
Rio de Janeiro, 21 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200087434

Vítima: ANTONIO CARDOSO DE AGUIAR NETO

Data do Acidente: 13/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANTONIO CARDOSO DE AGUIAR NETO

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, 11 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200087434

Vítima: ANTONIO CARDOSO DE AGUIAR NETO

Data do Acidente: 13/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANTONIO CARDOSO DE AGUIAR NETO

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: ANTONIO CARDOSO DE AGUIAR NETO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000041

Conta: 00000564774-1

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200087434 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO CARDOSO DE AGUIAR NETO **Data do acidente:** 13/07/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE ESCAFOIDE ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA+PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.
(P1,4,8,9,13)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS 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 DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA 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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 0070260/20 3 - CPF da vítima: 700.620.554-96 4 - Nome completo da vítima: Antonio Cardoso de Aguiar Neto

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

5 - Nome completo: Antonio Cardoso de Aguiar Neto 6 - CPF: 700.620.554-96
7 - Profissão: R. L. 8 - Endereço: Rua Francisco Farias Neto 9 - Número: 758 10 - Complemento:
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58123-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (81) 98805.6154

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: 0041 CONTA: 564774 1
(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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
• 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.
Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.
Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, 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 (ou nascitor)? ☐ 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 pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, João Pessoa, 25/02/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Delegacia Seccional de Polícia Civil
Delegacia de Comarca de Lucena



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



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

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00119.01.2020.1.05.101

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00119.01.2020.1.05.101, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 12:46 horas do dia 14 de fevereiro de 2020, na cidade de Lucena, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia de Comarca de Lucena, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Cláudio Manoel Fernandes Marques, matrícula 1685074, e lavrado por Alexandre José Nunes de Souto Lima, Agente de Investigação, matrícula 1573560, ao final assinado, compareceu **Antonio Cardoso de Aguiar Neto**, conhecido(a) por Antonio Neto, CPF nº 700.620.554-96, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Autônomo, filho(a) de Flávia Pereira de Araújo e Clemilson da Silva Aguiar, natural de Campina Grande/PB, nascido(a) em 07/01/1999 (21 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Francisco Farias Neto, Nº 158, complemento CASA, bairro Centro, tendo como ponto de referência Em Frente a Gilson do Bode, na cidade de Boa Vista/PB, telefone(s) para contato (83) 98708-8728.

Dados do(s) Fatos:

Local: Estrada Pública, Zona Rural, Campina Grande/PB, bairro Catolé de Boa Vista; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 13/07/18 12:44h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) Art. 129 Caput do CPB (Lesão corporal dolosa), Art. 129, § 1º, Inc. I do CPB (Lesão corporal de natureza grave - Incapacidade por mais de 30 dias).

Objeto(s) Envolvido(s):

(1) **Moto**, modelo CG 150 FAN ESI, marca HONDA, tipo de veículo MOTOCICLETA, cor VERMELHA, ano 2013/2013, UF: PB, placa NQU-9513, chassi 9C2KC1670DR459779, renavam 00577856488, características gerais: Nº. C.r.l.v.: 013746953773; nº. P.r.t.: 20170000101097-8; nº. Lacre: 0042681720.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUANDO ESTAVA PILOTANDO O SEU VEÍCULO NO LOCAL JÁ DESCRITO ANTERIORMENTE ACIMA LEVANDO UM AMIGO NA GARUPA, DEU DE CARA COM UM OUTRO VEÍCULO DO TIPO "CAMINHÃO-BAÚ" PARADO SEM NENHUMA SINALIZAÇÃO NA VIA PÚBLICA E QUE NÃO FOI IDENTIFICADO NEM O CONDUTOR DO VEÍCULO, E AO TENTAR DESVIAR DO MESMO, DERRAPOU E PERDEU O CONTROLE DO SEU VEÍCULO, VINDO A CAIR E SE MACHUCAR SÉRIAMENTE, SENDO SOCORRIDO PARA O HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMAS DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES DA CIDADE DE CAMPINA GRANDE/PB, CONFORME LAUDO MÉDICO APRESENTADO NESTA DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL.

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


Governo do Estado da Paraíba
Sec. de Segurança Pública
Alexandre J. N. de Souto Lima
Comissário - Mat. 157.356-0

Procedimento Policial: 00119.01.2020.1.05.101

DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
5ª Delegacia Seccional de Polícia Civil
Delegacia de Comarca de Lucena



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

Lucena/PB, 14 de fevereiro de 2020.

ALEXANDRE JOSÉ NUNES DE SOUTO LIMA
Agente de Investigação

Governo do Estado da Paraíba
Sec. de Segurança Pública
Alexandre J. N. de Souto Lima
Comissário - Mat. 157.356-0



ANTONIO CARDOSO DE AGUIAR NETO
Noticiante

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 0070260/20 3 - CPF da vítima: 700.620.554-96 4 - Nome completo da vítima: Antonio Cardoso de Aguiar Neto

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

5 - Nome completo: Antonio Cardoso de Aguiar Neto 6 - CPF: 700.620.554-96
7 - Profissão: R. L. 8 - Endereço: Rua Francisco Farias Neto 9 - Número: 758 10 - Complemento:
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58123-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (81) 98805.6154

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: 0041 CONTA: 564774 1
(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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
• 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.
Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.
Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, 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 (ou nascitor)? ☐ 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 pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, João Pessoa, 25/02/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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: 04/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIO CARDOSO DE AGUIAR NETO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00041

CONTA: 000000564774-1

Nr. da Autenticação 41C9250900580456

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segundo-via de conta.

Recibo para simples pagamento da conta e recolhimento da energia elétrica.

Nº 005.584.273



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 08.826.596/0001-95 Insc.Est. 16.003.339-1

DADOS DO CLIENTE

AMELIA SEVERINA DO NASCIMENTO
RUA FRANCISCO FARIAS NETO 158
BOA VISTA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

4/107720-5

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
JAN/2020	15/01/2020	119	06/02/2020	R\$ 102,21

Acesse: www.energisa.com.br

ESTA FAT. SERÁ DEBIT. NO BCO 0237				
Pagador: AMELIA SEVERINA DO NASCIMENTO CNPJ/CPF: 884.915.014-87				
RUA FRANCISCO FARIAS NETO 158 - CENTRO - BOA VISTA / PB - CEP 00000-000				
Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
	000107720202001	06/02/2020	R\$ 102,21	
BENEFICIÁRIO: ENERGISA BORBOREMA DISTRIB DE ENERGIA SA				
AV DEPUTADO RAIMUNDO ASFORA, 4799 - BR 230 KM 158 - TRES IRMAS - CAMPINA GRANDE / PB - CEP 58423-700				
Agência / Código do Beneficiário:				

Caixa Econômica

0041 - 013 - 564774-1

GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



TENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº: 1691966

CLASS. DE RISCO: VERMELHO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES - CEP: 08.778.268/0038-52

Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-309

Data: 13/07/2018

Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07

Atendente: Adriana Pereira Rodrigues

PACIENTE: ANTONIO CARDOSO DE

CEP: 58400002

Nascimento: 07/01/1999

AGUIAR NETO

Sexo: M

Telefone: 87663438

Endereço: SÍTIO CATOLE DE BOA VISTA

Idade: 019

Bairro: CATOLE DE BOA VISTA

Cidade: Campina Grande

RG:

Nº: 0

Nome da Mãe: FLÁVIA PEREIRA DE ARAÚJO

CPF:

Profissão:

Responsável: FLÁVIA

Data de

CNS: 718903716864015

Estado Civil: Solteiro(a)

Atend: 13/07/2018

Motivo: ACIDENTE DE MOTO

Hora: 12:44:26

CONVÊNIO: SUS

Médico:

CRM:

Especialidade:

OBS FICHA:

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. Injeção de medicamento |
| 5. Crepitação | 23. Laceração |
| 6. Dor | 24. Lesão tendinosa |
| 7. Edema | 25. Luxação |
| 8. Empalramento | 26. Moledura |
| 9. Enfisema subcutâneo | 27. Movimento torácico paradoxal |
| 10. Esmagamento | 28. Objeto Engravado |
| 11. Equimose | 29. Otorragia |
| 12. F. Arma branca | 30. Paralisia |
| 13. F. Arma de fogo | 31. Parestesia |
| 14. F. Cortado | 32. Paratendão |
| 15. F. Cortante | 33. Queimadura |
| 16. F. Corto-contuso | 34. Rinite |
| 17. F. Perfuro-contuso | 35. Síncope |
| 18. F. Perfuro-cortante | 36. Síncope |

OBS:

QUEIMADURA:

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

DIAGNÓSTICO / CID: trauma

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

Paciente trazido pelo Sítio com relato de ser vítima de acidente de trânsito com o veículo em movimento, não houve perda de consciência, não houve ferimentos visíveis.

Não houve ferimentos ou alterações, refere apenas dor em MIB.

ALERGIA: NegaMEDICAMENTOS: NegaPATOLOGIAS: Nega

EXAME FÍSICO

PUPILAS (x) Fotorreagentes (x) Isocóricas () Anisocóricas ()

Glasgow 15 PA FC= 76 HGT: 1,72 Sa 02

Boas vias aéreas permeáveis, com coloração normal.
 (x) MIB + am. ant. Sítio + dor em MIB, dor no abd. superior e posterior, sem distensão.
 (x) Hemodinamicamente estável, sangramento ativo em MIB.
 (x) ECG 15, pupilas isocóricas e fotorreagentes.
 (x) MIB plano, flexível, depressível, indolor à palpação. Lesões em MIB - punho.

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais (x) Ultrassonografia:
 (x) Gasometria arterial (x) Radiografias: costas, abd. superior e punho
 () Tomografia Computadorizada ()

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: Ortopedia / 13:00 Dia 13/07/18Especialista: / 13:00 Dia / /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	SRL Sítio em EV aguda	
2	Diploia 1g + AD EV aguda	
3	Alta da cirurgia geral.	
4		
5		
6		

Dr. Jarbas Fonseca
 CIRURGIÃO GERAL
 CRM-PB 10302 / CRM-PE 23721

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:



Ficha de Acolhimento

(samu)

Nome:	Antonio Corabesa de Aguiar Neto		
End:	Sítio Cotol de São Vito	Bairro:	Cotol de Boa
Data de Nascimento:	07.01.99	Documento de Identificação:	Vista (CG)
Queixa:	Dores no tórax	Data do Atend.:	13.07.19
		Hora:	12:40
		Documento:	
Acidente de trabalho?	() Sim () Não		

Classificação de Risco

Nível de consciência: () Bom () Regular () Baixo	Aspecto: () Calmo () Fáceis de dor () Gemente
Frequência respiratória:	Frequência cardíaca:
Pressão arterial:	Temperatura axilar:
Dosagem de HGT:	Mucosas: () Normocorada () Pálida
Deambulação: () Livre () Cadeira de rodas () Maca	

Estratificação

MOD. 110

- (x) Vermelho - atendimento imediato
() Verde - atendimento até 4 horas

- () Amarelo - atendimento até 1 hora
() Azul - atendimento ambulatorial

Bruma Moura da Silva
ENFERMEIRA
COREN-PB 225.355

Assinatura e carimbo do profissional

SUS Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

2 - CNES

2362856

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

4 - CNES

2362856

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

ANTONIO CARDOSO DE AGUIAR NETO

6 - N° DO PRONTUÁRIO

1692018

7 - CARTÃO DO SUS

708903716864015

8 - DATA DE NASCIMENTO

07/01/1999

9 - SEXO

Masc ☒ F ☐Fem ☐ ☒

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

FLAVIA PEREIRA DE ARAUJO

11 - TELEFONE DE CONTATO

DDD

N° DE TELEFONE

83

87663438

12 - ENDEREÇO (RUA, N° BAIRRO)

SITIO CATOLE DE BOA VISTA, 0, CATOLE DE BOA VISTA

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Campina Grande

14 - CÓD. FONE MUNICÍPIO

250400

15 - UF

PB

16 - CEP

58400002

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARATER DA INTERNAÇÃO

02

28 - DOCUMENTO

(X) CNS () CPF

29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

980016278218009

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

JOAO PAULO OLIVEIRA NUNES

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

13/07/2018

32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ORGÃO EMISSOR

45 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

() CNS

() CPF

47 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

49 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

/ /

SUSSistema Único de Saúde
Ministério da Saúde**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR****Identificação do Estabelecimento de Saúde**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

2 - CNES

2362856

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

4 - CNES

2362856

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

ANTONIO CARDOSO DE AGUIAR NETO

6 - N° DO PRONTUÁRIO

1692018

7 - CARTÃO DO SUS

708903716864015

8 - DATA DE NASCIMENTO

07/01/1999

9 - SEXO

Masc ☒ HFem ☐ B

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

FLAVIA PEREIRA DE ARAUJO

11 - TELEFONE DE CONTATO

83 87663438

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

SÍTIO CATOLE DE BOA VISTA, 0, CATOLE DE BOA VISTA

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Campina Grande

14 - CÓDIGO MUNICIPAL

250400

15 - UF

PB

16 - CEP

58400002

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARATER DA INTERNAÇÃO

02

28 - DOCUMENTO

(X) CNS () CPF

29 - N° DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

980016278218009

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

JOAO PAULO OLIVEIRA NUNES

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

13/07/2018

32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ORGÃO EMISSOR

45 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

() CNS

() CPF

47 - N° DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

49 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

DESTINO DO PACIENTE ____/____/____ às ____ hs.

() Centro cirúrgico _____

()Internação (setor) _____

() Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL _____

() Alta hospitalar / () A revelia
 \ () Decisão Médica

() Óbito

Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

SERVIÇO REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMIENTO

(30)

IDADE

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100

REQUISIÇÃO DE EXAMES

NOME:	Ysione Oliveira de Aguiar Neto										PRONTUÁRIO:	105			
IDADE:	19 anos	SEXO:	M ☒ F ☐	COR:	B ☐ P ☐ A ☐	PESO:		ALTURA:		CLINICA:		ENF.:		LEITO:	

DADOS CLINICOS:

Febre

RAIO X
REALIZADO EM:
13/07/2018

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

Radiografia de caxex (D) AP e perfil
Radiografia de punho (D) AP e perfil
Radiografia de punho (E) AP e perfil

URGÊNCIA:	☐	ROTINA:	☐	HORA DA SOLICITAÇÃO:	12:57.	Carimbo e Assinatura do Médico
DATA:	13/07/2018.					Dr Jarbas Fonseca Cirurgia Geral CRM: 10001/CRM-PE 2371



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

REQUISIÇÃO DE EXAMES

NOME:	Antonio Carlos de Aguiar															PRONTUÁRIO:	112
IDADE:	SEXO		COR:		PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF:	LEITO:								
	M ☐	F ☐	B ☐	P ☐	A ☐												

DADOS CLÍNICOS:

RADIO X
REALIZADO EM:
13/07/2018

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

Rx de punho (L) AP e Desvio lateral
Rx de punho (D) AP e Desvio lateral (sem Talw)

URGÊNCIA: ☐	ROTINA: ☐
DATA: 13/07/18	HORA DA SOLICITAÇÃO:

Dr. Wilson Silva
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM: 12.345

Carimbo e Assinatura do Médico

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

[illegible]

Nome do Paciente <i>Antônio Cordon de Aguiar</i>		Nº Prontuário <i>1692048</i>	
Data da Operação <i>01.08.18</i>	Enf. <i>CIRURGICA</i>	Leito <i>7-3</i>	
Operador <i>Dr. Aristóteles</i>		1º Auxiliar <i>Dr. Julio (MRS)</i>	
2º Auxiliar <i>Dr. Euler (MRS)</i>	3º Auxiliar	Instrumentador	
Anestesia	Tipo de Anestesia		
Diagnóstico Pré-Operatório <i>Fx. escápula esquerda</i>			
Tipo de Operação <i>Osteossíntese</i>			
Diagnóstico Pós-Operatório <i>0 mm</i>			
Relatório Imediato da Patologia			
Exame Radiológico no Ato <i>Sim</i>			
Acidente Durante a Operação <i>Não</i>			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras
① Paciente sob DDH sob anestesia ② Anestesia + antiespasmódico + campo estéril ③ Redução imediata do foco de fratura sob escopo ④ Posicionamento de fixação após incisão minimamente invasiva ⑤ Osteossíntese com parafusos de Halot sob escopo ⑥ Lave FO + sutura + curativo
1 2 Dr. Euler Fabrício A. M. RES. ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA CRM-PB 896

GOVERN
DA PARAIBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM

REQUISICÃO DE EXAM

[illegible]

OS CLÍNICOS:

POI: $\Gamma \times \text{propanol}$ E

11.80.40

PRIAL A EXAMINAR:

IES SOLICITADOS:

En puntos E, A y B se halla el

NCIA: ☒	ROTINA: ☐	Nome: <u>Enilda Falcão de Góes</u> NR: <u>010513</u> ESPECIALIZAÇÃO: <u>ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA</u> C.R.M.-PB: <u>9907</u>
HORA DA SOLICITAÇÃO:		
Carimbo e Assinatura do Médico		



FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Trauma de Encaafide e

Paciente Antonio Cardoso Alojamento 9 Leito 9 Convênio

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
17/04	1 - Dieta livre	SMP	Pct ga da
	2 - S R L 500 ml I.V. 12 / 12 h.	13 OK	e defunido
	3 - Dipirona 02 ml I. V. 8 / 8 h (lento).	18 OK	o Pombro
	4 - Tilatil 20 mg I. V. 12 / 12 h.	18 OK	E de p
	5 - Omeprazol 40 mg I. V. 01 X dia.	06 OK	C.T. Pro-07
	6 - C. C. G.	et	
	10. clinda 600 EV 6/6h	18 OK	
	11. curativo	18	

CR.

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
14/07/18	08:00	—	—	—	120 80	—	Paciente consciente e Orientado medicado conforme Prescrição médica, sem queixas no momento ao cuidado da Enfermagem.	

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

09



Q. 100

fy utförda (6)

Paciente	Antonio Cardoso de Aguiar, 19	Alojamento		Leito		Convênio	
----------	-------------------------------	------------	--	-------	--	----------	--

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
11/07	1 DIETA LIVRE 2 JELCO SALINIZADO 3 DIPIRONA 1g+ABD EV 6/6H 4 TRAMAL 100MG + 100ML SF EV 8/8H SN 5 NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8h SN 6 TILATIL 20MG + ABD EV 12/12H 7 OMEPRAZOL 40MG + DILUENTE EV EM JEJUM 8 CLEXANE 40MG SC AS 20H (100,400)=1 9 SSVV+CCGG 10 Cloridrato 600mg + 100ml EV 6/6h 11 Constivo Diário.	CT CT 1/2 1/2 1/2 1/2 CT 1/2 1/2 CC HA CT CT 1/2 1/2 1/2 1/2 CT	1º DJH BEB, extovol. s/ queixas. Diurese (+) encunados (+) Ed. UPM Aguarda cirurgia.
	HP		2

Data Hora T P R PA Diurese Observações Enfermagem Assis

7

12/07

11

12/07

Antônio Carlos

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

for Escalpi: 0/3 (G)

Paciente	Antonio Gmaza, 19
----------	-------------------

Alojamento	
------------	--



Leito

Convênio

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
15/07	1 DIETA LIVRE		22 DSH
	2 JELCO SALINIZADO N° 18	12/18	
	3 CLINDAMICINA 600MG + ABD EV 6/6H	12/18	24 DE
	4 DAPIRONA 1g+ABD EV 6/6H	12/18	24 DE
	5 TILATIL 20MG + ABD EV 12/12H	12/18	24 DE
	6 TRAMAL 100MG + 100ML SF EV 8/3H SN		
	7 NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8h SN		
	8 OMEPRAZOL 40MG + DILUENTE EV. EM JEJUM		
	9 CLEXANE 40MG SC 1X DIA		
	10 MUDANÇA DE DECUBITO 2/2H		
	11 MEDICAÇÕES DE USO CRÔNICO COM O PACIENTE		
	12 CURATIVO DIÁRIO		
	13 SSVV + CCGG		

Dr Ywry Paiva
ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA
CRM-PS 19.807

Dr Yvry Pava
ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA
CRM-PE 12.447

PD - 312X80 Porcanti e correnti
 Quantido per mcpa pincer
 pincerate pincer, pincer diti
 pincer on cundato da equipo

Mauricio Deodoro Rodrigues
 CPF: 09.443.095-11

3 27

3 27
 3 27
 3 27

3 27

3 27

3 27

3 27

3 27

3 27

[illegible]



GOVERNO
DA PARÁIBA

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

Diagnóstico

FX ESCAFÓIDE E

AMARELA

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

09

obol

Paciente

ANTONIO CARDOSO DE AGUIAR NETO, 19

Alojamento

Leito

Convênio

Data

17/7

Prescrição Médica

Horário

Evolução Médica

1 DIETA LIVRE

2 JELCO SALINIZADO N° 18

3 DIPIRONA 1g+ABD EV 6/6H

4 TILATIL 20MG + ABD EV 12/12H

5 TRAMAL 100MG + 100ML SF EV 8/8H 5N

6 NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8H 5N

7 ESTIMULAR DEAMBULÇÃO

8 SSVV + CCGG

9

10

11

efe

efe
efe
efe
efe
efe

efe
efe
efe
efe
efe

4 = 054

Bot, esteril, si qroto

Col: vpm

Col: vpm
Bac, esteril, si qroto

Dr. Ymy Pava
Médico Assistente
C.R.C. 10.497

Dr. Ymy Pava
Médico Assistente
C.R.C. 10.497

Con

MOD 125

DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Paciente
Data

Albino Cadent
Prescrição Médica

Dieta livre

SF 0,5% 1500 ml EV em 24hs

Dipirona 2ml + AD EV 6/6hs

Omeprazol 40 mg EV / dia

Hidral 20ml EV 12/12hs

Insulina 10 unidades SF EV S/S/H/S/S

Flasid 2ml + r/b EV 8/8hs SN

Enxame 200mg SF / dia

SSV - 1000g

Horário

13 18 00 06

15 18 00 06

15 18 00 06

Intermédio

Evolução Médica

Leito

Ev. melhora

Parado ideal

Aguarda por

urgente

Ulna

Luiz Gonzaga Fernandes
Médico

09 7

Ap. ascorbic acid (A)

Arturo Guedes, 19

10

BEB, ESTÁVEL, SI O'SIDORMITAS
SI AQUIXAS NO momento.
DIRETOR (f) AUTORES (f)

CD: VPM
Anatomy Circuits

Dr. Yvonne Palmer



FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

OK
OK

Ex. Escarpi. de E.

Paciente	Andressa, 19	Alojamento		Leito	9	Convênio	
----------	--------------	------------	--	-------	---	----------	--

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
21/07	1 DIETA LIVRE		
	2 JELCO SALINIZADO		
	3 DIPIRONA 1g+ABD EV 6/6H		
	4 TRAMAL 100MG + 100ML SF EV 8/8H SN		
	5 NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8h SN		
	6 TILATIL 20MG + ABD EV 12/12H		
	7 OMEPRAZOL 40MG + DILUENTE EV EM JEJUM		
	8 CLEXANE 40MG SC AS 20H		
	9 MUDANÇA DE DECÚBITO 2/2H		
	10 SSVV+CCGG		
	11 Estimular Ambulatório		
	12		

Dr. Yuri Pires

Dr. Yuri Pires

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

FX ESCAFÓIDE E

Paciente	ANTONIO CARDOSO DE AGUIAR NETO, 19	Alojamento	Leito	Convênio
----------	------------------------------------	------------	-------	----------

Data	Prescrição Médica			Horário		Evolução Médica
22/7	1 DIETA LIVRE 2 JELCO SALINIZADO N° 18 3 DÍPIRONA 1g+ABD EV 6/6H 4 TILATIL 20MG + ABD EV 12/12H SN 5 TRAMAL 100MG + 100ML SF EV 8/8H SN 6 NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8h SN 7 ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO 8 SSVV + CCGG 9	42	18	24	06	9 = 034 BOL. Cativél. s/ Informar... SI QUEIXAS Diagnóstico + exame @ CD - Vpn7 = Avereite comp.s.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO

Diagnóstico

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA

DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Adônio Cardoso

Prescrição Médica

Histórico

Enfermagem

Evolução Médica

Leito

Ex. Encefalite (E)

23/07

Dietas livres
~~SE 09:00 - 14:00 ml EV em 24hs~~
Dipirona 2ml + AD EV 6/6hs
Omeprazol 40 mg EV / dia
Tiludil 20mg EV 12/12hs
~~Levental 400mg + SE EV 8/8hs SN~~
~~Prasid 2ml + AD EV 8/8hs SN~~
~~Glaxo 500mg + SE / dia~~
SSV + CCGG

ICV

12 18

19 20

Paciente atende bem internamento.

VPM

14

Ex. Encefalite (E)

[illegible]



FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

9 OK

FX ESCAFÓIDE E

Paciente	ANTONIO CARDOSO DE AGUIAR NETO, 19	Alojamento	Leito	Convênio
----------	------------------------------------	------------	-------	----------

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
24/7	1 DIETA LIVRE 2 JELCO SALINIZADO 3 DIPIRONA 1g+ABD.EV 6/6H 4 TRAMAL 100MG + 100ML-SF EV-8/8H-SN 5 NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV-8/8h-SN 6 ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO 7 SSVV + CCGG 8 Retirar pontos do punho D 9 10 11	12 18 24 06 AT	Beb. espant. si d. sumário. col. v. m. m. Aguardar cirurgia
25/07	Dieta livre Jelco Dipirona 500mg EV 6/6h Valtaren 750mg IM 12/12h + SN SSV + CCGG	12 18 24 06 etc	Beb. espant con v. m. m.

Hallisson Barros de Almeida
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
L. 8.11.14 - P. 2

Hallisson Barros de Almeida
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
L. 8.11.14 - P. 2

EK

fr. esurpato: (E)

Paciente	Antonio Cardoso, 19	Alojamento:	Leito	Convênio
----------	---------------------	-------------	-------	----------

[illegible]

[illegible]

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

20

As Euphorbia (E)

Paciente	Antonio Cardoso, 19	Alojamento		Leito		Convênio	
----------	---------------------	------------	--	-------	--	----------	--

Data	Prescrição Médica		Horário	Evolução Médica
	1 DIETA LIVRE			14-07-14
21/7	2 DAPIRONA 500MG 1 CP VO 6/6H	SND 15	28	HED. ESTÁVEL. SI DISTERMITAS.
	3 TYLEX 30MG 1 CP VO 6/6H SE DOR PERSISTENTE			SI QUEIXAS
	4 ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO			
	5 SSVV+CCGG	CT		APARECE (+) EVOLUÇÃO (+)
6				
7				
8				
9				
10				CD: VPM
11				Aguarda cirurgia.
12				

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Fr. Escorpião E

Paciente: Antonio G. G. 19 Alojamento: 7 Leito: 3 Convênio:

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
30/08	1 DIETA LIVRE 3h a partir das 08h 2 JELCO SALINIZADO 3 DIPIRONA 1G + ABD EV 6/6H 4 TILATIL 20MG + ABD EV 12/12H SN 5 ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO 6 SSVV + CCGG 7 8	Clu Clu (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) (11) (12) POT recusa Clu Clu	17:05H REG. estável. s/ distúrbios S/ febre Mucosa () úlc. # V. p. m. Aguda angio.
31/08	1 Dieta livre, 3h a partir das 08h 2 (Clu) + 44V	Clu	Dr. Wagner Falcão ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM-PA 8643

Det. 01-08
Hora: 20:00

$$PA = \frac{110}{70}$$

Pct retornou do ec medicado
e PM, segue sem queixas
das evoluções da enferma-
gem.

Fernanda Raíssa S. A. Lucena
TÉC. EM ENFERMAGEM
COREN-PB 123.837

Data: 28/02/18

Para 8:00

PA 10:00

③ 20180227 ST

P

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

Murilo de Souza Santos
TEC EN ENGENHARIA
CPL 10/10/10

da supermaquina

facilita a vida da supermaquina
para a vida da supermaquina
para a vida da supermaquina



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Diagnóstico

Poz na suspensão E

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

16/02/2018

Paciente

Antonio Cardoso, 19

Alojamento

7

Leito

3

Convênio

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
01/03	① Dieta livre após RPA ② SCL 1000 ml IV 04h ③ Clindamicina 600mg IV 6/6h ④ Diltiazem 15 + AD IV 6/6h ⑤ Tiludil 20mg + AD IV 12/12h ⑥ SSUV + CIGG	04 06 08 10 12 CM	PDI sem intercorrências CD: VPM + Kx de controle
02/03	Curativo + sala limpa com poeira Alta		02/03/18 - Paciente estável - Queixas / SSB - Curativo dia 02 - Bat. dent. atualiz. Alta

Antônio Augusto

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

OK V.C.

DIAGNÓSTICO

Fratura de fêmur

Paciente: Antônio Augusto Alojamento: 9 Leito: 9 Convênio: g

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
1. Dieta	Leve	CT	
2. SRL 1500ml EV/24h		CT	
3. Biphona 62mg + AD EV 06/06h	Diária	CT	
4. Tilail 20mg + AD EV 12/12h		CT	
5. Omeprazol 40mg EV/jejum		CT	
6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN		CT	
7. Nauseadron 01 FA + AD EV 8/8h SN		CT	
8. Clexane 40mg SC/dia		CT	
9. SSV + CCGG		CT	

Dr. André Roberto Augusto
CRM-RJ 5193

Dr. André Roberto Augusto
CRM-RJ 5193

हो सुसुपाई @

Paciente	Antonio Carlos, 17		
Alojamento:	Leito	Convênio	

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
20/2	1. Dieta <i>lact</i> 2. SRL 1500ml EV/24h 3. Dipirone 02ML + AD EV 06/06h 4. Tilatil 20mg + AD EV 12/12h 5. Omeprazol 40mg EV/jejum 6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN 7. Nauseidron 01 FA + AD EV 8/8h SN 8. Clezane 40mg SC/dia 9. SSVV + CCGG	<i>06</i>	<i>pac. evolui, sem dor em tórax e sem febre e sem alteração de estado geral.</i>
			<i>admitido em UTI para observação</i>
			<i>16 dias de internação.</i>
			<i>transfere para UTI para observação</i>
			<i>Dr. Vitor F. Lima</i>



RESUMO DE ALTA
(REFERÊNCIA OU CONTRA REFERÊNCIA)

NOME: *Arquimedes* DN: PRONT. Nº:
NATURALIDADE: *Curuzu* PROCEDÊNCIA:
ADMISSÃO: *10/02/2011* ALTA:

1. Motivo da hospitalização (dados positivos da anamnese / exame físico)

2. Resultado dos principais exames

3. Evolução e complicações

4. Terapêutica realizada

Parabólica S. A. Lacerda
REC. EM EMERGÊNCIA
COREN-PB 123.837

Diagnóstico (hipotético ou definitivo)

6. Orientações médicas para pacientes / egresso

7. Condições de alta

☒ Curado ☐ A pedido ☐ Óbito ☐ Melhorado ☐ Inalterado
☐ Transferido para: *25/02/11*

Campina Grande, ____ de ____ de ____

Responsável pelo resumo

11. 20/10/2019

10/10

10/10

10/10

10/10

10/10

10/10

ESTADO DA PARAIBA SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL P-234 INSTITUTO DE POLÍCIA CÍVIL DEPARTAMENTO DE REGISTRAÇÃO	
CPF 3.963.382 DATA DE EXPEDICÃO 19/05/2011 ANTONIO CARDOSO DE AGUIAR NETO	FLUXO CLEMILSON DA SILVA AGUIAR FLAVIA PEREIRA DE ARAUJO
LOCALIDADE CAMPINA GRANDE-PB NASC.N. 19305 FLS. 063 LIV. A-20 CARTORIO CAMPINA GRANDE-PB CPF 700.620.554-96	DATA DE NASCIMENTO 07/01/1999 <i>[Signature]</i>

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL ESTADO DA PARAIBA SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL P-234 INSTITUTO DE POLÍCIA CÍVIL DEPARTAMENTO DE REGISTRAÇÃO	<i>[Fingerprint]</i> <i>[Portrait Photo]</i>	Antônio Cardoso de Aguiar Neto ACORDADOR DO TITULAR
---	--	---

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0070260/20

Vítima: ANTONIO CARDOSO DE AGUIAR NETO

CPF: 700.620.554-96

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 13/07/2018

Titular do CPF: ANTONIO CARDOSO DE AGUIAR NETO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ANTONIO CARDOSO DE AGUIAR NETO : 700.620.554-96

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: 21/02/2020
Nome: ANTONIO CARDOSO DE AGUIAR NETO
CPF: 700.620.554-96

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/02/2020
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

ANTONIO CARDOSO DE AGUIAR NETO

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA