
Rio de Janeiro, 17 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190704001

Vítima: EVILAZIO DE ALMEIDA PACHU

Data do Acidente: 20/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EVILAZIO DE ALMEIDA PACHU

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

Rio de Janeiro, 28 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190704001

Vítima: EVILAZIO DE ALMEIDA PACHU

Data do Acidente: 20/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), EVILAZIO DE ALMEIDA PACHU

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: **EVILAZIO DE ALMEIDA PACHU**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **00000041**

Conta: **00000485317-8**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: 0455333/39	CPF da vítima: 101.473.264-60	Nome completo da vítima: Evalazio de Almeida Paiva
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo: Evalazio de Almeida Paiva		CPF: 101.473.264-60
Profissão: Peixeiro	Endereço: Rua Sverino Bezerra Cabral	Número: 511
Bairro: Angra Rural	Cidade: Quermadas	Estado: PB
E-mail:	CEP: 58475-000	Tel.(DDD): 85/98305-6654

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **0041** CONTA: **485317** **8**

(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.

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

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

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: _____ Falecidos: _____

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.

Local e Data, **João Pessoa, 17/12/2019**

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

X EVALAZIO DE ALMEIDA PAIVA

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

CAIXA

POUPANÇA



6277 8013 0905 1930

EVILAZIO DE ALMEIDA PACHU

0041 013 00485317-8 07/21

elo

DÉBITO



**GOVERNO e
DA PARAÍBA**

**SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA
DEFESA SOCIAL
8ª DELEGACIA DISTRITAL,**

CERTIDÃO



CERTIFICO em razão do meu cargo e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo o livro de ocorrências desta Delegacia, às fls. ocorrência de nº 1293/2019, na mesma continha o seguinte teor: terça-feira, 10 de dezembro de 2019, nesta cidade de João Pessoa e na 8ª Delegacia Distrital, onde presente se encontra o Delegado Geraldo Batinga da Silva, às 08:00 horas, compareceu o Sr. **Evilázio de Almeida Pachu**, portador da cédula de identidade nº 3 514 777 Seds/PB, CPF nº 101.473.264 – 60, brasileira, natural de Queimadas/PB, casado, com 28 anos de idade, filho de Pedro Pereira Pachu e de Severina Lopes de Almeida, Auxiliar Administrativo, residente à rua Severino Bezerra Cabral nº 511, zona rural de Queimadas-PB, rua identificada pelo CEP 58475-000, próximo ao posto Rodoviário Federal, o qual notificou que, Na manhã do dia 20 de julho do ano fluente, por volta de 01:00 hora aproximadamente, conduzia a motocicleta Honda/NXR 150 BROS ESD, ano 2011 e modelo 2012, de cor preta, placa QET 2970/PB e chassi nº 9C2KD0540CR502205, cadastrada em nome de Rosinaldo T. da Silva, após sair do trabalho, seguindo o roteiro da cidade de Queimadas-PB, quando foi surpreendido com um veículo de placas e Condutor não identificado em sentido oposto, sem qualquer sinalização obstaculando sua passagem, consequentemente, foi alvo de colisão por parte de uma outra motocicleta que o atingiu na parte traseira da motocicleta, consequentemente, sofreu uma queda e assim, foi socorrido ao Hospital de Traumas Dom Fernandes Luiz Henrique e assim, sendo submetido a procedimentos cirúrgicos, conforme laudo Médico apresentado. Diante o exposto, solicita providências. O referido é verdade. Dou fé. Eu Everaldo Martins da Costa, Escrivão que o digitei.

João Pessoa, 10 de dezembro de 2019

Everaldo Martins da Costa
Escrivão de Polícia Civil

EVILAZIO DE ALMEIDA PACHU

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: **0455333/39** CPF da vítima: **101.473.264-60** Nome completo da vítima: **Evalazio de Almeida Paiva**

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

Nome completo: **Evalazio de Almeida Paiva** CPF: **101.473.264-60**

Profissão: **Piloto** Endereço: **Rua Severino Bezerra Cabral** Número: **511** Complemento:

Bairro: **Anjo Real** Cidade: **Queimadas** Estado: **PB** CEP: **58475-000**

E-mail: Tel.(DDD): **83/93805-654**

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **0041** CONTA: **485317** **8**

(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.

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

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

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: _____ Falecidos: _____

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.

Local e Data: **João Pessoa, 17/12/2019**

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 23/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EVILAZIO DE ALMEIDA PACHU

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00041

CONTA: 000000485317-8

Nr. da Autenticação 6D000B032FBEF4A0

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda- via de conta.

Folheto para simples pagamento da conta fiscalizada de energia elétrica Nº 005.272.236



ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Av. Dep. Raimundo Asfora, 4799 - BR 230 - KM 158 - Três Irmãs
Campina Grande / PB - CEP 58423-700
CNPJ 06.826.596/0001-95 Insc.Est. 16.025.439-1

DADOS DO CLIENTE

MARLENE MENDONÇA
RUA SEVERINO BEZERRA CABRAL 511
QUEIMADAS

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

4/94349-8

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
DEZ/2019	06/12/2019	215	13/12/2019	R\$ 153,41

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
00190.00009 02957.450006 00528.736176 2 81020000015341				
Pagador: MARLENE MENDONÇA CNPJ/CPF: 048.360.334-11				
RUA SEVERINO BEZERRA CABRAL 511 - AREA RURAL - QUEIMADAS / PB - CEP 00000-000				
Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
29574500000528736	000094349201912	13/12/2019	R\$ 153,41	
BENEFICIÁRIO:ENERGISA BORBOREMA DISTRIB DE ENERGIA SA 08.826.596/0001-95				
AV DEPUTADO RAIMUNDO ASFORA, 4799 - BR 230 KM 158 - TRES IRMAS - CAMPINA GRANDE / PB - CEP 58423-700				
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2057-5				





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



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº:1948151 CLASS. DE RISCO: VERMELHO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 20/07/2019
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: acolhimento

PACIENTE: EVILAZIO DE ALMEIDA CEP:58475000 Nascimento:22/10/1991

PACHU

Endereço: JARDIM BATISTA LOPES

Sexo: M

Telefone:

Cidade: Queimadas

Idade: 027

Bairro: CENTRO

Nome da Mãe: SEVERINA LOPES DE ALMEIDA

RG: 3514777

Nº: 25

Responsável: GIOVANNA

CPF: 10147326460

Profissão: AUXILIAR ADMINISTRATIVO

Estado Civil: Casado(a)

Data de

Atend: 20/07/2019

CNS: 708903792680515

Motivo: ACIDENTE DE MOTO MOTO X MOTO

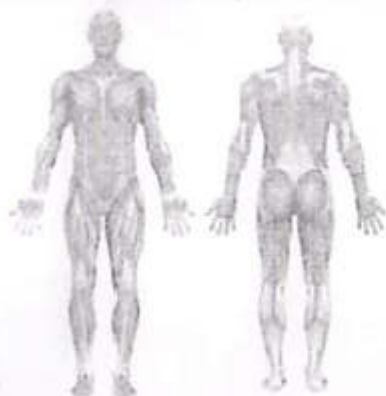
Hora: 01:19:22

CONVÊNIO: SUS

OBS FIGHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO (identifique o local com o número correspondente ao lado)



- | | |
|-------------------------|----------------------------------|
| 1. Abrasão | 19. Fratura óssea fechada |
| 2. Amputação | 20. Fratura óssea aberta |
| 3. Avulsão | 21. Hematoma |
| 4. Contusão | 22. Injurgitamento Venoso |
| 5. Crepitação | 23. Laceração |
| 6. Dor | 24. Lesão tendinosa |
| 7. Edema | 25. Luxação |
| 8. Empalhamento | 26. Mordedura |
| 9. Enfisema subcutâneo | 27. Movimento torácico paradoxal |
| 10. Esmagamento | 28. Objeto Encravado |
| 11. Equimose | 29. Otorragia |
| 12. F. Arma branca | 30. Paralisia |
| 13. F. Arma de fogo | 31. Parosia |
| 14. F. Cortado | 32. Parästesia |
| 15. F. Cortante | 33. Queimadura |
| 16. F. Corto-contuso | 34. Rinoçrágia |
| 17. F. Perfuro-contuso | 35. Sinais de Isquemia |
| 18. F. Perfuro-cortante | 36. |

OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada = _____ % Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau

DIAGNOSTICO / CID:

Poli-trauma.

ULTRASSONOGRAFIA
Realizada em:

20/07/19

EXAME PRIMÁRIO - DA CLÍNICA

Paciente vítima de colisão moto x moto na cerca de 01h. Chegou ao serviço trazido pelo SAMU em prancha rígida com colar cervical. Nega perda de consciência, vômitos ou cefaleia. Refere dor em Joelho esquerdo. Nega outras queixas.

Exame: A - via aérea permeável com colar cervical.
B - respiração espontânea; ausência de entesmo ou crepitação.

ALERGIA:

Nega C - sem sinais de sangramentos

MEDICAMENTOS:

Nega D - Glasgow = 15

PATOLOGIAS:

Nega E - Escoriações e provável fratura em punho E.

EXAME FÍSICO

PUPILAS (X) Fotorreagentes (X) Isocóricas () Anisocóricas ()

Glasgow 15 PA HGT: SatO2 98%

AP: MV + e simétrica, sem RA.

ACV: RCR em 2T, sem sopros.

ABD: depressível, indolor à palpação.

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais

(X) Ultrassonografia: FAST

() Gasometria arterial

(X) Radiografias: Tórax, bacia, braço e punho E.

() Tomografia Computadorizada

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: Ortopedia / às : Dia / /

Especialista: / às : Dia / /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	SFO 9% — 500 mL, EV, agora.	
2	Dipirona 500mg/mL — 02 mL, EV, agora.	
3	tilatril 40mg — 01 FA + AD, EV, agora.	
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Dr. Antonio Bido Neto
MÉDICO RESIDENTE
CIRURGIA GERAL
CRM/PB 8108

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809
Data: 20/07/2019
Paciente: EVILAZIO DE ALMEIDA PACHU Idade: 027 N° ATEND: 1948151

ACIDENTE DE TRABALHO : NAO
DATA: 20/07/2019 HORA : 01:20:29

ESPECIALIDADE : CIRURGIA

MOTIVO : ACIDENTE DE MOTO
ESPECIFICAÇÃO DO MOTIVO : MOTO X MOTO

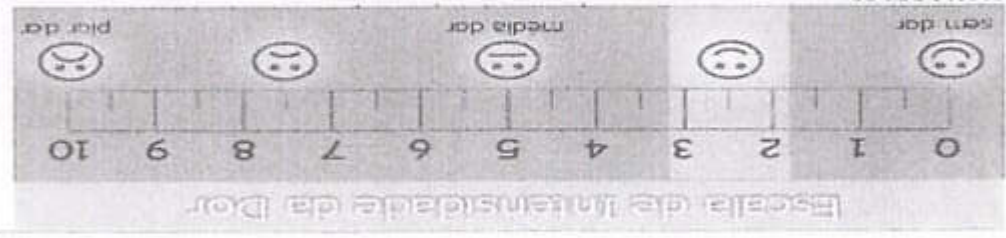
SINAIS VITAIS
HGT: SAT 02: PA: TEMP: FC: FR: PESO:
DIABETES ()SIM ()NAO HAS ()SIM ()NAO
DEF. MOTORA ()SIM ()NAO

ALERGIAS:
MEDICAÇÃO EM USO:
ESTADO GERAL:
AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

