

Rio de Janeiro, 31 de Maio de 2017

Carta nº: 11070060

A/C: JOAO BATISTA FERREIRA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170290463 ASL-0198288/17
Vitima: JOAO BATISTA FERREIRA
Data Acidente: 17/07/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: EWERTON RAFHAEL ANGELO BENTO

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à COMPREV SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 05 de Junho de 2017

Carta nº: 11091228

A/C: JOAO BATISTA FERREIRA

Sinistro: 3170290463 ASL-0198288/17
Vítima: JOAO BATISTA FERREIRA
Data Acidente: 17/07/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: EWERTON RAFHAEL ANGELO BENTO

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 22 de Junho de 2017

Carta nº: 11185924

A/C: JOAO BATISTA FERREIRA

Sinistro: 3170290463 ASL-0198288/17
Vítima: JOAO BATISTA FERREIRA
Data Acidente: 17/07/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: EWERTON RAFHAEL ANGELO BENTO

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: JOAO BATISTA FERREIRA

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 001

Agência: 000000634-3

Conta: 000010011501-2

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 =	R\$	2.531,25
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Autorização de pagamento

Nº DO SINISTRO



CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, JOÃO BATISTA FERREIRAPORTADOR(A) DO RG Nº 753.797EXPEDIDO POR SIENS-PIBEM 30/04/14 ECPF 262514693-53 /CNPJ 000000000-0000-00, PROFISSÃO AGRICULTORE RENDA MENSAL DE R\$ 00,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA O MESMO, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO

DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISOPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com viés em digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 003 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0634-3 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 13-503-0

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Piancó-PIB, 30 de NOVENBRO de 16

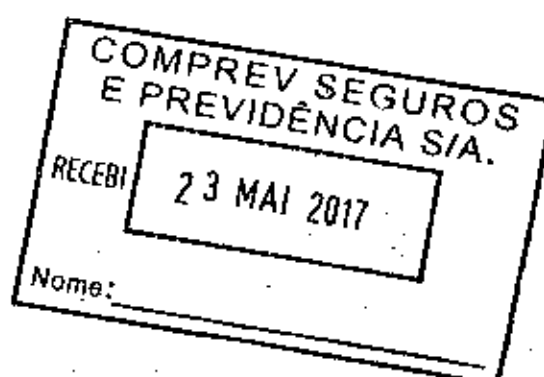
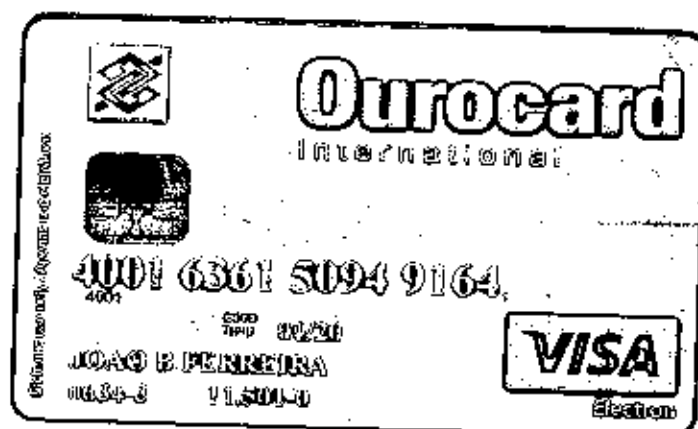
LOCAL E DATA



ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

1 ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.





**GOVERNO
DA PARAÍBA**

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
17ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE PIANCÓ



Boletim de ocorrência



Atendimento

Data: 10/11/2016

Hora: 10h:50min

BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 1.207/2016

Natureza da ocorrência: **ACIDENTE DE MOTOCICLETA**

Data e local do fato: **17/07/2016, Rodovia BR-426 sentido Santana dos Garrotes/Piancó** hora: **aproximadamente às 16:00hs**

Sob a responsabilidade do Del. Pol. **JOSÉ PEREIRA DE SOUZA.**

Notificante: JOÃO BATISTA FERREIRA, alcunha "xxxx", Nacionalidade: Brasileira, naturalidade: Piancó-PB, nascido em 04/09/1961, com 55 anos de idade, documento: RG Nº 753.797 2º VIA SSP-PB e CPF 262.514.691-53, filho(a) de Floro Ferreira de Souza e de Olindina Maria da Conceição, endereço: Rua Hostilio Ferreira s/n Bairro Centro, Piancó-PB, referência: xxxx

Vítima: O NOTIFICANTE ACIMA QUALIFICADO, alcunha " ", Nacionalidade: , naturalidade: , idade: ***, nascido em / / , cor/raça: *****, Estado Civil: *****, Profissão: , Escolaridade: *****, documento: , filiação: e de , endereço: *****, referência:

HISTÓRICO DO FATO

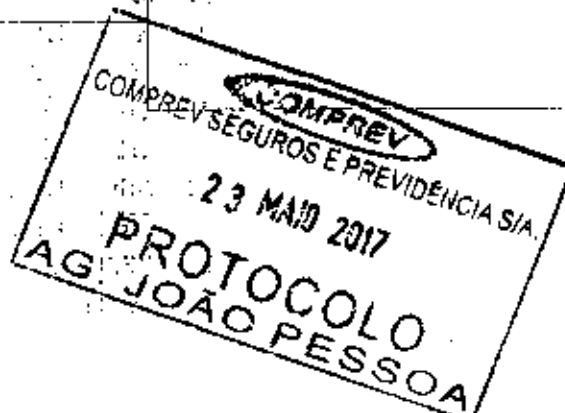
O(a) notificante, após cientificado(a) das penalidades cominadas ao Art. 299 do CPB, declarou o **SEGUINTE**: QUE o notificante vinha conduzindo uma MOTO HONDA CG 160 FAN ESD1/ COR PRETA/ ANO MOD 2015.2016/ PLACA QFM6489-PB/ CHASSI Nº 9C2KC2200GR013650, Licenciada em nome do próprio notificante, que vinha conduzindo sozinho pela BR 426 no sentido Santana dos Garrotes à Piancó, QUE em dado momento veio a perder o controle do seu automotor devido um animal que atravessou na pista, QUE com o impacto veio a cair na sua mão de direção tendo fraturado a perna esquerda e outras escoariações; QUE foi socorrido pelo SAMU-192 de Piancó (CONFORME FICHA DE ATENDIMENTO EM ANEXO) tendo sido encaminhado para o Hospital Regional Janduhy Carnauro em Patos. Por esta razão o senhor JOÃO BATISTA FERREIRA, comparece a esta delegacia de Polícia para prestar o referido B.O, noticiar o fato e requerer a presente certidão para tomar as providências cabíveis. Nada mais a consignar.

