
Rio de Janeiro, 19 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190483881

Vítima: EVERTON FERNANDES DA SILVA

Data do Acidente: 09/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EVERTON FERNANDES 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 6.194, de 1974.

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

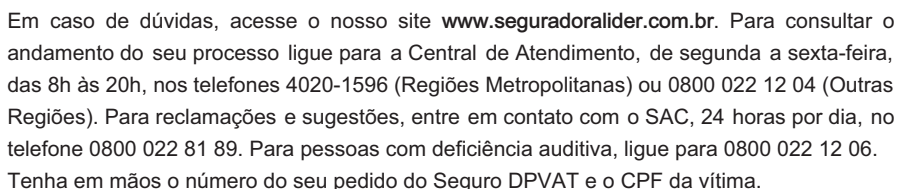
Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 02 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190483881

Vítima: EVERTON FERNANDES DA SILVA

Data do Acidente: 09/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), EVERTON FERNANDES DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Realizado tratamento conservador, conforme documento médico, datado de 16/07/2019, emitido pelo Dr. GLENDER TERCIO G. G. DA TRINDADE CRM nº 3920 - PB, da Instituição HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 0282035/19 3 - CPF da vítima: 700.786.864-90 4 - Nome completo da vítima: Everson Fernandes da Silva

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

5 - Nome completo: Everson Fernandes da Silva 6 - CPF: 700.786.864-90
7 - Profissão: Estudante 8 - Endereço: Rua do Campo 9 - Número: SIN 10 - Complemento: —
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Jacarai 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58278-000
15 - E-mail: (83) 99192-8028 16 - Tel.(DDD): (83) 99192-8028

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

17 - Nome completo do Representante Legal: — 18 - CPF do Representante Legal: — 19 - Profissão do Representante Legal: —

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 2191 1 CONTA: 2027 3
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: —
25 - Grau de Parentesco com a vítima: — 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: —
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: — Falecidos: — 30 - Vítima deixou nascituro (vol/nascos)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: — Falecidos: — 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: — CPF: —
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: — CPF: —
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, João Pessoa, 16/08/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 0182035/19 3 - CPF da vítima: 700.786.864-90 4 - Nome completo da vítima: Everton Fernandes da Silva

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

5 - Nome completo: Everton Fernandes da Silva 6 - CPF: 700.786.864-90 7 - Profissão: Estudante 8 - Endereço: Rua do Campo 9 - Número: S/N 10 - Complemento: 11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Jaraguá 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58278-000 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (83) 99192-8028

DADOS CADASTRAIS

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 2191 1 CONTA: 2024 3 AGÊNCIA: CONTA:

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(s) ao nascer? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado: 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido: 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido: 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido:

38 - 1ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha 21 AGO. 2019 39 - 2ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: João Pessoa, 21/08/2019

X Everton Fernandes da Silva 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 0292035/19 3 - CPF da vítima: 700.786.864-90 4 - Nome completo da vítima: Everton Fernandes da Silva

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

5 - Nome completo: Everton Fernandes da Silva 6 - CPF: 700.786.864-90
7 - Profissão: Estudante 8 - Endereço: Rua do Campo 9 - Número: SIN 10 - Complemento: —
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Jacareá 13 - Estado: PR 14 - CEP: 58278-000
15 - E-mail: (53) 99192-8028 16 - Tel.(DDD): (53) 99192-8028

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

17 - Nome completo do Representante Legal: — 18 - CPF do Representante Legal: — 19 - Profissão do Representante Legal: —

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo, Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 2391 1 CONTA: 2027 3
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: —

AGÊNCIA: — — CONTA: — —
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima: —

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

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

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome: —

CPF: —

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: —

CPF: —

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Jacaré, 16/08/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

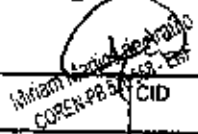
43 - Assinatura do Procurador (se houver)

AV. ORESTES LUGÃO, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332185700

Boletim de Atendimento: 1161852



Identificação do paciente				
ID 1149874	Nome EVERTON FERNANDES DA SILVA		Sexo Masculino	
Data de nascimento 23/08/1997	Idade 21 anos 8 meses 17 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe MARIA DAS GRACAS SILVA	Pai EDVALDO FERNANDO DA SILVA			
Escolaridade	Responsável (Parentesco) MONIQUE DA SILVA CARDOSO - ESPOSO(A)			
DDD Móvel 83	Fone Móvel 988456110	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3978707	Nº Cns 161052651910005		
Local de procedência MAMANGUAPE	Tipo MUNICIPIO		UF PB	
E-mail	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R		
Endereço				
CEP 58278000	Município de residência JACARAÚ	UF PB	Logradouro DA CAGEPA	
Número SN	Complemento	Bairro CENTRO		
Admissão				
Data e Hora 10/05/2019 14:50:40	Número da pulseira 10007590497	Convênio SUS		
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica			
Classificação de risco	Origem do paciente OUTRA UNIDADE DE SAUDE			
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS		
Indicadores e Transporte				
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Velo de ambulância Não	Trauma Não	
Meio de transporte AMBULANCIA	Quem transportou			
Sinais Vitais				
PA X mmHg	Pulso	Temperatura		
Exames complementares				
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []
ECG []				
Ultrasonografia []				
Dados clínicos Paciente vítima de queda de alto e/ou abdominal por queda necessitando de avaliação de cirurgia geral e c. p. exames				
Diagnóstico				
Atendido por ANNE WALESKA PEREIRA LIMA				Tempo 02min 01seg



Imprimir



**ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE JACARAÚ
CENTRO DE SAÚDE DAURA RIBEIRO DA SILVA**

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins de comprovação que, **EVERTON FERNANDES PESSOA** RG 3.976.707 2ª VIA SSDS/PB, CPF: 700.786.864-90, residente no município de Jacaraú-Pb, foi vítima acidente motociclistico (queda), apresentando fortes dores na região do tórax. Os primeiros socorros foram solicitados através de pessoas que transitavam no local e o atendimento se deu através da Equipe do Centro de Saúde Daura Ribeiro no dia 09/05/2019, sendo encaminhado para o Hospital Geral de Mamanguape (HGM), Mamanguape – PB, seguindo para avaliação e exames médicos sobre os cuidados desse último hospital.

Conforme consta no Livro de Ocorrência da Enfermagem desta Unidade de Saúde.

Por ser verdade, firmo o presente documento.

Jacaraú – PB, 20 de Agosto de 2019.

Lindinalva Vicente da Costa Silva (Ass. Administrativa)

**Lindinalva Vicente da Costa Silva
Diretora Geral
CENTRO DE SAÚDE DAURA RIBEIRO**



EDVALDO FERNANDES DA SILVA
RUA DO CAMPO, S/N / CASA - CENTRO
JACARAÚ / PB CEP: 58276000 (AG. 14)

energisa

Ligação MONOFÁSICO
C/S/SPC RES MTC B1 / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Referência: Ago / 2019
Medidor: 00000991252
Emissão: 07/30/2019
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 029.077.984
Cód. para Deb. Automático: 00010693893

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Ago / 2019	07/03/2019	06/09/2019	027.867.654-65

UC (Unidade Consumidora): **5/1069389-3**

Canal de contato

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



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, Edivan Fernandes da Silva

RG nº 3864812, data de expedição / /

Órgão ITDP/RN, portador do CPF nº 073.342.684-07

com domicílio na cidade de Jacaraú, no Estado de

Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua 7 de Setembro, nº SIN

complemento Loteamento Santa Inês, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

Everton Fernandes da Silva, cujo o condutor era

Everton Fernandes da Silva

Veículo: Motocicleta Modelo: HONDA CG 125 FAN Ano: 2009/2010

Placa: NPU 7450 Chassi: 9C2JC4J10AR531808

Data do Acidente: 09 / 05 / 2019



Local e Data: Jacaraú, 14/08/2019

Edivan Fernandes da Silva

Assinatura do Declarante

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





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA

LAUDO MÉDICO

OBS: DADOS EXTRAÍDOS DO BE nº 1161852 e PRONTUÁRIO nº 115695

PACIENTE: EVERTON FERNANDES DA SILVA

DATA DE NASCIMENTO: 23.08.97

Data e Hora do Atendimento: 10.05.19

Horário: 14:50h

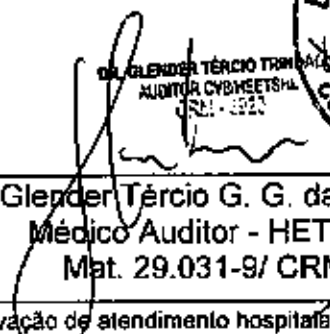
MOTIVO(S) DO ATENDIMENTO: Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta procedente do Hospital Geral de Mamanguape apresentando quadro de trauma abdominal contuso, dor no hemitorax direito. Atendido pelo Dr. Leonardo Fonseca de Andrade CRM 5799, Dr. Gilvandro Carneiro Leal CRM 2489, Dr. José Carlos Marques CRM 2102, Dr. Thiago Mendonça CRM 10.345, Dr. Rodrigo Campos Monteiro CRM 6067.

DIAGNÓSTICO INICIAL: TRAUMATISMO ABDOMINAL FECHADO + LESÃO RENAL DIREITA CID 10 S 37 0

RESUMO DOS PRINCIPAIS EXAMES E PROCEDIMENTO(S) REALIZADO(S):
Primeiro atendimento, avaliação da cirurgia geral, Ultrassonografia de Abdome, Tomografia computadorizada de abdome e tratamento cirúrgico em 10.05.19 com laparotomia exploradora e correção cirúrgica de hematoma retroperitoneal e hematoma perirenal direito com drenagem de hematoma.

ALTA HOSPITALAR: Em 15.05.19 às 19:29h.

Data da Emissão: 16.07.19


Dr. Glendner Tércio G. G. da Trindade
Médico Auditor - HETSHL
Mat. 29.031-9/ CRM-3920



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



HOSPITAL GERAL DE MAMANGUAPE

ENCAMINHAMENTO: HETSHL

PACIENTE: EVERTON FERNANDES DA SILVA

DATA: 10/05/2019 SEXO: M IDADE: 21 anos

PACIENTE APRESENTANDO DOR ABDOMINAL INTENSA APÓS QUEDA DE MOTO, FOI REALIZADO USG QUE EVIDENCIOU HEMATOMA INTRAABDOMINAL A/E E LESÃO RENAL POS- TRAUMÁTICA.

SOLICITO AVALIAÇÃO DA CIRURGIA GERAL

GRATO.

MAMANGUAPE, 10/05/2019.



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

Boletim de Atendimento: 1161852



Identificação do paciente

ID 1149674	Nome EVERTON FERNANDES DA SILVA			Sexo Masculino
Data de nascimento 23/08/1997	Idade 21 anos 8 meses 17 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe MARIA DAS GRACAS SILVA	Pai EDVALDO FERNANDO DA SILVA			
Escolaridade	Responsável (Parentesco) MONIQUE DA SILVA CARDOSO - ESPOSO(A)			
DDD Móvel 83	Fone Móvel 988456110	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3878707	Nº Cns 161052651910005		
Local de procedência MAMANGUAPE	Tipo MUNICIPIO		UF PB	
E-mail	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R		

Endereço

CEP 58278000	Município de residência JACARAÚ	UF PB	Logradouro DA CAGEPA
Número SN	Complemento	Bairro CENTRO	

Admissão

Data e Hora 10/05/2019 14:50:40	Número da pulseira 10007590497	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica	
Classificação de risco	Origem do paciente OUTRA UNIDADE DE SAUDE	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS

Indicadores e Transporte

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

Sinais Vitais

PA _____ X _____ mmHg	Pulso	Temperatura
--------------------------	-------	-------------

Exames complementares

Rolo X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
<i>Dados clínicos</i> Paciente vítima de queda de alto e de cabotomina por queda necessitando de avaliação de cirurgia que ele p/ exames						
Diagnóstico						
Atendido por ANNE WALESKA PEREIRA LIMA						Tempo 02min 01seg



Miriam Maria de Araújo
COREV-PB 50 CID



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

AREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel:

CNES: 6121221

Paciente EVERTON FERNANDES DA SILVA	BAE 1161852	Data/Hora Entrada 10/05/2019 14:50:40	Data Baixa
Data de nascimento 23/08/1997	Idade 21a 8m 17d	Sexo Masculino	CNS 161052651910005
Mãe MARIA DAS GRACAS SILVA			Telefone de Contato (83) 988456110
Endereço DA CAGEPA, SN	Bairro CENTRO	Município JACARAÚ	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional JOSE CARLOS MARQUES	Nº Cons. Regional 2102/PB
Data/Hora Classificação 10/05/2019 14:50:40		Data/Hora Prescrição 10/05/2019 15:29:06	

Anamnese

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO CONSCIENTE ORIENTADO. REFERINDO DOR NO HEME TÓRAX DIREITO TÓRAX DOR A PALPAÇÃO EM HEME TÓRAX DIREITO ABDOME DOR A PALPAÇÃO SUPERFICIAL E REGISTECIA DE PAREDE MMSS E MMII NDN

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 1,0 ML VIA E.V., 8/8H, 0,0 (MGTSV)

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN C/ CONTRASTE

CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

Dr. José Carlos Marques
CRM 2102

JOSE CARLOS MARQUES
(2102/PB)

EVERTON FERNANDES DA SILVA

Boletim registrado por: ANNE WALESKA PEREIRA LIMA em 10/05/2019 14:52:41



AREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel:

CNES: 6121221

Paciente EVERTON FERNANDES DA SILVA	BAE 1161851	Data/Hora Entrada 10/05/2019 14:50:40	Data Baixa
Data de nascimento 23/08/1997	Idade 21a 8m 17d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 988456110
Mãe MARIA DAS GRACAS SILVA		CNS 161052631910005	Prontuário
Endereço DA CAGEPA, SN	Bairro CENTRO	Município JACARAÍ	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional JOSE CARLOS MARQUES	Nº Cons. Regional 2102/PB
Data/Hora Classificação 10/05/2019 14:50:40		Data/Hora Prescrição 10/05/2019 15:40:10	

Anamnese

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO CONSCIENTE ORIENTADO, REFERINDO DOR NO HEMIT. TORAX DIREITO TORAX DOR A PALPA. EM L. EN-
TOME TORAX DIREITO ABDOME DOR A PALPAÇÃO SUPERFICIAL E REGISTECIA DE PAREDE MMS E MMJNDN SOLICITO RX DE TORAX

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)

Conduta

Em observação

EVERTON FERNANDES DA SILVA

Dr. José Carlos Marques

CRM 12102
JOSE CARLOS MARQUES
C 2102/PB

Toltem registrado por: ANNE WALESKA PEREIRA LIMA em 10/05/2019 14:52:41



AREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel:

CNES: 6121221

Paciente EVERTON FERNANDES DA SILVA	BAE 1161852	Data/Hora Entrada 10/05/2019 14:50:40	Data Brisa
Data de nascimento 23/09/1997	Idade 21a 8m 18d	Sexo Masculino	CNS 161052651910005
Mãe MARIA DAS GRACAS SILVA			Telefone de Contato (83) 988456110
Endereço DA CAGEPA, SN	Bairro CENTRO	Município JACARAÚ	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional GILVANDO CARNEIRO LEAL	Nº Cons. Regional 2489/PM
Data/Hora Classificação 10/05/2019 14:50:40		Data/Hora Prescrição 10/05/2019 22:00:45	

Anamnese

*Nota Operatória# - CIRURGIA GERAL - PACIENTE VITIMA DE TRAUMA ABDOMINAL CONTUSO (QUEDA DE MOTO), SUBMETIDO A LAPAROTOMIA EXPLORADORA, SOB ANESTESIA GERAL, COM AVALIAÇÃO INTRA-OPERATÓRIA DA EQUIPE DA GINECOLOGIA, SEM INTERCORRENCIAS, AOS 14:50:40.

DIETA

DIETA ZERO, VIA NENHUMA

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 1000,0 ML VIA E.V., 24H, DURANTE 24 HORA(S)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 1000,0 ML VIA E.V., 24H, DURANTE 24 HORA(S)

SOLUÇÃO GLICOSADA 5% SISTEMA FECHADO (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 500,0 ML VIA E.V., 6/6H, 0,0 (MGTSN)

CIPROFLOXACINO 400MG - 2MG/ML (FRASCO 200ML), ADMINISTRAR 200,0 ML VIA E.V., 12/12H, POR 7 DIA(S)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% - (AMPOLA 10ML), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H

Diluir

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), DILUIR 2,0 ML

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V., 8/8H, DURANTE 12 HORA(S)

Diluir

TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), DILUIR 2,0 ML

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 8/8H, DURANTE 8 HORA(S)

Diluir

ONDANSETRONA 2MG/ML (AMPOLA 2ML), DILUIR 2,0 ML



CUIDADOS

I - ORIENTAÇÕES PARA ENFERMAGEM, (OBSERVAÇÕES: MEDIR E ANOTAR DEBITO DO DRENO DE SUCCÃO)

II - ORIENTAÇÕES PARA ENFERMAGEM, (OBSERVAÇÕES: CURATIVO DIARIO)

III - ORIENTAÇÕES PARA ENFERMAGEM, (OBSERVAÇÕES: MEDIR E ANOTAR DEBITO DA Sonda VESICAL)

IV - ORIENTAÇÕES PARA ENFERMAGEM, (OBSERVAÇÕES: CCGG + SSVV)

Conduta

Internar Paciente

[Handwritten signature]

EVERTON FERNANDES DA SILVA

[Handwritten signature]
Gilvando Carneiro Leal

GILVANDO CARNEIRO LEAL
(: 2489/1'B)

Boletim registrado por: ANNE WALESKA PEREIRA LIMA em 10/05/2019 14:52:41

71

71





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBAAV. ORESTES LISBOA, S/N -
CNES: 454554 - Tel.: 8332165700Impresso por: JULIO
AUGUSTO DE ALMEIDA
FERREIRA FILHO
Em: 12/05/2019 08:01:00

Nome EVERTON FERNANDES DA SILVA		Boletim de Atendimento 1161852	Data/Hora Entrada 10/05/2019 14:50:40	Data/Hora Saída
Data de nascimento 23/05/1997	Idade 21	Sexo Masculino	CNS 181052651910005	Prontuário 115695
Tempo de Internação 1d 8h 47min		Convênio SUS	Plantão DIURNO	
Data de Entrada 10/05/2019 14:50:40	Data Internação 10/05/2019 23:14:43	Permanência na Unidade: 1d 17h 11min	Permanência no Leito: 17h 12min	

EVOLUÇÃO MÉDICA (JULIO AUGUSTO DE ALMEIDA FERREIRA FILHO - 12/05/2019 08:00:37)**EVOLUÇÃO:**

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

paciente em pos operatorio de trauma renal
estável hemodinamicamente
dreno abdome com 20ml nas 12h
fo limpa
cd alta cirurgia geral
aos cuidados da urologia

Seção: POSTO IA - ENF 3 Leito: LEITO - 091

Profissional responsável pela informação: JULIO AUGUSTO DE ALMEIDA FERREIRA FILHO

Número Conselho: 5955

[Assinatura]
Dr. Julio Augusto de Almeida F. Filho
Cirurgia Geral - Laparoscopia - Obesidade
CRM 5955





Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNES: 6121221 - Tel.:

Impresso por: ALDENIO
AMORIM DE LIMA
Em: 11/05/2019 08:34:47

Nome EVERTON FERNANDES DA SILVA		Boletim de Atendimento 1161852	Data/Hora Entrada 10/05/2019 14:50:40	Data/Hora Saída
Data de nascimento 23/08/1997	Idade 21	Sexo Masculino	CNS 151052651910005	Prontuário 115695
Tempo de Internação 9h 20min		Convênio SUS	Plantão DIURNO	
Data de Entrada 10/05/2019 14:50:40	Data Internação 10/05/2019 23:14:43	Permanência na Unidade: 17h 44min	Permanência no Leito: 9h 16min	

EVOLUÇÃO MEDICA (ALDENIO AMORIM DE LIMA - 11/05/2019 08:34:35)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

#1ºDPO - LE+DRENAGEM DE HEMATOMA PERIRRENAL À DIREITA (REVISÃO DA HEMOSTASIA)
PACIENTE EVOLUI SEM INTERCORRÊNCIAS ABDOMINAIS NO MOMENTO.
CONDUTA: VPM.

Seção: BLOCO - URPA ENF 41 Leito: LEITO URPA - 005
Profissional responsável pela informação: ALDENIO AMORIM DE LIMA

Número Conselho: 5815

ALDENIO AMORIM DE LIMA
CIR. GERAL e CIR. VASCULAR
CRM-PB 1815



AV. ORESTES LISBOA, Sn - PEDRO GONDIM
CNES: 445365 - Tel.: 8332165700Impresso por: ARTHUR
ELESBAO RAMALHO
TROCOLI DOS SANTOS
Em: 13/05/2019 10:26:03

Nome EVERTON FERNANDES DA SILVA		Boletim de Atendimento 1161652	Data/Hora Entrada 10/05/2019 14:50:40	Data/Hora Saída
Data de nascimento 23/08/1997	Idade 21	Sexo Masculino	CNS 161052851910005	Prontuário 115695
Tempo de Internação 2d 11h 12min		Convênio SUS		Plantão DIURNO
Data de Entrada 10/05/2019 14:50:40	Data Internação 10/05/2019 23:14:43	Permanência na Unidade: 2d 19h 30min		Permanência no Leito: 1d 19h 37min

EVOLUÇÃO MEDICA (ARTHUR ELESBAO RAMALHO TROCOLI DOS SANTOS - 13/05/2019 10:25:50)**EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

Urologia

Paciente submetido à laparotomia exploradora para drenagem de hematoma retroperitoneal. Descrição cirúrgica da urologia: não evidenciou lesão renal como causa do hematoma, e inclusive liberando aos cuidados da cirurgia geral. Cd: alta da urologia aos cuidados da cirurgia geral

Seção: POSTO IA - ENF 3 Leito: LEITO - 001

Profissional responsável pela informação: ARTHUR ELESBAO RAMALHO TROCOLI DOS SANTOS

Número Conselho: 5503


Dr. Arthur Elesba Ramalho Trocoli
Urologista
CRM - PE 5503

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: EVERTON FERNANDES DA SILVA BE Prontuário: 1161852
 Idade: 21 Sexo: (☒ Masculino / ☐ Feminino) Cor: _____ Data: 10/05/19
 Clínica/Setor: _____ EMP: _____ ER: _____
 Cirurgia: LAPAROTOMIA Exploradora
 Cirurgião: DR. GILVANDO CAENZO 1º Assistente: DR. MANGUEIRA
 2º Assistente: MR. THIAGO 3º Assistente: _____
 Instrumentador: _____ Anestesiista: DR. DIEGO
 Tipo de Anestesia: Geral Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>HEMATOMA RETROPERITONEAL / PERIRENAL (D)</u>	
<u>CONTUSÃO RENAL (D)</u>	
<u>TRAUMA Abdominal Fechado</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>LAPAROTOMIA Exploradora</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: () Sim () Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelação: () Sim () Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

(☒) Enfermaria () Terapia Intensa () Residência () Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM: _____

João Pessoa, 10/05/19



Dr. Thiago Mangueira
 Cirurgião Geral
 Conselho Regional de Medicina
 10.245

RELATÓRIO DE CIRURGIA

RECIBO

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- 1) Paciente em DOK sob Anestesia Geral
- 2) Assepsia + antiseptia + espargimento de campo estéril

Incisão:

Incisão Xifopúbica

Achados:

Hematoma retroperitoneal / hematoma perivisceral (D)
Hematoma perivisceral / contusão renal / sangramento intra-
abdominal em moderada quantidade

Conduta:

Exposição do hematoma retroperitoneal (D) direita, exposição do
hematoma perivisceral (D) em topo renal, evidenciando hematoma
acometendo grãda sem maior comprometimento da parênquima renal
unilateral e ureter direito, íntegros. Sem lesão lateral sem comprometimento
aparente. Avaliação da Aorta abdominal, sem lesão de Aorta,
fígado e baço íntegros. Avaliação de morbididade na região
pélvica. Avaliação de lesões e sangramento ativo.
Lavagem da cavidade com SF 0,9% aquecido
Espargimento de dero de SGA n.º 6.4 em topo renal (D)
Reparo do hematoma
Contagem de compressas OK

Fechamento:

Sutura de aponeurose com fio nylon 1.º 0
Fechamento do dero com nylon 3.º 0
Sutura da pele com nylon 3.º 0

Observação:

SVD com dreno claro.
Avaliação da urólógia no intra-operatório.



Dr. João Pessoa
CRM 105119
RUA 10.46

João Pessoa, 10/05/19

Médico/CRM:

RELATÓRIO DE CIRURGIA



HISTÓRIA

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em decúbito dorsal, sob anestesia geral

Incisão:

Linhas Xifopúbicas.

Achados:

Conduta:

① Chegada pela Cir. Fem., que encontrava-se em curso de laparotomia, para avaliação conjunta de histerotomia e retroperitoneal (loja renal);

② Feita exploração da loja renal, este per-
cebe-se histerotomia cuantitativa correta, sem
maior anormalidade de parâmetros; vasos
renais e arter D também intactos; sem
contusões ou anormalidade aparente; SDA d
diurese clara;

③ Paciente liberado da Anestesia. Reposto
Fechamento: com curativos da Cirurgia fem.

Observação:

Rodrigo Campos Monteir
CRM 6067



João Pessoa, 10/05/19.

Médico/CRM:

RELATÓRIO DE CIRURGIA

1.2.2.10.0



Nome:

Euclides Formoso da Silva

BE Promotorio:

Idade:

Sexo: ☒ Masculino ☐ Feminino

Cor:

Data:

10/05/19

EMP:

LR:

Clinica/Setor:

Cirurgia

Cirurgia:

Laparoscopia 6x6 abdominal

Cirurgião:

Euclides Formoso da Silva

2º Assistente:

Luiz Carlos da Silva

Anestesiista:

João Almeida

Instrumentador:

Horário: Início

Término

Tipo de Anestesia:

Diagnóstico Pós-Operatório

CID

Neurocistite aguda

Procedimentos Cirúrgicos

Código

Laparoscopia 6x6 abdominal

Acidente durante Ato Cirúrgico: () Sim () Não. Descrição:

Biopsia de Congelamento: () Sim () Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

() Enfermaria

() Terapia Intensiva

() Residência () Óbito durante Ato Cirúrgico



João Pessoa

Médico/CRM:

Nome do Paciente: **Enilton Fernandes da Silva**

DATA: 21/06/2023

INTERVALO

LEITO

Diagnóstico: **Jejunostomia eplestomica**

Procedimento: **Colojejunostomia + anastomose**

Medicamentos: **anal**

Medicamentos: **anal**

Medicamentos: **anal**

Medicamentos: **anal**

Medicamentos: **anal**

Medicamentos: **anal**

Medicamentos: **anal**

Medicamentos: **anal**

Medicamentos: **anal**

Medicamentos: **anal**

Medicamentos: **anal**

Medicamentos: **anal**

Medicamentos: **anal**

Medicamentos: **anal**

Medicamentos: **anal**

Medicamentos: **anal**

Medicamentos: **anal**

Medicamentos: **anal**

Medicamentos: **anal**

Medicamentos: **anal**

Medicamentos: **anal**

Medicamentos: **anal**

Medicamentos: **anal**

Medicamentos: **anal**

Medicamentos: **anal**

Medicamentos: **anal**

Medicamentos: **anal**

Medicamentos: **anal**

Medicamentos: **anal**

Medicamentos: **anal**

Medicamentos: **anal**

Medicamentos: **anal**

Medicamentos: **anal**

Medicamentos: **anal**



CHIRURGIANTE

FEELTRADADOR ELETRICO

FEELTRADADOR ELETRICO

FEELTRADADOR ELETRICO

FEELTRADADOR ELETRICO

FEELTRADADOR ELETRICO

FEELTRADADOR ELETRICO

FEELTRADADOR ELETRICO

FEELTRADADOR ELETRICO

FEELTRADADOR ELETRICO

FEELTRADADOR ELETRICO

FEELTRADADOR ELETRICO

FEELTRADADOR ELETRICO

FEELTRADADOR ELETRICO

FEELTRADADOR ELETRICO

FEELTRADADOR ELETRICO

FEELTRADADOR ELETRICO

FEELTRADADOR ELETRICO

FEELTRADADOR ELETRICO

FEELTRADADOR ELETRICO

FEELTRADADOR ELETRICO

FEELTRADADOR ELETRICO

FEELTRADADOR ELETRICO

FEELTRADADOR ELETRICO

FEELTRADADOR ELETRICO

FEELTRADADOR ELETRICO

FEELTRADADOR ELETRICO

FEELTRADADOR ELETRICO

FEELTRADADOR ELETRICO

FEELTRADADOR ELETRICO

FEELTRADADOR ELETRICO

FEELTRADADOR ELETRICO

FEELTRADADOR ELETRICO

FEELTRADADOR ELETRICO

FEELTRADADOR ELETRICO

FEELTRADADOR ELETRICO

FEELTRADADOR ELETRICO

FEELTRADADOR ELETRICO

FEELTRADADOR ELETRICO

FEELTRADADOR ELETRICO

FEELTRADADOR ELETRICO

FEELTRADADOR ELETRICO

FEELTRADADOR ELETRICO

FEELTRADADOR ELETRICO

FEELTRADADOR ELETRICO

FEELTRADADOR ELETRICO

FEELTRADADOR ELETRICO

FEELTRADADOR ELETRICO

FEELTRADADOR ELETRICO

FEELTRADADOR ELETRICO

FEELTRADADOR ELETRICO

FEELTRADADOR ELETRICO

FEELTRADADOR ELETRICO

FEELTRADADOR ELETRICO

FEELTRADADOR ELETRICO

FEELTRADADOR ELETRICO

FEELTRADADOR ELETRICO

FEELTRADADOR ELETRICO

FEELTRADADOR ELETRICO

FEELTRADADOR ELETRICO

FEELTRADADOR ELETRICO

FEELTRADADOR ELETRICO

FEELTRADADOR ELETRICO

FEELTRADADOR ELETRICO

FEELTRADADOR ELETRICO

FEELTRADADOR ELETRICO

FEELTRADADOR ELETRICO

FEELTRADADOR ELETRICO

FEELTRADADOR ELETRICO

FEELTRADADOR ELETRICO

FEELTRADADOR ELETRICO

FEELTRADADOR ELETRICO

FEELTRADADOR ELETRICO

FEELTRADADOR ELETRICO

FEELTRADADOR ELETRICO

FEELTRADADOR ELETRICO

FEELTRADADOR ELETRICO

FEELTRADADOR ELETRICO

FEELTRADADOR ELETRICO

FEELTRADADOR ELETRICO

FEELTRADADOR ELETRICO

FEELTRADADOR ELETRICO

FEELTRADADOR ELETRICO

FEELTRADADOR ELETRICO

FEELTRADADOR ELETRICO

FEELTRADADOR ELETRICO

FEELTRADADOR ELETRICO

FEELTRADADOR ELETRICO

FEELTRADADOR ELETRICO

FEELTRADADOR ELETRICO



Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO DA PARAÍBA

Documento de Alta

Nome EVERTON FERNANDES DA SILVA		Número Prontuário: 115695
Data de 23/08/1997	Sexo: Masculino	Data de Alta: 15/05/2019 08:29:00
Motivo da alta: ALTA MEDICA		
Conduta: conduta=5 PO DE HEMATOMA PERI RENAL À D(TRAUMÁTICO ?) SUBMETIDO A LAPAROTOMIA E DRENAGEM , EVOLUINDO SEM INTERCORRENCIAS		
Resumo da Internação: resumoInternacao=VIDE ACIMA		
Resultado de Exames: resultadoExames=		
Tratamento: tratamento=LE+ DRENAGEM		
Diagnóstico: T14.9 - Traumatismo não especificado		
Recomendações: recomendacoes=RETORNO NO AMBULATÓRIO DE UROLOGIA NO HTOP NO DIA 30/05 (QUINTA FEIRA) AS 13H		


Leonardo F. de
Urologia
CRM-PB 5709
CPF 02460386-128
ANDRADE
CRM: 5709 - PB

16
16/05/2019
COCORRETORA DE SEGUROS
LIFE ASSURANCE

FICHA DE ANESTESIA

DATA 10/05/12

PRONTUÁRIO 1161852

PACIENTE: Evanton Fernandes de Almeida

SEXO M

COR

IDADE 01A

PRESSÃO ARTERIAL 130 x 80 RESPIRAÇÃO TEMPERATURA

ESTIMULOS CROMO REGULAR INTEL PRESSÃO RESPIRAÇÃO CROMO

EXAMENOS CONSTITUÍVEIS NEM

AP. RESPIRATÓRIO Bom

AP. CIRCULATÓRIO Estável hemodinamicamente

AP. DIGESTIVO φ

EXAMENOS

EXAMENOS

AP. GENITAL φ

TEMPERATURA

EXAMENOS CONSTITUÍVEIS φ

CIQUILOGIA REALIZADA Cooperador Explorador

CIQUILOGIA de Gilvando Jr ANESTESIA em Hemiquina + H2O + H2O

INÍCIO DA ANESTESIA 19:30

TERMINO DA ANESTESIA 21:30

DURAÇÃO DA ANESTESIA

COMO O PROCEDIMENTO

QUANTIDADE

VALORES

ANESTESIA em Diego + H2O + H2O

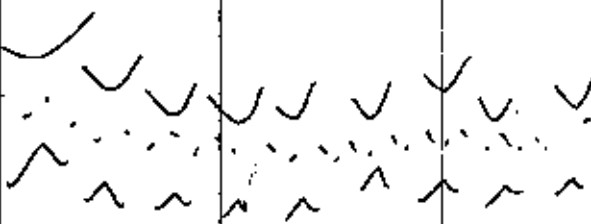
VALORES

19:30 20:30 21:30

RL 500

RL 500

RL 500



es as as as as as as as
26 45 38 35 36 36

Aparatos de monitorização de sinais vitais, venotomia, punção de 150 e 18, pré-anestesia e monitorização de sinais vitais.

- Antes 200 mg
- Propofol 180 mg
- Succinilcolina 80 mg
- Atropina 10 mg
- Clonidine 2g
- Dextrometorona 10 mg
- Nubain 10 mg
- Isopropil 10 mg
- Sevoflurano
- Altoprim 0,75 mg

Oz 100% induzido com oxigênio de 100% 30% Seppen-Retide 100 mg 7,5, insuflado
c/uf polieconômico confirmado por exame físico + capnografia. Monitorização de sinais vitais.



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

V-02
P-074



Everton Fernandes da Silva

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

3.976.707

-2 VIA

DATA DE
EXPEDIÇÃO

26/12/2016

NOME

EVERTON FERNANDES DA SILVA

FILIAÇÃO

EDVALDO FERNANDES DA SILVA
MARIA DAS GRAÇAS SILVA

NATURALIDADE

JOÃO PESSOA-PB

DATA DE NASCIMENTO

23/08/1997

DOC ORIGEM

NASC.N.14831 FLS.196 LIV.A14
CARTORIO JACARAÚ-PB

CPF

700.786.864-90

João Pessoa - PB

Assinado por
Marcelo A. B. Lima

0 +

LEI Nº 4716 DE 28/08/83

Norm. Gm. e C. Criminal



DETRAN-PB Departamento Estadual
de Trânsito da Paraíba

DEMONSTRATIVO DOS PAGAMENTOS

Usuário

Nome: EDIVAN FERNANDES DA SILVA		CPF/CNPJ 07334268407		Nosso Número 0	
Placa NPU7450	Chassi 9C2JC4110AR531808	Código Renavan 173083870	Data Vencimento 16/08/2019	Data Emissão 16/08/2019 07:10:50	Valor Documento 1.040,18

Discriminação dos Débitos:

LICENCIAMENTO 2015	151,44
BOMBEIRO 2015	22,72
LIC. ATRAS. LEI 7.656	84,80
LICENCIAMENTO 2016	151,44
BOMBEIRO 2016	22,72
LICENCIAMENTO 2017	151,44
BOMBEIRO 2017	22,72
LICENCIAMENTO 2018	151,44
BOMBEIRO 2018	22,72
LICENCIAMENTO 2019	151,44
BOMBEIRO 2019	22,72
SEG. OBRIGATORIO 2019	84,56

Multas:

Na Estrada da vida, não de carona para a dengue nem para a zika.

16/08/2019 07:10:50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190483881 **Cidade:** Jacaraú **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EVERTON FERNANDES DA SILVA **Data do acidente:** 09/05/2019 **Seguradora:** COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA ABDOMINAL FECHADO COM LESÃO RENAL À DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (LAPAROTOMIA EXPLORADORA - DRENAGEM DO HEMATOMA RETROPERITONIAL) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: PROCEDIMENTO CIRÚRGICO - PÁGINAS 12 E 13.

NOS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00



IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Evairton Fernandes da Silva
 DATA DO ACIDENTE 09/05/2019 CPF DA VÍTIMA 700.786.864-90
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Evairton Fernandes da Silva
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____
 ENDEREÇO DO PORTADOR Rua do Campo
 Nº S/Nº COMPLEMENTO Casa BAIRRO Centru
 CIDADE Jaraguá UF PB CEP 58278-000
 E-MAIL _____ TELEFONE (83) 99192-8028

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
 • COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
 • PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVAT.SEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 16/08/19
 IDENTIDADE 3976707 - 2ª Via
 ASSINATURA Evairton Fernandes da Silva

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 16/08/19
 NOME _____
 ASSINATURA _____



Documento do Proprietário do Veículo

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CORRETORES DE VEÍCULOS

1821784306

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

EDIVAN FERNANDES DA SILVA

003864612 ITPV RN

073.342.684-07 12/06/1982

ABEL FERNANDES DA SILVA
MARIA DE LOURDES SILVA

07050398852 20/07/2022 09/05/2019

NOVA CRUZ, RN

1821784306

PROIBIDO PLASTIFICAR

RIO GRANDE DO NORTE



88NECARIO ENERGIA PABSA - DISTRIBUCION DE ENERGIA S/A CNPQ 02 095 183 / 0001-25
B-230, Km 25 - Caixa Postal - 1080 PABSA / RJ - CEP 29071-080

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0282035/19

Número do Sinistro: 3190483881

Vítima: EVERTON FERNANDES DA SILVA

CPF: 700.786.864-90

CPF de: Próprio

Data do acidente: 09/05/2019

Titular do CPF: EVERTON FERNANDES DA SILVA

Seguradora: COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Comprovação de registro de acidente declarado

EVERTON FERNANDES DA SILVA : 700.786.864-90

Autorização de pagamento

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 21/08/2019
Nome: EVERTON FERNANDES DA SILVA
CPF: 700.786.864-90

EVERTON FERNANDES DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/08/2019
Nome: VILMA OLIVEIRA NUNE SILVA
CPF: 068.954.516-92

VILMA OLIVEIRA NUNE SILVA