Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena

GOVERNO DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1132193

Identificação do paciente

ID 1360071	Nome JOAO BATISTA MOLA			Sexo Masculino
Data de nascimento 29/06/1943	Idade 75 anos 5 meses 29 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe ARLETE DE SOUZA			Pai GILBERTO FRANCISCO MOLA	
Escolaridade			Responsável (Parentesco) NELIO FRANCISCO MOLA - IRMAO(A)	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 987332869		DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 2350134		Nº Cns	
Local de procedência TORRE			Tipo BAIRRO	UF PB
Email	Naturalidade JOAO PESSOA		CBO/R	

Endereço

CEP 58040240	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro CARNEIRO DA CUNHA - ATÉ 793/794
Número 1644	Complemento		Bairro TORRE

Admissão

Data e Hora 28/12/2018 09:24:21	Número da pulseira 100007121196		Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL		Clínica	
Classificação de risco			Origem do paciente RUA
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE BICICLETA		Detalhe do acidente VEICULO X BICICLETA

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte SAMU		Quem transportou	

Sinais Vitais

PA 130 x 90 mmHg	Pulso 86	Temperatura 100,1

Exames complementares

Raio X [ ] Sangue [ ] Urina [ ] TC [ ] Liquor [ ] ECG [ ] Ultrasonografia [ ]

Dados clínicos

Paciente Cytura de atrofia, enfermo, 6ta
Trazido pelo SAMU, encaminhado p/o CDI

Diagnóstico	CID
Atendido por SANDRA CAROLINA GOMES RIBEIRO	Tempo 01min 16seg

Imprimir

28/12/2018 09:23

Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

GOVERNO DA PARAÍBA

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA
Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700
CNES: 445365

	Data Baixa
	Telefone de Contato (83) 987332869
	Prontuário
	UF PB
MIGA	Nº Cons. Regional 8085/PB

Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

GOVERNO DA PARAÍBA

Receituário

aciente:JOAO BATISTA MOLA Idade 75

ata: 11/01/2019 07:19:56 Sexo Masculino CPF: Não Informado BAE: 1132193

NO QUADRIL.

I

_TA HOSPITALAR

:ONDUTA:
ACIENTE VITIMA DE QUEDA AO SOLO, EVOLUI COM FRATURA SUBTROCANTERICA,
EALIZADA CIRURGIA -DCS DR UMBERTO JANSEN- SEM INTERCORRENCIAS.

UERDO

.ESULTADO DE EXAMES:
< COM FRAUTRA DE FEMUR

RATAMENTO:
EALIZADO OSTEOSSINTESE DE FEMUR DIREITEO (DCS) E UMERO DIREITO (PLACA
HILUS) SEM INTERCORRENCIAS.

ID10:
RATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR ESQUERDO SUBTROCANTERICA

ECOMENDAÇÕES:
ARGA ZERO - TROCAR CURATIVO DIARIAMENTE EM PSF - TOMAR MEDICAÇÃO
RESCRITA - RETONAR AO HTOP COM 15 DIAS-

I

Daniel Conserva Arruda
MÉDICO
CRM 11134

Dr. DANIEL CONSERVA ARRUDA
11134/PB

ETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena
Orestes Lisboa, S/N Bairro Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep[illegible]

:IO SE PAS > 160 OU PAD > 110 (DOSE

:ÕES: PELA MANHA, EM JEJUM)

Diluir

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

Item registrado por: SANDRA CAROLINA GOMES RIBEIRO em 28/12/2018 09:25:37

GLICOSE 50% (AMPOLA) - SOLUVEL, ADMINISTRAR 30,0 ML VIA E.V, ACM, SE NECESSÁRIO SE HGT<60 (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 30.0) (OBSERVAÇÕES: SE HGT<60)

CUIDADOS

CURATIVO, (OBSERVAÇÕES: DIARIO)

HGT 6/6HS

FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIO E MOTORA

INSULINA REGULAR CONFORME HGT, (OBSERVAÇÕES: E PROTOCOLO HOSPITALAR)

SSVV + CCGG

EXAME LABORATORIAL

CREATININA

GLICOSE

HEMOGRAMA COMPLETO

POTASSIO

SODIO

UREIA

IONOGRAMA

COAGULOGRAMA COMPLETO

EXAME DE IMAGEM

ELETROCARDIOGRAMA

CID10

Código	Descrição
S72.8	Fraturas de outras partes do fêmur

Conduta

Em observação

Dr. Tiago Martins Formiga
Ortopedia e Traumatologia
8085 CRM-PB / 24411 CRM-PE
TEOT 14830

JOAO BATISTA MOLA

TIAGO MARTINS FORMIGA
(CRM: 8085/PB)

Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

GOVERNO DA PARAÍBA

AREA VERMELHA
Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel:
CNES: 6121221

Paciente JOAO BATISTA MOLA		BAE 1132193	Data/Hora Entrada 28/12/2018 09:24:21	Data Baixa
Data de nascimento 29/06/1943	Idade 75a 5m 29d	Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato (83) 987332869
Mãe ARLETE DE SOUZA				Prontuário
Endereço CARNEIRO DA CUNHA - ATÉ 793/794, 1644		Bairro TORRE	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X BICICLETA	Motivo ACIDENTE DE BICICLETA		Profissional JOSE CALIXTO DA SILVA FILHO	Nº Cons. Regional 3650/PB
Data/Hora Classificação 28/12/2018 09:24:21			Data/Hora Prescrição 28/12/2018 09:34:28	

Anamnese

ACIENTE TRAZIDO PELO SAMU VITIMA DE ATROPELAMENTO REFERINDO DOR NO QUADRIL.
TORAX E ABDOMEN NORMAL
ECG 15
ROTAÇÃO MIE

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE BACIA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA)

RADIOGRAFIA DE PE / DEDOS DO PE ESQUERDO, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA)

RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TIBIO-TARSICA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA)

ULTRASSONOGRAFIA - FAST, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA)

CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

Dr. José Calixto da Silva Filho
Cirurgião Geral
CRM: 3650

JOAO BATISTA MOLA

JOSE CALIXTO DA SILVA FILHO
(: 3650/PB)

Boletim registrado por: SANDRA CAROLINA GOMES RIBEIRO em 28/12/2018 09:24:27

Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena

GOVERNO DA PARAÍBA

INTERNO, S/N -
CNES: 454552 - Tel.:

Impresso por: LOUISE NATHALIE QUEIROGA FONTES MARQUES
Em: 10/01/2019 21:48:30

Nome **JOAO BATISTA MOLA**		Boletim de Atendimento **1132193**	Data/Hora Entrada **28/12/2018 09:24:21**	Data/Hora Saída
Data de nascimento **29/06/1943**	Idade **75**	Sexo **Masculino**	CNS	Prontuário **113124**
Tempo de Internação		Convênio **SUS**		Plantão **DIURNO**
Data de Entrada **28/12/2018 09:24:21**	Data Internação **28/12/2018 14:07:35**	Permanência na Unidade: **13d 12h 24min**		Permanência no Leito: **22h 42min**

EVOLUÇÃO DO PACIENTE *(LOUISE NATHALIE QUEIROGA FONTES MARQUES - 10/01/2019 18:19:51)*

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

PROCEDIMENTO:
DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

PACIENTE CONSCIENTE E ORIENTADO, ESTAVEL HEMODINAMICAMENTE SEM USO DE VASOATIVOS, VENTILANDO EM AR AMBIENTE, FOI ADMITIDO NESTA UNIDADE, POR UM QUADRO DE IRA PRE RENAL PARA FAZER DIALISE, POREM APÓS VISUALIZAR OS EXAMES DE HJ, A NEFROLOGISTA CONTRA INDICOU DIALISE DEVIDO A GRANDE MELHORA DOS MESMOS. POS-OP DE FRATURA DE FÊMUR CORRIGIDA, EUPNEICO, AFEBRIL E ANICTERICO.
ACESSO VENOSO CENTRAL EM VSCD, NIVEIS PRESSORICOS MANTIDOS SEM DVA,
HIPOCORADO +/4+

Obs. Paciente nega ter previamente DM, HAS, doença renal, nega tabagismo ou etilismo (relata ter fumado por 2 anos)

REPETI OS EXAMES LABORATORIAIS POR 2 VEZES HOJE E OBTIVE OS SEGUINTES VALORES

5h UR 107 E CR 2,6
10h UR 101 E CR 1,5
16H UR 78 E CR 1,5 - FALEI COM BIOQUIMICO QUE ME FALOU RESULTADO POR TELEFONE , LIGUEI INUMERAS VEZES PARA QUE O LAB COLOCASSE O RESULTADO NO SISTEMA E ATE O MOMENTO NAO O FIZERAM
POTASSSIO 4,0

ALTA PARA ENFERMARIA

MOTIVOS DE INTERNAÇÃO

: **FRATURA SUBTROCANTÉRICA ESQUERDA** 2.: **2 DPO DE CORREÇÃO CIRURGICA DA FRATURA DE FEMUR**

MOTIVO DE PERMANÊNCIA (INTERCORRÊNCIAS)

1.: **SUPORTE CLINICO** 2.: **ACOMPANHAMENTO DA NEFROLOGIA**

IMPRESSÃO CLÍNICA

DESCRIÇÃO:

VEIO PARA AVALIAÇÃO DA NEFROLOGIA E SUPORTE DIALITICO.
DIALISE NAO INDICADA

ANTIBIÓTICOS

1.: **CIPROFLOXACINO** 2.: **CLINDAMICINA**

SONDAS, DRENOS E CATETERES

1.: **SVD** 2.: **AVC VSCD**

CHECAGEM DE METAS

EVOLUÇÃO: **DECÚBITO ELEVADO** ESCALA DE RASS: **NENHUM**

SISTEMA RESPIRATÓRIO

ESPONTÂNEA: **ESPONTÂNEA** SECREÇÕES: **NENHUM**

SISTEMA CARDIOVASCULAR

Nome JOAO BATISTA MOLA		Boletim de Atendimento 1132193	Data/Hora Entrada 28/12/2018 09:24:21	Data/Hora Saída
Data de nascimento 29/06/1943	Idade 75	Sexo Masculino	CNS	Prontuário 113124
Tempo de Internação		Convênio SUS		Plantão DIURNO
Data de Entrada 28/12/2018 09:24:21	Data Internação 28/12/2018 14:07:35	Permanência na Unidade: 13d 12h 24min		Permanência no Leito: 22h 42min

FC: **102.00** PA: **120/65** SPO²: **96.00**

EVOLUÇÃO:

SISTEMA NEUROLÓGICO

AO: **ABERTO -4** RV: **ORIENTADO -5** RM: **OBEDECE COMANDOS - 6**

EVOLUÇÃO: DROGAS: **SEM SEDATIVOS** PUPILAS: **ISO E FOTO +**

PARESIA: **NÃO**

SISTEMA DIGESTIVO/NUTRICIONAL

DIETA: **ORAL BRANDA** EVOLUÇÃO:

SISTEMA TÓXICO/INFECCIOSO

EVOLUÇÃO: **ANTIBIOTICOTERAPIA , ANTIBIOTICOTERAPIA ADEQUADA**

SISTEMA RENAL/METABÓLICO

DIURETICO, QUAL?: **SEM** DIURESE PARA ÚTILMAS 24HS: **1400.00** ACUMULADO (ML): **-419.00**

EDEMA: **NAO** EVOLUÇÃO:

EVOLUÇÕES FINAIS

CONCLUSÕES:

CDT
1. AVALIAÇÃO DA NEFROLOGIA, CONTRA INDICOU DIALISE
2. SUPORTE CLINICO
3. AUMENTO HIDRATAÇÃO VENOSA
4. ALTA PARA ENFERMARIA

Seção: UPO - ENF 30 SALA 03 Leito: 9002
Profissional responsável pela informação: LOUISE NATHALIE QUEIROGA FONTES MARQUES **Número Conselho: 9182**

Nome **JOAO BATISTA MOLA**		Boletim de Atendimento **1132193**	Data/Hora Entrada **28/12/2018 09:24:21**	Data/Hora Saída
Data de nascimento **29/06/1943**	Idade **75**	Sexo **Masculino**	CNS	Prontuário **113124**
Tempo de Internação		Convênio **SUS**		Plantão **NOTURNO**
Data de Entrada **28/12/2018 09:24:21**	Data Internação **28/12/2018 14:07:35**	Permanência na Unidade: **12d 13h 59min**		Permanência no Leito: **17min**

EVOLUÇÃO DO PACIENTE *(BRENO GRACIOSO CARDOSO - 09/01/2019 23:11:08)*

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

PROCEDIMENTO:
DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

RECEBO PACIENTE DO BLOCO CIRURGICO EM PO DE CORREÇÃO DE FRATURA SUBTROCANTÉRICA ESQUERDA. PACIENTE VEM SEM SEDAÇÃO, ORIENTADO, SOCIÁVEL, SEM DEFICIT MOTOR APARENTE, LIMITAÇÃO FUNCIONAL PELA FRATURA DE FEMUR ESQUERDO; VENTILA ESPONTANEAMENTE SEM O2 SUPLEMENTAR, PADRÃO RESPIRATORIO CONFORTAVEL; ACESSO VENOSO CENTRAL EM VSCD, NIVEIS PRESSORICOS MANTIDOS COM USO DE BAIXOS TITULOS DE NORADRENALINA.
HIPOCORADO +/4+ (HB 11,6), DISCRETA DESIDRATAÇÃO DE MUCOSAS; SEM EDEMA, DIURESEDE ASPECTO ALGO CONCENTRADO +/4+.
MOTIVO DA INTERNAÇÃO NESTE SETOR É UM QUADRO DE INSUFICIENCIA RENAL AGUDA (HOJE, CREATININA 11,44 E UREIA 230, POTASSIO DE ONTEM EM 5,9, SODIO EM 122).
Obs. Paciente nega ter previamente DM, HAS, doença renal, nega tabagismo ou etilismo (relata ter fumado por 2 anos)

CDT
1. AVALIAÇÃO DA NEFROLOGIA
2. CORRIGIR HIPONATREMIA E HIPERCALEMIA, OPTO POR NÃO INICIAR SOLUÇÃO POLARIZANTE (SEM SINAIS CLINICOS DE HIPER-K, K na gasometria de 5,2)
3. SOLICITO GASOMETRIA ARTERIAL PARA AVALIAR E CORRIGIR POSSIVEL ACIDOSE
4. AUMENTO HIDRATAÇÃO VENOSA
5. RETIRAR DROGAS NEFROTOXICAS
6. LABORATORIO, IONOGRAMA, CULTURAS DE ADMISSÃO
7. RX DE TORAX, USG DE VIAS URINÁRIAS
8. DESLIGO NORADRENALINA

Obs. gasometria arterial com pH 7,4;HCO3- 19; Na 139, K5,2.

MOTIVOS DE INTERNAÇÃO

1.: **FRATURA SUBTROCANTÉRICA ESQUERDA** 2.: **2 DPO DE CORREÇÃO CIRURGICA DA FRATURA DE FEMUR**

3.: **INSUFICIENCIA RENAL AGUDA (NTA?)**

MOTIVO DE PERMANÊNCIA (INTERCORRÊNCIAS)

1.: **SUPORTE CLINICO** 2.: **ACOMPANHAMENTO DA NEFROLOGIA**

IMPRESSÃO CLÍNICA

DESCRIÇÃO:

VEIO PARA AVALIAÇÃO DA NEFROLOGIA E SUPORTE DIALITICO

ANTIBIÓTICOS

1.: **CIPROFLOXACINO** 2.: **CLINDAMICINA**

SONDAS, DRENOS E CATETERES

1.: **SVD** 2.: **AVC/VSCD**

CHECAGEM DE METAS

EVOLUÇÃO: **DECÚBITO ELEVADO** ESCALA DE RASS: **NENHUM**

Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena

GOVERNO DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, Sn - PEDRO GONDIM
CNES: 445365 - Tel.: 8332165700

Impresso por: JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO
Em: 07/01/2019 07:10:07

Nome **JOAO BATISTA MOLA**		Boletim de Atendimento **1132193**	Data/Hora Entrada **28/12/2018 09:24:21**	Data/Hora Saída
Data de nascimento **29/06/1943**	Idade **75**	Sexo **Masculino**	CNS	Prontuário **113124**
Tempo de Internação		Convênio **SUS**		Plantão **DIURNO**
Data de Entrada **28/12/2018 09:24:21**	Data Internação **28/12/2018 14:07:35**	Permanência na Unidade: **9d 21h 46min**		Permanência no Leito: **9d 9h 1min**

EVOLUÇÃO MEDICA *(JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO - 07/01/2019 07:09:57)*

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

ORTOPEDIA
FRATURA SUBTROCANTERICA EXAME
LAB OK CD: AGUARDANDO ECO

Seção: AREA VERDE ENF 36 Leito: 0012
Profissional responsável pela informação: JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO **Número Conselho: 4518**

Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

GOVERNO DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, Sn - PEDRO GONDIM
CNES: 445365 - Tel.: 8332165700

Impresso por: EDSON DELGADO TINOCO
Em: 03/01/2019 09:32:03

Nome **JOAO BATISTA MOLA**		Boletim de Atendimento **1132193**	Data/Hora Entrada **28/12/2018 09:24:21**	Data/Hora Saída
Data de nascimento **29/06/1943**	Idade **75**	Sexo **Masculino**	CNS	Prontuário **113124**
Tempo de Internação		Convênio **SUS**		Plantão **DIURNO**
Data de Entrada **28/12/2018 09:24:21**	Data Internação **28/12/2018 14:07:35**	Permanência na Unidade: **6d 8min**		Permanência no Leito: **5d 11h 23min**

EVOLUÇÃO MEDICA *(EDSON DELGADO TINOCO - 03/01/2019 09:31:52)*

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:
DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

ORTOPEDIA
#FRATURA TRANSTROCANTERIANA DO FEMUR ESQUERDO
AGUARDA ECOCARDIOGRAMA PARA FINALIZAR RISCO CIRURGICO
EXAMES PRE OP OK

Seção: AREA VERDE ENF 36 Leito: 0012
Profissional responsável pela informação: EDSON DELGADO TINOCO

Número Conselho: 7142

Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena

GOVERNO DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, Sn - PEDRO GONDIM
CNES: 445365 - Tel.: 8332165700

Impresso por: JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO
Em: 31/12/2018 06:55:20

Nome JOAO BATISTA MOLA		Boletim de Atendimento 1132193	Data/Hora Entrada 28/12/2018 09:24:21	Data/Hora Saída
Data de nascimento 29/06/1943	Idade 75	Sexo Masculino	CNS	Prontuário 113124
Tempo de Internação		Convênio SUS		Plantão NOTURNO
Data de Entrada 28/12/2018 09:24:21	Data Internação 28/12/2018 14:07:35	Permanência na Unidade: 2d 21h 31min		Permanência no Leito: 2d 8h 46min

EVOLUÇÃO MEDICA *(JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO - 31/12/2018 06:54:59)*

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

#ORTOPEDIA

PACIENTE VITIMA DE QUEDA AO SOLO
SEM QUEIXAS NO MOMENTO
FRATURA SUBTROCANTERICA

AGUARDA CIRURGIA

CD:VPM

Seção: AREA VERDE ENF 36 Leito: 0012
Profissional responsável pela informação: JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO **Número Conselho: 4518**

Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena

GOVERNO DA PARAÍBA

INTERNO, S/N -
CNES: 454552 - Tel.:

Impresso por: IUARA PAIVA SILVA
Em: 10/01/2019 21:50:13

Nome **JOAO BATISTA MOLA**		Boletim de Atendimento **1132193**	Data/Hora Entrada **28/12/2018 09:24:21**	Data/Hora Saída
Data de nascimento **29/06/1943**	Idade **75**	Sexo **Masculino**	CNS	Prontuário **113124**
Tempo de Internação		Convênio **SUS**		Plantão **NOTURNO**
Data de Entrada **28/12/2018 09:24:21**	Data Internação **28/12/2018 14:07:35**	Permanência na Unidade: **13d 12h 26min**		Permanência no Leito: **22h 44min**

FISIOTERAPÊUTICA *(IUARA PAIVA SILVA - 10/01/2019 21:49:51)*

ESTADO GERAL

EVOLUÇÃO: **REGULAR**

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

EVOLUÇÃO: **CONSCIENTE , ACORDADO**

SINAIS VITAIS

F.C (BPM): **113.00**

P.A (MMHG): **97/75**

F.R (IRPM): **15.00**

SPO2: **97.00**

EVOLUÇÃO:

AVALIAÇÃO RESPIRATÓRIA

PADRÃO RESPIRATÓRIO: **MISTO**

EVOLUÇÃO: **REGULAR , SIMÉTRICA**

CONDIÇÃO RESPIRATÓRIA: **EUPNÉIA**

REFLEXO DA TOSSE: **PRESENTE**

SUPORTE VENTILATÓRIO

RESPIRANDO EM: **AR AMBIENTE**

CONDUTA

FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA: **TERAPIA DE HIGIENE BRONQUICA**

EVOLUÇÃO: **TERAPIA DE EXPANSÃO PULMONAR ATIVA , MONITORIZAÇÃO RESPIRATÓRIA , POSICIONAMENTO TERAPÊUTICO**

FISIOTERAPIA MOTORA: **ELEVAÇÃO DE CABECEIRA**

Seção: UPO - ENF 30 SALA 03 Leito: 9002
Profissional responsável pela informação: IUARA PAIVA SILVA

Número Conselho: 95852

Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena

GOVERNO DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, s/n - PEDRO GONDIM
CNES: 2592983 - Tel.: 8332165700

Impresso por: FRANCISCA LUCIA PEREIRA DE SOUSA
Em: 10/01/2019 18:22:36

Nome **JOAO BATISTA MOLA**		Boletim de Atendimento **1132193**	Data/Hora Entrada **28/12/2018 09:24:21**	Data/Hora Saída
Data de nascimento **29/06/1943**	Idade **75**	Sexo **Masculino**	CNS	Prontuário **113124**
Tempo de Internação		Convênio **SUS**		Plantão **DIURNO**
Data de Entrada **28/12/2018 09:24:21**	Data Internação **28/12/2018 14:07:35**	Permanência na Unidade: **13d 8h 58min**		Permanência no Leito: **19h 16min**

FISIOTERAPÊUTICA *(FRANCISCA LUCIA PEREIRA DE SOUSA - 10/01/2019 18:22:21)*

ESTADO GERAL

EVOLUÇÃO

EVOLUÇÃO: **REGULAR**

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

EVOLUÇÃO: **CONSCIENTE , ACORDADO , ORIENTADO , CONTACTUANTE , COLABORATIVO**

SINAIS VITAIS

F.C (BPM): **92.00**

P.A (MMHG): **138/76**

F.R (IRPM): **18.00**

SPO2: **96.00**

EVOLUÇÃO: **NORMOTERMIA**

AVALIAÇÃO RESPIRATÓRIA

PADRÃO RESPIRATÓRIO: **MISTO**

DRIVE: **PRESENTE**

EVOLUÇÃO: **REGULAR , SIMÉTRICA**

CONDIÇÃO RESPIRATÓRIA: **EUPNÉIA**

SUPORTE VENTILATÓRIO

RESPIRANDO EM: **AR AMBIENTE**

AVALIAÇÃO MOTORA

TÔNUS: **NORMAL**

DIMINUÍDA: **MIE**

DÉFICIT MOTOR: **AUSENTE**

EVOLUÇÃO:

FORÇA MUSCULAR: **DIMINUÍDA**

INSPEÇÃO: **EDEMA**

SEGM.(S): **MIE**

CONDUTA

EVOLUÇÃO: **MONITORIZAÇÃO RESPIRATÓRIA , POSICIONAMENTO TERAPÊUTICO , ORIENTAÇÕES GERAIS**

FISIOTERAPIA MOTORA: **ELEVAÇÃO DE CABECEIRA**

OBSERVAÇÕES:

TARDE-REGULAR,CONSCIENTE,RE,AA.CD-MONITORIZAÇAO RESPIRATORIA,POSICIONAMENTO.

Seção: UPO - ENF 30 SALA 03 Leito: 9002
Profissional responsável pela informação: FRANCISCA LUCIA PEREIRA DE SOUSA 15094
Número Conselho: 15094

Anexo II

SUS Sistema Único de Saúde — Ministério da Saúde

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

Folha 1/2

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: H-E-E-T-S-H 2

2 - CNES:

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: H-E-E-T-S-H 2

4 - CNES:

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: João Batista Mota

6 - Nº DO PRONTUÁRIO: 1132193

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS):

8 - DATA DE NASCIMENTO: 29/6/1943

9 - SEXO: Masc. [1] Fem. [3]

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL:

11 - TELEFONE DE CONTATO: DDD / Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO):

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA:

14 - CÓD. IBGE. MUNICÍPIO:

15 - UF:

16 - CEP:

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH):

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR:

19 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR:

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA:

21 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA:

22 - DIAGNÓSTICO INICIAL:

23 - CID 10 PRINCIPAL:

24 - CID 10 SECUNDÁRIO:

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL:

27 - CÓD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL:

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

[ ] DIÁRIA DE ACOMPANHANTE [ ] DIÁRIA DE UTI TIPO I [ ] DIÁRIA DE UTI TIPO II [ ] DIÁRIA DE UTI TIPO III

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL:

30 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL:

31 - QTDE:

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL:

33 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL:

34 - QTDE:

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL: TM-

36 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL:

37 - QTDE:

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

1 placa DCS de 8 furos
1 parafuso deslizante Nº 75 + pino
3 parafusos cortical Nº 40 + Nº 42 (1)
1 malleolar Nº 64 [OBS: foi usada caixa DHS + TM
2 fios de Kirschner Nº 2.0 - 60 cm

PROFISSIONAL SOLICITANTE

REF MXA232X20X70M
LOT 3414276
Smiths Medical Deutschland GmbH

cateter venoso central (1)

40 - DATA DA SOLICITAÇÃO: / /

DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: ( ) CNS ( ) CPF

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

Dr. Victor Lima
Médico
CRM 8.184-RN
CRM 10.324-PB

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:

45 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR:

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: / /

47 - DOCUMENTO: ( ) CNS ( ) CPF

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

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

CRUZ VERMELHA BRASILEIRA

RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEETSHL

NOME: JOÃO BATISTA MOLA BE/PRONTUÁRIO 1120440
IDADE: SEXO: ☐ MASC ☒ FEM COR: DATA: 9/1/2019
CLÍNICA /SETOR: ORTOPEDIA EMP: LR:
CIRURGIA: TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA SUBTROCANTERIANA DE FEMUR ESQUERDO

CIRURGIÃO: DR UMBERTO JANSEN 1º ASS: DR SANTINO
2º ASS: DR VICTOR MR2 3º ASS:
INSTRUMENTADOR: ANESTESISTA:
TIPO DE ANESTESIA: RAQUIANESTESIA HORÁRIO INÍCIO: TÉRMINO:

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO	CID
FRATURA SUBTROCANTERIANA DE FEMUR ESQUERDO	

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	CÓDIGO
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA SUBTROCANTERIANA	
COM PLACA DCS + PARAFUSO DESLIZANTE E PARAFUSOS 4,5MM	

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO: ☐ SIM ☒ NÃO
DESCRIÇÃO:
BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO: ☐ SIM ☒ NÃO

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:
X ENFERMARIA TERAPIA INTENSIVA
RESIDÊNCIA ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM: DATA: 9/1/2019

Nota de Sala Cirúrgica

NOME DO PACIENTE: João Batista Mota
IDADE: BE 113219 PRONTUÁRIO: ENFERMARIA: LEITO:
CIRURGIA: Trat. Cirúrgico de trat. de fêmur esquerdo
CIRURGIÃO: Dr. Jansen 1º AUX: Dr. Soarlinio 2º AUX.:
ANESTESIA: raqui
ANESTESISTA: Dr. Alvan
INSTRUMENTADOR: Viviane (Estudante)
DATA: 9/1/19 TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA: INÍCIO: 12 FIM: 10 CIRURGIA: INÍCIO: 14 FIM: 25
INDICE DE RISCO DE CIRUGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTESIOLOGISTE)
ASA 1 ( ) ASA 2 ( ) ASA 3 ( ) ASA 4 ( ) ASA 5 ( )
GRAU DE CONTAMINAÇÃO: ( ) LIMPA ( ) CONTAMINADA ( ) INFECTADA ( ) POTENCIALMENTE CONTAMINADA

MEDICAÇÕES ANESTESICAS	QTD.
ALFENTANILA	
BUPIVACAÍNA ISOBÁRICA	1
BUPIVACAÍNA PESADA	
CETAMINA	
DROPERIDOL	
MIDATO	
OBARBITAL	
ENTANILA	
AZENIL	
URANO	
LEVOBUPIVACAÍNA C/ VASO	
LEVOBUPIVACAÍNA S/ VASO	
LIDOCAÍNA C/ VASO	
LIDOCAÍNA S/ VASO	
MIDAZOLAN	1
MORFINA	1
NIMBIUM	
PANCURÔNIO	
PETIDINA	
PROPORFOL	
RAMIFENTANILA	
ROCURÔNIO	
SEVOFLURANO	
SUXAMETÔNIO	
TIOPENTAL	

MEDICAÇÕES	QTD.
ADRENALINA	
GUA DESTILADA	
ATROPINA	
XTRA	
FAZOLINA	L
XAMETASONA	1
DIPIRONA SÓDICA	L
EFEDRINA	
FUROSEMIDA	
GLICOSE 50%	
GLUCONATO DE CALCIO	
HIDROCORTISONA	
LIDOCAÍNA GELÉIA	
ONDASENTRONA	
PLASIL	
PROSTIGMINE	
PROTAMINA	
TENOXICAN	
Nora	5
Amiodorona	1

	QTD.
Soro fisio	L
Soro Ringer	L

SOLUÇÕES	QTD.
ÁLCOOL ETÍLICO 70%	OK
PVPI DEGERMANTE	OK
PVPI TINTURA	OK
PVPI TÓPICO	
SABÃO ANTISÉPTICO	

MATERIAIS	QTD.
AGULHA 13X4,5	
AGULHA 25X07	L
AGULHA 25X08	U
AGULHA 40X12	U
AGULHA PERIDURAL Nº16	
AGULHA PERIDURAL Nº17	
AGULHA PERIDURAL Nº18	
AGULHA RAQUI Nº25G	
AGULHA RAQUI Nº26G	1
AGULHA RAQUI Nº27G	
ALGODÃO ORTOPÉDICO	
ATADURA DE CREPOM	U
ATADURA GESSADA	
BOLSA P/ COLOSTOMIA	
CÂNULA P/ TRAQUEOSTOMIA Nº	
CATETER DE OXIGÊNIO	1
CATETER EMBOLEC ARTERIAL N	
CATETER EPIDURAL Nº16	
CATETER EPIDURAL Nº17	
CATETER EPIDURAL Nº18	
CERA PARA OSSO	
COLET. URINA FECHADO	1
COMPRESSAS CIRÚRGICAS	8
COMPRESSAS CIRÚRGICAS	
DRENO DE PENROSE	
DRENO DE SUCÇÃO	
ELETRODOS	5
EQUIPO MACROGOTAS	
EQUIPO TRANSF. SANGUE	
EQUIPO MICROGOTAS	
ESPONJA DE PVPI	
ESPARADRAPO	
GAZES	
GAZES ALGODOADAS	
GEL ELETROLÍTICO	
JELCO Nº14	
JELCO Nº16	

MATERIAIS CONT.	QTD.
JELCO Nº18	
JELCO Nº20	
JELCO Nº22	
JELCO Nº24	
KIT SIST. DREN. TORÁXICA Nº	
LÂMINA BISTURI Nº11	
LÂMINA BISTURI Nº15	
LÂMINA BISTURI Nº23	
LÂMINA BISTURI Nº24	1
LÂMINA DE DERMÁTOMO	
LÂMINA DE ENXERTO	
LUVA DE PROCEDIMENTO PAR.	
LUVA ESTÉRIL Nº7,0	3
LUVA ESTÉRIL Nº7,5	6
LUVA ESTÉRIL Nº8,0	3
LUVA ESTÉRIL Nº8,5	
MÁSCARA CIRÚRGICA	
MÚLTIVIAS	
PERFURADOR DE SORO	
SCALP Nº19	
SCALP Nº21	
SERINGA 3ML	
SERINGA 5ML	1
SERINGA 10ML	3
SERINGA 20ML	2
SONDA ASP. TRAQUEAL Nº8	
SONDA ASP. TRAQUEAL Nº10	
SONDA ASP. TRAQUEAL Nº12	
SONDA ASP. TRAQUEAL Nº14	
SONDA ASP. TRAQUEAL Nº16	
SONDA FOLEY 2VIAS Nº12 16	1
SONDA FOLEY 2VIAS Nº14	
SONDA NASOG. CURTA	
SONDA NASOG. LONGA	
SONDA URETRAL Nº	
TORNEIRINHA	1
TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	
TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	
TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	
TUBO SILICONE (LATEX)	

FIOS	QTD.
FIO ALGODÃO S/A Nº	
FIO ALGODÃO S/A Nº	
FIO ALGODÃO C/A Nº	
FIO ALGODÃO C/A Nº	

FIOS	QTD.
FIO CAT GUT CROMADO Nº	
FIO CAT GUT CROMADO Nº	
FIO DE AÇO Nº	
FIO DE AÇO Nº	
FIO DE NYLON Nº 2.0	M
FIO DE NYLON Nº	
FIO DE NYLON Nº	
FIO POLIGLACTINA Nº	
FIO POLIGLACTINA Nº 1.0	E
FIO POLIGLACTINA Nº	
FIO POLIPROPILENO Nº	
FIO POLIPROPILENO Nº	
FIO POLIPROPILENO Nº	
FIO POLIGLECAPRONE Nº	
FIO SEDA Nº	
FITA CARDÍACA	

MATERIAL ESPECIAL	QTD.
CATETER DE PIC	
CIMENTO CIRÚRGICO	
CLIP TITÂNIO LIGADURA	
FIO DE KIRSCHNNER Nº 20	Leano grande
FIO DE KIRSCHNNER Nº	
FIO STEINMAN Nº	
FIO STEINMAN Nº	
GRAMPEADOR CIRÚRGICO	
HEMOST. ABSORVÍVEL	
KIT. DERIVA. VENTRICULAR	
PRÓTESE VASCULAR	
KIT. PAM	
FIXADOR EXTERNO	

EMPRESA
PARAFUSOS CORTICAIS Nº 40 (3)
PARAFUSOS CORTICAIS Nº 42 (1)
PARAFUSOS ESPONJOSO
PARAFUSOS ~~ESPONJOSO~~ DESLIZANTES + PINO
PARAFUSOS MALEOLAR
PARAFUSOS MALEOLAR 64 (1)
PLACA D.C 5 de 8F (1)
PLACA

EQUIPAMENTOS
(X) ASPIRADOR
(X) BISTURI ELÉTRICO
( ) CAPNÓGRAFO
( ) CARDIOMONITOR
( ) DESFIBRILADOR
( ) FOCO AUXILIAR
(X) FOCO CENTRAL
( ) MICROSCOPIO
(X) OXÍMETRO DE PULSO
( ) P.A. INVASIVA/NÃO INVASIVA
(X) PERFURADOR ELÉTRICO
( ) SERRA

(1) cateter venoso central foi usado e X DHS T-M

CIRCULANTE: Josefa Jozilene da Silva
COREN-PB 195115-TE

FMGI.ASCR.027-2

FICHA DE ANESTESIA

DATA: 09/01/19 PRONTUÁRIO: 1132193

PACIENTE: Lívio Batista Mota SEXO: COR: IDADE: 75

PRESSÃO ARTERIAL PULSO RESPIRAÇÃO TEMPERATURA PESO GRUPO SANGUINEO

ESTADO GERAL ( ) BOM (X) REGULAR ( ) MAU ( ) PÉSSIMO RISCO CIRURGICO ( ) BOM ( ) REGULAR ( ) MAU ( ) PÉSSIMO

EXAMES COMPLEMENTARES

AP. RESPIRATÓRIO eupneico AP. CIRCULATÓRIO RC irregular

AP. DIGESTIVO 9 ESTADO MENTAL ORIENTADO DROGAS EM USO

PRÉ-ANESTÉSICO não ESTADO FÍSICO (ASA) III

DOSE HORA

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO FRATURA COLO FÊMUR E

CIRURGIA REALIZADA Tratamento cirúrgico de fratura colo fêmur.

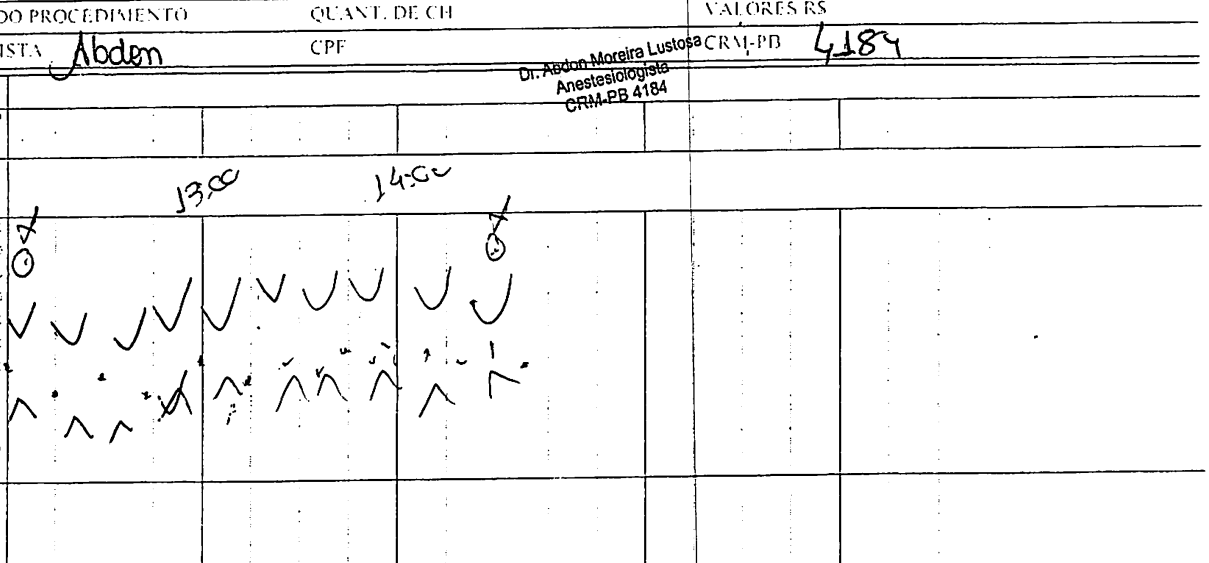
CIRURGIÃO JANSEN AUXILIARES

INÍCIO DA ANESTESIA 12:00 TÉRMINO DA ANESTESIA 14:30 DURAÇÃO DA ANESTESIA 02:30

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO QUANT. DE CH VALORES R$

ANESTESISTA Abdon CPF CRM-PB 4184

Dr. Abdon Moreira Lustosa
Anestesiologista
CRM-PB 4184



☐ ANESTESIA GERAL ☒ RAQUIDIANA ☐ EPIDURAL ☐ BLOQ PLEXO ☐ BLOQ NERVOS ☐ OUTROS

Início de anestesia raquidiana, pct monitorizado, assepsia c/ álcool a 70%, punção em L4-L5

MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

1	Cefazolina 2g	11	
2	Dexametasona	12	
3	Midazolam 2g	13	
4	Dipirona 2g	14	
5	Bupivacaína isobárica 12,5mg	15	
6	Dimorf 10 mg	16	
7	Amicacina 1 amp	17	
8	Tramadol	18	
9		19	
10		20	

☐ APTº ☐ ENFERMARIA ☐ UTI ☐ RESIDÊNCIA ☐ OUTROS

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

medicação única, c/ agulha 26G Quincke

Teve 2 concentrados de hemácias e 2 plasma.
SVD: débito inicial 1700 mL.
ao final da cirurgia: 1500 mL.

ASSINATURA DO ANESTESISTA

Dr. Abdon Moreira Lustosa
Anestesiologista
CRM-PB 4184

SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência

POLÍCIA CIVIL PARAÍBA

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

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 03325.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 03325.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:19 horas do dia 26 de março de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Isaías Olegário da Silva, matrícula 611697, e lavrado por José Saulo Araujo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **João Batista Mole**, CPF nº 016.561.632-68, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Aposentado, filho(a) de Arlete de Souza e Gilberto Francisco Mola, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 29/06/1943 (75 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Carneiro da Cunha, Nº 1644, bairro Torre, tendo como ponto de referência Unimed, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98738-2869.

Dados do(s) Fatos:

Local: Av Feliciano Dourado, Mercado da Torre, João Pessoa/PB, bairro Torre; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 28/02/18 08:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE o notificante pedalava um bicicleta, e estava indo a farmácia, quando um veículo gol prata de placa: NPZ 8458/PB veio e atropelou ao notificante;QUE o notificante relata que o causador do acidente ficou no local e deu assistência;Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA, CRM 2516/PB, DATADO DE 21.03.2019 do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, para onde foi socorrido(a) pelo SAMU; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar CID 10 S72.2

ADENDO(S):

Que na data 27/03/2019, à(s) 11:14 horas, na Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob a responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, compareceu o(a) noticiante para realizar o seguinte adendo: QUE O NOME DO NOTIFICANTE É JOÃO BATISTA MOLA, E DATA DO ACIDENTE FOI NO DIA 28/12/2018, AO INVÉS DE 28/02/2018.. Adendo registrado por: José Inácio da Silva Neto, Agente de Investigação, matrícula: 1273345.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 27 de março de 2019.

JOSÉ INÁCIO DA SILVA NETO
Agente de Investigação

João Batista Mola
JOÃO BATISTA MOLE
Noticiante

LIFE ASSESSORIA CORRETORA DE SEGUROS
15 AGO. 2019

Procedimento Policial: 03325.01.2019.1.00.401

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA - SAME

SAMU 192 REGIONAL JOÃO PESSOA

CNPJ 08.806.754/0015-40
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA
CEP 58055-900
JOÃO PESSOA - PB

DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 903/003, **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 2304064, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente **JOAO BATISTA MOLA** idade 75 anos, vítima de **Acidente de Trânsito (Atropelamento)** no dia 28/12/2018, na Av. Feliciano Dourado, Bairro: Torre - João Pessoa - aproximadamente às 08:00 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

LIFE ASSESSORIA
15 AGO. 2019
CORRETORA DE SEGUROS

João Pessoa, 06 de Março de 2019.

Jefferson da Rocha Augusto
Estatístico
CREI/5ª Região: 10171

Jefferson da Rocha Augusto
Matrícula: 67.155-6
Coordenação do SAME
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA

Rua: Diógenes Chianca, 1777 – Água Fria – CEP: 58053-900 – João Pessoa – PB
Fone SAME: (83) 3218.9242; 3218.9125

GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA

DIREÇÃO TÉCNICA

LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS	
NOME DO PACIENTE	JOÃO BATISTA MOLA
DADOS DE NASCIMENTO	26/06/43
NOME DA MÃE	ARLENE DE SOUZA
DADOS EXTRAÍDOS	
BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.132.193
Nº PRONTUARIO	113.124
DATA DO ATENDIMENTO	28/12/18
HORA DO ATENDIMENTO	09:24
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE BICICLETA
	FRATURA SUBTROCANTÉRICA DO FEMUR E
CID 10	S 72.2

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de bicicleta (atropelamento), trazido pelo SAMU, apresentando dor em quadril E e deformidade em membro inferior E. Glasgow 15. Avaliado pela equipe médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX da bacia - AP
RX do quadril E - AP
RX do tornozelo E - AP e P
USG do abdome total - FAST

LIFE ASSESSORIA CORRETORA DE SEGUROS 15 Abr. 2019

TRATAMENTO:

Fratura subtrocantérica do femur E ao RX. Sem alteração à USG e aos outros RX. Realizado internamento e tratamento cirúrgico pelo Dr. Umberto Jansen e Dr. Santino Arnaud da equipe da Ortopedia.

ALTA HOSPITALAR: 11/01/19
DATA DA EMISSÃO: 21/03/19

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA MÉDICO CRB/HEETSHL CRM 2516

Dr. Ewerton Noronha Teixeira
CRM: 2516/PB

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

Receituário Médico

HEETSHL

JOÃO BATISTA MOZA

LNOO!

FRATURA SUBTROCANTERIANA PC FÊMUR (E) SUBMETIDO À CIRURGIA PC PLACA DCS 95°, C/ LIMITAÇÃO DA MARCHA + MAÚLO DE MULETAS P/ DEAMBULAÇÃO

CID: S72

DR. UMBERTO JANSEN
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
CRM - PB 5763

Data: 08/04/19

Médico - CRM

F(NG).CC.002-1

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0280290/19

Vítima: JOAO BATISTA MOLA

Data do acidente: 28/02/2018

CPF: 016.561.632-68

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOAO BATISTA MOLA

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Ana Raquel dinamo 00031904914 10

Sinistro

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

JOAO BATISTA MOLA : 016.561.632-68

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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: 15/08/2019
Nome: JOAO BATISTA MOLA
CPF: 016.561.632-68

JOAO BATISTA MOLA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/08/2019
Nome: VILMA OLIVEIRA NUNE SILVA
CPF: 068.984.616-92

LIFE ASSESSORIA CORRETORA DE SEGUROS

VILMA OLIVEIRA NUNE SILVA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:
02810290/19	016561632-68	JOÃO BATISTA MOLA

DADOS CADASTRAIS

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

5 - Nome completo: JOÃO BATISTA MOLA			6 - CPF: 016561632-68
7 - Profissão: aposentado	8 - Endereço: Av. Rômulo da Rocha	9 - Número: 1644	10 - Complemento: —
11 - Bairro: Torre	12 - Cidade: João Pessoa	13 - Estado: PB	14 - CEP: 58041243
15 - E-mail: —			16 - Tel.(DDD): 83.987382869

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: | 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☐ RECUSO INFORMAR ☒ R$1.00 A R$1.000,00 ☐ R$2.501,00 ATÉ R$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R$1.001,00 ATÉ R$2.500,00 ☐ ACIMA DE R$5.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: ☐ ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: ☐ ☐ (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Caixa
AGÊNCIA: 0617 ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: 34647 7 (Informar o dígito se existir)

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo | 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: | 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não | 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não | 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: | 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não | 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não | 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: | 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

NÃO ALFABETIZADO

34 impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

LIFE ASSESSORIA CORRETORA DE SEGUROS 15 AGO. 2019

40 - Local e Data, João Pessoa, 15/08/19

João Batista Mola
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42- Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS 001 V002/2019

Loterias CAIXA

120-806714530-8

30/ABR/2019 HORA DF 10:5

LOT. 15.015435-0 TERM 01904
LOCALIDADE: JOAO PESSOA
AG. VINCULADA: 0617

SALDO PARA SIMPLES CONFERENCIA

0617.00034647-7

NOME: JOAO BATISTA MOLA

DEPOSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012
SEM AS MOVIMENTACOES DO DIA

DIA LIMITE	SALDO
01/04	88,99 C
28/04	34,19

RESUMO EM 29/04
SALDO 123,18

RESUMO DO DIA
SALDO BLOQUEADO 0,00
SALDO DISPONIVEL 809,12 C
SALDO TOTAL 809,12 C

120-806714530-8

1ª VIA

LIFE ASSESSORIA
15 AGO. 2019
CORRETORA DE SEGUROS

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0287567/19

Número do Sinistro: 3190491230

Vítima: JOAO BATISTA MOLA

CPF: 016.561.632-68

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 28/12/2018

Titular do CPF: JOAO BATISTA MOLA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

JOAO BATISTA MOLA : 016.561.632-68

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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: 06/09/2019
Nome: JOAO BATISTA MOLA
CPF: 016.561.632-68

JOAO BATISTA MOLA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/09/2019
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

06 SET. 2019

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA

SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor
de Boletim de Ocorrência

POLÍCIA CIVIL PARAÍBA

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

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 03325.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 03325.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:19 horas do dia 26 de março de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Isaías Olegário da Silva, matrícula 611697, e lavrado por José Saulo Araujo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **João Batista Mole**, CPF nº 016.561.632-68, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Aposentado, filho(a) de Arlete de Souza e Gilberto Francisco Mola, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 29/06/1943 (75 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Carneiro da Cunha, Nº 1644, bairro Torre, tendo como ponto de referência Unimed, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98738-2869.

Dados do(s) Fatos:

Local: Av *Feliciano Dourado*, Mercado da Torre, João Pessoa/PB, bairro Torre; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 28/02/18 08:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE o notificante pedalava um bicicleta, e estava indo a farmácia, quando um veículo gol prata de placa: NPZ 8458/PB veio e atropelou ao notificante;QUE o notificante relata que o causador do acidente ficou no local e deu assistência;Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA, CRM 2516/PB, DATADO DE 21.03.2019 do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, para onde foi socorrido(a) pelo SAMU; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar CID 10 S72,2

ADENDO(S):

Que na data 27/03/2019, à(s) 11:14 horas, na Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob a responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, compareceu o(a) noticiante para realizar o seguinte adendo: QUE O NOME DO NOTIFICANTE É JOÃO BATISTA MOLA, E DATA DO ACIDENTE FOI NO DIA 28/12/2018, AO INVÉS DE 28/02/2018.. Adendo registrado por: José Inácio da Silva Neto, Agente de Investigação, matrícula: 1273345.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 27 de março de 2019.

JOSÉ INÁCIO DA SILVA NETO
Agente de Investigação

João Batista Mola
JOÃO BATISTA MOLE
Noticiante

LIFE ASSESSORIA 06 SET. 2019 SEGUROS

LIFE ASSESSORIA 15 AGO. 2019 CORRETORA DE SEGUROS

Procedimento Policial: 03325.01.2019.1.00.401

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Es... a: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sin. 31904 | 3 - CPF da vítima: 016561632-68 | 4 - Nome completo da vítima: João Batista Mola

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: Batista Mola | 6 - CPF: 016561632-68

7 - Profissão: capacitador | 8 - Endereço: Av. Barreiro da Bunha | 9 - Número: 1644 | 10 - Complemento: --

11 - Bairro: Expedicionários | 12 - Cidade: João Pessoa | 13 - Estado: PB | 14 - CEP: 58041243

15 - E-mail: — | 16 - Tel.(DDD): 83.987382869

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: | 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R$1.00 A R$1.000,00 ☐ R$2.501,00 ATÉ R$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R$1.001,00 ATÉ R$2.500,00 ☐ ACIMA DE R$5.000,00

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

☒ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0617 ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: 314647 7 (Informar o dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: ☐ (Informar o dígito se existir)

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo | 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: | 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não | 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não | 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: | 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não | 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não | 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: | 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

NÃO ALFABETIZADO

34 Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha

LFE ASSESSORIA 06 SET. 2019 CORRETORA DE SEGUROS

40 - Local e Data, João Pessoa, 06/09/2019

João Batista Mola
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

...atura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

V007/2019

CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA

Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA, INFORME ESTE NÚMERO
MATRÍCULA
[illegible]

CONTA DE COMPRA DE ÁGUA TRATADA E SERVIÇOS

REFERÊNCIA
JUN 2019

ARLETE DE SOUZA
AV CARNEIRO DA CUNHA, 1644 EXPEDICIONARIOS JOAO
PESSOA PB 58040 243

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Público	
001.063.3.S.0047.000	000	1	0	0	0	

Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto
[illegible]	[illegible]	[illegible]	LIGADO	LIGADO

[illegible] 750 [illegible] 5 [illegible] .9 [illegible]
[illegible] PROXIMA LEITURA
[illegible] 01/07/2019
[illegible] ATE 1 SALARIO MINIMO - ANEXO 20 PORT. 05/2017 - S.
MAI 2019 [illegible]
ABR 2019 6
MAR 2019 5
FEV 2019 6
JAN 2019 6 00
DEZ 2018 [illegible]
MEDIA(6) 6

PARAMETROS	EX. C.	ANALISE	CONFORMES
TURBIDEZ	268	284	28[illegible]
CLORO	268	284	28[illegible]
COL. TERMOT	0	0	0
COR	73	102	10[illegible]
COL. TOTAIS	268	284	284

DADOS REFERENTES A ABR/2019

DATA DA IMPRESSÃO: [illegible]/2019 HORA DA IMPRESSÃO: 1:31:03

DESCRIÇÃO	CONSUMO	TOTAL (R$)
AGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE AGUA	5 M3	[illegible],9
ESGOTO		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ESGOTO	5 M3	[illegible]
[illegible] ATE 1 SALARIO MIN. [illegible]/2019		
5 DE AGUA 01/20 9		

LIFE ASSESSORIA
06 SET. 2019
CORRETORA DE SEGUROS

PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA

Através do presente instrumento particular de mandato,

OUTORGANTE:
Nome: JOÃO BATISTA MOLA
brasileiro, aposentado
CPF/MF: 016 561 632-68 RG: 4203887 SSP PB
Endereço: Av. Carneiro da Cunha, 1644, Torre
58041-243 João Pessoa - PB;

OUTORGADOS: FABIO CARNEIRO CUNHA LIMA, inscrito na OAB/PB, sob o nº. 13.527 e **ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO**, inscrita na OAB/PB, sob o n°. 11.968, todos com escritório profissional situado na Rua Quintino Bocaiúva, 358, sala 04, Torre, Cep: 58.040-320, João Pessoa – PB.

Outorgando-lhes amplos poderes, inerentes ao bom e fiel cumprimento deste mandato, bem como para o foro em geral, conforme estabelecido no artigo 103 e seguintes do CPC, para que possa representar e defender os interesses do(a) Outorgante em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, repartição pública, autarquia ou entidade paraestatal, como também em seara administrativa, podendo requerer documentações em hospitais e/ou clínicas particulares, bem como, propor contra quem de direito, as ações competentes e defender as contrárias, seguindo umas e outras até final decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe poderes especiais para confessar, desistir, reconhecer a procedência do pedido, renunciar, transigir, fazer acordo, firmar compromisso, receber e dar quitação, receber alvarás, endossar cheques, substabelecer, receber intimação ou citação, praticar quaisquer atos perante particulares ou empresas privadas, recorrer a quaisquer instâncias ou tribunais, podendo atuar em conjunto ou separadamente, dando tudo por bom e valioso, fazendo tudo que se fizer de direito, sempre no interesse do(a) Outorgante. Obriga-se o Outorgante a pagar aos Outorgados, pelo cumprimento da presente procuração, o correspondente a 30(trinta por cento) do valor da indenização que receber no processo, bem como despesas realizadas em função do mesmo.

GRATUIDADE JUDICIÁRIA:

Declara ainda o Outorgante que é necessitado na forma da Lei, cuja situação econômica não lhe permite pagar custas e honorários sucumbenciais, sem prejuízo do sustento próprio ou da sua família, e, portanto, solicita os benefícios da **JUSTIÇA GRATUITA.**

João Pessoa – PB, 20 de janeiro de2020.

João Batista Mola
Outorgante

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P-001

MAIOR DE 65 ANOS

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

ASSESSORIA LIF - CORRETORA DE SEGUROS
15 AGO. 2019

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.203.887

DATA DE EXPEDIÇÃO 07/11/2013

NOME JOÃO BATISTA MOLA

FILIAÇÃO GILBERTO FRANCISCO MOLA
ARLETE DE SOUZA

NATURALIDADE
JOÃO PESSOA-PB

DATA DE NASCIMENTO
29/06/1943

DOC ORIGEM
NASC.N.41597 FLS.375 LIV.083
CARTORIO JOÃO PESSOA/PB

CPF
016.561.632-68

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

ARLETE DE SOUZA
W CARNEIRO DA CUNHA, 1644 - TORRE
JOAO PESSOA / PB CEP: 58041-243 (AGI I)

Ligacao MONOFASICO
Cls/Sbc RES MTC B1 / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Roteiro 5 - 6 - 57 - 3820 Referencia Mai / 2019
Medidor: 000082399077 Emissao 09/05/2019

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, km 25 - Cristo Redentor - Joao Pessoa/PB - CEP 58071-690
CNPJ 09.049.509/0001-40 Insc Est 16.015.933-0

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica N 004 582 907
Cód. para Déb. Automático: 00000333336

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Mai / 2019	09/05/2019	07/06/2019	645.026.678-20 Insc. Est

UC (Unidade Consumidora): 5/33333-6

Canal de contato

Junte-se ao MOVIMENTO VACINA BRASIL Saiba mais em saude.gov.br/vacinabrasil

Anterior Data	Anterior Leitura	Atual Data	Atual Leitura	Constante	Consumo	Dias
09/04/19	14451	09/05/19	14630	1	179	30

Demonstrativo

CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa c/ Tributos	Valor Total(R$)	Base Calc ICMS(R$)	Aliq ICMS	Icms(R$) Pis/Cofins(R$)	Base Calc Pis/Cofins(R$)	Pis(R$) (0,9716%)	Cofins(R$) (4,4752%)
0601	Consumo em kWh	179,000	0,846390	151,50	151,50	27	40,90	151,50	1,47	6,78
0601	Adic. B. Amarela			0,79	0,79	27	0,21	0,79	0,00	0,03
	LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0807	CONTRIB SERV ILUM PÚBLICA			6,09	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0804	JUROS DE MORA 04/2019			1,03	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0805	MULTA 04/2019			3,62	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0805	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 04/2019			0,77	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
		TOTAL		163,80	152,29		41,11	152,29	1,47	6,81

CCI: Codigo de Classificação do Item
Tarifa s/ Tributos 0,571770

Média últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
174	16/05/2019	R$ 163,80

Histórico de Consumo (kWh)

Mai/18	Jun/18	Jul/18	Ago/18	Set/18	Out/18	Nov/18	Dez/18	Jan/19	Fev/19	Mar/19	Abr/19
137	165	158	152	147	246	206	212	172	93	165	212

6118.87d1.4afd.4551.5207.95a5.eeb0.178c.

Indicadores de Qualidade 3/2019 - João Pessoa

	Limites da ANEEL	Apurado
DIC MENSAL	5,07	0,00
DIC TRIMESTRAL	10,15	
DIC ANUAL	20,30	
FIC MENSAL	3,36	0,00
FIC TRIMESTRAL	6,72	
FIC ANUAL	13,45	
DMIC	2,86	0,00
DICRI	12,22	

Limite de Tensão (V)

NOMINAL	220
CONTRATADA	
LIMITE INFERIOR	202
LIMITE SUPERIOR	231

Discriminacao	Valor (R$)	%
Serviços de Dist. da Energisa/PB	35,88	21,90
Compra de Energia	52,95	32,33
Serviço de Transmissão	5,58	3,41
Encargos Setoriais	8,49	5,18
Impostos Diretos e Encargos	60,90	37,18
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	163,80	100,00

Valor do EUSD (Ref.3/2019) R$56,93

ATENÇÃO

Faturas em atraso

- Leitura Informada pelo Cliente

	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
PARAIBA Roteiro: 5 - 6 - 57 - 3820 Matricula 33333-2019-05-3	16/05/2019	R$ 163,80

83620000001-3 63800149000-9 00333332019-4 05300006019-3

LIFE ASSESSORIA - CORRETORA DE SEGUROS
15 AGO. 2019

Poder Judiciário da Paraíba
11ª Vara Cível da Capital

Vistos, etc.

1. Defiro a justiça gratuita;
2. Recebo a inicial vez que presente os requisitos previstos no art. 319 e seguintes do CPC;
3. Diante das especificidades da causa e de modo a adequar o rito processual às necessidades do conflito, vez que se trata de ação de cobrança de DPVAT, onde a Seguradora somente concilia após realização de perícia, deixo para momento oportuno a análise da conveniência da audiência de conciliação, nos termos do art. 139, IV do CPC/2015, Enunciado 35 da ENFAM e calcado direito fundamental constitucional à duração razoável do processo e dos meios que garantam sua celeridade de tramitação (art.5º, LXXVIII da CF);
4. Cite-se e intime-se (do item supra) a parte Ré para contestar o feito no prazo de 15 (quinze) dias úteis, advertindo-se que a ausência de contestação implicará revelia e presunção de veracidade da matéria fática apresentada na petição inicial. A presente citação é acompanhada de senha para acesso ao processo digital, que contém a íntegra da petição inicial e dos documentos. Tratando-se de processo eletrônico, em prestígio às regras fundamentais dos artigos 4º e 6º do CPC, fica vedado o exercício da faculdade prevista no artigo 340 do CPC;
5. Decorrido o prazo para contestação, intime-se a parte autora para que no prazo de quinze dias úteis apresente manifestação (oportunidade em que: I – havendo revelia, deverá informar se quer produzir outras provas ou se deseja o julgamento antecipado; II – havendo contestação, deverá se manifestar em réplica, inclusive com contrariedade e apresentação de provas relacionadas a eventuais questões incidentais; III – em sendo formulada reconvenção com a contestação ou no seu prazo, deverá a parte autora apresentar resposta à reconvenção);
6. Via digitalmente assinada deste *decisum* poderá servir como mandado.

Citações e intimações necessárias. Cumpra-se.