João Batista Ferreira

Notificante / Testemunha Arrogada

UBIRATAN FLORENTINO ALVES

Agente de Polícia Civil
Matrícula: 168.368-3



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, JOÃO BATISTA FERREIRA, portador da carteira de identidade nº 353.797 e inscrito no CPF/MF sob o nº 262.514.691-53, residente e domiciliado na RUA HORTENSO FERREIRA, Cidade Pinheiro, Estado PB, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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

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

João Batista Ferreira

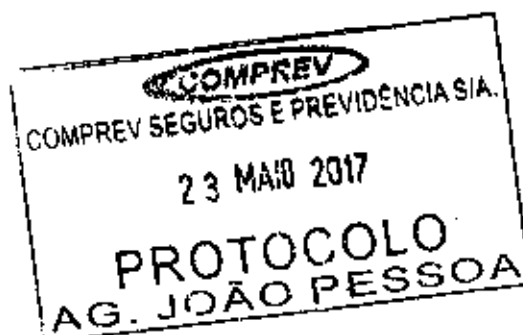
Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Declaração da Inexistência de IML



Pinheiro-PB, 11/11/16

Local e data





PREFEITURA MUNICIPAL DE PIANCÓ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192



SAMU
192

FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO **USB 02**

IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA: **Francisco Gaze**

DATA: 14/03/2017	OCORRÊNCIA: 114	PACIENTE / USUÁRIO: João Batista Correia	IDADE: 55	SEXO: ☒ MASC ☐ FEM
LOCAL DA OCORRÊNCIA: BR 426		BAIRRO: João Batista	MÉDICO REGULADOR: João Batista	
APOIO NO LOCAL: ☐ PM ☐ RESGATE / BOMBEIROS ☐ RESGATE PRF ☐ CPTRAM ☐ SITRANS ☐ OUTRO: OUTRO				
OTA: ☐ SOLICITADO POR TERCEIROS ☐ RECUSOU ATENDIMENTO ☐ SOCORRIDO PELO BOMBEIRO ☐ LOCAL NÃO ENCONTRADO ☐ OUTRO: OUTRO				

TIPO DE AGRAVO:

☒ ACIDENTE DE TRÂNSITO	☐ PEDIÁTRICO
☐ AGRESSÃO	☐ PSIQUIÁTRICO
☐ CLÍNICO	☐ QUASE ACIDENTE / QUASE AGRAVO
☐ DESABAMENTO / DESTRUTIVO	☐ QUEDA: 1,50 METROS
☐ ELETROCUSSÃO	☐ QUEIMADURAS
☐ F.A.B.	☐ OUTROS
☐ F.A.F. (P.A.F.)	
☐ GINECO-OBSTÉTRICO	
☐ LESÕES TÉRMICAS	

ANTECEDENTES:

☐ AIDS	☐ DOENÇA MENTAL
☐ ALCOOLISMO	☐ DOENÇA RENAL
☐ AVC	☐ DROGA
☐ CIRURGIAS REALIZADAS	☐ HIPERTENSÃO ARTERIAL
☐ CONVULSÕES	☐ INTERNAÇÕES ANTERIORES
☐ DIABETES	☐ MEDICAMENTOS
☐ DOENÇA CARDÍACA	☐ PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS
☐ DOENÇA INFECTO-CONTAGIOSA	☐ OUTROS:

DESTINO DO PACIENTE:

SERVIÇO MÉDICO: **HR P. 150** RESPONSÁVEL: **DR. JOÃO BATISTA CORREIA** FUNÇÃO: **COORDENADOR**

MOTIVO DE TRANSPORTE: ☐ APOIO DIAGNÓSTICO ☐ SERVIÇO DE MAIOR COMPLEXIDADE ☐ TRANSFERÊNCIA SIMPLES

☐ OUTRO:

TRANSPORTE SECUNDÁRIO - DESTINO

LOCAL: **BR 426** RESPONSÁVEL: **DR. JOÃO BATISTA CORREIA** FUNÇÃO: **COORDENADOR**

EXAME CLÍNICO (PRINCIPAIS SINTOMAS / QUEIXAS):

Doença em MIE e M.S.S.

DADOS VITAIS:

VVAA: ☐ LIVRE ☐ OBSTRUÍDA / RESPIRAÇÃO: ☐ >30rpm ☐ <30rpm / PULSO RADIAL: ☐ Presente ☐ Ausente / Pressão: **120/80** mm Hg ☐ >90mm Hg ☐ <90mm Hg

P.A.: **120/80** mm Hg FC: **74** TEMP: **36,5** °C GLICEMIA: **95** mg/dL E. Com: **02** SpO2: **95**

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:

☐ Ansiedade ☐ Capacidade Adaptativa Intracraniana Diminuída ☐ Comunicação verbal Prejudicada ☐ Confusão Aguda ☐ Desambulação Prejudicada ☐ Débito Cardíaco Diminuído ☐ Desobstrução Ineficaz VvAA ☐ Distúrbio da Atividade ☐ Dor Aguda ☐ Hipertensão ☐ Hipotensão ☐ Integridade da Pele Prejudicada ☐ Integridade Intelectual Prejudicada ☐ Medo ☐ Intolerância à Atividade ☐ Mucosa Oral Prejudicada ☐ Padrão Respiratório Ineficaz ☐ Perforação Tissular Cerebral Ineficaz ☐ Perforação Tissular Cardíaca Prejudicada ☐ Perforação Tissular Gastrointestinal Ineficaz ☐ Perforação Tissular Renal Ineficaz ☐ Termorregulação Ineficaz ☐ Troca de Gases Prejudicada ☐ Ventilação Espontânea Prejudicada ☐ Volume de Líquidos Deficiente ☐ Volume Excessivo de Líquidos ☐ Náuseas ☐ Retenção Urinária ☐ Percepção Sensorial Prejudicada ☐ Interação Social Prejudicada ☐ Incontinência Intestinal ☐ Eliminação Urinária Prejudicada ☐ Coesilpação ☐ Outros:

INTERVENÇÕES:

Aplicação de SSVV; mobilização; administração de medicamentos

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO:

Paciente B.F., 55 anos, sexo M, vítima de acidente de moto, com lesão vertebral, exposto, normotensão, presença de fraturas em M.S.S.; postura exposta em MTE (tubo e fixador). Foi realizado imobilização com arco cervical e prancha rígida, com fixação de membros e curativos. Foi administrado SSVV, Dipirona 1000mg.

Obs: Realizar sempre a imobilização do paciente em MIE.

Comprovação de ato declaratório



MATERIAL UTILIZADO (ENFERMAGEM)

E.C.G.:

☐ NORMAL ☐ ALTERADO ☐ NÃO REALIZADO

EXAME NEUROLÓGICO:

☐ AGITAÇÃO ☐ SONOLÊNCIA ☐ COMA ☐ CONVULSÃO ☐ OTORRAGIA ☐ RIGIDEZ ☐ MIDRIASE

EXAME GINECO-OBSTÉTRICO

☐ ABORTAMENTO ☐ HEMORRAGIA VAGINAL ☐ NORMAL _____ SEMANAS ☐ TRABALHO DE PARTO

☐ OUTROS: _____

DIAGNÓSTICOS E PROCEDIMENTOS:

DIAGNÓSTICOS:

TRAUMA histerectomia

Dr. José William F. Figueiredo
CRM: 9768-PB
Médico

PROCEDIMENTOS:

☐ DESOBSTRUÇÃO VIAS AÉREAS ☐ INTUBAÇÃO NASO/ROTRAQUEAL ☐ CÂNULA OROFARÍNGEA ☐ CRICOTIREIDOSTOMIA
☐ VENTILAÇÃO MECÂNICA (MANUAL - "AMBU") ☐ RESPIRADOR ☐ INALAÇÃO DE OXIGÊNIO (O2) ☐ DRENAGEM TORÁCICA
☐ MASSAGEM CARDÍACA EXTERNA ☐ DESFIBRILAÇÃO/CARDIOVERSÃO ☐ CONTROLE DE HEMORRAGIA ☐ CURATIVO
☐ PUNÇÃO VENOSA ☐ Sonda GÁSTRICA ☐ Sonda VESICAL ☐ SEDAÇÃO ☐ IMOBILIZAÇÃO DE MEMBROS ☐ COLAR CERVICAL
☐ TALASSITRAÇÃO ☐ OROTRAQUEAL ☐ OUTROS: _____

TERAPÉUTICA / MEDICAMENTOS (PRESCRIÇÃO DIRETA OU POR TELEMEDICINA):

500 mg / 1000 mg (1000 mg) - Trazolamida (EV)

EVOLUÇÃO CLÍNICA / INTERCORRÊNCIAS (MÉDICOS):

ENCAMINHAMENTO:

☐ LIBERADO APÓS O ATENDIMENTO ☐ RECUSA O ATENDIMENTO ☐ ÓBITO NO LOCAL ☐ ÓBITO DURANTE O ATENDIMENTO
☐ ÓBITO DURANTE O TRANSPORTE

POSIÇÃO DE TRANSPORTE:

☐ DECÚBITO DORSAL ☐ DECÚBITO LATERAL ☐ DECÚBITO VENTRAL ☐ SENTADO ☐ ELEVÇÃO DE CABECEIRA (CABEÇA)

RECUSA:

NOME: _____ R.G.: _____

ASSINATURA: _____

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE:

ENFERMEIRO(A): G. G. M. M. E. COREN: 24114-PB MAT.: _____

TÉCNICO DE ENFERM.: R. S. S. S. COREN: _____ MAT.: _____

com. sup. M. J. J. J.



PREFEITURA MUNICIPAL DE PIANCÓ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SAMU 192 - REGIONAL DE PIANCÓ



RELATÓRIO DE TRANSFERÊNCIA INTER-HOSPITALAR / INTER-MUNICIPAL

Ocorrência nº: 234 Data: 17/10/2016 Hora: _____
Nome da Vítima: seas Batista Ferreira Idade: 55
Evento: () Traumática () Clínico () Pediátrico () Gineco-Obstétrico
() Psiquiátrico () Cirúrgico Outros: _____

Procedência: _____
Solicitante: _____
Destino: _____
Contato: _____

Circunstâncias da Transferência:

Identifique quais as ineficiências deste hospital para a manutenção da vida do paciente:

Pac. com fratura exposta de
osso fibro-fibular em M' esq
e estabilidade hemodinâmica

Procedimentos realizados no hospital:

SRL 2000ml (E)
Dipirona 2g (E)

Vantagens da transferência e avaliação de risco do traslado

ausência de ortopedista / cirurgia
ortopedista

Dr. Jomar Dore Jr. Braga
CRM PB 5736

Médico: _____ CRM: _____

Assinatura e Carimbo

SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência



PREFEITURA MUNICIPAL DE PIANCÓ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SAMU 192 - REGIONAL DE PIANCÓ



TERMO DE RESPONSABILIDADE DO MÉDICO SOLICITANTE DE TRANSFERÊNCIA
DE PACIENTES, PORTARIA N.º 2.048/02 E RESOLUÇÃO C.E.M. 1.672/03

1) RESPONSABILIDADES:

a- A responsabilidade de assistência ao paciente transferido é do médico solicitante, até que o mesmo seja recebido pelo médico da unidade responsável pelo transporte, nos casos de transferência em viaturas de suporte avançado de vida ou até que o mesmo seja recebido pelo médico do serviço receptor, nos casos de transferência de suporte básico de vida ou viaturas de transporte simples. O início da responsabilidade do médico da viatura de transporte ou do médico da unidade receptora não cessa responsabilidade de indicação e avaliação do profissional da unidade solicitante.

b- o médico responsável pelo paciente seja ele plantonista, diarista ou médico assistente deve realizar as solicitações à Central de Regulação e realizar contato prévio com o serviço potencialmente receptor.

c- Não remover o paciente em risco de vida, sem antes a condatória avaliação e atendimento respiratório, hemodinâmico e outras medidas urgentes específicas para cada caso, estabilizando-o e preparando-o para transporte.

d- Esgotar seus recursos antes de acionar a Central de Regulação ou outros serviços do sistema loco regional.

e- A decisão de transferir um paciente grave é estritamente médica e deve considerar os princípios básicos do transporte, quais sejam: não agravar o estado do paciente, garantir sua estabilidade e garantir o transporte com rapidez e segurança.

f- Informar ao médico regulador, de maneira clara e objetiva, as condições do paciente.

g- Elaborar documento de transparência que deve acompanhar o paciente durante o transporte e compor seu prontuário na unidade receptora, registrando informações relativas ao atendimento prestado na unidade solicitante, como diagnóstico de entrada, exames realizados e as condutas terapêuticas adotadas. Este documento deverá conter o nome e CRM legíveis, além da assinatura do solicitante.

