO2: %
HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm Dor: () Local: Obs.:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

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

Pupilas: () Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D () Fotoreagentes () Mióticas () Midríaticas

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

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

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

() VMNI () VMI TOT nº Comissura labial nº FIO2 % PEEP cmH2O

() Eupnéia; () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispnéia () Outros:

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

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

Tosse: ☒ Improdutiva () Produtiva Expectoração: () Quantidade e aspecto:

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

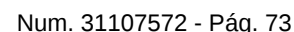
() Tranquilo () Agitado () Agressivo. () Risco de queda. Observação:

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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



FONTE: BORDIN-HÃO, R.C. Coleta de dados por meio de grupo focal. Porto Alegre (2009).





DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE EMERGENCIA E
TRAUMA DE CAMPINA GRANDEGOVERNO
DA PARAIBA

Paciente:	Enfermagem:	Leito:	Data:
-----------	-------------	--------	-------

1	Constipação	Duráveis ()	Desidratação ()	Estresse ()	Outro ()	Abdomem distendido ()	Dor à evacuação	Outro ()
		Hábitos de evacuação irregulares ()	Lesão neurológica ()			Ansiedade ()	Dor abdominal ()	
2	Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades	Fatores biológicos ()	Capacidade prejudicada de ingerir os alimentos ()			Cavidade bucal ferida ()	Dilatação ()	Outro ()
		Fatores psicológicos ()	Outro ()			Dor abdominal ()	Mucosas pálidas ()	
3	Déficit no auto cuidado para banho	Prejuízo neuromuscular ()	Dor ()	Fraqueza ()	Outro ()	Incapacidade de acessar o banheiro ()	Outro ()	
		Ansiedade ()				Incapacidade de lavar o corpo ()		
4	Dor aguda	Agentes lesivos (Ex.: Biológicos, químicos, físicos, psicológicos) ()				Alterações na pressão sanguínea ()	Outro ()	
		Outros ()				Relato verbal de dor ()		
5	Hipertensão	Anestesia ()	Desidratação ()	Trauma ()	Outro ()	Aumento na temperatura corporal acima dos parâmetros normais ()		
		Aumento da taxa metabólica ()				Taquicardia ()	Taquipnéia ()	Outro ()
6	Integridade da pele prejudicada	Extremos de idade ()	Circulação prejudicada ()			Destruição de camadas da pele ()	Invasão de estruturas do corpo ()	
		Hipotermia ()	Imobilização física ()	Outro ()		Rompimento da superfície da pele ()	Outro ()	
7	Mobilidade Física prejudicada	Ansiedade ()	Desconforto ()	Rigidez articular		Dificuldade para virar-se ()	Dispnéia ao esforço ()	Outro
		Prejuízos músculo esquelético ()	Desuso ()	Outro ()		Movimentos descontrolados ()		
8	Padrão respiratório ineficaz	Ansiedade ()	Dor ()	Fadiga ()	Obesidade ()	Alterações na profundidade respiratória ()	Dispnéia ()	
		Ascle ()	Queimaduras ()	Vômito ()	Diarréia ()	Batimento de asa de nariz ()	Ortopnéia ()	Outro ()
9	Risco de desequilíbrio eletrolítico	Drenos ()	Outros ()					
		Aumento da exposição ambiental a patógenos ()	Defesas primárias inadequadas ()					
10	Risco de Infecção	Procedimentos invasivos ()	Outro ()					
		Mobilidade física prejudicada ()	Medicações ()					
11	Risco de queda	Extremos de idade ()	Agitação/Desorientação ()					
		Falta de privacidade/controle do sono ()	Outro ()			Mudança do padrão normal do sono ()	Outro ()	
12	Padrão de sono prejudicado	Ruído ()	Imobilização física ()			Relatos de dificuldade para dormir ()		
13	Outro							
14	Outro							



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 29/05/2020 12:11:49

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052912114918400000029855670

Número do documento: 20052912114918400000029855670

☐ Avaliar distensão abdominal.			☐ Obtenção de eliminação intestinal eficaz / adequada / melhorada.
☒ Estimular a ingestão de alimentação balanceada e não irritante.			
☐ Observar e registrar eliminação intestinal (cor, odor, consistência e/ou outros).			
☐ Ajarir glicemia capilar, anotar e medir CPM.			☐ Melhorar a aceitação alimentar.
☐ Alertar para as queixas de náusea e vômito (anotar, medir CPM, reavaliar em 30 minutos).			
☐ Questionar e anotar sobre a eliminação intestinal e urinária (aspecto, frequência e quantidade).			☐ Manutenção da glicemia estável.
☐ Observar e comunicar dificuldades alimentares.			
☐ Encaminhar ao banho de chuveiro.			☐ Auxílio diário às necessidades de higiene.
☐ Realizar banho no leito (S/N) com lavagem de cabelo e couro cabeludo.			
☐ Explicar ao paciente as principais causas da dor.			☐ Controle da dor (melhorada / ausente).
☐ Aplicar técnicas de relaxamento, oferecer ambiente tranquilo e confortável.			
☐ Avaliar características, intensidade e local da dor.			
☐ Avaliar alterações de sinais vitais.			
☐ Administrar analgésicos conforme prescrição médica e reavaliar dor após administração da medicação.			☐ Manutenção da temperatura corporal dentro dos limites fisiológicos.
☐ Após administrar medicamentos antitérmicos, avaliar e registrar os resultados.			
☐ Incentivar a ingestão de líquidos.			☐ Melhorar a integridade da pele.
☐ Observar reações de desorientação/contração.			☐ Diminuição do risco de lesão.
☐ Proporcionar condições de higiene criteriosa e realizar curativos de acordo com necessidade ou ACM.			
☐ Analisar condições do curativo.			☐ Mobilidade física melhorada/eficaz.
☐ Orientar e estimular a hidratação da pele.			
☐ Orientar e estimular a movimentação no leito.			☐ Melhorar a perfusão tissular.
☐ Auxiliar o paciente a deambular conforme apropriado.			☐ Padrão respiratório eficaz.
☐ Manter oximetria contínua e anotar valores de SPO2 e comunicar se for menor que 95%.			
☐ Observar e anotar condições de perfusão periférica (coloração e temperatura).			☐ Risco de desequilíbrio de volume de líquido ausente / diminuído.
☐ Verificar condições de hidratação do paciente (mucosas, edema, pulso e frequência cardíaca).			
☐ Realizar balanço hídrico.			☐ Diminuir o risco de infecção.
☐ Observar o local da fenda/queimadura e inserção do dispositivo venoso para detectar sinais flogísticos.			
☐ Trocar acesso venoso periférico a cada 72 horas ou se apresentar sinais flogísticos e anotar.			
☐ Realizar desinfecção com álcool a 70% nos dispositivos endovenosos antes de administrar medicações.			
☐ Utilizar técnica asséptica para aspiração, sondagem vesical, punção venosa e em outros procedimentos invasivos.			
☐ Determinar a capacidade em transferir-se (Ex: nível de mobilidade, limitações aos movimentos, resistência).			☐ Diminuir o risco de queda.
☐ Manter as grades do leito elevadas.			
☐ Confortar o paciente quando necessário.			
☐ Manter ambiente calmo e tranquilo.			☐ Melhorar o padrão do sono.
☐ Orientar repouso no leito.			
☐ Administrar medicação CPM.			
☐ Outros			☐ Outros
☐ Outros			☐ Outros

FONTE: NUC-2010, CHAVES L.D. SOUZA C.A. SAE, 2 ed, 2013.

Carimbo e assinatura do Enfermeiro(a): _____
Carimbo e assinatura do Técnico de Enfermagem: Suelio Moreira Torres

FOLHA DE CONTROLE E BALANÇO HÍDRICO

FOLHA DE CONTROLE E BALANÇO HÍDRICO

NOME: Subsistema Central Roraima HD: _____ LEITO: 01 DATA: 20/05/11

SETOR: _____

P. ARTERIAL	130x80	140x90
PUL. SO/FC	65	68
TEMPERATURA	36.0	36.0
RESPIRAÇÃO	16	16
SAT. O2	98%	97%
PVC		
PIA		
HGT	13.9	13.9
SF 0.9%		
SRL		
SG 5%		
SORO EXTRA		
SEDACÃO		
ANALGESIA		
MEDICAÇÕES		
NORA		
DORA		
HEMODERIVADOS		
NPT		
DIETA		
ÁGUA		
MEDICAÇÕES		
SNGVÔMITOS		
FESES		
DIURESE		
HEMODIALISE		
DRENO TÓRAX D		
DRENO TÓRAX E		
DRENO SUCCÃO		
D. CAVITARIO		
DVE		

GANHOS 12H DIA=	PERDAS 12H DIA=	BH DIA=	GANHOS 12H NOITE=	PERDAS 12H NOITE=	BH NOITE=
GANHOS 24H DIA=		PERDA 24H + 1000ML=		BH 24H=	
ASSINATURA:	ASSINATURA:				



GOVERNO
DO PARÁ

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

Receituário Simples

V/ GLEBSON
COSTA

JOSEIL

LAIR AXILIO GOMES

Ⓢ

INCLUIR O

Colicoma

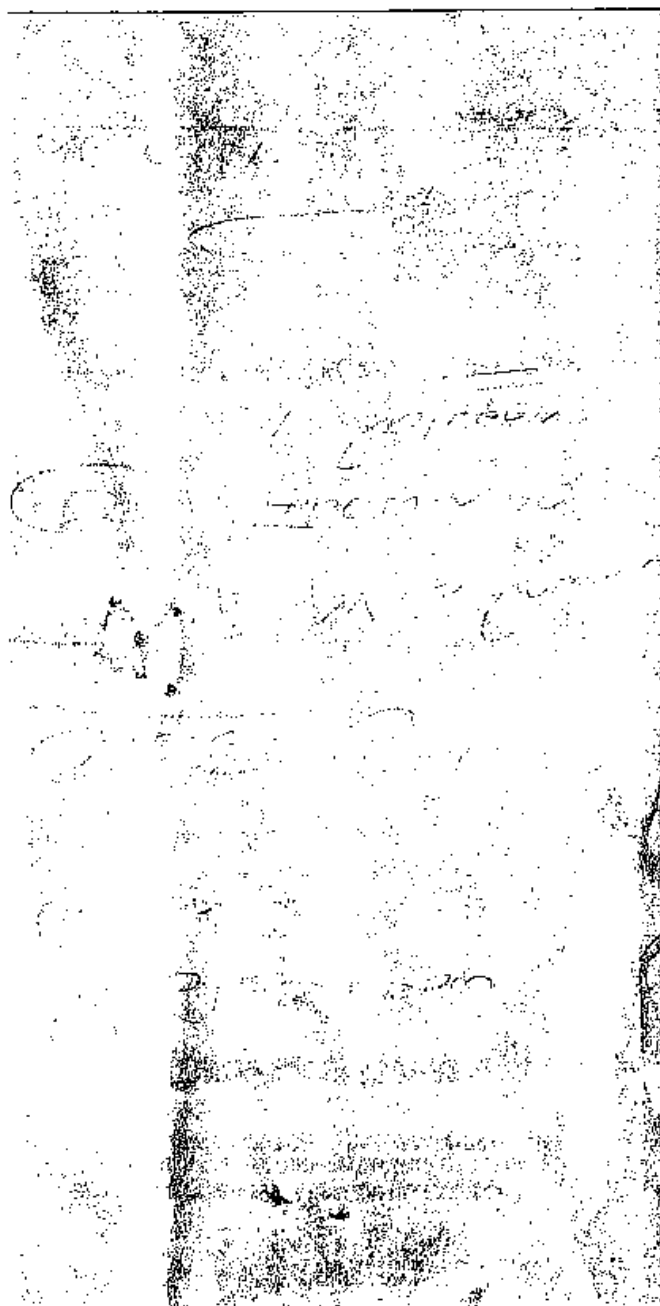
1403 70000

Dr. GLEBSON COSTA
CRM-PA 7408

21/05/19

BAZILIAN





30/05/18
RECEBIDO
EM:

RAIO X
REALIZADO EM:
30/05/18

REC. 001

0

30/5

Rx punho OAR 20

Schub 617012

Alexson 552

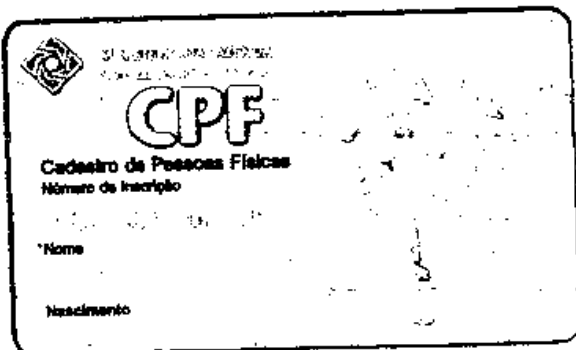
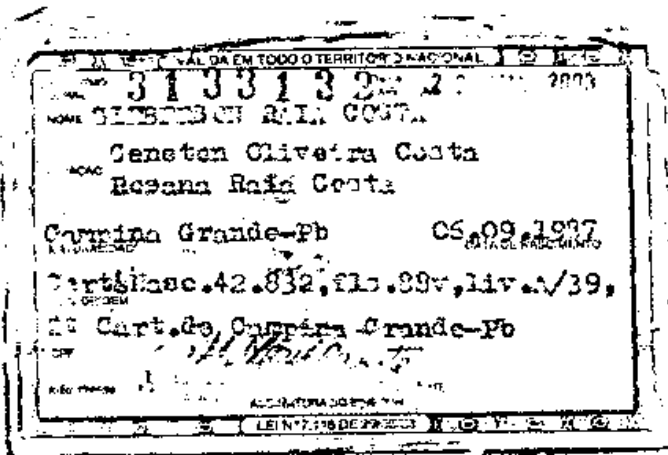
Recebido Simples

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE ESPECIALIDADE E TRAUMATOLOGIA
DOU LIZ GOMES PEREIRA

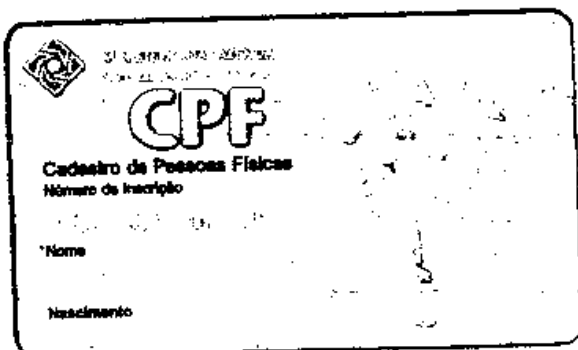
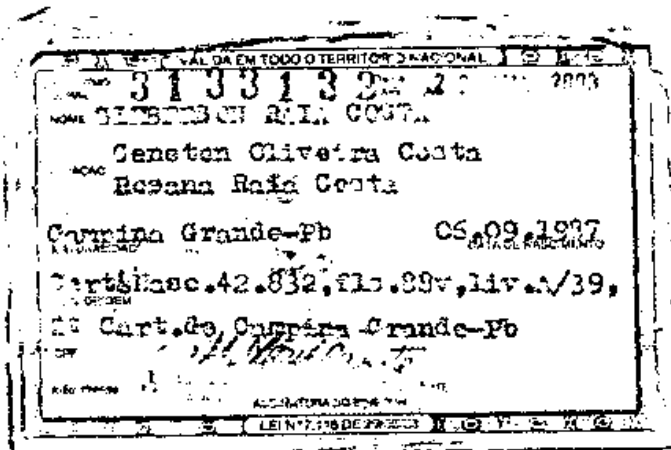
GOVERNO
DAMPARA

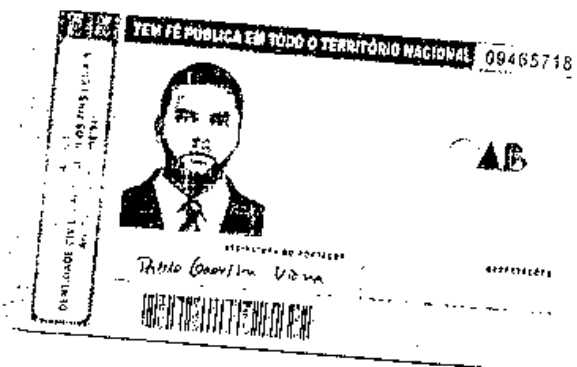
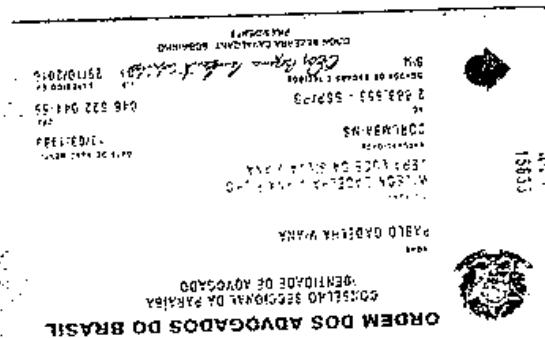


Documentos de Identificação



Documentos de identificação





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA FAZENDA

DETRAN - RJ
CERTEJAC

13746945578
PRT 2011019-106423-5

1 0112439481-8 0070000000 2017

GLEBERSON RAIA COSTA

06290584933 QF33813/PE

NOVO PE LEXXCB10000347950

PAS/CICLOMOTO/NAO APRIE ALCOOL

CICLOMOTOR/L13154 2011 2012

2 E/4 /CV PARTIO VERMELHA

IPVA PAGO EM 00/00/0000

***** SEGURO P A O 07/11/2017

SIN RESERVA DE DOMINIO

00999999

07/11/2017

[illegible]

DUT



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

Nº 013746945576
18898603493

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

PRT 20170100106429-6

1 0113439481 8 00/00000000

CLEBERSON SAIA COSTA
RUA PEDRO LEAO 21 CASA
CATOLE
58410133 CAMPINA GRANDE-PB

06290548433 DEFJ3813/PB

ASIA MOTOS COMERCIO E SERVICOS D

NOVO PB LXXYCBLOCC0547950

FAB. CICLOMOTO/NAO APLIC ALCOOL

CICLOMOTOR/L13154 2011 2012

2 274 1CV PARTIC VERMELHO

SEM RESERVA DE DOMINIO

DATA DE 1 DESEMBOLSAMENTO

CAMPINA GRANDE-PB

9999799 09/11/2011 7003000



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3180379436**

Nome do(a) Examinado(a): **GLEBERSON RAIÁ COSTA**

Endereço do(a) Examinado(a):

Rua Pedro Leão, 21 - Catolé - Campina Grande - PB - CEP 58410-133

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PB**] **3133132**

Data e local do acidente: [**19/05/2018**] **CAMPINA GRANDE**

Data e local do exame: [**22/11/2018**] **Campina Grande** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA DO ESCAFOIDE DIREITO; TCE

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

COM CICATRIZ LOCAL, SEM DEFORMIDADES

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

[**X**] Sim [] Não

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

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO NO DIA 19/05/2018, QUEDA; SENDO SOCORRIDO AO HOSPITAL DE TRAUMA PB, ONDE FOI REALIZADO EXAMES DE IMAGENS CONSTATANDO A FRATURA DO ESCAFOIDE. REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO, MEDICAMENTOSO, FISIOTERAPIA. ALTA NO DIA 05/05/2018. APRESENTANDO LIMITAÇÃO FUNCIONAL COM REDUÇÃO DE AMPLITUDE DE MOVIMENTO NA FLEXÃO DO PUNHO D (DEFICIT DE 80 GRAUS) E EXTENSÃO DO PUNHO D (DEFICIT DE 30 GRAUS).

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[**X**] Sim [] Não

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

APRESENTANDO LIMITAÇÃO FUNCIONAL COM REDUÇÃO DE AMPLITUDE DE MOVIMENTO NA FLEXÃO DO PUNHO D (DEFICIT DE 80 GRAUS) E EXTENSÃO DO PUNHO D (DEFICIT DE 30 GRAUS).

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

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



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

() "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser
repetida em ____ dias

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

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

Região Corporal (Sequela):

PUNHO DIREITO

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio (X) 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

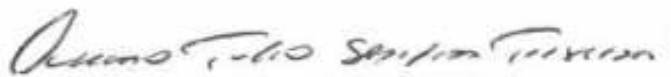
Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

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



Luciano Tulio Serafim Teixeira - CRM: 7872 - PB



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0299959/18

Vítima: GLEBERSON RAIA COSTA

CPF: 062.905.484-33

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 19/05/2018

Titular do CPF: GLEBERSON RAIA COSTA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

Comprovação de ato declaratório

Declaração de Inexistência de IML

Declaração do Proprietário do Veículo

Documentação médico-hospitalar

Documentos de Identificação

DUT

Outros

Outros



GLEBERSON RAIA COSTA : 062.905.484-33

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

PABLO GADELHA VIANA : 046.822.044-59

Comprovante de residência

Declaração Circular SUSEP 445/12

Documentos de identificação

Procuração

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 01/08/2018
Nome: GLEBERSON RAIA COSTA
CPF/CNPJ: 062.905.484-33

Data do cadastramento: 16/08/2018
Nome: JULIANA MARQUES RODRIGUES
CPF: 149.018.967-09

GLEBERSON RAIA COSTA

JULIANA MARQUES RODRIGUES



IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA GLEBERSON RAIA COSTADATA DO ACIDENTE 19/05/2014 CPF DA VÍTIMA 062.305.484-33

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUIO PARANTESCO COMA VÍTIMA GLEBERSON RAIA COSTAENDEREÇO DO PORTADOR RUA FERRO LESTENº 81 COMPLEMENTO BAIRRO CANOECIDADE C. GRANDE UF PB CEP 58410-135E-MAIL gabrielraia@gmail.com TELEFONE (83) 993345632

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

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

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00, ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVIJIA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO), ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS, CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA NA SEGURADORA LÍDER DPVAT
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURADOTRANSMITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 3204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

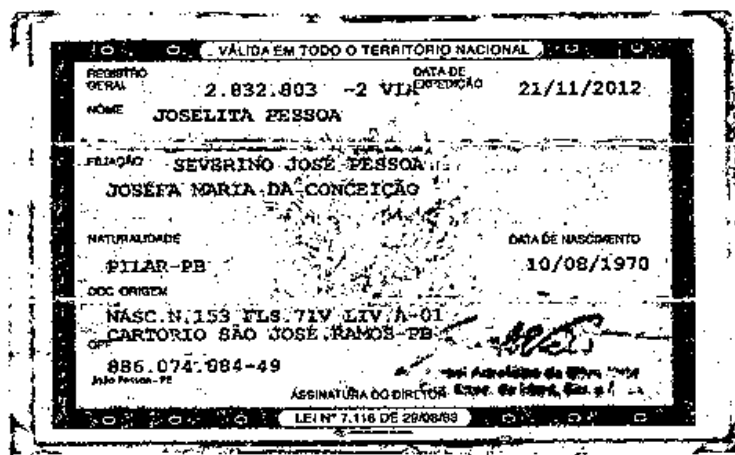
DATA 27/07/2018IDENTIDADE 32.332.332.558-190ASSINATURA Suelio Moreira Torres

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

DATA 27/07/18 MATR. CORREIOS 84982269

NOME _____

ASSINATURA _____



De: Jose Carlos

Enviada em: quinta-feira, 15 de março de 2018 11:33

Para: Vinicius Campos da Silva <vinicius.silva@seguradoralider.com.br>

Cc: Sonia Faro <soniafaro@seguradoralider.com.br>

Assunto: Protocolo

Vinicius

Em função dos problemas que estamos passando com relação a manutenção dos relógios protocoladores, **em medida extrema exceção**, autorizo até que tenhamos todos os protocoladores funcionando normalmente, protocolar somente a primeira folha dos processos recebidos dos Correios.

Para certificarmos que essa **medida de exceção é válida** somente para esse período, solicito imprimir uma cópia desse e-mail e anexar a cada processo de sinistro que estiver nessa condição.

Quando suspendermos esse critério, favor passar-me um e-mail configurando o retorno ao procedimento padrão.

José Carlos Carvalho
Gerente de Sinistros



Rua da Assembleia, 100 – 21º andar,
Centro - Rio de Janeiro – RJ CEP: 20011-904
Tel.: 55 21 3861-4600 / Ramal: 4654
E-mail: jose.carlos@seguradoralider.com.br

CONFIDENCIALIDADE Esta mensagem é confidencial; seu conteúdo não constitui um compromisso da Seguradora Líder, exceto se fornecido em conjunto com um acordo por escrito entre as partes. Qualquer divulgação ou uso não autorizado, total ou parcial, é proibido. Caso você não seja um dos destinatários desta mensagem, favor notificar ao remetente imediatamente.

CONFIDENTIALITY This message is confidential; its contents do not constitute a commitment by Seguradora Líder, except where provided for in a written agreement between you and Seguradora Líder. Any unauthorized disclosure, use or dissemination, either whole or partial, is prohibited. If you are not the intended recipient of the message, please notify the sender immediately.

De: Arthur Fróes

Enviada em: quinta-feira, 15 de março de 2018 11:18

Para: Jose Carlos <jcarloscarvalho@seguradoralider.com.br>

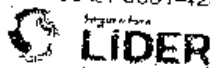
Assunto: RES: Produção: 12/03/2018

JC,

Contingencialmente, até que os protocoladores retornem, estou de acordo em procedermos desta forma.

Atenciosamente,

Arthur Fróes
Superintendente de Sinistros
arthur.froes@seguradoralider.com.br
Tel.: 55 21 3861-4286



www.seguradoralider.com.br
Rua da Assembleia, 100 – 21º andar
Centro - Rio de Janeiro – RJ CEP: 20011-904

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0299959/18

Número do Sinistro: 3180379436

Vítima: GLEBERSON RAJA COSTA

CPF: 062.905.484-33

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 19/05/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: GLEBERSON RAJA COSTA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Outros

PABLO GADELHA VIANA : 046.822.044-59

Procuração

Outros



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: 31/10/2018
Nome: GLEBERSON RAJA COSTA
CPF: 062.905.484-33

GLEBERSON RAJA COSTA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 31/10/2018
Nome: Karine Gomes de Lima
CPF: 074.990.807-65

Karine Gomes de Lima





Rio de Janeiro, 23 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **GLEBERSON RAIA COSTA**
Nº Sinistro: **3180379436**
Vítima: **GLEBERSON RAIA COSTA**
Data do Acidente: **19/05/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **PABLO GADELHA VIANA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o número de sinistro **3180379436**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

SINISTRO Nº 3180379436 DATA DO ACIDENTE 19/05/2018

Carta nº 13275671





- ENVIO DE PRODUÇÃO

Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS **ID**

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA GLEBERSON RAIA COSTA
DATA DO ACIDENTE 19/05/2018 CPF DA VÍTIMA 062.905.484-33
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____
ENDEREÇO DO PORTADOR RUA PEDRO LEO
Nº 21 COMPLEMENTO _____ BAIRRO _____
CIDADE GRANDE UF PA CEP 58430-133
E-MAIL gabrielgda@ gmail.com TELEFONE (83) 993345632

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- * MORTE = R\$ 13.500,00
- * INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- * DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- * O PRAZO PARA O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS, CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA NA SEGURADORA LÍDER DPVAT
- * COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FOMULÁRIO

- * PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 021 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 24-10-2018
IDENTIDADE 31.33132 SSP PA
ASSINATURA [Assinatura]

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

DATA 24-10-18 MATR. CORREIOS 84382269
NOME FRANCILENE P. ALVES
ASSINATURA [Assinatura]

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180379436 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GLEBERSON RAIA COSTA **Data do acidente:** 19/05/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO.
FRATURA DE PUNHO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECIMENTO DE SEQUELAS PERMANENTES, CASO EXISTAM.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau médio - 50 %	50%	R\$ 6.750,00
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			62,5 %	R\$ 8.437,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: FERNANDA CARDOSO GUERRA FONSECA

CRM: 533427

UF do CRM: RJ

Assinatura:

Fernanda C. G. Fonseca



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180379436 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GLEBERSON RAIA COSTA **Data do acidente:** 19/05/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PUNHO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADO DO PUNHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

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 completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180379436 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GLEBERSON RAIA COSTA **Data do acidente:** 19/05/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO ESCAFOIDE DIREITO; TCE

Descrição do exame médico pericial: CICATRIZ LOCAL, SEM DEFORMIDADES. APRESENTANDO LIMITAÇÃO FUNCIONAL COM REDUÇÃO DE AMPLITUDE DE MOVIMENTO NA FLEXÃO DO PUNHO D (DEFICIT DE 80 GRAUS) E EXTENSÃO DO PUNHO D (DEFICIT DE 30 GRAUS).

Resultados terapêuticos: PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO NO DIA 19/05/2018, QUEDA; SENDO SOCORRIDO AO HOSPITAL DE TRAUMA PB, ONDE FOI REALIZADO EXAMES DE IMAGENS CONSTATANDO A FRATURA DO ESCAFOIDE. REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO, MEDICAMENTOSO, FISIOTERAPIA. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional grave do punho direito.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 22/11/2018

Conduta mantida:

Observações: Indenização em grau intenso do punho devido à limitação da flexo-extensão articular. - Quadro estabelecido conforme o parecer do médico examinador.
Procedida avaliação médica na cidade de Campina Grande.

Médico examinador: Luciano Tulio Serafim Teixeira

CRM do médico: 7872

UF do CRM do médico: PB

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PRESTADOR

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: JULIO O MOZES

CRM do médico: 20462

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180379436 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GLEBERSON RAIA COSTA **Data do acidente:** 19/05/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO ESCAFOIDE DIREITO; TCE

Descrição do exame médico pericial: CICATRIZ LOCAL, SEM DEFORMIDADES. APRESENTANDO LIMITAÇÃO FUNCIONAL COM REDUÇÃO DE AMPLITUDE DE MOVIMENTO NA FLEXÃO DO PUNHO D (DEFICIT DE 80 GRAUS) E EXTENSÃO DO PUNHO D (DEFICIT DE 30 GRAUS).

Resultados terapêuticos: PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO NO DIA 19/05/2018, QUEDA; SENDO SOCORRIDO AO HOSPITAL DE TRAUMA PB, ONDE FOI REALIZADO EXAMES DE IMAGENS CONSTATANDO A FRATURA DO ESCAFOIDE. REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO, MEDICAMENTOSO, FISIOTERAPIA. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional grave do punho direito.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 22/11/2018

Conduta mantida:

Observações: Indenização em grau intenso do punho devido à limitação da flexo-extensão articular. - Quadro estabelecido conforme o parecer do médico examinador.
Procedida avaliação médica na cidade de Campina Grande.

Médico examinador: Luciano Tulio Serafim Teixeira

CRM do médico: 7872

UF do CRM do médico: PB

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PRESTADOR

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: JULIO O MOZES

CRM do médico: 20462

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:





PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

OUTORGANTE GLEBERSON RAIA COSTA - brasileiro, solteiro, Armazenista, inscrita no CPF sob nº 062.905.484 - 33 residente e domiciliado nesta cidade, na Rua Pedro Leão, nº. 21, Bairro Catolé CEP 58.410 - 133 Campina Grande - Paraíba Fone: (83) 99334.5632

OUTORGADOS: VERA LUCE DA SILVA VIANA OAB/PB 9967; PABLO GADELHA VIANA OAB/PB 15833, todos com endereço profissional na Rua: Frei Tito, nº 63, Bairro: Catolé, Campina Grande-PB, telefones 3063-6603, 99970-2149, 98893-9327, 99694-6898, e-mail: gadelhaviana@gmail.com

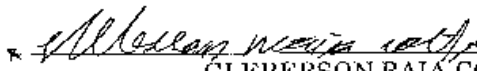
PODERES: para em conjunto ou isoladamente, representar a outorgante e defender seus interesses, perante qualquer Juiz, instância ou Tribunal, ou fora deles, com os poderes da clausula ad judicia, podendo propor as ações que julgar necessárias, apresentar defesas e recursos, impetrar medidas preventivas ou assecuratórias, confessar, desistir, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, podendo substabelecer com ou sem reserva de iguais poderes e, ainda, usar de todos os meios admitidos em direito, para o bom e fiel cumprimento do presente mandato, enfim, praticar todos os atos previstos no art. 105 do Código de Processo Civil/2015 e art. 5º, §2º da Lei n.º 8.906, de 04.07.94 (Estatuto da Advocacia e da Ordem dos Advogados do Brasil) dando tudo por bom, firme e valioso.

PODERES ESPECÍFICOS:

Os poderes específicos acima outorgados poderão (ou NÃO) ser substabelecidos.

Finalidade: apresentar e conduzir procedimento administrativo junta a líder seguradora referente ao acidente automobilístico ocorrido no dia 19/05/2018, por volta das 11:00 horas da manhã, em frente ao fórum Afonso Campos, bairro da liberdade, na cidade de Campina Grande - PB

Campina Grande - PB, dia 25 de Julho de 2018.


GLEBERSON RAIA COSTA

CPF 062.905.484 - 33



Procuração



PROCURAÇÃO

Outorgante: GLEBERSON RAIA COSTA, brasileiro(a), estado civil SOLTEIRO, profissão EMPREGADO, residente e domiciliado à Rua PEDRO LEO, nº21 C, bairro CATOLÉ, Município de CAMPINA GRANDE, Estado de(o) PARAÍBA, Cep.: 58 410133, portador(a) do Rg nº3133132, SSP/PB e CPF nº 062.905.484-33.

Outorgado: PABLO GADELHA VIANA, brasileiro(a), estado civil CASADO, profissão ADVOGADO, residente e domiciliado(a) à Rua FREI TITO, nº 63, bairro CATOLÉ Município de CAMPINA GRANDE, Estado de (o) PARAÍBA Cep.: 58 410 475, portador (a) do RG nº 2666658 SSP/PB e CPF nº 046.822.044-59.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) **GLEBERSON RAIA COSTA**, ocorrido em 19/05/2018, conforme o processo administrativo de n.º 3180379436 na cobertura de invalidez.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

Campina Grande – PB, dia 24 de outubro de 2018.



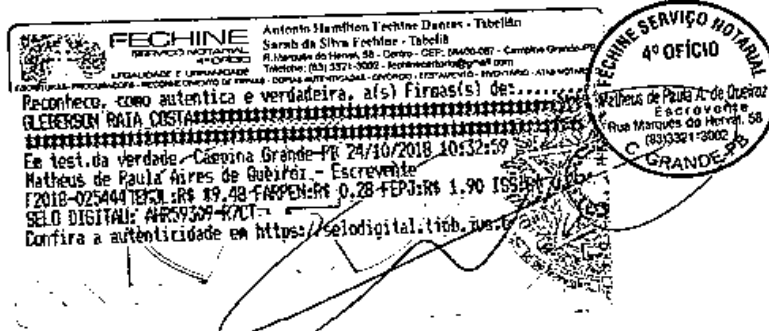
[Assinatura manuscrita de GLEBERSON RAIA COSTA]

GLEBERSON RAIA COSTA

Outorgante

CPF Nº 062.905.484-33

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0299959/18

Número do Sinistro: 3180379436

Vítima: GLEBERSON RAIA COSTA

CPF: 062.905.484-33

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 19/05/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: GLEBERSON RAIA COSTA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Outros

PABLO GADELHA VIANA : 046.822.044-59

Procuração

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: 31/10/2018
Nome: GLEBERSON RAIA COSTA
CPF: 062.905.484-33

GLEBERSON RAIA COSTA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 31/10/2018
Nome: Karine Gomes de Lima
CPF: 074.990.807-65

Karine Gomes de Lima



Rio de Janeiro, 23 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **GLEBERSON RAIA COSTA**

Nº Sinistro: **3180379436**

Vítima: **GLEBERSON RAIA COSTA**

Data do Acidente: **19/05/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **PABLO GADELHA VIANA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180379436**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13275671

Pag. 01925/01926 - carta_01 - INVALIDEZ



Rio de Janeiro, 14 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **GLEBERSON RAIÁ COSTA**

Sinistro: **3180379436**

Vítima: **GLEBERSON RAIÁ COSTA**

Data do Acidente: **19/05/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **PABLO GADELHA VIANA**

Assunto: **INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o número **3180379436** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

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

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00951/00952 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 13589344



Rio de Janeiro, 14 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **GLEBERSON RAIÁ COSTA**

Sinistro: **3180379436**

Vítima: **GLEBERSON RAIÁ COSTA**

Data do Acidente: **19/05/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **PABLO GADELHA VIANA**

Assunto: **INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o número **3180379436** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

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

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00951/00952 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 13589344