() CONVULSÃO () INCONSCIENTE (X) CONSCIENTE () ORIENTADO
() DESORIENTADO () AGITADO () COOPERATIVO () DEPRESSIVO () APÁTICO
() IRRITADO () DIMINUIÇÃO DE FORÇA MOTORA

SINTOMAS REFERIDOS

() FEBRE () VÔMITO () DIARREIA () EXANTEMA
() PRURIDO () DISPNEIA () DOR () INAPETÊNCIA () ALTERAÇÕES VISUAIS
() ANAFILAXIA () FLEBITE () INAPETÊNCIA () ALTERAÇÕES VISUAIS
() EPIGASTRALGIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA () SIBILOS () TOSSSE



ESCALA DE DOR:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO :
VERMELHO

CONTROLE DOS SINAIS VITAIS:

HORA PA	TEMP	FC	FR	DIURESE	ASSINATURA	DO

OBS:

ENFERMEIRO/COREN
acolhimento

Agamilton Lima
COREN PB 71634-EM

NOME: Evilázio de Almeida Paes

PRONTUÁRIO:
DATA DE NASCIMENTO:

IDADE:	SEXO:	COR:	PESO:	ALTURA:	CLINICA:	ENF:	LEITO:
--------	-------	------	-------	---------	----------	------	--------

DADOS CLÍNICOS:

Pelitrismo

ULTRASSONOGRAFIA
Realizada em:
20/07/10

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAME SOLICITADO:

USG FAST

URGÊNCIA: ☒	ROTINA: ☐
DATA: 20-7-2019	HORA DA SOLICITAÇÃO:

Dr. Antonio Bilio Neto
MEDICO RESIDENTE
CIRURGIA 8108
CRM/PB

RESPONSÁVEL PELA SOLICITAÇÃO

NOME:

Filipe D. Almeida

PRONTUÁRIO:

DATA DE NASCIMENTO:

IDADE:

SEXO:

COR:

PESO:

ALTURA:

CLÍNICA:

ENF:

LEITO:

DADOS CLÍNICOS:

Car. DE.

MATERIAL A EXAMINAR:

9 de Junho de 2017

EXAME SOLICITADO:

URGÊNCIA:

☐

ROTINA:

☐

DATA:

22/02/17

HORA DA SOLICITAÇÃO:

RESPONSÁVEL PELA SOLICITAÇÃO

RECIBO
22/02/2017
10h10

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

REQUIS.ÃO DE EXAME

0210 de Almeida Pacheco DATA DE NASCIMENTO:

IDADE:	SEXO:	COR:	PESO:	ALTURA:	CLINICA:	ENF:	LEITO:
--------	-------	------	-------	---------	----------	------	--------

DADOS CLÍNICOS:

Poli 1120m2

MATERIAL A EXAMINAR:

19/10/19
RADIO X

EXAME SOLICITADO:

Rx de tórax AP, R-x de bacia AP e perfil, punho e bizzo
esquerda AP e perfil

URGÊNCIA:

☒

ROTINA:

☐

DATA:

20-7-2019

HORA DA SOLICITAÇÃO:

Dr. Antonio Bido Neto
MEDICO RESIDENTE
CIRURGIÃO GERAL
CRM/PB 8108

RESPONSÁVEL PELA SOLICITAÇÃO:

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

BOLETIM DE ENFERMAGEM									
NOME: _____									
IDADE: _____	SEXO: M ☐ F ☐	DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____			às _____		h _____		
SETOR: _____					LEITO: _____				
DIAGNÓSTICO MÉDICO: _____									
ALERGIAS:	SIM ☐	NÃO ☐	QUAIS: _____						
MEDICAÇÃO CONTÍNUA:	SIM ☐	NÃO ☐	QUAIS: _____						
DOENÇA CRÔNICA:	SIM ☐	NÃO ☐	QUAIS: _____						
PRESENÇA DE ESCARA:	SIM ☐	NÃO ☐	LOCAL: _____						
PRESSÃO ARTERIAL:	HIPOTENSO ☐		NORMOPOTENSO ☐		HIPERTENSO ☐				
SISTEMA NEUROLÓGICO:	CONSCIENTE ☐		INCONSCIENTE ☐		ORIENTADO ☐				
SISTEMA RESPIRATÓRIO:	DISPÊNICO ☐		TAQUIPÊNICO ☐		EUPNÉICO ☐		BRADIPNÉICO ☐		
SIST. GENITOURINÁRIO (DIURESE)	NORMAL ☐		POLÚRIA ☐		OLIGÚRIA ☐		SVD ☐		
	DUSÚRIA ☐		CISTOSTOMIA ☐		ANÚRIA ☐				
MOBILIDADE:	DEÂMBULA ☐		DEÂMBULA C/ APOIO ☐		ACAMADO ☐		S/ DEFICITE MOTOR ☐		
	TETRAPLEGIA ☐		HEMIAPLEGIA ☐		PARESIA ☐		RESTRITO NO PEITO ☐		
SIST. GAS. ROINTEATINAL (DIETA)	VO ☐		SNG ☐		SNE ☐				
ESTADO NUTRICIONAL:	NUTRIDO ☐		DESNUTRIDO ☐		OBESO ☐		CAQUÉTICO ☐		
DADOS VITAIS:	PA: _____	T: _____	FR: _____	FC: _____	PESO: _____				
DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM									
☐ RISCO DE QUEDA					CD/FR: _____				
☐ RISCO DE ASPIRAÇÃO					CD/FR: _____				
☐ RISCO DE INFECÇÃO					CD/FR: _____				
☐ RISCO DE DESEQUILÍBRIO DA TEMPERATURA CORPORAL					CD/FR: _____				
☐ RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL					CD/FR: _____				
☐ RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA ☐ RETENÇÃO URINÁRIA					CD/FR: _____				
☐ RISCO DE SANGRAMENTO					CD/FR: _____				
☐ NÁUSEA					CD/FR: _____				
☐ DOR AGUDA ☐ DOR CRÔNICA					CD/FR: _____				
☐ PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ					CD/FR: _____				
☐ MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA					CD/FR: _____				
☐ DÉFICIT NO AUTO CUIDADO ☐ ALIMENTAR-SE ☐ PARA BANHO					CD/FR: _____				
☐ INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA					CD/FR: _____				
☐ RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA					CD/FR: _____				
☐ RISCO DE SÍNDROME DO DESUSO					CD/FR: _____				
☐					CD/FR: _____				
☐					CD/FR: _____				
☐					CD/FR: _____				
					CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA FR: FATOR RELACIONADO				
ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL _____									
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM					APRAZAMENTO		ASSINATURA		
☐ MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS.									
☐ REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR.									
☐ ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA.									
☐ INSTALAR CATÉTER DE O2 A DL/MIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA.									
☐ AVALIAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA (RUIDOS, ESTERTORES E BATIMENTOS DA ASA DO NARIZ).									
☐ ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS.									
☐ POSICIONAR O PACIENTE EM DECUBITO DE 45°.									
☐ MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA, QUANDO RECOMENDADO.									
☐ MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO (EDMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR HIPEREMIA).									
☐ ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO.									
☐ REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, ÀS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E AS REPOSTAS DO PACIENTE.									

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

BOLETIM DE ENFERMAGEM

NOME: Enilson de Almeida Pacheco
 IDADE: 57 SEXO: M ☒ F ☐ DATA DE NASCIMENTO: 1 / 1 / às : h
 SETOR: Amarela LEITO: 3
 DIAGNÓSTICO MÉDICO: ex Radico Distal
 ALERGIAS: SIM ☐ NÃO ☒ QUAIS:
 MEDICAÇÃO CONTÍNUA: SIM ☐ NÃO ☒ QUAIS:
 DOENÇA CRÔNICA: SIM ☐ NÃO ☒ QUAIS:
 PRESENÇA DE ESCARA: SIM ☐ NÃO ☒ LOCAL:
 PRESSÃO ARTERIAL: HIPOTENSO ☐ NORMOPOTENSO ☒ HIPERTENSO ☐
 SISTEMA NEUROLÓGICO: CONSCIENTE ☒ INCONSCIENTE ☐ ORIENTADO ☒
 SISTEMA RESPIRATÓRIO: DISPÊNICO ☐ TAQUIPÊNICO ☐ EUPNÉICO ☒ BRADIPNÉICO ☐
 SIST. GENITOURINÁRIO (DIURESE): NORMAL ☒ POLÚRIA ☐ OLIGÚRIA ☐ SVD ☐
 DUSÚRIA ☐ CISTOSTOMIA ☐ ANÚRIA ☐
 MOBILIDADE: DEÂMBULA ☒ DEÂMBULA C/ APOIO ☐ ACAMADO ☐ S/ DEFICITE MOTOR ☐
 TETRAPLEGIA ☐ HEMIPLEGIA ☐ PARESIA ☐ RESTRITO NO PEITO ☐
 SIT. GAS. ROINTEATINAL: VO ☐ SNG ☐ SNE ☐
 ESTADO NUTRICIONAL: NUTRIDO ☒ DESNUTRIDO ☐ OBESO ☐ CAQUÉTICO ☐
 DADOS VITAIS: PA: T: FR: FC: PESO:

DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM

☒ RISCO DE QUEDA CD/FR: pac. em mule
☐ RISCO DE ASPIRAÇÃO CD/FR:
☒ RISCO DE INFECÇÃO CD/FR: AV?
☐ RISCO DE DESEQUILÍBRIO DA TEMPERATURA CORPORAL CD/FR:
☐ RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL CD/FR:
☐ RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA ☐ RETENÇÃO URINÁRIA CD/FR:
☐ RISCO DE SANGRAMENTO CD/FR:
☐ NÁUSEA CD/FR:
☐ DOR AGUDA ☐ DOR CRÔNICA CD/FR:
☐ PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ CD/FR:
☐ MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA CD/FR:
☐ DEFICIT NO AUTO CUIDADO ☐ ALIMENTAR-SE ☐ PARA BANHO CD/FR:
☐ INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA CD/FR:
☐ RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA CD/FR:
☐ RISCO DE SÍNDROME DO DESUSO CD/FR:
☐ CD/FR:
☐ CD/FR:
☐ CD/FR:
☐ CD/FR:
 CD. CARACTERÍSTICA DEFINIDORA
 FR. FATOR RELACIONADO

Samara Veríssimo Quintana
ENFERMEIRA
COREN-PB 290699

ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO	ASSINATURA
☒ MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS.	<u>M T N</u>	
☐ REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR.		
☐ ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA.		
☐ INSTALAR CATÉTER DE O2 A DL/MIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA.		
☐ AVALIAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA (RUIDOS, ESTERTORES E BATIMENTOS DA ASA DO NARIZ).		
☐ ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS.		
☐ POSICIONAR O PACIENTE EM DECUBITO DE 45°.		
☐ MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA, QUANDO RECOMENDADO.		
☒ MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO (EDMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR HIPEREMIA).	<u>contínuo</u>	
☒ ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO.	<u>contínuo</u>	
REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE	<u>contínuo</u>	
☒ RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, ÀS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E AS REPOSTAS DO PACIENTE.		

PACIENTE:	EVILAZIO DE ALMEIDA PACHU
DATA DO EXAME:	20/07/2019

ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL – “FAST”

- Exame realizado em caráter de urgência, direcionado para avaliação de alterações eventuais relacionadas ao trauma abdominal, segundo solicitação.