- SAMU 192 é regional, portanto o transporte intermunicipal será realizado preferencialmente para o município da região.

- A regulação do SAMU 192 - Regional de Piancó, ficará na obrigação de enviar o médico intervencionista para avaliação de cada caso, e este irá decidir que tipo de ambulância enviar para o transporte

SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

RUA PEDRO ÂNGELO, S/N - CENTRO - CEP: 58.765-000 - PIANCÓ-PB.

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: 16/06/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOAO BATISTA FERREIRA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00634-3

CONTA: 000010011501-2

Nr. da Autenticação 2137FA7A15A3C03B

JOAO BATISTA FERRIRA
RUA HOSTILIO FERRERA, S/N - CENTRO
PARNAGUÁ/PB-CEP: 58765000 (AG: 144)

Categoria: RESIDENCIAL / BAIXA RENDIMENTO MONOFÁSICO
Retro: 18 - 144 - 130 - 7380
IP: 00039455714

ENERGISA PARÁIBA, DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A

CEP: 58765000 - João Pessoa/PB - CEP: 58071-880

CNPJ: 095 183 0001-40 - Ins. Est. 10.015-023-0

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica N001.176.297
Código para Dúvida Automática: 0000848311

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

Conta referente a UC (Unidade Consumidora): 5/684831-1

Canal de contato

Out/2016

Apresentação

27/10/2016

Data prevista da próxima leitura

28/11/2016

CPF/CNPJ/RANI

25751409153

Faturas em atraso

FATURAS VENCIDAS ATÉ
O DIA 27/10/2016 PAGAS
OBRIGATORIAMENTE

Anterior Atual Constante Consumo Dias

Data Letura Data Letura
28/09/16 5075 27/10/16 5145 1 67 29

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo até 30kWh-EP	30	0,15080	4,51
Consumo - 31 a 100kWh-EP	37	0,25823	9,55
Subsídio			15,43
ICMS			10,58
PS			0,41
COFINS			1,88
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS			
CONTRIBUIÇÃO PÚBLICA			8,47
Devolução Subsídio			-15,43

Histórico de Consumo (kWh)

Set/16	77
Ago/16	75
Jul/16	83
Jun/16	68
Mai/16	63
Abr/16	54
Mar/16	66
Fev/16	60
Jan/16	71
Out/15	103
Nov/15	83
Out/15	103

	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR R\$
ICMS	42,37	75,00	10,58
PS	42,37	0,958	0,41
COFINS	42,37	4,434	1,88

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

Méda dos últimos meses

04/11/2016

R\$ 35,41

RESERVAÇÃO AO RISCO

6ecb.4279.4912 dc32.1b1d.5530.afd.264c

Indicadores de Qualidade 9/2016-Panco

Limites da ANEEL	Apurada	Limite de Tensão (V)
DIAMETRAL	7,25	2,32
DIAMETRAL	14,53	
DIAMETRAL	25,00	
DIAMETRAL	3,88	1,00
DIAMETRAL	7,72	
DIAMETRAL	15,45	
DIAMETRAL	4,14	2,32
DIAMETRAL	12,27	

Composição do valor total da sua conta

Descrição	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. da Energisa PB	5,34	15,09
Compra de Energia	8,25	17,85
Serviços de Transmissão	0,37	1,04
Energia Setorial	2,10	5,83
Impostos, Direitos e Encargos	21,35	60,70
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	38,41	100,00

VENCIMENTO DO RISCO

ATENÇÃO

Sua unidade foi avaliada como Baixa Renda, tendo um desconto de R\$ 15,43

Comprovante de residência



COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

23 MAIO 2017

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



Comprovante de residência



CTC RECIFE PE JPA PL10
SR EWERTON RAFAEL ANGELO BENTO
R 9 DE FERREIRO 000
CENTRO
58765 - 000 PIANCO PB

Atendimento Claro - Ligue 1052
Auto-Atendimento - Ligue *1052#
Na Web - www.claro.com.br/minhaclaro
Visite nosso site: www.clarom.com.br

Data de Vencimento: 21/03/15 - Data de Postagem: 12/03/15



721134357514806000004099730120315

Número do seu Claro	Período de Uso	Vencimento	Total a Pagar
83 9129 6366	de 21/02/2015 a 03/03/2015	21/03/2015	R\$ 31,90

Veja aqui o que está sendo cobrado

Individuais		
Assinatura Controle	R\$	31,90
Total do Mês	R\$	31,90

Total a Pagar	R\$	31,90
---------------	-----	-------

Mensagens

Bem-vindo a Claro! Estaremos sempre à sua disposição. Para entrar em contato conosco, ligue 1052 do seu celular ou de qualquer outro telefone.

No Canal Interativo da Claro você pode comprar pacotes, ativar diversos serviços, solicitar código de barras para pagamento, consultar pontos do Claro Clube, franquias de dados consumidos e muito mais. Ligue grátis para *1052# e confira essas informações na tela do seu celular.



Prezado Cliente,
Este boleto não quita débitos de meses anteriores.

Pague sua conta nos Bancos e Lojas credenciadas. Encargos por atraso não cobrados na primeira conta. Contribuições para o FUST e FUNTEL (1% e 0,5% do valor dos serviços) não impressas nos prints. Central de Atendimento do Anatel: 1331 - Ao ligar, informe o nº da reclamação registrada na prestação.

Autenticação Mecânica:



**DECLARAÇÃO****Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro**

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

A recusa em fornecer as informações e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu EMERSON RAFAEL ANGELO BENTO, portador(a) do

CNPJ nº 06023033070, expedido por DETRO-PI3, em

14/05/15, CPF/CNPJ nº 059.064.214-67,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) JOÃO BA-

TISTA FERREIRA do sinistro de DPVAT da natureza INVALIDEZ

da vítima JOÃO BATISTA FERREIRA, e conforme

determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: RECUSOU-SE Renda Mensal: R\$ RECUSOU-SE

Documentos comprobatórios: CNPJ e Comp. Residência - Sem
Comprovações De Profissão e Renda.

Emerson Rafael Angelo Bento
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO





HOSPITAL REGIONAL DE PATOS JANDUHY CARNEIRO
RUA HORACIO NOBREGA, S/N
PATOS PARAIBA (83)3423-2741

Prontuario: 76313
Ocorrência: OUTROS TIPOS DE ACIDENTE DE TRANSITO

Data/Hora 17/7/2016 18:43:27

Servidor do Dr.:

Paciente JOAO BATISTA FERREIRA

Idade: 54 Sexo M

Filiação

Pai: FLORO FERREIRA DE SOUZA
Mãe: OLINDINA MARIA DA CONCEICAO

Endereço

Cidade: PIANCO - PB - 58765-000 - 2511301
Endereço: OSTILDE FERREIRA
Bairro: PRACA DO COSSACO
Naturalidade: PIANCO - PB
Fone: (83)99147-6871

N: SN

Documentos

CNS: 700-5079-5844-6756
Identidade: 753797 SSP PB
CPF:
Reg. Nasc.:

Informações adicionais

Nascimento: 4/9/1961
Cor: PARDA
Estado Civil: CASADO(A)
Profissão: AGRICULTOR(A)

Responsável:

Damiano Nogueira Ferreira Santos

ANAMNESE: (História da Moléstia atual, antecedentes pessoais, antecedentes hereditários)

Fract. exposta de punho

Documentação médica - hospitalar



EXAMES OBJETIVOS: (Inspeção geral, exame da região afetada, exame dos diversos aparelhos)

Dor, FCC, deformidade



EXAMES COMPLEMENTARES: (Raio X, laboratórios)

Fract. tibia e fíbula

Diagnóstico:

Fract. exposta de punho

Motivo da Alta:

Resultado: () Saiu Curado (X) Melhorado () Falecido () Transferido Em, 24 / 07 / 16

Recepcionista: Norma

Dr. Leonardo Monteiro
Ortopedia e Traumatologia
CRM 6048 - RBO 13.001

HOSPITAL REGIONAL "DEP. JANDUHY CARNEIRO"
RATOS - PARAIBA

Nome do Paciente: <u>João Batista Fernandes</u>		Nº Prontuário
Data da Cirurgia: <u>17/07/16</u>	Enf.	Leito
Cirurgião: <u>Marco Vinícius</u>	1º Auxiliar	
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador
Anestesiologista: <u>Felipe</u>	Tipo de Anestesia: <u>Alguém</u>	
Diagnóstico Pré-Operatório: <u>Fratura exposta do fêmur (B)</u>		
Tipo de Cirurgia: <u>de fratura exposta - enxerto + Alveoloplastia +</u> <u>fixação externa</u>		
Diagnóstico Pós-Operatório: <u>Ótimo</u>		
Relatório imediato do Patologista		
<u>Não houve</u>		
Exame Radiológico no Ato: <u>Sim</u>		
Acidente Durante a Cirurgia: <u>Não</u>		

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos Visuais

1) Fratura do fêmur do membro superior direito
 2) Fratura exposta de MTD
 3) Exposição de caput esternal
 4) Exatidão - enxerto + Alveoloplastia
 5) Grupos do leito
 6) Fixação externa
 7) Curativo
 8) PM de controle

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Dr. Marcos Vinícius A. Freitas
Ortopedia / Traumatologia
Cirurgia da Mão
CRM 7605 TROT 14260

HOSPITAL REGIONAL "DEP. JANDUHY CARNEIRO" RATOS - PARAIBA

Nome do Paciente: JOÃO BATISTA FERNANDES		Nº Prontuário
Data da Cirurgia: 22/07/16	Enf.	Leito
Cirurgião: Dr. Fábio Spá	1º Auxiliar: Dr. Wagner	
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentação
Anestesista: Dr. TAVES	Tipo da Anestesia: RA 0,4% - 650,510	
Diagnóstico Pré-Operatório: FRATURA TIPIA G300200 com FIXAÇÃO G306200		
Tipo de Cirurgia: RETIRO DA FIXAÇÃO G306200 OSTEOSINTÊSE TIPIA DISTAL G304000		
Diagnóstico Pós-Operatório: DDGN		
Relatório imediato do Patologista: NÃO		
Exame Radiológico no Ato: NÃO		
Acidente Durante a Cirurgia: NÃO		

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos Viscerais
1. PACIENTE em DECÚBITO DORSAL Mesa C12-2014
2. ASSÉPTICO G. ANTISÉPTICO
3. Colagem com C19-2014
4. RESEÇÃO FIXAÇÃO G306200 71214 G304000
5. Redução CRUETA G 031605312000 TIPIA DISTAL G304000 com placa G-T
6. Redução FRATURA com SF 2,0
7. SUTURA por pontos
8. CURATIVO

Dr. Fábio de Moura Spá
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM 8.6119

RELATORIO DE CIRURGIA



GÓVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO



REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME: <u>João Batista</u>			
DA CLÍNICA	<u>lunário</u>	ENFERMARIA	<u>9.º</u>
A CLÍNICA	<u>cardiologia</u>	LEITO	<u>06</u>
MOTIVO DA CONSULTA:		(ESPECIFICAR OS DADOS SOBRE OS QUAIS DESEJA OPINIÃO E NUMERAR OS PRINCIPAIS SINTOMAS DO ENFERMO)	
<u>Risco lunário</u>			
<u>32/07/15</u>			
DATA		ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE	
PARECER:			
Paciente com <u>funções Cardiológicas</u> <u>Não Comorbidades</u> Não Usa medicamentos <u>PA = 100 x 70 mmHg</u> <u>ECG = Normal</u> <u>Risco Cirúrgico = Baixo Risco</u>			
<u>20/07/16</u>		<u>Kleuber M. de F. Filho</u> Cardiologista CRM 10.111	
DATA		ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA	



HOSPITAL REGIONAL "DEP. JANDUHY CARNEIRO"
PATOS - PARAÍBA
EVOLUÇÃO CLÍNICA
ENFERMARIA

PACIENTE:

João Batista Carneiro

LEITO:

REG.:

DATA

HORA

14/07/16

19:30

#01016016

JOÃO BATISTA, 54 ANOS

AD: FURTIVA EXPOSTA NA TÍBIA (G)

Paciente vítima de acidente - osteotomia
avulsão de osso, edema e deformidade
da tíbia pérgua esquerda

Ap. ORAC: ferimento em face anterior
de pérgua (G), na exposição óssea.

dx: Fratura da tíbia (G)

cd: Queda

do pérgua - clínica - emergência +
Exatidão externa
VPM

Dr. Marcos Vinícius A. Freitas
Ortopedia e Traumatologia
CRM 12.042
LRA 7000 14390

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE João Batista Ferreira					GOVERNO DA PARÁIBA SECRETARIA DE SAÚDE  HOSPITAL REGIONAL DR. JANDUHY CARNEIRO
OT	LEITO	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO	
		SUS	54	76313	
CIRURGIA		CIRURGIÃO			
nº enun - Rot. Tênis Alvelo		Dr. Fábio			
ANESTESIA		ANESTESISTA			
Raque		Dr. Távio			
INSTRUMENTADORA		DATA	INÍCIO	FTM	
		22.07.16	10:40		

MATERIAL

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
	TX. de Instrumentador	1	Equipo para o e sangue
11	TX. Capnógrafo SF 0,97		Scalp
	TX. Bomba de Infusão	1	Luvas Est. p/ Procedimentos
	TX. Aplicação de Sangue	1	Lâmina de Bisturi
	TX. Monitor Córdio-Respirador		Sonda de Foley
11	TX. de Laser INCUBA - PUP1		Coletor de Urina
	TX. de Curativo		Seringa 1 ml
	TX. de Instalação S. Vesical		Seringa 3 ml
2	TX. Sala	1 2	Seringa 5 ml
2	TX. Bisturi Elétrico		Seringa 10 ml
	TX. Aspirador Elétrico	1 2	Seringa 20 ml
	TX. Oxímetro de Pulso		Eletrodos desc.
1	Neocain		Atadura de Crepom 10cm
	Halotano		Atadura de Crepom 20cm
	Thionembatal		Atadura Gessada 10cm
	Quelcicn		Sonda Uretral
1	Paralton cefazolina 1GR		Sonda Nasogástrica
	Dorminid		Éter Sulfúrico
	Fentanil 0,05mg		Dreno Penrose
	Xilestesin a 5%		Dreno Sucção
	Inoval		Dreno de Tórax
	Xilocalina a 2%	2	Esparadrapo
	Etodimdate		Xilocalina Gel
	Ketalar	2	Álcool 70%
	Publicovalina 0,5%	2	PVPI Tintura
1	Dimorf	2	Gases
	Lanexat 0,5ml		Algodão Hidrófilo
	Narcan		Algodão Ortopédico
	Forane	11	GLDAR NYLON 3.0
	Sufenta		Vassilina Estéril
	Diazepam		Aguilha descartável
	Água destilada 10ml		Pastilha de Farnol
	Prostigmine		Fio Cromado 0 c/ agulha
	Atropina		Fio Cromado 0 s/ agulha
	Adrenalina		Fio Cromado 1 c/ agulha
	Efortil		Fio Cromado 1 s/ agulha
	Cefalotina 19g		Fio Cromado 2-0 c/ agulha
	Oxital		Fio Cromado 2-0 s/ agulha
	Plasli		Cat-gut simples 0 c/ agulha
1	Diplrona		Cat-gut simples 0 s/ agulha
	Espartn 5000 VI		Cat-gut simples 2-0 c/ agulha
	Tiletli		Cat-gut simples 2-0 s/ agulha
	Amicacina 500mg		Cat-gut 2-0 p/ amigdalectomia
1	Aguilha de Raque Descartável		Cat-gut simples 3-0 c/ agulha
	Abbotate 20 e 22		Polycot 0 c/ agulha
	Polycot 0 s/ agulha		Polycot 2-0 c/ agulha
	Polycot 2-0 s/ agulha		Polycot 3-0 c/ agulha
	Polycot 3-0 s/ agulha		Prolene 2-0 c/ agulha
	Prolene 0 c/ agulha		

*ex. Batista 31.07
21.07
31.07*

*Dono. Raqui 20.07
20 a 30.07
fupna*



GOVERNO DA PARAÍBA

HOSPITAL REGIONAL DEPUTADO JANDUHY CARNEIRO

SECRETARIA DE SAÚDE

9/06

Hospital		Enfermaria	Leito	Nº Prontuário		
FOLHA DE ANESTESIA		Nome		Idade	Sexo	Cor
Data	Pressão Arterial	Pulso	Respiração	Temperatura	Peso	Altura
22/08/16	120	80	96			
Tip. Sanguíneo	Hemátias	Hemoglobina	Hematócrito	Glicemia	Urêia	Outros
VER PRONTUÁRIO						
Urina						
Ap. Respiratório				Asma		Bronquite
Ap. Circulatório				Eletrocardiograma		
Ap. Digestivo				Dentes		Pescoço
JEJUM OK				Ap. Urinário		
Estado Mental				Alergia		Hipotensores
CONSCIENTE				Corticoides		
Diagnóstico Pré-Operatório				Estado Físico		Risco
FRATURA TÍBIA E FIBULA						
História Anterior						
Indicação Pré-Anestésica				Aplicada às		Efeito
MIDAZOLAM 5 Mg						
V V						
Agentes Anestésicos	02					
Líquido	(SF) (SF) (SF)					
DIG O P.V. ARTERIAL: PULSO: RESPIRAÇÃO V. Z. ANESTESIA: OPERAÇÃO	260 240 220 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20					
Símbolos e Anotações	SPO2 98%					
Posição						
Agentes	NEOCAINA 0,5% PESADA 15 mg + DIMORF 80 mcg					
Técnica	RAQUIANESTESIA: Punção lombar entre L3-L4 ag. 25 quincke LCR s/ Alterações					
Operação	Fluoroscopia - tibia e fibula (E)					
Cirurgiões	Dr. João					
Anestesiistas	DR. TÁVIO LEAL					
Observações	Dr. Távio Leal Januário Anestesiologista					
Anotar no verso, as complicações Pré-operatórias e Pós-operatórias						
CRMPB 5774						



GOVERNO DA PARAÍBA

HOSPITAL REGIONAL DEPUTADO JANDUHY CARNEIRO

SECRETARIA DE SAÚDE

Hospital		Enfermaria	Leito	Nº Prontuário	
FOLHA DE ANESTESIA		Nome JORGE BATISTA FERREIRA		Idade 55	Sexo M
Pressão Arterial/Pulso 110/70 60mmHg		Respiração normal		Temperatura	Peso
Tipo Sanguíneo		Hemácias Hemoglobina Hematócrito		Glicemia	Ureia
Ureia				Outros	
Ap. Respiratório				Asma NÃO	
Ap. Circulatório HEMOD ESTÁVEL				Eletrocardiograma RS	
Ap. Digestivo URGÊNCIA				Dentes	
Estado Mental CONSC.				Pescoco	
Ataxia				Ap. Urinário	
Corticóides				Alergia NÃO	
Diagnóstico Pré-Operatório FRAT. TÍBIA				Hipotensão	
Anestesia Anteriores				Estado Geral BRE	
Risco					
Dose Pré-Anestésica 20.50L 21.40L				Aplicada às	
Efeito					
INDUÇÃO					
Satisf. ☐ Excit. ☐ Tosse ☐					
Laringo Espasmo ☐ Lenta ☐					
Náuseas ☐ Vômitos ☐					
Outros ☐					
MANUTENÇÃO 2/1 MIN					
1) ROXON 2g					
2) DESMET. 10mg					
3) OPIDON 2g					
Anestesia Satisf. Sim ☒ Não ☐					
4) STASIL 60mg					
5) FRIDIN 5mg					
DESPERTAR					
Reflexos no SO ☐					
Obstr. ☐ CO2 ☐ Excit. ☐					
Náuseas ☐ Vômitos ☐					
Outros ☐					
Com cânula ☐					
para o tubo sim ☐ não ☐					
CONDIÇÕES					
Cânula					
Agentes NOOC FLU 0,5% 15mg + MORFINA 80mg					
Técnica RACUIANESTESIA					
Operação REDUÇÃO + FIXAÇÃO EXTERNA					
Cirurgião MARCOS VINÍCIUS					
Anestestesista HELIX SOARES F608					
Observações					
Anotar no verso, as complicações Pré-operatórias e Pós-operatórias					

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE GOO Batista Ferreira					 GOVERNO DA PARAÍBA SECRETARIA DE SAÚDE HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO
QTD.	LEITO	CONVÊNIO lms	IDADE 54	REGISTRO 76313	
CIRURGIÃO Dr. Vinícius		ANESTESISTA Dr. Félix			
INSTRUMENTAÇÃO magnum		DATA 17.04.16 INÍCIO 20:45 FIM			

MATERIAL

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
	TX. de Instrumentador		Equipo p/ soro e sangue
1	TX. Capnógrafo		Scalp
	TX. Bomba de Infusão	1	Luvas Est. p/ Procedimentos
	TX. Aplicação de Sangue		Lâmina de Bisturi
1	TX. Monitor Córdio-Respirador		Sonda de Foley
	TX. de Laser		Coletor de Urina
1	TX. de Curativo		Seringa 1 ml
	TX. de instalação S. Vesical		Seringa 3 ml
1	TX. Sala		Seringa 5 ml
	TX. Bisturi Elétrico		Seringa 10 ml
	TX. Aspirador Elétrico		Seringa 20 ml
1	TX. Oxímetro de Pulso		Eletrodos desc.
1	Neocain		Atadura de Crepom 10cm
	Halotano		Atadura de Crepom 20cm
	Thionembatal		Atadura Gessada 10cm
	Quelicin		Sonda Uretral
	Pavulon		Sonda Nesogástrica
	Dorminid		Éter Sulfúrico
	Fentanil 0,05mg		Dreno Penrose
	Xilofesin a 5%		Dreno Sucção
	Inovel		Dreno de Tórax
	Xilocalina a 2%	1	Esparadrapo
	Etodimidate		Xilocalina Gel
	Ketalar	1	Álcool 70%
	Pubicocaina 0,5%	1	PVPI Tintura
1	Dimorf	1	Gases
	Lanexat 0,5ml		Algodão Hidrófilo
	Narcen		Algodão Ortopédico
	Forane		Cidex
	Sufenta		Vaselina Estéril
	Diazepam		Aguilha descartável
1	Água destilada 10ml		Pastilha de Formol
	Prostigmine		Fio Cromado 0 c/ agulha
	Atropina		Fio Cromado 0 s/ agulha
1	Adrenalina		Fio Cromado 1 c/ agulha
	Eforil		Fio Cromado 1 s/ agulha
1	Cetelofina-19g		Fio Cromado 2-0 c/ agulha
	Dixtal		Fio Cromado 2-0 s/ agulha
	Pisall		Cat-gut simples 0 c/ agulha
1	Dipirona		Cat-gut simples 0 s/ agulha
	Esparin 5000 VI		Cat-gut simples 2-0 c/ agulha
1	Tilatil		Cat-gut simples 2-0 s/ agulha
	Amicacina 500mg		Cat-gut 2-0 p/ amigdalectomia
1	Aguilha de Raque Descartável		Cat-gut simples 3-0 c/ agulha
	Abbocote 20 e 22		Polycot 0 c/ agulha
	Polycot 0 s/ agulha		Polycot 2-0 c/ agulha
	Polycot 2-0 s/ agulha		Polycot 3-0 c/ agulha
	Polycot 3-0 s/ agulha		Prolene 2-0 c/ agulha
	Prolene 0 c/ agulha		

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

V-02

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENFÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

7-100

ASINUM DENTICA

CARTEIRA DE IDENTIDADE

João B. de L. F. de L.




COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A

23 MAIO 2017

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 753.797 -2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 30/04/2014

NOME JOÃO BATISTA FERREIRA

FILIAÇÃO FLORO FERREIRA DE SOUZA OLINDINA MARIA DA CONCEIÇÃO

NATURALIDADE PIANCO-PB

DOC ORIGEM CASAM N. 4827 FLS. 142 LIV. 17 CARTORIO PIANCO-PB

DATA DE NASCIMENTO 04/09/1961

262.514.691-53

Assinatura do Detentor

LEI Nº 7.115 DE 29/09/83

Documentos de identificação



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 012506830369
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD. RENAVAM 0106802107-9 R.N.T.R.C. 08/0000000 EXERCÍCIO 2016

NOME JOAO BATISTA FERREIRA

OPF / CNPJ 26251469153 PLACA QFM6489/PB

PLACA ANT. / UF NOVO PB CHASSI 9C2KC2200GR013650

ESP. DE USO PAS/MOTOCICLETA NÃO AFILIC COMBUSTÍVEL ALCO/GASOL

MARCA / MODELO HONDA CG-160 FAN ESDI ANO FAB. 2015 ANO MOD. 2016

CAP. POT. / CL. 2 P/162 / CI CATEGORIA PARTIC CDR PREDOMINANTE BRETA

IPVA PAGO EM 30/08/2016 VENC. COTA ÚNICA 1

FADIA IPVA. PARCELAMENTO COTAS 2

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

***** 012506830369 30/08/2016

OBSERVAÇÕES SEM RESERVA DE DOMÍNIO

PIANCO - PB LOCAL 40681 3533

EXERCÍCIO 2016 DATA EMISSÃO 30/08/2016

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

PB Nº 012506830369 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

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

EXERCÍCIO 2016 DATA EMISSÃO 30/08/2016

VIA 1 OPF / CNPJ 26251469153 PLACA QFM6489/PB

RENAVAM 0106802107-9 MARCA / MODELO HONDA CG-160 FAN ESDI

ANO FAB. 2015 CAT. TAMB. 9 Nº CHASSI 9C2KC2200GR013650

PRÊMIO TARIFÁRIO

***** (R\$) ***** (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$)

***** 012506830369 30/08/2016

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.244.806/0001-04
www.seguradoralider.com.br

3533 1202163-20400830

DUT



COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
23 MAIO 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170290463

Cidade: Piancó

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOAO BATISTA FERREIRA

Data do acidente: 17/07/2016

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA
DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura exposta de tíbia Esquerda

Descrição do exame médico pericial: Paciente com atrofia da perna esquerda. (Massa muscular). (+/++++). Apresenta marcha claudicante. Apresenta limitação de ADM do tornozelo esquerdo de flexão dorsal (10 graus), flexão plantar (20 graus), abdução (10 graus), adução (10 graus).

Resultados terapêuticos: Paciente sofreu acidente de moto no dia 17 de julho de 2016. Foi encaminhado pelo SAMU, para Hospital Regional de Patos-PB. Foi submetido a cirurgia para osteossíntese da fratura. (redução da fratura + uso de fixador externo). Depois foi submetido a nova cirurgia no dia 22 de julho de 2016, para colocação de placas e parafusos. Fez fisioterapia por 3 meses.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do membro inferior esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 13/06/2017

Conduta mantida:

Observações: Nota do revisor: adequamos o ?PI? conforme relatório descritivo do médico examinador. Procedida avaliação médica na cidade de Sousa.

Médico examinador: Raimundo Pereira de Oliveira Neto

CRM do médico: 7416

UF do CRM do médico: PB

DANOS

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

PRESTADOR

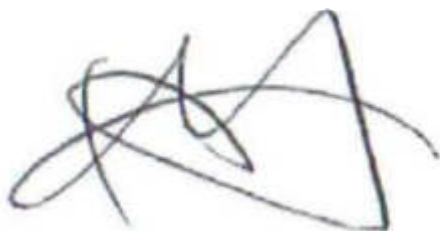
MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: SILVIO SZTRAJTMAN

CRM do médico: 40115

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): **JOAO BATISTA FERREIRA** Sinistro: **3170290463** Data: **17/07/2016**

Endereço do(a) Examinado(a): **RUA HOSTILIO FERREIRA, SN - CENTRO - Piancó - PB - CEP 58765-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PB**] **753797**

Data local do exame: [**13/06/2017**] **Sousa** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
Fratura exposta de tibia Esquerda. Paciente com atrofia da perna esquerda. (Massa muscular). (+/++++). Apresenta marcha claudicante. Apresenta limitação de ADM do tornozelo esquerdo de flexão dorsal (10 graus), flexão plantar (20 graus), abdução (10 graus), adução (10 graus).

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(**))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.

Paciente sofreu acidente de moto no dia 17 de julho de 2016. Foi encaminhado pelo SAMU, para Hospital Regional de Patos-PB. Foi submetido a cirurgia para osteossíntese da fratura. (redução da fratura + uso de fixador externo). Depois foi submetido a nova cirurgia no dia 22 de julho de 2016, para colocação de placas e parafusos. Fez fisioterapia por 3 meses.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [**X**] Sim [] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Paciente com atrofia da perna esquerda. (Massa muscular). (+/++++). Apresenta marcha claudicante. Apresenta limitação de ADM do tornozelo esquerdo de flexão dorsal (10 graus), flexão plantar (20 graus), abdução (10 graus), adução (10 graus).

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

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

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

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

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

() "Exame não permite conclusão"
Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal (Sequela):
Perna esquerda

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.



Raimundo Pereira de Oliveira Neto - CRM: 7416 - PB



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: JOÃO BATISTA FERREIRA, brasileiro(a), estado civil: CASADO
 Profissão: AGRICULTOR, portador(a) do RG 753.797, órgão expedidor SEDS-PB
 e do CPF: 262.514.691-53, residente no(a) Rua Hostílio Fernandes
 nº SIN, bairro: CENTRO, município: Piancó / PB.

OUTORGADO:

Nome: EWERTON RAFAEL DNELO BENTO, brasileiro(a), estado civil: CASADO
 Profissão: Advogado, portador(a) do RG 289.9193, órgão expedidor SSP-PB
 e do CPF: 059.064.214-67, residente no(a) Rua 09 De Fevereiro
 nº SIN, bairro: CENTRO, município: Piancó / PB.

PODERES: pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, a fim de que o outorgado dê entrada em meu pedido de indenização do seguro DPVAT a ser creditada em conta bancária de minha titularidade conforme ficha de Autorização de Pagamento e poderes para acompanhar toda a tramitação do referido processo junto a esta seguradora, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar, enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima JOÃO BATISTA FERREIRA.

Local e Data: Piancó - PB, 30/11/2016



João Batista Ferreira

Assinatura do outorgante
 (Reconhecer firma por autenticidade)



Edvaldo Caldas - Serviço Notarial Regular
 Av. José Américo de Almeida, 41 - Centro
 CEP: 58.765-000 - Fone/Fax: (83) 3452-2274
 e-mail: edvaldocaldas@outlook.com.br



Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) firmada(s) de: Jovânia Inácio da Cruz
JOÃO BATISTA FERREIRA
 Em testada verdade. Piancó-PB 10/11/2016 10:22:58
 Jovânia Inácio da Cruz - Escrevente
 (2016-002514)EML:R\$ 18,49 FAREJO:R\$ 0,25 FEPI:R\$ 1,70
 SELLO DIGITAL: AEE21798-EAT9
 Confira a autenticidade em: <https://selodigital1.1306.ms.br>

