Tribunal de Justiça de Pernambuco
PJe - Processo Judicial Eletrônico

24/09/2020

Número: **0036498-63.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**
Órgão julgador: **Seção B da 18ª Vara Cível da Capital**
Última distribuição : **10/08/2020**
Valor da causa: **R$ 12.150,00**
Assuntos: **Acidente de Trânsito**
Segredo de justiça? **NÃO**
Justiça gratuita? **SIM**
Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JOSE HENRIQUE CARDOSO DA SILVA (AUTOR)	**RENATHA CATHARINA CAVALCANTI E SILVA (ADVOGADO)**
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
68082998	16/09/2020 18:18	ANEXO 1	Outros (Documento)

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br**. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 80. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 08 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190394861

Vítima: JOSE HENRIQUE CARDOSO DA SILVA

Data do Acidente: 24/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE HENRIQUE CARDOSO DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 5.194, de 1974.

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pac. 0817/0011/N - carta_11 - INVALIDEZ

4003007

Carta nº 1455630

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br**. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 80. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 20 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190394861 **Vítima: JOSE HENRIQUE CARDOSO DA SILVA**

Data do Acidente: 24/04/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE HENRIQUE CARDOSO DA SILVA

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

Multa:	R$ 23,90
Juros:	R$ 16,15
Total creditado:	R$ 1.390,05

Dano Pessoal: 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%
Graduação: Em grau residual 10%
% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%
Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R$ 1.350,00

Recebedor: **JOSE HENRIQUE CARDOSO DA SILVA**
Valor: **R$ 1.390,05**
Banco: **1**
Agência: **000002508-9**
Conta: **000010029565-7**
Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Protocolo da ASL: | CPF da vítima: 421 350 994-50 | Nome completo da vítima: JOSÉ HENRIQUE CARDOSO DA SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 046/2012

DADOS CADASTRAIS

Nome completo: JOSÉ HENRIQUE CARDOSO DA SILVA
CPF: 421 350 994-50
Município: REGINA
Endereço: SÍT. BARRA DE ARDEIRAS
Número: S/N
Complemento: CASA
Bairro: ÁREA RURAL
Cidade: ALCANTIL
Estado: PB
CEP: 58460-000
E-mail:
Telefone: (83) 9665-0454

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

RENDA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R$1.000,00 ☐ R$1.001,00 ATÉ R$2.000,00 ☐ R$2.001,00 ATÉ R$3.000,00 ☐ R$3.001,00 ATÉ R$4.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R$4.001,00 ATÉ R$5.000,00 ☐ R$5.001,00 ATÉ R$6.000,00 ☐ ACIMA DE R$6.000,00

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

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

AGÊNCIA: 1508 9 CONTA: 29565 5
(Informar dígito se existir) (Informar o dígito verificador)

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)
Nome do BANCO:
AGÊNCIA: ☐ ☐ CONTA: ☐ ☐
(Informar dígito se existir) (Informar o dígito verificador)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eventualmente tenha direito, considerando os dados acima, desde já e somente após a solicitação do crédito, quitação total do valor recebido.

INVALIDEZ PERMANENTE

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

Declaro, sob a pena da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para efeito de requerimento de Seguro DPVAT por invalidez permanente, em virtude de (assinalar uma das opções):

☒ Não haver IML que atenda 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 no período.

Declaro estar ciente de que o pagamento da indenização do seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na avaliação apresentada, condicionado, desde já, ao meu consentimento à avaliação médica realizada pela Seguradora Líder para verificação da existência e do grau de invalidez permanente. Adicionalmente, autorizo os médicos, conforme o § 2º da Lei nº 6.194/74, art. 5º, § 1º, declarados que esta avaliação não tem fins periciais, mas de avaliação médica para resarcimento de sinistro, e que a consultada não necessitará de consultar documentos.

2º JUN 2018

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não | Se tiver filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: | Vítima deixou herdeiros (pai/mãe)? ☐ Sim ☐ Não | Vítima deixou cônjuge/companheiro(a)? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder paga, a título de indenização do Seguro DPVAT por morte, aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem, nas condições, e prazos previstos na lei, de que qualquer criminoso que não tenha direito a receber a obrigação de assumir o valor recebido, ainda da responsabilidade criminal por violação do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: ALCANTIL-PB, 27/06/2019
Nome:
CPF:
(*) Assinatura de quem assina a ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário(a) do Seguro

TESTEMUNHAS
1º | Nome:
CPF:
Assinatura
2º | Nome:
CPF:
Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

531041

GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLICIA CIVIL
DELEGACIA DE POLICIA CIVIL DE RIACHO DE ST° ANTONI
Rua Cel. Demóstenes Barbosa S/N - Centro - Riacho de Santo Antônio PB 58160000 83 3641-1035

OCORRÊNCIA Nº 000051/19

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Registros de Ocorrências Policiais deste Órgão, encontrei a Ocorrência de Nº 000051/19 registrada em 22/05/2019, que passo a transcrever na íntegra: Aos vinte e dois dias do mês de maio do ano de 2019, nesta cidade de Riacho de Santo Antonio PB, estado da Paraíba no Cartorio de Registro de Ocorrencia da DELEGACIA DE POLICIA CIVIL DE RIACHO DE ST° ANTONI, quando encontrava-se presente a Bela. DIANNI REGINA, Delegada de Policia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, ali por volta das 10:19 horas, compareceu o Sr. JOSE HENRIQUE CARDOSO DA SILVA, com 20 anos de idade, filho de JOSE ROMERO DA SILVA e ADRIANA CARDOSO XAVIER, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de RIACHO DE SANTO ANTÔNIO PB - PB, Solteiro, escolaridade Fundamental Incompleto, profissão AGRICULTOR, portador da Cédula de identidade Nº 4209235, expedido pela SSP-PB, com C.P.F. de Nº 12185099450, residindo à rua SITIO BARRA DE AROEIRAS bairro ZONA RURAL, na cidade de ALCANTIL PB - PB.

Declarou que:

QUE no dia 24 de abril de 2019 por volta das 22:30h estava trafegando pela estrada do sitio CANUDOS, zona rural de Riacho de Santo Antonio-PB, no sentido desta cidade, conduzindo a motocicleta HONDA CG 125 TITAN, de placa KFF 1642, de cor AZUL de ano e modelo 1997, CHASSI 9C2JC25CVVR086355 e RENAVAM 670627232 registrado em nome de WILLIBALDO IVANILDO DA SILVA, quando colidiu em uma cerca. QUE logo apos o acidente deu entrada no hospital de TRAUMA DE CAMPINA GRANDE-PB onde foi submetido a tratamento. QUE sofreu lesoes em seu maxilar. QUE ficou 10 dias internado no referido hospital. Que sofreu tratamento cirugico. Nada mais havendo a tratar, ciente o declarante das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente certidão. O referido é verdade e dou FÉ.

Riacho de Santo Antônio PB, Quarta-feira, 22 de Maio de 2019

JOSE HENRIQUE CARDOSO DA SILVA
Declarante

Daniel Accioly
Comissário
168318-7
DANIEL ACCIOLY
Escrivão

DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL
RIACHO DE SANTO ANTÔNIO
CARTÓRIO DE REGISTRO
22 JUN 2019

Seguradora LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Protocolo da ASL: | CPF da vítima: 421 350 994-50 | Nome completo da vítima: JOSÉ HENRIQUE CARDOSO DA SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 046/2012

DADOS CADASTRAIS

Nome completo: JOSÉ HENRIQUE CARDOSO DA SILVA
CPF: 421 350 994-50
Cidade: REGINA
Endereço: SÍT. BARRA DE ARDEIRAS
Número: S/N
Complemento: CASA
Bairro: ÁREA RURAL
Cidade: ALCANTIL
Estado: PB
CEP: 58460-000
E-mail:
Telefone: (83) 9665-0454

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

RENDA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R$1.000,00 ☐ R$1.001,00 ATÉ R$2.000,00 ☐ R$2.001,00 ATÉ R$3.000,00 ☐ R$3.001,00 ATÉ R$4.000,00 ☐ R$4.001,00 ATÉ R$5.000,00 ☐ ACIMA DE R$5.000,00 ☐ SEM RENDA

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

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

AGÊNCIA: 1508 9 (informar código se existe) CONTA: 29565 5 (informe o dígito verificador)

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)
Nome do BANCO:
AGÊNCIA: (informar código se existe) CONTA: (informe o dígito verificador)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu faça jus, devidamente atualizado, desde já e somente após a data da ocorrência do sinistro, cotação total do valor recebido.

INVALIDEZ PERMANENTE

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

Declaro, sob a pena da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para efeito de requerimento de Seguro DPVAT por invalidez permanente, em virtude de (assinalar uma das opções):

☒ Não tem IML que atenda 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 no período.

Declaro estar ciente de que o pagamento da indenização do seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na tabela de graduação e apreciação consensual, deverá ser precedido de avaliação pericial realizada pela Seguradora Líder para verificação da existência e do grau de invalidez permanente. Adicionalmente, estou ciente de que, conforme o § 2º da Lei nº 6.194/74, art. 5º, § 1º, declarado que esta informação não tem fé pública, sendo a falsidade nela contida sujeita às penalidades previstas no Código Penal.

2º JUN 2018

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo | Data do fato gerador:

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não | Se tiver filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: | Vítima deixou herdeiro (pai/mãe)? ☐ Sim ☐ Não | Vítima deixou cônjuge/companheiro? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder paga, a título de indenização do Seguro DPVAT por morte, aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem, nas condições, e na ordem de preferência, de que trata o Código Civil, sob pena de, não verdadeira, poder gerar a obrigação de devolver o valor recebido, além da responsabilidade criminal por violação do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: ALCANTIL-PB, 27/06/2019
Nome:
CPF:
(*) Assinatura de próprio punho A ROGO
José Henrique Cardoso da Silva
Assinatura da vítima/beneficiário(a) ou Rogo

TESTEMUNHAS
1º | Nome:
CPF:
Assinatura
2º | Nome:
CPF:
Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

PACIENTE: JOSÉ HENRIQUE CARDOSO GAYOSO

TOMOGRAFIA REALIZADA EM:

TOMOGRAFIA REALIZADA EM:

PRESCRIÇÕES E CONDUTAS

DEPARTAMENTO DE SAÚDE DIVIZ DIAGNÓSTICO MÓVEL BYUSO

25 JUN 2015

Data da internação: 24/04/2019 Hora: 14:26:47

SUS — Sistema Único de Saúde — Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES — 2 - CNES: 2362856

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES — 4 - CNES: 2362856

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: JOSE HENRIQUE CARDOSO DA SILVA — 6 - Nº DO PRONTUÁRIO: 1883045

7 - CARTÃO DO SUS: 706305782566575 — 8 - DATA DE NASCIMENTO: 01/10/1998 — 9 - SEXO: M [X] F [ ]

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: ADRIANA CARDOSO CHAUIFR — 11 - TELEFONE CONTATO: 83

12 - NOME DO LOGRADOURO, Nº, BAIRRO: CONJUNTO CEAP , 0 , BOM JESUS

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: Riacho de Santo Antônio — 14 - CÓD. IBGE: 251278 — 15 - UF: PB — 16 - CEP: 58465000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - HISTÓRIA CLÍNICA E EVOLUÇÃO CLÍNICA:

Paciente admitido vítima de acidente de moto. Encontra-se consciente, orientado, hemodinâmico, apresenta exteriorizações em face com ênfase maxilar bilateral e em região mandibular (E), com restrição a manipulação

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

Exame clínico etc

19 - RESULTADO DE PROVAS DIAGNÓSTICAS E OUTRAS EVIDÊNCIAS DE DIAGNÓSTICO REALIZADO:

Fratura em face

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL: Fratura + CID — 21 - CID DO TRIAGEM: — 22 - CIA TRANSAÇÃO OCULAR:

DEPARTAMENTO DE PRONTUÁRIO MÉDICO CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 12 JUN 2019

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - NOME DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: Fe Maxila — 25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:

26 - MÉDICA: SIM — 27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: 02 — 28 - Nº DOCUMENTO: (X) CNS ( ) CPF — 29 - Nº DOCUMENTO (CNES/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: 7074030289603271

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: JOSE RICARDO DOS SANTOS S — 31 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 24/04/2019 — 32 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE:

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO — 34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO — 35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA: — 37 - Nº DO BILHETE: — 38 - SÉRIE:

39 - CNPJ DA EMPRESA: — 40 - CNAE DA EMPRESA: — 41 - CEPE:

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: — 44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR: — 45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR:

46 - DOCUMENTO: ( ) CNS ( ) CPF — 47 - Nº DO DOCUMENTO (CNES/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: / / — 49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DE REGISTRO) DO PROFISSIONAL:

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA
CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A
BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 14/10/2019
NUMERO DO DOCUMENTO:
VALOR TOTAL: 1.390,05

*******TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: JOSE HENRIQUE CARDOSO DA SILVA

BANCO: 001
AGÊNCIA: 02508-9
CONTA: 000010029565-7

Nr. da Autenticação 5A9B771563FB32CA

ADRIANA CARDOSO XAVIER
SIT BARRA DE ARDEIRAS, S/N - ZONA RURAL
ALCANTIL / PB CEP: 58460000 (AR: 108)

Ligação: MONOFÁSICO
Cls/Sub: RES M T C BT / RESIDENCIAL - BAIXA RENDA
Roteiro: 9 - 266 - 485 - 3423 Referência: Mar / 2019
Medidor: 20003025875 Emissão: 12/03/2019

energisa

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br230, Km25 - Cristo Redentor - João Pessoa/ PB - CEP 58071-690
CNPJ/CP 09.283.908/0001-40 Insc. Est. 16015.823-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 001.626.735
Cód. para Déb. Automático: 000117876585

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Mar / 2019	12/03/2019	10/04/2019	042.403.634-70

Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/1178764-5

Canal de contato

Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002.
Com a fatura por e-mail, você ajuda a preservar o meio ambiente, tem o controle de seu consumo a qualquer momento e sempre um comprovante de residência na mão. Entre em contato por um dos nossos canais e solicite a sua.

CONTRATAMENTO DE SERVIÇOS LTDA
CONFERENCIA NÃO SEM PRAZO
25 JUN 2019

Anterior Data	Anterior Leitura	Atual Data	Atual Leitura	Constante	Consumo	Dias
08/02/19	20251	12/03/19	20453	1	202	32

Demonstrativo

COI	Descrição	Quantidade	Tarifa c/ Tributos	Valor Total(R$)	Base Calc ICMS(R$)	Alíq. ICMS	Icms(R$)	Base Calc Pis Pis/Cofins(R$)	Pis(R$) (1,0709%)	Cofins(R$) (4,9299%)
0601	Consumo até 30kWh-BR	30,000	0,287640	8,62	8,62	27	2,33	8,62	0,09	0,42
0601	Consumo - 31 a 100kWh-BR	70,000	0,492857	34,50	34,50	27	9,31	34,50	0,36	1,70
601	Consumo - 101 a 220kWh-BR	102,000	0,739420	75,42	75,42	27	20,36	75,42	0,81	3,72
310	Subsídio			47,43	47,43	27	12,81	47,43	0,51	2,34
	LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
07	CONTRIBUIÇÃO ILUM PUBLICA			16,87	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
74	JUROS DE MORA 01/2019			1,36	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
5	MULTA 01/2019			3,38	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
5	Devolução Subsídio			-31,78	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00

celpe
neoenergia

CLASSIFICAÇÃO

15 JUN 2019

PACIENTE: JOSÉ HENRIQUE CARDOSO GAYOSO

TOMOGRAFIA REALIZADA EM:

TOMOGRAFIA REALIZADA EM:

PRESCRIÇÕES E CONDUTAS

DEPARTAMENTO DE SAÚDE DIVIZ DIAGNÓSTICO MÓVEL BYUSO

25 JUN 2015

Data da internação: 24/04/2019 Hora: 14:26:47

SUS — Sistema Único de Saúde — Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES — 1 - CNES: 2362856

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES — 1 - CNES: 2362856

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: JOSE HENRIQUE CARDOSO DA SILVA — 4 - Nº DO PRONTUÁRIO: 1883045

7 - CARTÃO DO SUS: 706305782566575 — 6 - DATA DE NASCIMENTO: 01/10/1998 — 8 - SEXO: M [X] F [ ]

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: ADRIANA CARDOSO CHAUIFR — 11 - TELEFONE DE CONTATO: 83

12 - NOME DO LOCAL DE ATENDIMENTO: CONJUNTO CEAP , 0 , BOM JESUS

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: Riacho de Santo Antônio — 251278 — PB — 58465000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PARA CASOS CLÍNICOS: SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: Paciente admitido vítima de acidente de moto. Encontra-se consciente, orientado, hipotenso, apresenta escoriações em face com ênfase maxilar bilateral e em região mamária (E), com exposição e manipulação

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: Exame clínico etc

19 - PARA CASOS DE PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS: RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS: Fratura em face

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL: Politrauma + TCE — 21 - CID DO TRAUMA: — 22 - CIA TRANSACIONAL OCULTA:

DEPARTAMENTO DE PRONTUÁRIO MÉDICO — CONTEÚDO NÃO VERIFICADO — 12 JUN 2019

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - NOME DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: Sp Maxila — 25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:

27 - MOTIVO: SAE — 28 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: 02 — 29 - Nº DOCUMENTO (CNES/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: [X] CNS [ ] CPF 707403028960271

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: JOSE RICARDO DOS SANTOS S — 31 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 24/04/2019 — 32 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - [ ] ACIDENTE DE TRÂNSITO
34 - [ ] ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
35 - [ ] ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA — 37 - CBO DO ACIDENTE — 38 - SÉRIE

39 - CNPJ DA EMPRESA — 40 - CNAE DA EMPRESA — 41 - CEPE

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: [ ] EMPREGADO [ ] EMPREGADOR [ ] AUTÔNOMO [ ] DESEMPREGADO [ ] APOSENTADO [ ] OUTRO VÍNCULO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR — 44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR — 45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO: [ ] CRM [ ] CRM — 46 - Nº DO DOCUMENTO (CNES/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: / / — 48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DE REGISTRO) DO PROFISSIONAL

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMATOLOGIA JOÃO GONÇALVES FERNANDES CNPJ: 08.775.260/0001-51
Av. Mal. Humberto Castello Branco, 1780 - Mangabeira, Cabedelo - PB Data: 02/05/2019
NOME: Rosana Vasconcelos Pereira

GOVERNO DA PARAÍBA

Número do Prontuário: 156520 DATA DA CIRURGIA: 02/05/2019

Número do Atendimento: 1882045 Clínica: NEUROCIRURGIA / Leito: 9 / Ala: 2

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: JOSE HENRIQUE CARDOSO DA SILVA

Data da Internação: 31/12/1969

Atendimento: 1882045

Diagnostico Pré-Operatório: FRATURA MANDIBULAR (BRUCIAO CORRIGIDO)

Diagnostico Pós-Operatório: O MESMO

Cirurgia: REDUCAO + FIE DE FRATURA MANDIBULAR **Data da Cirurgia:** 02/05/2019

Equipe:
Cirurgião: ALFREDO LUCAS NETO
Aux 1: REGINALDO FERNANDES DA SI
Aux 2: REBECA VALESKA SOARES
Aux 3:
Instrumentador: ROZANA
Anestesista: CRISLEIDE RODRIGUES SILVA
Tipo de anestesia: REDUCAO + FIE DE FRATURA MANDIBULAR

DEPARTAMENTO DE ARQUIVOS MÉDICOS
SAME
DOCUMENTO NÃO VERIFICADO
25 JUN 2019
Gente Segurança S.A.

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico ao Ato:

Acidente Durante Operação:

Descrição da Operação: 1 - PACIENTE EM DIH SOB ANESTESIA GERAL COM ENTUBAÇÃO NASOTRAQUEAL
2 - ANTISSEPSIA EXTRA-BUCAL COM CLOREXIDINA DEGERMANTE
3 - APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS
4 - COLOCAÇÃO DE TAMPÃO OROFARÍNGEO
5 - ANESTESIA EXTRA-BUCAL COM LIDOCAÍNA C/ VASOCONSTRICTOR
6 - ACESSO SUBMANDIBULAR
7 - DESCOLAMENTO, REDUÇÃO COM PINÇA DE REDUÇÃO
8 - BMM COM 06 PARAFUSOS IMF (CONFORT SCREW) E FIO AÇOFLEX 01
9 - FIXAÇAO COM 01 PLACA RETA SISTEMA 2.0 04 FUROS + 03 PARAFUSOS Nº 05 E 01 PARAFUSO DE EMERGÊNCIA Nº 8 E COM 01 PLACA RETA SISTEMA 2.0 06 FUROS + 06 PARAFUSOS Nº 08
10 - SUTURA DE ACESSO SUBMANDIBULAR POR PLANOS COM FIO VICRYL 3-0 E NYLON 4-0
11 - REMOÇÃO DO BMM
12 - REMOÇÃO DO TAMPÃO OROFARÍNGEO
13 - CURATIVO COMPRESSIVO EXTRA-BUCAL

INICIO: 08:30
TERMINO: 10:20

GOVERNO DA PARAÍBA

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

Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: José Joaquim Cordeiro da Silva Idade: 20
Convênio: SUS Data: 02/05/19
Procedimento: Tratamento cirurgia de fratura de mandíbula

Cirurgião: Dr. Alfredo Auxiliar: R. Rigoredo Anestesista: Dra. Carolina

Início: 08:30 Término: 10:30 Anestesia Geral

Hora	PA	Pulso	SAT O2	Responsável	A. Motora	Consciência
10:30	130x90	57	100%	[illegible]	4	consciente
11:00	138x85	57	100%	[illegible]	6	6

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONFERIDO/NÃO VERIFICADO
25 JUN 2019

Medicamentos/Materiais	Quantidade

Observações:

GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

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

Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico	Hora entrada	Hora saída
Nenhum Movimento = 0 Movimenta 2 membros = 1 Movimenta 4 membros = 2		2
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispnéia = 1 Respiração profunda e tosse = 2		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		2
Sat 02 < 90 com oxigênio = 0 Sat 02 > 90 com oxigênio = 1 Sat 02 > 92% sem oxigênio = 2		2
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		2
TOTAL DE PONTOS:		10

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
DOCUMENTO NÃO VERIFICADO
25 JUN 2019
Porto Seguro S.A.

Assinatura do anestesista

GOVERNO DA PARAÍBA — SEGUE o trabalho

DEPARTAMENTO DE SAÚDE
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
25 JUN 2019

CHECKLIST

GOVERNO DA PARAÍBA — SEGUE o trabalho — PRÉ-OPERATÓRIO- ALAS

SETOR DE ORIGEM: [illegible]

NOME: [illegible]

PROCEDIMENTO:

☐ AVP: LOCAL MS D JELCO Nº: [illegible] ☐ AVC ☐ IFIUM

BANHO PRÉ-OPERATÓRIO: ☐ COM CLOREXIDINA ☐ SABONETE PRÓPRIO

RETIRADO: ☐ PRÓTESE DENTÁRIA ☐ ADORNOS ☐ PERTENCES

ENCAMINHADO: ☒ HEMOG ☐ USG ☐ TOMOGRAFIA ☐ RESSONÂNCIA

☐ TERMO DE CONSENTIMENTO ☐ NÃO SE APLICA

☐ RESERVA DE HEMODERIVADO ☒ NÃO SE APLICA

ENFERMEIRO RESPONSÁVEL: COREN:

EQUIPAMENTOS DE SINISTRO
LTDA
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
25 JUN 2018
Gente Segurança S/A.

BEMMED
ARTIGOS CIRÚRGICOS

CONTROLE CIRÚRGICO

Nº 0181

PACIENTE: José Hernandes Cavalcante Silva PRONTUÁRIO: 7887653
HOSPITAL: Santa Emerentina e Trauma INSTRUMENTADOR: Paiano
MÉDICO: DR. Alfredo DR. Reginaldo CONVÊNIO: Fito
Data da Cirurgia: 24/10/18 Cirurgião: Carlos
Procedimento: Redução aberta de Fratura de mandíbula

Material utilizado

Quant.	Nomenclatura	Código
1	Placa reta 4 furos	2.0
1	Placa reta 6 furos	2.0
40	parafusos sendo 3 de Emergência (6 x 8) (4 x 5)	2.0
6	parafusos de osteossíntese 1,4F	2.0

Verificado por: Alfredo Lucas Neto Cirurgião e Traumatologista Buco-maxilofacial CRO 3631-PB Visto: Data: 02/05/2017

Av. Odon Bezerra, 54 - Tambiá - João Pessoa - PB - CEP: 58.020-500
Fone: (83) 3024-8602 - E-mail: bemmedopme@gmail.com

SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
CAMPINA GRANDE - PARAÍBA

PACIENTE:	JOSE HENRIQUE CARDOSOS DA SILVA
DATA DO EXAME:	24/04/2019

ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL – "FAST"

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

ANÁLISE:

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

Fígado de dimensões e contornos normais. A árvore biliar intra e extra-hepática não apresenta sinais de dilatação. A veia cava e veias hepáticas apresentam trajeto e calibre anatômicos, com [illegible] de calibre normal.

Pâncreas de dimensões e padrão textural usuais para a faixa etária do paciente.

Baço de dimensões normais e textura sólida homogênea.

Rins de forma, topografia e dimensões normais, com preservação córtico-medular e [illegible] de espessura normal. Ausência de cálculo ou hidronefrose.

Veia cava inferior e aorta abdominal de calibre e contornos normais nos segmentos visibilizados.

Bexiga de paredes regulares e textura anecóica homogênea.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

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

– Demais órgãos e estruturas abdominais avaliadas sem alterações relacionadas ao trauma.

Observação: Resultados obtidos sensibilidade ao ultrassonografista na detecção de lesões em órgãos sólidos e vísceras ocas, assim como de hemoperitônio.

DR. ANDRÉ VENTURA
Médico Radiologista
CRM-PB 7252 | RQE: PB 5083

DEPARTAMENTO DE PESSOAL
DPSST
CONTROLE NÃO-EXPOSIÇÃO
25 JUN 2019

GOVERNO DA PARAÍBA

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):	JOSE HENRIQUE CARDOSO BASILVA	Protocolo:	0000462212	HDL	[illegible]
Dr(a):	JOSE RICARDO DOS SANTOS SOUZA	Data:	25-04-2019 01:45	Origem	ALA AMARELA
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade:	[illegible]	Leito:	ALA AMARELA

HEMOGRAMA
(Hora da Coleta: 25/04/2019 01:45)

	Resultados		Valores de Referência
SERIE VERMELHA			
Hemácias	4,0 milhões/mm³		[illegible]
Hemoglobina	12,2 g/dL		[illegible]
Hematócrito	36,0 %		[illegible]
V.C.M.	90 fL		[illegible]
H.C.M.	30 pg		[illegible]
C.H.C.M.	34 g/dL		[illegible]
SERIE BRANCA			
Leucócitos	12.100 /mm³		[illegible]
	(%)	(/mm³)	
Eosinófilos	0	0	
Mielócitos	0	0	
Metamielócitos	0	0	
Bastonetes	5,0	605	
Segmentados	50,0	6.050	[illegible]
Blastos	0	0	[illegible]
Atípicos	0	0	[illegible]
Linfócitos			
Típicos	12,0	1.452	[illegible]
Atípicos ou Reativos	0	0	
Monócitos	3,0	363	[illegible]
CONTAGEM DE PLAQUETAS	271.000 mm³		[illegible]

OBSERVAÇÕES: Contagens revisadas e confirmadas.

[illegible]

[illegible]
Biomédico
CRBM [illegible]

DEPARTAMENTO DE SANITÍVOS DEVAT CONTROLE NÃO HIGIENIZADO 25 JAN 2018 Dante Equipamentos S.A. [illegible]

[illegible]

Laboratório Newlab

PNCQ Programa Nacional de Controle de Qualidade

GOVERNO DA PARAÍBA

ESTADO
SECRETARIA
HOSPITAL DE
GONZAGA
LABORATÓRIO

SUS
Sistema
Único
de
Saúde

Solic: JOSE HENRIQUE
Orisc: JOSE RICARDO DOS SANTOS
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMA

SEX: NÃO INFORMADO

TEMPO DE SANGRAMENTO

TEMPO DE COAGULAÇÃO

TEMPO E ATIVIDADE DE PROTROMBINA

TEMPO DE PROTROMBINA ..... 13.5 segs

ATIVIDADE DE PROTROMBINA 94.3 %

INR 1.05

12.5

DEPARTAMENTO JURÍDICO
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
25 JUN 2019
Carla Segundo SILVA
Jr. Dom Pedro II, 1778 S. Vitorino

Carmélio Romualdo da Fonseca Neto
Biomédico
CRBM 5010

Laboratório Newlab

PNCQ
Programa Nacional
de Controle de Qualidade

GOVERNO DA PARAÍBA

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

SUS Sistema Único de Saúde

Nome: JOSÉ HENRIQUE CARDOSO DA SILVA
Protocolo: 000462217
Data: 25-04-2019 01:45
Origem:
Médico:
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES
Leito:

GLICEMIA

Resultado ..... 83 mg/dL

UREIA

Resultado ..... 25 mg/dL

Cecildo Ranulfo da Fonseca Neto
Biomédico
CRBM - 5010

DEPARTAMENTO DE MÉTODOS
DIMAT
CONFERIDO/NÃO VERIFICADO
25 JUN 2019

Laboratório Newlab
PNCQ Programa Nacional de Controle de Qualidade

Sr(a): JOSE HENRIQUE C[illegible]
Dr(a): JOSE RICARDO [illegible]
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMA [illegible]

NÃO INTERNADO
[illegible] ENFERMARIA
[illegible] ENFERMARIA

CREATININA

(VRS EM [illegible] 0,6 a 1,2)

Resultado ..... 0,9 mg/dL

Recém-nascidos até 4 dias: 0,30 a 1,00 mg/dL
5 dias a 3 anos: 0,20 a 0,40 mg/dL
[illegible] a 11 anos: [illegible] mg/dL
12 a 17 anos: [illegible] mg/dL
18 a 40 anos: [illegible] mg/dL
[illegible] a [illegible] anos: [illegible] mg/dL
Acima de 90 anos: [illegible] mg/dL

Mulheres:
Recém-nascidos até 4 dias: 0,30 a [illegible] mg/dL
5 dias a 3 anos: [illegible] mg/dL
[illegible] a 11 anos: [illegible] mg/dL
12 a 17 anos: [illegible] mg/dL
18 a 60 anos: [illegible] mg/dL
[illegible] a [illegible] anos: [illegible] mg/dL
Acima de [illegible] anos: [illegible] mg/dL

[illegible]
[illegible] KONO
[illegible] Biomedicina [illegible]

Gerardo Ramalho de Pontes Neto
Biomédico
CRBM - [illegible]

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DAVIG
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
25 JUN 2019
Porto Seguro S.A.
Av. [illegible]

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: [illegible]-[illegible]-[illegible]-[illegible]-[illegible]-[illegible]-[illegible]-[illegible]-[illegible]-[illegible]-[illegible]-[illegible]-[illegible]-[illegible]-[illegible]-[illegible]

HPM-Hospital Adventista Manaus

GOVERNO DO AMAZONAS

CNPJ: 10.946.190/0001-55
Data: 24/04/2019
Hora: 17:49:06
Médico(a) Diarista: José Ricardo dos Santos Souza

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 188594 **Paciente: JOSE HENRIQUE CARDOSO DA SILVA** Idade: 020 Sexo: M

Nome da Mãe: ADRIANA CARDOSO CAVIER Data de Nascimento: 01/10/1998 Admissão: 24/04/2019

Clínica: TRAUMATOLOGIA Enfermaria: 1 Leito: 5 Diagnóstico: FRATURA DE ANGULO DE MANDIBULA ESQUERDA

DIA 24/04/2019

MÉDICO A: ASSISTENTE : José Ricardo dos Santos Souza /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	CEFTRIAXONA SÓDICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR EV. 1 FRA AMP. (D-7D) Reconstituir 10 ML ABL. Diluir em 100 ML SF	
3	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML EV. 1 AMPOLA. 6h/6h	
4	TENOXICAM 20 MG S.E.N. EV. INTERMITENTE EV. 1 FRA AMP. (D6/T2h) Reconstituir 2ML (20 G)	
5	RANITIDINA CLORIDRATO 150 MG EV. 1 AMP. (D8/T2h)	
6	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
7	HIGIENE ORAL	
8	MANTER AMBIENTE ORGANIZADO	

EVOLUÇÃO

DATA: 24/04/2019 **HORA:** 17:46:11

ABMI

Paciente masculino vítima de acidente de moto, encontra-se consciente, orientado, eupneico. Apresenta ao exame clínico, limitação de abertura bucal, mordedura, referendo. Hematoma e edema em face e periorbital bilateral. TC mostra fratura de ângulo mandibular esq.

CB: - SOLICITO INTERNAÇÃO
- SOLICITO ECG
- SOLICITO EXAMES HEMATOLOGICOS PRE OPERATÓRIOS

ASSINATURA + CARIMBO
José Ricardo Dos Santos Souza

DESDOBRAMENTOS DE SINISTROS
CPMI
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
15 JUN 2019
Gente Seguradora S.A.

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DEPARTAMENTO DE SINISTRO
DIVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
15 AGO 2019
Gama Seguradora S.A.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
CPMI
CONTESTAÇÃO VERIFICADO

25 JUN 2019

27/04/2019 HF-U-Painel Administrativo

CNPJ: 10.828.196/0001-55
Data: 27/04/2019
Horas: 09:08:24
Médico(a) Diarista: Rebeca Valeska Soares Pereira

GOVERNO DA PARAÍBA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

N° do prontuário: 1182345 Paciente: JOSÉ HENRIQUE CARDOSO DA SILVA Idade: 020 Sexo: M

Nome da Mãe: ADRIANA CARDOSO CHAVIER Data de Nascimento: 01/10/1998 Admissão: 24/04/2019

Clínica: SUBMÓBICO Enfermaria: 0 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA DE ANGULO DE MANDIBULA ESQUERDA

DIA 27/04/2019

MEDICO(A) ASSISTENTE : Jose Ricardo Dos Santos Souza / MÉDICO(A) ASSISTENTE : Rebeca Valeska Soares Pereira

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA PASTOSA	
2	CEFTRIAXONA SÓDICA 1 G INTRAVENOSA INTRAMUSCULAR EV, 1/1 HORA AMP, 3D/7D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	
3	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML EV AMPOLA, 6h/6h	
4	DEXAMETASONA 4MG/ML 2,5 ML EV, 8h/8h	
5	TENOXICAM 20 MG SF 2D DILUENTE EV, 1/1 HORA AMP, 12h/12h Reconstituir 1ML ABD,	
6	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG EV, 1C 8/8 AMP, 12h/12h	
7	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
8	HBG LNC 02/M	
9	MASTER COMBI 1 CD HEPARINIZADO	

EVOLUÇÃO

DATA: 27/04/2019 HORA: 05:58:20

SEMI: 4º D.E.H.

Paciente admitido vítima de acidente de moto. Encontra-se consciente, orientado, eupneico. Apresenta ao exame clínico, limitação de abertura bucal, sem oclusão, refere incômodo à palpação na região da fratura. Hematoma e edema em face e pertas bital bilateral, múltiplas escoriações em face em processo de cicatrização sem sinais de infecção. TC mostra fratura de angulo mandibular E.

CDL - AGUARDANDO MELHORA DO QUADRO CLÍNICO

ASSINATURA + CARIMBO
Rebeca Valeska Soares Pereira

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
CARTÃO NÃO VERIFICADO
15 JUN 2019

29 Ab-Foi remetido, oficiado, apelar, submeto, apre-
sentar informações em foro, autos deste v.o.
Informações prestadas pelo Cuidador da
adolescente supervisão Bonacci

29/04/19 AA-Juc-Rc
Ciente documentos de
esp-mag-f

HPM-Pronto Atendimento

CNPJ: 10.349.130/000155
Data: 26/04/2019
Hora: 07:51:48
Medicotai Diarista : Tasso Azevedo Menezes Honorato

GOVERNO DO PARANÁ

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do Atendimento: 186543 Paciente: JOSE HENRIQUE CARDOSO DA SILVA Idade: 03a Sexo: M

Nome da Mãe: ADRIANA CARDOSO OLIVEIRA Data de Nascimento: 01/03/1998 Admissão: 24/04/2019

Cidade: ENEURO PRETO Informação: ? Leito: Diagnóstico: FRATURA DE ANGULO DE MANDIBULA ESQUERDO

DEX 26/04/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE: José Ricardo Dos Santos Souza MEDICO(A) ASSISTENTE: Tasso Azevedo Menezes Honorato

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	CEFTRIAXONA SÓDICA 1 G INTRAVENOSO INTRAMUSCULAR EV, FRA AMP, 2ED 7D Reconstituir 10 ml ADE, Diluir em 100 ml SF	
3	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML EV, AMPOLA, 6/6h	
4	DEXAMETASONA 20 MG/ML DIBAMINEBEV, FRA AMP, 12/12h Reconstituir 2 ML ADE.	
5	RANITIDINA CLORIDRATO 150 MG VO, ICOMP, 12h/12h	
6	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
7	HIGIENE BUCAL	
8	MANTER COM BELCO HEPARINIZADO	

EVOLUÇÃO

DATA: 26/04/2019 HORA: 07:50:20

SUBJETIVO:

Paciente admitido vindo de acidente de moto. Encontra-se consciente, orientado, eupneico. Apresenta ao exame clínico, limitação de abertura bucal, mal estado, refere melhora em dor. Hematoma e edema em face e período pós bilateral, múltiplas escoriações em face. TC mostra fratura de angulo mandibular E.

CIRURGIA: AGUARDANDO MELHORA DO QUADRO CLÍNICO

ASSINATURA E CARIMBO
Tasso Azevedo Menezes Honorato

Dr. Tasso Azevedo Menezes Honorato
Cirurgião e Traumatologista
Buco-Maxilofacial
CRO/PR 7227

DEPARTAMENTO DOS SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
25 JUN 2019
Gente Segurança S.A.

[illegible] bem bonitas, pintadas com [illegible]
[illegible] com que, [illegible] algumas [illegible]
PE [illegible]

LEVANTAMENTOS DE INVENTÁRIOS
DPVA
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
25 JUN 2019
Gerais Engenharia S.A.
Av. Dom Pedro I, 175 B. [illegible] - Recife/PE

29/04/2019 HPM-Portal Administrativo

CNPJ: 10.848.190/0001-55
Data: 29/04/2019
Hora: 07:02:24
Médico (a) Diarista: Rebeca Valeska Soares Pereira

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do atendimento: 1882045 Paciente: JOSÉ HENRIQUE CARDOSO DA SILVA Idade: 22a Sexo: M

Nome da Mãe: ADRIANA CARDOSO CHAVES Data de Nascimento: 01/08/1998 Admissão: 28/04/2019

Clínica: NEUROCIRURGIA Enfermaria: 9 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA DE ÂNGULO DE MANDÍBULA ESQUERDO

DIA 29/04/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE: Jose Ricardo Dos Santos Souza / MÉDICO(A) ASSISTENTE: Rebeca Valeska Soares Pereira

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA PASTOSA	
2	CEFTRIAXONA SÓDICA 1 G INTRAVENOSO INTRAMUSCULAR E.V. 1 FRA AMP. 3D/7D Reconstituir 10 ML ABEX Diluir em 100 ML SF	09
3	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1 AMPOLA, 6h/6h	12 18 00 06
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1 FRA AMP. 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	12 00
5	RANITIDINA CLORIDRATO 150 MG V.O. 1 COMP. 12h/12h	12 00
6	CUIDADOS GERAIS C/ SINAIS VITAIS	12h
7	HIGIENE ORAL	12h
8	MANTER COM JELCO HEPARINIZADO	

CONFERIDO NÃO VERIFICADO
25 JUN 2019

EVOLUÇÃO

DATA: 29/04/2019 HORA: 07:00:56

60 MF 6º D.J.B.

Paciente evolui consciente, orientado, eupneico e deambulando. Apresenta no exame clínico limitação de abertura bucal, má oclusão, refere incômodo à palpação na região da fratura. Hematoma e edema em face e periorbitário [illegible], múltiplas escoriações em face em processo de cicatrização sem sinais de infecção. Hipofagnasia [illegible] de orbitas. Sutura em [illegible] em lingua.
TC mostra fratura de ângulo mandibular E.

CDD: AGUARDANDO DEFLUÓRA DO QUADRO CLÍNICO

ASSINATURA + CARIMBO
Rebeca Valeska Soares Pereira

29/04/19

PA - 150x70

Para se pronunciar quanto aos termos do laudo, quais foram os critérios observados da avaliação.

29/04/19

PA - 150x70

Seguem observações da avaliação.

DEPARTAMENTO DE DESENVOLVIMENTO URBANO
DPURB
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
25 JUN 2019
Gerente Regional DPA
Av. Con Paulo L. Pita N. 136-João Pessoa/PB

25/06/2019 14:04 Parcial Sistema Hospitalar

CNPJ: 01.838.190/0001-55
Data: 25/04/2019
Horas: 02:28:52
Médico (a) Plantão: Tiago Assaiy Menezes Ibiapina

GOVERNO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 1883145 Paciente: JOSE HENRIQUE CARDOSO DA SILVA Idade: 20 Sexo: M

Nome da Mãe: ADELANA CARDOSO CLAVIER Data de Nascimento: 01/01/1998 Admissão: 24/04/2019

Clínica: NEUROLOGIA Enfermaria: 9 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA DE ANGULO DE MANDIBULA ESQUERDA

DIA 28/06/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE: José Ricardo Dos Santos Souza / MÉDICO(A) ASSISTENTE: Tiago Assaiy Menezes Ibiapina

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA PASTOSA	
2	CEFTRIAXONA SODICA 1G INTRAVENOSO INTRAMUSCULAR EV 1FRA AMP 4D-7D Reconstituir 10 ML ABD. Diluição: DIGAB SS	
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML EV 1AMPOLA 6h/6h	
4	TENOXICAM 20 MG SOL DILUENTE EV 1FRA AMP 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	
5	RANITIDINA CLORIDRATO 150 MG VO 1COMP 12h/12h	
6	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
7	HIGIENE ORAL	
8	MASTER COM HEGU HEPARINIZADO	

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
SPAO
CONFERIDO E VERIFICADO
25 JUN 2019

EVOLUÇÃO

DATA: 28/06/2019 HORA: 03:21:15

PRNP: 5º AEIII

Paciente estável consciente, orientado, cooperativo e desorientado. Apresenta ao exame clínico, limitação [illegible] não edema, relato incômodo à palpação na região da fratura. Hematoma e edema em face e pescoço [illegible] em expressão, múltiplas escoriações na face em processo de cicatrização sem sinais de infecção. Hipoestesia em região lateral de hábitos. TC mostra fratura de angulo mandibular E.

Referiu na noite de ontem dor em língua ao se alimentar, ao exame físico constatou-se ferida profunda em corpo e lateral lingual esquerda. Foi realizada sutura com Vicryl 3-0.

CID: AGUARDANDO MELHORIA DO QUADRO CLÍNICO

ASSINATURA / CARIMBO
Tiago Assaiy Menezes Ibiapina

Dr. Tiago Assaiy Menezes Ibiapina
Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial
Residente - CRO/PE 1227

28/04/19
8 anos
Paciente consciente, orientado, SSVV estável,
PA 120x60, T. 36°C, eupnéico, deam-
bula sem dificuldades, mudin-
do [illegible] de curativos da
colostomagem. Conta
[illegible]
[illegible]
Paciente consciente, orientado,
SSVV estáveis, PA 120x60, muda-
curativo [illegible] da
colostomagem. Conta
[illegible]

HPN Plano Administrativo

CNPJ: 10.848.398/0001-55
Data: 30/04/2019
Horas: 07:07:20
Médico(a) Diurno: Tasso Assunção Menezes Honorato

GOVERNO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

N° de prontuário: 188/047 Paciente: JOSE HENRIQUE CARDOSO DA SILVA Idade: 1.20 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIANA CARDOSO CHAVIER Data de Nascimento: 11/06/1998 Admissão: 28/04/2019

Clínica: NEUROLÓGICO Enfermaria: 4 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA DE ANGULO DE MANDIBULA ESQUERDO

DIA 30/04/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE: Jose Ricardo Dos Santos Soares | MÉDICO(A) ASSISTENTE: Tasso Assunção Menezes Honorato

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA PASTOSA	
2	CEFTRIAXONA SÓDICA 1G INTRAVENOSO INTRAMUSCULAR E.V. 1FRA AMP. 6D/7D. Reconstituir 10 ML ADD. Diluir em 100 ML SF.	18
3	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1 AMPOLA. 8h/8h	12 18 20 24
4	TENOXICAM 20 MG/ML DILUENTE E.V. 1FRA AMP. 12h/12h. Reconstituir 2ML ADD.	18 00
5	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML E.V. 1 AMP. 12h/12h	8 20
6	CUIDADOS GERAIS E SINAIS VITAIS	D
7	HIGIENE ORAL	D
8	MANTER COM BELO DE PARINZADO	D

EVOLUÇÃO

DIA 30/04/2019 HORA 07:05:02

SRMT: 7° E.M.H.

Paciente evolui consciente, orientado, em pé e deambulando. Apresenta ao exame clínico, limitação de abertura bucal, má oclusão, edema localizado à palpação e durante alimentação na região da fratura. Hematoma e edema em face e periorbitário bilateral em regressão, múltiplas escoriações em face em processo de cicatrização sem sinais de infecção. Hipoalgesia em região lateral de órbita. Permanece sonolento em língua com sinais de infecção.
TC mostra fratura de angulo mandibular E.

C.D.: MONITORAMENTO MELHORIA DO QUADRO CLÍNICO

ASSINATURA + CARIMBO
Tasso Assunção Menezes Honorato

Dr. Tasso Assunção Menezes Honorato
Cirurgião Traumatologista
Bucomaxilofacial
Residente - CRO/PB 7727

DEPARTAMENTO DE SAÚDE
SIRAT
CONTROLE NÃO VERIFICADO
25 JUN 2019
Gerente Responsável

30/04/19

PA 180 Paciente estável nega dor no momento segue a espera de cirurgia

carla

30/04/19 PA 180/80 Paciente segue estável sem queixas no momento

DEPARTAMENTO DE SANEAMENTO
DMAE
CONTROLE NÃO VERIFICADO
25 JUN 2019

GOVERNO DA PARAÍBA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: [illegible] | Prontuário: | Leito: | Setor Atual:

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: irpm; PA: mmHg; FC: bpm; SPO2: %

HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm | Dor: ( ) Local: Obs.:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 25 JUN 2019 Gabriel Sequeira Sá Av. Sen Rabelo, 785 S. Miguel Paraíbano

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

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 ( ) Fotorreagentes ( ) Mióticas ( ) Midriáticas

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

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: (/) Espontânea ( ) Cateter Nasal ( ) Venturi % Máscara ( ) Traqueostomia ( ) Ayre/Tubo T

( ) VMN ( ) VM: TOT nº Comissura lábial nº FiO2 % PEEP cmH2O

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

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

Ruídos 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.

Pele: ( ) Corada ( ) Hipocorada ( ) Cianose ( ) Sudorese ( ) Fria ( ) Aquecida
Tempo de enchimento capilar: ( ) ≤3 segundos; ( ) >3 segundos. ( ) Turgência jugular: ( )
Bulhas vasoativas: ( ) Claras?
Ausculta cardíaca: ( ) Rítmica ( ) Arrítmica ( ) Sopro ( ) Outro. Marcapasso: ( ) Transitório ( ) Definitivo. Precordialgia: ( )
Cateter vascular: ( ) Periférico ( ) Central ( ) Dissecção. Localização: Data da punção ___/___/___
Edema: ( ) MMSS ( ) MMII ( ) Face ( ) Anasarca. Observações:

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)

Tipo somático: ( ) Nutrido ( ) Emagrecido ( ) Caquético ( ) Obeso.
Dentição: ( ) Completa ( ) Incompleta ( ) Prótese.
Alimentação: ( )VO ( )SNG ( )SNE ( )Gastronomia ( )Jejunostomia ( ) NPT; Hora: Data: ___/___/___
Alterações: ( ) Inapetência ( ) Disfagia ( ) Intolerância alimentar ( ) Vômito ( ) Pirose ( )Outros:
Abdômen: ( )Normotenso ( )Distendido ( )Tenso ( )Ascítico ( )Outros:
RHA: ( )Normoativos ( )Ausentes ( )Diminuídos ( )Aumentados
Eliminação intestinal: ( )Normal ( )Líquida ( )Constipado há dias ( )Outros:
Eliminação urinária: ( )Espontânea ( )Retenção ( )Incontinência ( )Hematúria ( )SVD: Débito ml/h;
Sabe ai: ( )Outros: Observações:

INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA

Condição da pele: ( ) Íntegra ( ) Ressecada ( ) Equimoses ( ) Hematomas ( ) Escoriações ( )Outro:
Coloração da pele: ( )Normocorada ( ) Hipocorada ( )Icérica ( )Cianótica Turgor da pele: ( )Preservado
Condições das mucosas: ( )Úmidas ( )Secas Manifestações de sede: ( )
Incisão cirúrgica: ( ) Local/Aspecto:
Dreno: ( ) Tipo/Aspecto: Curativo em: ___/___/___
Úlcera de pressão: ( )Estágio: Débito: Retirado em: ___/___/___
Local: Descrição: Curativo: ___/___/___

CUIDADO CORPORAL

Cuidado corporal: ( ) Independente ( ) Dependente ( ) Parcialmente dependente. Observações:
Higiene corporal: ( )Satisfatória ( )Insatisfatória Higiene Corporal: ( )Satisfatória ( )Insatisfatória
Limitação física: ( )Acamado ( )Cadeira de rodas ( ) Outro.

SONO E REPOUSO

( ) Preservado ( ) Insônia ( ) Dorme durante o dia ( ) Sono interrompido. Observações:

25 JUN 2018

2. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL

Comunicação: ( ) Preservada ( ) Prejudicada Sentimentos e comportamentos: ( ) Cooperativo ( ) Medo:
( ) Ansiedade ( ) Ausência de familiares/visita ( ) Outros:

3. NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS

RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE

Tipo
( ) Praticante ( ) Não praticante. Observações:

INTERCORRÊNCIAS

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:

DATA: 30/09/2019 HORA: ___h

FONTE: BORDUNHÃO, R.C. Coleta de dados por meio do grupo local. Porto Alegre (2005)

01/05/2019

HPM Portal Administrativo

GOVERNO DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55
Data: 01/05/2019
Horas: 18:34:50
Médico(a) Diretor: Tasso Assunto Menezes Honorato

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 100,2045 Paciente: JOSE HENRIQUE CARDOSO DA SILVA Idade: 020 Sexo: M

Nome da Mãe: ADRIANA CARDOSO CLAVIER Data de Nascimento: 01/11/1998 Admissão: 26/04/2019

Convênio: UNIMEDICO Enfermaria: 5 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA DE ANGULO DE MANDIBULA ESQUERDO

DIA 01/05/2019

MEDICO(A) ASSISTENTE: José Ricardo Dos Santos Souza / MÉDICO(A) ASSISTENTE: Tasso Assunto Menezes Honorato /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA PASTOSA DIETA ZERO OU CO AS	
2	CEFTRIAXONA SODICA 1G INTRAVENOSO INTRAMUSCULAR E.V. 12/12 AMP. 7D/7D Recomendar 10 ML AGUA Diluir em 100 ML SF	
3	CIPROFONA SODICA 500 MG SOL. 2 ML E.V. 12/12 AMPOLA, 48/48	
4	TENOXICAM 20 MG SOL DILUENTE E.V. 12/12 AMP. 12h/12h Recomendar 2ML AGUA	
5	RANITIDINA CLORIDRATO 150 MG C.O. 1 AMP. 12h/12h	
6	CUIDADOS GERAIS / SINAIS VITAIS	
7	HIGIENE ORAL	
8	MANTER COMJEJUM HEPARINIZADO	

EVOLUÇÃO

DATA: 01/05/2019 HORA: 18:30:25

SRMF 8º DLH.

Paciente evolui consciente, orientado, eupneico e deambulando. Apresenta ao exame clínico, limitação de abertura bucal, má oclusão, relato de dômido a palpação e discreta elevação na região da fratura. Hemorragia e edema em face e pavilhão bilateral em regressão, múltiplas escoriações em face em processo de cicatrização sem sinais de infecção. Hipoestesia [illegible] lateral de orbitas. Permanece sonorada em língua sem sinais de infecção.
TC mostra fratura de angulo mandibular E.

AO paciente fora operado hoje, porém não houve sala disponível em bloco cirúrgico.

CD: - AGUARDANDO OPORTUNIDADE CIRÚRGICA

ASSINATURA E CARIMBO
Tasso Assunto Menezes Honorato

DEPARTAMENTO DE [illegible]
SPNF
CONTROLE DOMICILIAR VENDIDO
25 JUN 2019
Conta Segurança [illegible]

Dr. Tasso Assunto Menezes Honorato
Cirurgia de Traumatologia
Buco-Maxilo-Facial
Residente - CRO/PB 1227

04 Paciente foi para o bloco
05 Cirurgia não foi realizada
13 a cirurgia programada para amanhã
09-05-19 adiada às 18 hs devido a
a paciente [illegible]

Jaileno Macedo Santos
Téc. de Enfermagem
COREN 7 19.051

Jaileno Macedo Santos
Téc. de Enfermagem
COREN 7 19.051

DEPARTAMENTO DE SAÚDE PRISIONAL
DPPAR
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
25 JUN 2019
Gerente Responsável Técnica
CRF-SE [illegible]

HPM- Painel Administração

GOVERNO RONDÔNIA

CNPJ: 10.848.190/000 -35
Data: 02/05/2019
Horas: 10:21:26
Médico (a) Diarista : Rebeca Valeska Soares Pereira

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1482025 Paciente: JOSE HENRIQUE CARDOSO DA SILVA Idade: 020 Sexo: M

Nome da Mãe: ADRIANA CARDOSO CHAVES Data de Nascimento: 01/10/1998 Admissão: 24/04/2019

Clínica: NEUROBIOLOGIA Enfermaria: 0 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA DE ANGULO DE MANDIBULA ESQUERDO

DIA 02/05/2019

MÉDICO AS ASSISTENTE : Rebeca Valeska Soares Pereira

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA PASTOSA	
2	CEFTIAXONA SÓDICA 1 G INTRAVENOSO,INTRAMUSCULAR E.V. 8h/8h OD/SD Reconstituir 10 ML ABD. Diluir em 100 ML SF	
3	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. AMPOLA, 6h/6h	14 20 SE
4	DEXAMETASONA 4MG/ML 2,5 ML E.V. 8h/8h	14 18 20 02
5	TENOXICAM 20 MG SFM DILUENTE E.V. 1ERA AMP. 18/12h Reconstituir 2ML ABD.	14 20 06
6	RANITIDINA CLORIDRATO 150 MG/V.O. 1COMP. 18/12h	18 06
7	CUIDADOS GERAIS - SINAIS VITAIS	18 06
8	HIGIENE ORAL	AH
9	MANTER CONJUGO HEPARINIZADO	AH

EVOLUÇÃO

DIA 1 02/05/2019 HORA: 10:20:08

SBME 9º D.U.H.

Paciente evolui consciente, orientado, espaçoso e deambulando. Apresenta ao exame clínico, lesão de abertura bucal, trismo, edema. refere incômodo à palpação e discreta alodinia na região da fratura. Hematoma e edema em face e periorbital bilateral em regressão, múltiplas escoriações em face em processo de cicatrização sem sinais de infecção. Equimoses em região lateral de orbitas. Ferimento autocorte em língua sem sinais de infecção.
TC mostra fratura de angulo mandibular E.

Paciente submetido a procedimento de cirurgia sem intercorrências.

CD: - ACOMPANHAMENTO BMF.
- Dieta pastosa VO
- Dieta zero

ASSINATURA + CARIMBO
Rebeca Valeska Soares Pereira

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTÉM SÃO REMIDO
25 JUN 2019
Caixa Seguradora S.A.

02 8hs - Pete consciente orientado, apetite, impressão,
08 sem queixa para procedimento cirúrgico.
19 Sem alterações presentes - Segue dos cuidados
na - SEVIRO da enfermagem Fernandes

12 19h - PA - 8hs -

12
19

Fernandes

04/06/2015

HPLA-Painel Administrativo

UNIDADE GOVERNADOR

UNIDADE: 10.848 HOSPITAL 55
Data: 03/05/2015
Horas: 07:36:13
Médico (a) Diurno a: Rebeca Vilerda Soares Pereira

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 1830015 Paciente: JOSE HENRIQUE CARDOSO DA SILVA Idade: 020 Sexo: M

Nome da Mãe: ADRIANA CARDOSO CHAMILE Data de Nascimento: 0[illegible]/1995 Admissão: 24/04/2015

Leito: ENFERMARIA Enfermaria: 9 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA DE ANGULO DE MANDIBULA ESQUERDA

DIA 03/05/2015

MÉDICO(A) ASSISTENTE: Rebeca Vilerda Soares Pereira

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA PASTOSA	
2	FLUTRIAMONA SÓDICA 1G INTRAVENOSO INTRAMUSCULAR E.V. 8h/8h (D/ID) Reconstituir 10 ML ÁGUA Diluir em 100 ML SF	
3	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. AMPOLA 6h/6h	
4	DEXAMETASONA 4MG/ML 2,5 ML E.V. 8h/8h	
5	METOCLOPRAMIDA 5 MG/ML 2 ML E.V. 8h/8h AMP. 12h/12h (Reconstituir 2ML ÁGUA)	
6	RANITIDINA CLORIDRATO 150 MG V.O. 100 MG IV 12h/12h	
7	CUIDADOS GERAIS / SINAIS VITAIS	
8	HIGIENE ORAL	
9	MANTER COM JEJUM E PARA ANESTESIA	

EVOLUÇÃO

DATA: 03/05/2015 HORA: 07:35:06

SUBJETIVO: DIA 1 PÓS-OPERATÓRIO

Paciente evolui consciente, orientado, espontâneo, deambulando. Apresenta no exame clínico, hemorragia de abertura bucal, má oclusão, referindo incômodo à palpação e durante alimentação na região da fratura. Hematoma e edema em face e periorbital bilateral em regressão, múltiplas escoriações em face em processo de cicatrização sem sinais de infecção. Hipostagma em região lateral de orbitas. Permanece utilizando contenção lingual sem sinais de infecção.
IC anterior fratura de angulo na mandibula [illegible]

Paciente informado a procedimento de cirurgia, sem intercorrências.

CD: - DIETA BMF

ASSINATURA + CARIMBO
Rebeca Vilerda Soares Pereira

CONTROLE DE ENTRADA
CAMPO
CONTROLE NÃO REGISTRADO
25 JUN 2015

GOVERNO DA PARAÍBA

LIBERAÇÃO DE LEITO

Nome do Paciente: JOSE HENRIQUE CARDOSO DA SILVA

Data de Internação: 24/04/2019 Data da Alta:03/05/2019

Registro:1882045

Tempo de Permanência:-18011

Diagnóstico Inicial: FRATURA DE MANDÍBULA (ÂNGULO ESQUERDO)

Diagnóstico Final:

Principais Exames:- EXAMES DE IMAGEM - EXAMES HEMATOLÓGICOS

Cirurgia:REDUCAO + FIE DE FRATURA MANDIBULAR Data:02/05/2019

Equipe:
Cirurgião:ALFREDO LUCAS NETO
Aux 1:REGINALDO FERNANDES DA SI
Aux 2:REBECA VALESKA SOARES
Aux 3:
Aux 4:
Anestesista:CRISLEIDE RODRIGUES SILVA
Medicamentos:

DEPARTAMENTO DE TIMBRES DMAT CONTÚDO NÃO VERIFICADO 25 JUN 2019

Infecção F.O:

Coleta de Material:

Bacteriologia:

Anatomopatológico:

Resumo Clínico(História, Evolução, Terapêutica e Complicações):Paciente evolui consciente, orientado, eupneico e deambulando. Apresenta ao exame clínico, limitação de abertura bucal, má oclusão, refere incômodo à palpação e durante alimentação na região da fratura. Hematoma e edema em face e periorbital bilateral em regressão, múltiplas escoriações em face em processo de cicatrização sem sinais de infecção. Hiposfagma em região lateral de órbitas. Ferimento sutura ad. em língua sem sinais de infecção. TC mostra fratura de angulo mandibular E. Paciente submetido a procedimento cirúrgico, sem intercorrências.

Orientações:- REPOUSO DOMICILIAR - RETORNO PROGRAMADO - REMOÇÃO DE SUTURA - PRESCRIÇÃO DE MEDICAÇÃO VO

Dieta:LÍQUIDA PASTOSA

Medicações para Casa::- NIMESULIDA - DIPIRONA

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

[illegible] HTCC [illegible]

Retorno ao Ambulatório de : em : para retirada de pontos

ao Ambulatório de :BMF em:15/05/2015 para revisão Repouso15dias

Condições de Alta::Melhorado

Data03/05/2019

Assinatura/Carimbo
Rebeca Valeska Soares Pereira

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

DEPARTAMENTO DE [illegible]
CPJC
COMPROVAÇÃO DE VÍNCULO
25 JUN 2019
data/assinatura

DEPARTAMENTO DE CONTROLE
CPMI
CONTROLE INTERNO

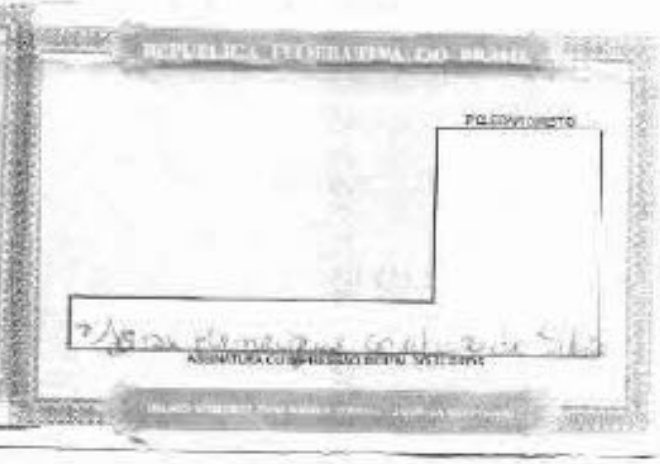
25 JUN 2019


REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
CARTEIRA DE IDENTIDADE
0-917


VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
4.209.235
28/11/2013
JOSÉ HENRIQUE CARDOSO DA SILVA
JOSÉ ROMERO DA SILVA
ADRIANA CARDOSO XAVIER
CAMPINA GRANDE-PB
01/10/1998
121.850.994-50


CONTRATO NÃO VERIFICADO
25 JUN 2018


REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
TÍTULO ELEITORAL
IDENTIFICAÇÃO BIOMÉTRICA
JOSÉ HENRIQUE CARDOSO DA SILVA
01/10/1998
3487 5429 1295
01
A CANTEIRO
24/05/2013


REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
POLEGAR DIREITO


Receita Federal
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO
Número
121.850.994-50
Nome
JOSE HENRIQUE CARDOSO DA SILVA
Nascimento
01/10/1998


CÓDIGO DE CONTROLE
34D5.2136.6EE3.90AE
www.receita.fazenda.gov.br
Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil

DEPARTAMENTO DE TRANSITO
DIVISÃO
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

19 JUN 2019

ENCAMINHO DE

NOME/RAZÃO

ANILDO DA

SUR

RUA 07 E SETEMBRO

CS CENTRO

CHASSI

PLACA

NOCOOO3733 2JC250Y

MARCA/MODELO

HONDA CG 125 TITAN

ANO

1997

CAP POT/CIL

0124/CIL

CATEGORIA

PARTIC

COR PREDO

AZUL

IPVA

COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC.
R$ 53,15	31/03/97	1º 31/
FAIXA I.P.V.A.	PARCELAMENTO/COTAS	2º
002803	3XR$ 17,72	3º 29/

PRÊMIO LÍQUIDO (R$)	IOF	PRÊMIO TOTAL (R$)	DATA DE PA
57,20	1,15	58,35	

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA

CONTRAN

774061

LOCAL

Informações sobre o veículo

Placa: KFF-1642

Espécie/ Tipo: PAS / MOTOCICLETA

Marca/ Modelo: HONDA/CG 125 TITAN

Capacidade/ Potência/ Cilindrada: 2 / 0 / 124

Cor predominante: AZUL

Chassi: 9C2JC250VVKU86355

Combustível: GASOLINA

Ano fabricação/ Ano modelo: 1997

Categoria: PARTIC

Parcelamento/ Cotas: 3 X 0,00

Observações

RESTRIÇÕES

> COMUNICACAO DE VENDA

DEPARTAMENTO DE TRÂNSITO
DAPAT
CONTRUDO NÃO VERIFICADO
15 JUN 2019
Gente Seguradora S/A.

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

AS_-0210864/19

Vítima: JOSE HENRIQUE CARDOSO DA SILVA

Data do acidente: 24/04/2019

CPF: 121.850.994-50

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE HENRIQUE CARDOSO DA SILVA

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 574.946.534-68

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

JOSE HENRIQUE CARDOSO DA SILVA : 121.850.994-50

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
25 JUN 2019
Gente Seguradora S/A.

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.dpvatsegura.com.br ou ligue 0800-022-1204.

- 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 de 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 de entrega: 25/06/2019	Data de cadastramento: 25/06/2019
Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES	Nome: ALINE GOMES DE BRITO
CPF: 574.946.534-68	CPF: 079.445.364-30
EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES	ALINE GOMES DE BRITO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190394361 **Cidade:** Alcantil **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: JOSE HENRIQUE CARDOSO DA SILVA **Data do acidente:** 24/04/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE MANDÍBULA (ÂNGULO ESQUERDO)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS). PG 3 ALTA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DAS ESTRUTURAS CRANIOFACIAIS.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo de IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DAS ESTRUTURAS CRANIO-FACIAIS.

Documentos complementares:

Observações: % SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, CASO EXISTAM. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190394361 **Cidade:** Alcantil **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: JOSE HENRIQUE CARDOSO DA SILVA **Data do acidente:** 24/04/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE MANDÍBULA (ÂNGULO ESQUERDO)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS). PG 3 ALTA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DAS ESTRUTURAS CRANIOFACIAIS.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo de IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DAS ESTRUTURAS CRANIO-FACIAIS.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PROCURAÇÃO:

OUTORGANTE

NOME: JOSE HENRIQUE CARDOSO DA SILVA
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
PROFISSAO: RECUSO INFORMAR
IDENTIDADE: 4.209.235 SSDS/PB CPF 121.850.994-50
DATA DO ACIDENTE:
COBERTURA: INVALIDEZ
VÍTIMA: JOSE HENRIQUE CARDOSO DA SILVA
ENDEREÇO:
SIT BARRA DE ARDEIRA 75, S/N - AREA RURAL, ALCANTIL - PB

DESAPARECIMENTO DE MINUTA NÃO CONTEMPLADO
15 JUN 2018
Caixa Seguradora S.A.

OUTORGADO

NOME- EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES
NACIONALIDADE- BRASILEIRA
PROFISSÃO- FUNCIONARIO PUBLICO APOSENTADO
IDENTIDADE- 3092.028 SSP/PE CPF: 574.940.554-68
ENDEREÇO-
RUA JOAO BATISTA, 370, CENTRO, SURUBIM-PE

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

Gislaine Menezes da Costa
Escrivã AD-HOC
Ofício do Registro Civil
(Nº): 09366752/0801-10
Recife de Santa Augusta-PB

ALCANTIL - PB 22 DE maio DE 2019.

Reconheço a firma José Henrique Cardoso da Silva (Por Autenticidade)
Em test da verdade do fe.
22 de 05 2019

José Henrique Cardoso da Silva

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0212864/19

Vítima: JOSE HENRIQUE CARDOSO DA SILVA

Data do acidente: 24/04/2019

CPF: 121.850.994-50

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE HENRIQUE CARDOSO DA SILVA

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 574.940.534-68

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 446/12
Documentos de identificação
Procuração

JOSE HENRIQUE CARDOSO DA SILVA : 121.650.994-50

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	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da entrega: 25/06/2019 Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES CPF: 574.940.534-68	Data do cadastramento: 25/06/2019 Nome: ALINE GOMES DE BRITO CPF: 079.445.364-30
EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES	ALINE GOMES DE BRITO