METODOLOGIA:

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

ANÁLISE:

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

Fígado de dimensões e padrão textural normais, com contornos regulares. A árvore biliar intra e extra-hepática não apresentam sinais de dilatação.

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

Baço de dimensões normais e textura sólida homogênea.

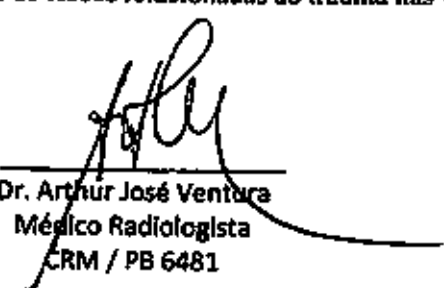
Rins de forma, topografia e dimensões normais, contornos regulares, sem sinais de lesões relacionadas ao trauma, ressaltando as limitações do método.

Bexiga de paredes regulares e textura anecóica homogênea.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

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

- Ausência de sinais ecográficos sugestivos de lesões relacionadas ao trauma nas vísceras sólidas abdominais.


Dr. Arthur José Ventura
Médico Radiologista
CRM / PB 6481



**GOVERNO
DA PARAÍBA**



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

LIBERAÇÃO DE LEITO

Nome do Paciente: EVILAZIO DE ALMEIDA PACHU

Data da Internação: 20/07/2019

Data da Alta: 28/07/2019

Registro: 1948170

Tempo de Permanência: -18098

Diagnóstico Inicial: OSTEOSSIN

Diagnóstico Final:

Data: 28/07/2019

Equipe:

Cirurgião: OTAVIO

Aux 1:

Aux 2:

Aux 3:

Aux 4:

Anestesista:

Medicamentos:

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

ao Ambulatório de : em: 08/08/2019 para revisão Repouse 0 dias

Condições de Alta: Melhorado

Data: 28/07/2019

Assinatura/Carimbo
Andre Ribeiro Araujo De Menezes

OBS: LIBERAÇÃO CONFERIDA NO RESUMO DE ALTA! RESPONSÁVEL : Andre Ribeiro Araujo De Menezes

HUECG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO
FOLHA DE ANESTESIA		NOME: <u>Guilherme Almeida</u>		IDADE: <u>28</u>	SEXO: <u>M</u>	COR: <u>P</u>
DATA: <u>07/07</u>	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
TIPO SANGÜÍNEO	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATOCRITO	GLICEMIA	UREIA	OUTROS
	URINA					
AP. RESPIRATÓRIO					ASMA	BRONQUITE
AP. CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA	
AP. DIGESTIVO			DENTES	PESCOÇO	AP. URMÁRIO	
ESTADO MENTAL			ATÁXICOS	CORTICÓIDES	ALERGIA	HIPOTENSORES
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					ESTADO FÍSICO	RISCO
ANESTESIAS ANTERIORES: <u>Int. radu distal</u>						
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA				APLICADA	AS	EFEITO
AGENTES ANESTÉSICOS						INDUÇÃO Satisf.: _____ Excit.: _____ Tosse: _____ Laringo espasmo: _____ Lenta: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____
LÍQUIDOS						<u>Pl = 500ml</u>
CÓDIGOS VF - ARTERIAL; G - PULSO; O - RESPIRAÇÃO AX - ANESTESIA; O - OPERAÇÃO						DESPERTAR Reflexos na SO: _____ Obstr.: _____ Co ₂ : _____ Excit.: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____ Com cânula: _____ Paro o Leito: Sim _____ Não _____ CONDIÇÕES: _____
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES						
POSIÇÃO						
AGENTES						
TÉCNICA	<u>Propofol 1mg/kg</u>					CÂNULAS
OPERAÇÃO	<u>Int. radu distal</u>					
CIRURGIÕES	<u>M. Afonso</u>					
ANESTESISTAS	<u>Dr. (Anestesia) 28/07</u>					
OBSERVAÇÕES						
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS						PERDA SANGÜÍNEA



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

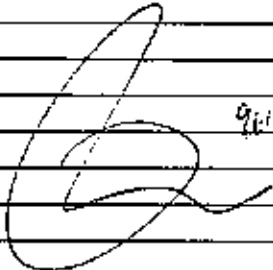
Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico	Hora entrada	Hora saída
Nenhum Movimento = 0 Movimenta 2 membros = 1 Movimenta 4 membros = 2	1	2
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispneia = 1 Respiração profunda e tosse = 2	2	2
PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0 PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1 PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2	2	2
Sat O ₂ < 90 com oxigênio = 0 Sat O ₂ > 90 com oxigênio = 1 Sat O ₂ > 92% sem oxigênio = 2	2	2
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2	2	2
TOTAL DE PONTOS:	9	10

Assinatura do anestesista

Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: Epilepsia do Alameda Koshin	Idade: 27
Convênio: SUS	Data: 27/09/2019
Procedimento: 1to. e 2o. episódios de ausência parcial	
Cirurgião: Dr. Othmar	Auxiliar: Anestesista: Dr. Almo Delle
Início: 10:00	Término: 11:00 Anestesia: BPD

[illegible][illegible]

Observações:	
	9:41m,
Assinatura Anestesista	Circulante

HOSPITAL EMERGENCIA TRAUMA DE CAMPINA GRANDE			
Nome do Paciente: EVILÁZIO DE ALMEIDA PACHU			Data da Cirurgia 27/07/2019
CNS	Enfermaria 7	Leito 3	Prontuário
Cirurgião: Dr. OTÁVIO FERREIRA JUNIOR		1º Auxiliar:	
2º Auxiliar		Instrumentador COSTA	
Anestesista: DRA SOCORRO ABRANTES		Anestesia: BLOQUEIO	
Diagnóstico Pré-operatório: FX RADIO DISTAL E			
Tipo de Cirurgia: REDUÇÃO + FIXAÇÃO			
Diagnóstico Pós-operatório: O MESMO			
Relatório Imediato do Patologista NÃO HOUVE			
Exame Radiológico no Ato: NÃO			
Acidentes Durante a Cirurgia: NÃO HOUVE			
DESCRIÇÃO DA CIRURGIA			
01- PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB ANESTESIA 02- ASSEPSIA E ANTISSEPSIA MIE 03- COLOCAÇÃO DE CAMPOS CIRURGICOS ESTÉREIS 04- REDUÇÃO INCRUENTA 05- FIXAÇÃO PERCUTANEA COM 2 FIOS K CRUZADOS 06- TALA LUVA; 07-CURATIVOS			
 Dr. Otávio Ferreira Jr. CRM-PB 7103			

GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 26/07/2019

Horas: 09:23:16

Médico (a) Diarista : Schubert Luigi Costa Rodrigues

EVOLUÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1948170 Paciente: EVILAZIO DE ALMEIDA PACHU Idade: 027

Nome da Mãe: SEVERINA LOPES DE ALMEIDA Data de Nascimento: 22/10/1991 Sexo: M

Admissão: 31/12/1969 DI - 18103

Clínica: AMARELA Enfermaria: 3 Leito: 4 Diagnóstico: FX RADIO DISTAL E Cirurgia Realizada:

EVOLUÇÃO

DATA: 26/07/2019 HORA: 09:23:10

PACIENTE EVOLUINDO BEM AGUARDANDO CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO
Schubert Luigi Costa Rodrigues

Dr. Schubert Costa
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CIRURGIA DA COLUNA
CRM/RB 5523

Data: 26/07/2019

Hora: 09:22:43

Médico (a) Dentista : Schubert Luigi Costa Rodrigues

GOVERNO
DA PARAIBA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

3

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1948170 Paciente: EVILAZIO DE ALMEIDA PACHU Idade: 027

Nome da Mãe: SEVERINA LOPES DE ALMEIDA Data de Nascimento: 22/10/1991 Sexo: M

Clínica: ~~OPRATÓRIA~~ ENF. J Enfermária: 0 Letor: 0 Diagnóstico: FX RADIO DISTAL E

DIA 26/07/2019

MÉDICO(A): Schubert Luigi Costa Rodrigues /

Item	Prescrição	Apreçamento
1	DIETA LIVRE (Nota zero a partir de 00:00h)	CC
2	DIFIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. IAMPOLA, 6h/6h	CC
3	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. IFRA AMP, 12h/12h	CC
4	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. IAMPOLA, FAZER SE	CC
5	NECESSARIO	CC
6	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. IAMPOLA, FAZER SE	CC
7	MANTER COM JELCO HEPARINIZADO	CC

Dr. Schubert Costa
ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CIRURGIA DA COLUMA
CRM-PB 5523

Dr. Ana Maria de Azeiteiro
MR. Ortopedia - Traumatologia
CRM-PB 7825

- Solicito exames laboratoriais (Ex-ep).

GOVERNO
DA PARAÍBA

EVOLUÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1948170 Paciente: EVILAZIO DE ALMEIDA PACHU Idade: 027

Nome da Mãe: SEVERINA LOPES DE ALMEIDA Data de Nascimento: 22/10/1991 Sexo: M

Admissão: 31/12/1969 DI - 18102

Clínica: AMARELA Enfermaria: 3 Leito: 4 Diagnóstico: FX RADIO DISTAL E Cirurgia Realizada:

EVOLUÇÃO

DATA: 25/07/2019 HORA: 09:30:14

Enf. 05

PACIENTE EVOLUINDO BEM AGUARDANDO CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO
Schubert Luigi Costa RodriguesDr. Schubert Luigi
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CIRURGIA DA COLUNA
CRM/PB 5523

**GOVERNO
DA PARAÍBA**

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1948170 Paciente: EVILAZIO DE ALMEIDA PACHU Idade: 027

Nome da Mãe: SEVERINA LOPES DE ALMEIDA Data de Nascimento: 22/10/1991 Sexo: M

Clínica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: EXTRA Leito: 1 Diagnóstico: FX RADIO DISTAL E

DIA 27/07/2019

MÉDICO(A): Otavio Ferreira Junior /

Item	Prescrição	Aprazamento
	DIETA LIVRE	
2	SORO RINGER COM LACTATO 500ML E.V. 1FRASCO, 8h/8h	14/18 22-6
3	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	12-18 29-6
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	13-18 6
5	RANITIDINA CLORIDRATO 150 MG V.O. 1COMP, 12h/12h	13-18 6
6	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA FAZER SE NECESSARIO	14-18
7	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA FAZER SE NECESSARIO	14-18
8	CAPTOPRIL 25 MG V.O. 1COMP FAZER SE NECESSARIO	14-18
9	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	14-18

Dr. Otavio Ferreira Jr.
Ortopedia/Traumatologia
CRM-PB 7103

GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 27/07/2019

Horas: 10:42:17

Médico (a) Diarista : Otavio Ferreira Junior

EVOLUÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1948170 Paciente: EVILAZIO DE ALMEIDA PACHU Idade: 027

Nome da Mãe: SEVERINA LOPES DE ALMEIDA Data de Nascimento: 22/10/1991 Sexo: M

Admissão: 31/12/1969 DI - 18104

Clínica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: EXTRA Leito: 1 Diagnóstico: FX RADIO DISTAL E Cirurgia Realizada:

EVOLUÇÃO

DATA: 27/07/2019 HORA: 10:40:03

PACIENTE SUBMETIDO A OSTEOSSÍNTESE DE FRATURA DE RADIO DISTAL E, SEM INTERCORRÊNCIAS.
CONDUTA: 1. SOLICITO RX POS-OPE. 2. VPM. 3. VBOASSINATURA + CARIMBO
Otavio Ferreira Junior
Dr. Otavio Ferreira Jr.
CRM-PB 7103

Data: 25/07/2019

Horas: 09:29:29

Médico (a) Diarista : Schubert Luiz Costa Rodrigues

GOVERNO
DA PARAIBA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

3

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1948170 Paciente: EVILAZIO DE ALMEIDA PACHU Idade: 027

Nome da Mãe: SEVERINA LOPES DE ALMEIDA Data de Nascimento: 22/10/1991 Sexo: M

Clínica: AMARELA Enfermaria: 3 Leitor: 4 Diagnóstico: FX RADIO DISTAL E

Dia 25/07/2019

MÉDICO(A): Schubert Luiz Costa Rodrigues /

Item	Prescrição	Apresentação
DIETA LIVRE		
DIFIRONA SODICA 500 MG/MIL 2 ML	E.V. IAMPOLA, 6h/6h	5ml
TENOXICAM 20 MG SEMI DILUENTE	E.V. IFRÁ AMP, 12h/12h	12
Reconstituir 2ML ABD.		12
ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/MIL 2 ML	E.V. IAMPOLA, FAZER SE	5ml
NECESSARIO		5ml
TRAMADOI, CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML	E.V. IAMPOLA, FAZER SE	5ml
NECESSARIO		5ml
MANTER COM JELCO HEPARINIZADO	ATI	5ml

Dr. Schubert Costa
Médico(a) Diarista

GOVERNO
DA PARAÍBA

EVOLUÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1948170 Paciente: EVILAZIO DE ALMEIDA PACHU Idade: 027

Nome da Mãe: SEVERINA LOPES DE ALMEIDA Data de Nascimento: 22/10/1991 Sexo: M

Admissão: 31/12/1969 DI - 18101

Clínica: AMARELA Enfermaria: 3 Leito: 4 Diagnóstico: FX RADIO DISTAL E Cirurgia Realizada:

EVOLUÇÃO

DATA: 24/07/2019 HORA: 09:45:12

PACIENTE EVOLUINDO BEM AGUARDANDO CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO
Schubert Luigi Costa Rodrigues

GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 22/07/2019

Horas: 09:51:14

Médico (a) Diarista : Schubert Luigi Costa Rodrigues

EVOLUÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1948170 Paciente: EVILAZIO DE ALMEIDA PACHU Idade: 027

Nome da Mãe: SEVERINA LOPES DE ALMEIDA Data de Nascimento: 22/10/1991 Sexo: M

Clínica: AMARELA Enfermaria: 3 Leito: 4 Diagnóstico: FX RADIO DISTAL E Cirurgia Realizada:

EVOLUÇÃO

DATA: 22/07/2019 HORA: 09:50:05

PACIENTE EVOLUINDO BEM AGUARDANDO CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO
Schubert Luigi Costa Rodrigues

Dr. Schubert Costa
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CIRURGIA DA COLUMNA
CRM/PB 5523

Data: 20/07/2019
 Hora: 03:34:20

Médico (a): Diarista : Andrey Leal Wanderley



GOVERNO
DA PARAIBA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1948170 Paciente: EVILAZIO DE ALMEIDA PACHU Idade: 027

Nome da Mãe: SEVERINA LOPES DE ALMEIDA Data de Nascimento: 22/10/1991 Sexo: M

Clinica: AMARELA Enfermeira: 11 Leitor: 7 Diagnóstico:

DIA 20/07/2019

MÉDICO(A): Andrey Leal Wanderley /

Item	Prescrição	Apazamento
6	NECESSARIO	5/11
5	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE	5/11
4	NECESSARIO	5/11
3	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE	5/11
2	Diluir em 10 ML DILUENTE PRÓPRIO	5/11
1	OMEPRAZOL 100 MG 40MG 1FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 6h)	5/11
0	Reconstituir 2ML ABD.	5/11
0	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h	5/11
0	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	5/11
0	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 1000ML E.V. 02FRASCO, 24h/24h (ADM AS 6h)	5/11

Admissão

Paciente admitido vítima de acidente
 de carro. Aguarda produção de
 radiografia de tórax

Dr. Andrey Wanderley
 CRM 5525-PR

Data: 24/07/2019
 Horas: 09:44:53

Médico (a) Diarista: Schubert Luigi Costa Rodrigues



GOVERNO
DA PARAIBA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 1948170 Paciente: EVALAZIO DE ALMEIDA PACHE Idade: 027

Nome da Mãe: SEVERINA LOPES DE ALMEIDA Data de Nascimento: 22/10/1991 Sexo: M

Clinica: AMARELA Enfermaria: 3 Leito: 4 Diagnóstico: FX RADIO DISTAL E

DIA 24/07/2019

MÉDICO(A): Schubert Luigi Costa Rodrigues /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML, 2 ML, E.V. IAMPOLA, 6h/6h	
3	TENOXCAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. IFRA AMP, 12h/12h	
4	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML, 2 ML, E.V. IAMPOLA, FAZER SF	
5	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML, 2 ML, E.V. IAMPOLA, FAZER SF	
6	MANTER COM JEJUNO HEPARINIZADO	

Dr. Schubert Costa
 ORTODONTISTA
 CRO 5523
 CRM 198

GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 23/07/2019

Horas: 10:18:51

Médico (a) Diarista : Schubert Luigi Costa Rodrigues

EVOLUÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1948170 Paciente: EVILAZIO DE ALMEIDA PACHU Idade: 027

Nome da Mãe: SEVERINA LOPES DE ALMEIDA Data de Nascimento: 22/10/1991 Sexo: M

Admissão: 31/12/1969 DI - 18100

Clínica: AMARELA Enfermaria: 3 Leito: 4 Diagnóstico: FX RADIO DISTAL E Cirurgia Realizada:

EVOLUÇÃO

DATA: 23/07/2019 HORA: 10:18:44

PACIENTE EVOLUINDO BEM AGUARDANDO CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO
Schubert Luigi Costa Rodrigues

Dr. Schubert Costa
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
Cirurgião de Coluna
CRM/PB 5523

Data: 23/07/2019
Horas: 10:18:18

Médico (a) Diarista : Schubert Luigi Costa Rodrigues

GOVERNO
DA PARAIBA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

03

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1948170 Paciente: EVILAZIO DE ALMEIDA PACHU Idade: 027

Nome da Mãe: SEVERINA LOPES DE ALMEIDA Data de Nascimento: 22/10/1991 Sexo: M

Clínica: AMARELA Enfermarias: 3 Leitos: 4 Diagnóstico: FX RADIO DISTAL E

Dia 23/07/2019

MÉDICO(A): Schubert Luigi Costa Rodrigues /

Item	Prescrição	Aprimoramento
1	DIETA LIVRE	CR
2	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	CR
3	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP. 12h/12h	CR
4	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE	CR
5	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE	CR
6	MANTER COM JEI, CO HEPARINIZADO	CR

**GOVERNO
DA PARAÍBA**03 ^{OK}**PRESCRIÇÃO MÉDICA****DADOS DO PACIENTE :**

Nº do prontuário: 1948170 Paciente: EVILAZIO DE ALMEIDA PACHU Idade: 027
Nome da Mãe: SEVERINA LOPES DE ALMEIDA Data de Nascimento: 22/10/1991 Sexo: M
Clínica: AMARELA Enfermaria: 3 Leito: 4 Diagnóstico: FX RADIO DISTAL E

DIA 22/07/2019

MÉDICO(A): Schubert Luigi Costa Rodrigues /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	SND
2	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	12h 18h 24h 36h
3	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	12h 24h 36h
4	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO	SND
5	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO	SND
6	MANTER COM JELCO HEPARINIZADO ATT	CT

Dr. Schubert Costa
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CIRURGIA DA COLUNA
CRM/PB 5523



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO



PB

NOME
EVILAZIO DE ALMEIDA PACHU

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
3514777 SSDS PB

CPF DATA NASCIMENTO
101.473.264-60 22/10/1991

FILIAÇÃO
PEDRO PEREIRA PACHU

SEVERINA LOPES DE
ALMEIDA

PERMISSÃO ACC CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO
05366585719

VALIDADE
13/03/2023

1ª HABILITAÇÃO
01/12/2011

OBSERVAÇÕES

A ;

EVILAZIO DE ALMEIDA PACHU

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
CAMPINA GRANDE, PB

DATA EMISSÃO
15/03/2018

Assinatura
Assinatura do Emissor

48048176497
PB036478733

PARAÍBA

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1549095332

PROIBIDO PLASTIFICAR
1549095332

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB

Nº 014665985886

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

LA
C
R
E

D
O
4
0
8
5
0
4
1
2

VIA 2 COD. RENAVAM 003580300000 RNTRO 4426 EXERCÍCIO 2018

NOME
ROSINALDO TIEB DA SILVA

CPE/CNPJ 51863499415 PLACA QET2970/PB

PLACA ANT/UF NOVO PB CHASSI 9C2KD0540CR502205

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC COMBUSTIVEL ALCO/GASOL

MARCA/MODELO HONDA/NXR150 BROS ESD ANO FAB 2011 ANO MOD 2012

CAP/POT/CIL 2 P/149 /CI CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE PRETA

COTA UNICA VENC COTA UNICA VENC/COTAS
IPVA IPVA PAGO EM 00/00/0000 1º
FAIXA IPVA PARCELAMENTO/COTAS 2º
3º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
***** SEGURO PAGO 09/01/201

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA DE DOMÍNIO
DOCUMENTO DE PORTA COPIADO
NÃO VÁLID PARA TRANSFER

LOCAL QUEIMADAS DATA 10/06/20

01076

361

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB

Nº 014665985886

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

L
A
C
R
E

0
0
4
0
3
3
0
4
1
2

VIA 2 COD. RENAVAM 003580388 RNTRO 14426 EXERCICIO 2018

NOME ROSINALDO TIELE DA SILVA

CPE/CNPJ 51863499415 PLACA QET2970/PB

PLACA ANT/UF NOVO PB CHASSI 9C2KD0540CR502205

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC COMBUSTIVEL ALCO/GASOL

MARCA/MODELO HONDA/NXR150 BROS ESD ANO FAB 2011 ANO MOD 2012

CAP/POT/CIL 2 P/149 /CI CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE PRETA

I P V A	COTA UNICA IPVA PAGO EM 00/00/0000		VENC. COTA UNICA	VENC/COTAS
	FAIXA IPVA	PARCELAMENTO/COTAS		
	*****	0		

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) ***** IOF (R\$) ***** PRÊMIO TOTAL (R\$) ***** DATA DE PAGAMENTO 09/01/201

OBSERVAÇÕES SEM RESERVA DE DOMÍNIO DOCUMENTO NÃO VÁLID PARA TRANSFER

LOCAL QUEIMADAS DATA 10/06/20

361

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190704001 **Cidade:** Queimadas **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EVILAZIO DE ALMEIDA PACHU **Data do acidente:** 20/07/2019 **Seguradora:** ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). ALTA MÉDICA. P10,14

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO PUNHO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0455111/19

Vítima: EVILAZIO DE ALMEIDA PACHU

CPF: 101.473.264-60

Seguradora: ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

Data do acidente: 20/07/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: EVILAZIO DE ALMEIDA PACHU

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

EVILAZIO DE ALMEIDA PACHU : 101.473.264-60

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 17/12/2019
Nome: EVILAZIO DE ALMEIDA PACHU
CPF: 101.473.264-60

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/12/2019
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

EVILAZIO DE ALMEIDA PACHU

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA