

---

**Rio de Janeiro, 11 de Julho de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190423682**

**Vítima: JOSMAN PEREIRA COSTA**

**Data do Acidente: 29/12/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), JOSMAN PEREIRA COSTA**

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 Julho de 2019**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190423682**

**Vítima: JOSMAN PEREIRA COSTA**

**Data do Acidente: 29/12/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), JOSMAN PEREIRA COSTA**

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Declaração do Proprietário do Veículo incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



**Rio de Janeiro, 08 de Agosto de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190423682**

**Vítima: JOSMAN PEREIRA COSTA**

**Data do Acidente: 29/12/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), JOSMAN PEREIRA COSTA**

Informamos que o pagamento da indenização o 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 joelho 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: **JOSMAN PEREIRA COSTA**

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

Banco: **104**

Agência: **2221**

Conta: **0000042228-1**

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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



---

**Rio de Janeiro, 10 de Setembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190423682**

**Vítima: JOSMAN PEREIRA COSTA**

**Data do Acidente: 29/12/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), JOSMAN PEREIRA COSTA**

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 10/09/2019, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: **0234939/19** 3 - CPF da vítima: **016.199.684-10** 4 - Nome completo da vítima: **JOSMAN PEREIRA COSTA**

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

5 - Nome completo: **JOSMAN PEREIRA COSTA** 6 - CPF: **016.199.684-10**  
7 - Profissão: **RECUSOU** 8 - Endereço: **RUA: SARGENTO EDSON SALES** 9 - Número: **364** 10 - Complemento: **1º ANDAR**  
11 - Bairro: **MONTE CASTELO** 12 - Cidade: **CAMPINA GRANDE** 13 - Estado: **PB** 14 - CEP: **58.407-033**  
15 - E-mail: **RECUSOU** 16 - Tel.(DDD): **(83) 9.9614-5661**

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

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

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

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: **2221** CONTA: **00042228** AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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 nascido(s) filho(s)? ☐ 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

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

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

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

38 - 1º Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2º Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **CAMPINA GRANDE - 11 DE JULHO DE 2019**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

(respostas não solicitadas)

**CAIXA**

CAIXA  
PAPER

\*Papel termossensível. A vida útil dos dados impressos é de 07 anos, mas é preciso tomar alguns cuidados: não exponha o papel à luz do sol, lâmpadas fluorescentes, fontes de calor, umidade excessiva; evite também o contato direto com materiais plásticos, óleos ou produtos químicos.

Canal de Atendimento ao Consumidor

CGC/AGÊNCIA : 2221 / FICP, PB  
CONTA : 013.00042228-1  
NOME : JOSMAN PEREIRA COSTA





GOVERNO DO ESTADO DA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA  
DELEGACIA DE ACIDENTES E  
Rua Raimundo Nonato de Araújo, S/N - Catolé - Campina Grande - 58410163 - (81) 3360-9319



### CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que reverendo os Registros de Ocorrências Policiais deste Órgão, encontrei a Ocorrência de Nº 000148/19 registrada em 28/06/2019, que passo a transcrever na íntegra: Aos vinte e oito dias do mês de junho do ano de 2019, nesta cidade de Campina Grande, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DE ACIDENTES E VEÍCULOS, quando encontrava-se presente a Bela. JOSEFA ALVES DE ASSIS, Delegada de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, ai, por volta das 16:30 horas, compareceu o Sr. JOSMAN PEREIRA COSTA, com 27 anos de idade, filho de JOSIMAR ALVES DA COSTA e RILHERDE PEREIRA DO NASCIMENTO, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de CAMPINA GRANDE - PB, Solteiro, escolaridade Medio Incompleto, profissão , portador da Cédula de Identidade Nº 3.362.988, expedido pela SSP-PB, residindo à rua SARGENTO EDSON SALES, 364, bairro MONTE CASTELO, na cidade de Campina Grande - PB.

#### Declarou que:

Afirma o comunicante que por volta das 18h20min do dia 29.12.2018, estava trafegando pela Rua Tomé de Souza, no Bairro de José Pinheiro, nesta cidade de Campina Grande/PB, ocupando como "carona" a motocicleta HONDA/CG 150 FAN ESDI, ano/modelo 2014/2015, cor vermelha, chassi nº 9C2KC1680FR504389, de placa PMN-2270/PB, licenciada em nome de Hyllker Barbosa Silva, pilotada pelo proprietário, quando um ciclista não identificado desceu de uma calçada e entrou na pista de rolamento, sem a atenção devida, sendo inevitável a colisão, tendo o condutor da motocicleta perdido o controle de direção e todos caíram ao solo, ocasionando ferimentos graves no comunicante, ficando desacordado, sendo socorrido pelo SAMU e encaminhado para o hospital de Emergência e Trauma de Campina Grande/PB, onde foi submetido a tratamentos médicos, conforme documentos apresentados nesta Delegacia, enquanto que o condutor da moto e o ciclista sofreram apenas escoriações pelo corpo; Que, não foi realizada nenhuma perícia técnica no local por parte dos Policiais Militares da CPTan; Que, no momento do acidente não chovia e a luminosidade do local é precária, não encontrando-se o comunicante ou condutor da moto sob a influência de bebida alcoólica; Que, o comunicante manifesta o desejo de não representar criminalmente contra o ciclista que deu causa ao acidente, caso o mesmo seja identificado. Nada mais havendo a tratar, ciente o declarante das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente certidão. O referido é verdade e dou FÉ.

Campina Grande, Sexta-feira, 28 de Junho de 2019

*Josman Pereira Costa*

JOSMAN PEREIRA COSTA

Declarante

*José Alberto do Nascimento*  
ESCRIVÃO DE POLÍCIA CIVIL  
Mat. 090.241-1

JOSÉ ALBERTO DO NASCIMENTO

Escrivão





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: **0234939/19** 3 - CPF da vítima: **016.199.684-10** 4 - Nome completo da vítima: **JOSMAN PEREIRA COSTA**

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

5 - Nome completo: **JOSMAN PEREIRA COSTA** 6 - CPF: **016.199.684-10**  
7 - Profissão: **RECUSOU** 8 - Endereço: **RUA: SARGENTO EDSON SALES** 9 - Número: **364** 10 - Complemento: **1º ANDAR**  
11 - Bairro: **MONTE CASTELO** 12 - Cidade: **CAMPINA GRANDE** 13 - Estado: **PB** 14 - CEP: **58.407-033**  
15 - E-mail: **RECUSOU** 16 - Tel. (DDD): **(83) 9.9614-5661**

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: **2221** CONTA: **00042228** 1  
AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

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

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

11 JUL 2019

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **CAMPINA GRANDE - 11 DE JULHO DE 2019**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





## DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Declaramos para os devidos fins de direito que o **SAMU REGIONAL CG - 192** foi solicitado para prestar atendimento médico pré-hospitalar de urgência ao paciente conforme dados a seguir:

DATA:	29/12/2018	HORA:	18:20 HRS	ID Nº:	1746834
NOME:	JOSMAN PEREIRA COSTA				
QUEIXA:	ACIDENTE DE TRÂNSITO				
LOCAL:	R - TOMÉ DE SOUSA - JOSÉ PINHEIRO				
COMPLEMENTO:					
CIDADE:	CAMPINA GRANDE / PB				
<b>DADOS DA REMOÇÃO</b>					
Paciente removido para o Hospital de Emergência e Trauma					

Campina Grande, 22 de janeiro de 2019.



**Deoclécio F. Nascimento**  
SUPERVISOR

Deoclécio F. Nascimento  
Coordenação Administrativa  
SAMU REGIONAL CG - 192

# 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: 01/08/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSMAN PEREIRA COSTA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02221

CONTA: 000000042228-1

---

Nr. da Autenticação B0FFCFB4EC259444

# DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal

Documento não é segunda via de conta.

Recurso para simples pagamento da conta fiscalizadora da energia elétrica Nº 003.901.158



ENERGISA BOMBORÉMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A

BR 230 - KM 150 - Alça Sudoeste - Três Irmãs - Campina Grande / PB - CEP 58423-700  
CNPJ 08.826.586/0001-05 Insc.Est. 16.903.839-1

## DADOS DO CLIENTE

JOSMAN PEREIRA COSTA  
RUA SGT EDISON SALES 364 1º ANDAR  
CAMPINA GRANDE

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

4/163671-1

### REFERÊNCIA

JUN/2019

### APRESENTAÇÃO

06/06/2019

### CONSUMO

126

### VENCIMENTO

13/06/2019

### TOTAL A PAGAR

R\$ 84,11

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)



JOSMAN PEREIRA COSTA

Roteiro: 04-401-258-4650

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 01/07/2019

### VENCIMENTO

13/06/2019

### TOTAL A PAGAR

R\$ 84,11

### MATRÍCULA

163671-2019-06-0



Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

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

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

Eu, HYLLKER BARBOSA SILVA  
RG nº 4.183.580, data de expedição 20/08/13  
Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 705.814.634-98  
com domicílio na cidade de CAMPINA GRANDE, no Estado de  
PARAÍBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
RUA: YAYA DE AZEVEDO, nº \_\_\_\_\_  
complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima  
JOSMAN PEREIRA COSTA, cujo o condutor era  
JOSMAN PEREIRA COSTA  
Veículo: MOTOCICLETA Modelo: CG 150 FAN ESD1 Ano: 2014  
Placa: PMN 2270 Chassi: 9CQKC1680FR 504389  
Data do Acidente: 29/12/2018

5º Ofício

Local e Data: CAMPINA GRANDE - 18 DE JUNHO DE 2019

X Hyllker Barbosa Silva

Assinatura do Declarante



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

REGINA FRANÇA

Assinatura do Condutor, como autêntica e verdadeira, a(s) Fimais(s) de: HYLLKER BARBOSA SILVA

Em test.de verdade, Campina Grande-PB 25/06/2019 12:27:47

Pauline Viana dos Santos - Substituta

[2019-004504]ENDL:R# 10,97 FAPEN:R# 0,29 FEPU:R# 1,98 ISM:R# 1,98

SELO DIGITAL: A1019080-9FXD

Confira a autenticidade em <https://selodigital.tipb.jdne>



Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

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

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

Eu, HYLLKER BARBOSA SILVA

RG nº 4.183.580, data de expedição 20 / 08 / 2013,

Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 705.814.634-98

com domicílio na cidade de CAMPINA GRANDE, no Estado de PARÁIBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

RUA: YAYA DE AZEVEDO, nº 260

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

JOSMAN PEREIRA COSTA, cujo o condutor era

HYLLKER BARBOSA SILVA

Veículo: MOTOCICLETA Modelo: CG 150 FAN ESDI Ano: 2014

Placa: PMN 2270 Chassi: 9C2KC1680FR504389

Data do Acidente: 29 / 12 / 2018



Local e Data: CAMPINA GRANDE/PB – 23 DE JULHO DE 2019

X Hyllker Barbosa Silva

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor

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



**REGINA FRANÇA**  
CENTRO NOTARIAL E REGISTRAR

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) firma(s) de:.....  
HYLLKER BARBOSA SILVA

Em test. da verdade, Campina Grande-PB 24/07/2019 12:04:13

Ana Karoliny de Lima Santos - Escrevente  
[2019-005374]EML:R\$ 89,91 FAREN:R\$ 0,29 FEPJ:R\$ 1,98 ISS:R\$ 0,50

SELO DIGITAL: A1557400-07D3  
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tipb.jus.br>



Ana Karoliny de Lima Santos  
Escrevente Autorizada



GOVERNO DO ESTADO DA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA  
DELEGACIA DE ACIDENTES E  
Rua Raimundo Nonato de Araújo, S/N - Catolé - Campina Grande - 58410163 - (83) 3310-9319



OCORRÊNCIA Nº 000148/19

### CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Registros de Ocorrências Policiais deste Órgão, encontrei a Ocorrência de Nº 000148/19 registrada em 28/06/2019, que passo a transcrever na íntegra: Aos vinte e oito dias do mês de junho do ano de 2019, nesta cidade de Campina Grande, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DE ACIDENTES E VEÍCULOS, quando encontrava-se presente a Bela. JOSEFA ALVES DE ASSIS, Delegada de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, aí, por volta das 16:30 horas, compareceu o Sr. JOSMAN PEREIRA COSTA, com 27 anos de idade, filho de JOSIMAR ALVES DA COSTA e RILHERDE PEREIRA DO NASCIMENTO, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de CAMPINA GRANDE - PB, Solteiro, escolaridade Medio Incompleto, profissão , portador da Cédula de Identidade Nº 3.362.988, expedido pela SSP-PB, residindo à rua SARGENTO EDSON SALES, 364, bairro MONTE CASTELO, na cidade de Campina Grande - PB.

#### Declarou que:

Afirma o comunicante que por volta das 18h20min do dia 29.12.2018, estava trafegando pela Rua Tomé de Souza, no Bairro de José Pinheiro, nesta cidade de Campina Grande/PB, ocupando como "carona" a motocicleta HONDA/CG 150 FAN ESDI, ano/modelo 2014/2015, cor vermelha, chassi nº 9C2KC1680FR504389, de placa PMN-2270/PB, licenciada em nome de Hyllker Barbosa Silva, pilotada pelo proprietário, quando um ciclista não identificado desceu de uma calçada e entrou na pista de rolamento, sem a atenção devida, sendo inevitável a colisão, tendo o condutor da motocicleta perdido o controle de direção e todos caíram ao solo, ocasionando ferimentos graves no comunicante, ficando desacordado, sendo socorrido pelo SAMU e encaminhado para o hospital de Emergência e Trauma de Campina Grande/PB, onde foi submetido a tratamentos médicos, conforme documentos apresentados nesta Delegacia, enquanto que o condutor da moto e o ciclista sofreram apenas escoriações pelo corpo; Que, não foi realizada nenhuma perícia técnica no local por parte dos Policiais Militares da CPTan; Que, no momento do acidente não chovia e a luminosidade do local é precária, não encontrando-se o comunicante ou condutor da moto sob a influência de bebida alcoólica; Que, o comunicante manifesta o desejo de não representar criminalmente contra o ciclista que deu causa ao acidente, caso o mesmo seja identificado. Nada mais havendo a tratar, ciente o declarante das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente certidão. O referido é verdade e dou FÉ.

Campina Grande, Sexta-feira, 28 de Junho de 2019

*Josman Pereira Costa*

JOSMAN PEREIRA COSTA

Declarante

*José Alberto do Nascimento*  
ESCRIVÃO DE POLÍCIA CIVIL  
Mat. 090.222.111

JOSÉ ALBERTO DO NASCIMENTO

Escrivão





GOVERNO  
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº: 1803304

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: 29/12/2018  
 Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: Vanessa Patricia Sales Do Nascimento

PACIENTE: JOSMAN PEREIRA  
COSTA

CEP: 58400002

Nascimento: 01/02/1992

Endereço: RUA SILVA JARDIM

Sexo: M

Telefone: 987668083

Cidade: Campina Grande

Idade: 026

Bairro: JOSE PINHEIRO

Nome da Mãe: RILHERDE PEREIRA DO  
NASCIMENTO

RG: 3362983

Nº: 998

Responsável: JAMAINA DA SILVA

Data de

CNS: 700606980105860

Estado Civil: Não Estável

Atend: 29/12/2018

CONVÊNIO SUS

Motivo: QENTE DE MOTO

Hora: 19:06:48

Especialidade:

Médico:

CRM:

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. Injuriamento Venoso          |
| 5. Crepitação           | 23. Laceração                    |
| 6. Dor                  | 24. Lesão tendinosa              |
| 7. Edema                | 25. Luxação                      |
| 8. Empalhamento         | 26. Mordedura                    |
| 9. Erisipela subcutânea | 27. Movimento torácico paradoxal |
| 10. Esmagamento         | 28. Objeto Enclavado             |
| 11. Equimose            | 29. Otorragia                    |
| 12. F. Arma branca      | 30. Paralisia                    |
| 13. F. Arma de fogo     | 31. Parosia                      |
| 14. F. Cortado          | 32. Parastasia                   |
| 15. F. Cortante         | 33. Queimadura                   |
| 16. F. Corto-contuso    | 34. Rinite                       |
| 17. F. Perfuro-contuso  | 35. Síncope e tiquemia           |
| 18. F. Perfuro-cortante | 36.                              |

OBS:

QUEIMADURA:

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

DIAGNOSTICO / CID:

Acidente de moto

## EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

Paciente vítima de acidente de moto em via pública, apresentando lesões em corpo, cabeça e dor em membros inferiores. Não houve perda de consciência e vômitos.

Exame: T6 R, consciente, orientado, sem alterações de sensibilidade e força.

Alcance: plano, depressão e indolência palpáveis.

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS: Heterorreagentes, Isocóricas ( ) Anisocóricas ( )

Glasgow: 15

PA

HGT:



EXAMES SOLICITADOS:

- ( ) Laboratoriais  
 ( ) Gasometria arterial  
 ( ) Tomografia Computadorizada

( ) Ultrassonografia:

( ) Radiografias:

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: Antepedro NUB, às 15:55, Dia 29/12/18

Especialista: / às / Dia / /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	S.R. 1000 - 100	
2	Antepedro 90 - 100	
3		
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

## EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

29/12/18

Oftalmológico 20:402

Pt c/ 7x time proximal  
apresentando liberação de  
catarata p/ internação  
hospitalar

Holmes e Narayana  
RUA DE FARMACIA  
CRIA - 2012

#21: 23 #Cirurgia Geral  
paciente avaliado, apresentando Ep de tri-  
bra proximal (C) Nega perda de consciência  
nítida ou vômitos. Tenor - obtenção de ab-  
tergidos.

# Cx: Alta da Cirurgia Geral  
Revisão cirúrgica. Não avaliado.

DESTINO DO PACIENTE \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ hs.

- ( ) Centro cirúrgico \_\_\_\_\_  
( ) Internação (setor) \_\_\_\_\_  
( ) Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL \_\_\_\_\_
- ( ) Alta hospitalar / ( ) A revelia  
( ) Decisão Médica  
( ) Óbito

X Willian P. do Nascimento  
Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

Soluto t/c de Crânio: Pt t/CE t  
abaco e Molezação NCR

#Neurocirurgia

Exame 13, 150

Que imus. HEDA. PRONTO. ROLICH. A  
NICK. 2.000. 10.000.000

Exame 13, 150



## SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO	CBO	IDADE
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

[illegible]

Dr. Paulo Lúcio

Paciente

Data

Prescrição Médica

Horário

Enfermeiro

Leito

Exatidão Médica

17/01

Doença

SF 0,5% 1500 ml EV em 24hs

Dipirona 2ml + AD EV 6/6hs

Fam. parol 40 mg EV / dia

Titral 20mg EV 12/12hs

Itamal 100mg + SF EV 8/8hs SN

Picil 2ml + AD EV 8/8hs SN

Clexane 40mg SC/ dia

SSV + CCG

Dr. Eduardo Braga Rosale  
Ortopedia - Traumatologia  
CRM - PB 6598

Dr. Eduardo Braga Rosale  
Ortopedia - Traumatologia  
CRM - PB 6598

Agenda de 1º turno

Plano de atendimento



Diagnóstico

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA

DR. LUIZ GONZAGA FERNANDES

Ex. pelo libel -

821

Paciente	Data	Procedimento	Resultado	Exatidão	Exatidão
14	15/07/2019	Se G. 150mg EV em 24hs Diluição 2ml + AD EV 6/6hs Concentração 40 mg EV / dia Tilact 20mg EV 12/12hs	14/08/2019	14/08/2019	14/08/2019
01	15/07/2019	Tilact 100mg + SF EV 8/8hs SR Mist 2ml + AD EV 8/8hs SR Clonazepam 40mg SC / dia SSR + 12/12	14/08/2019	14/08/2019	14/08/2019

Dr. Eduardo Braga Moraes  
Ortopedia - Traumatologia  
CRM - PR 6588

Dr. Eduardo Braga Moraes  
Ortopedia - Traumatologia  
CRM - PR 6588



DIAGNÓSTICO

Rp 76/5 70/12

B-2

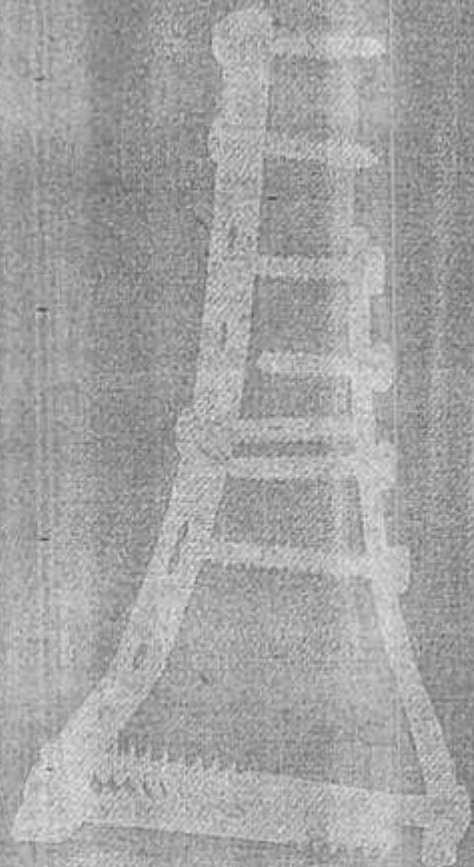
FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Jasmim Pereira		Alojamento:	8	Leito	21	Convênio	
Data	Prescrição Médica		Horário				Evolução Médica	
13/21	1. Dieta Lúmen.						366. 15/10/12 si 10/10/12.	
	2. SRL 1500ml EV/24h → 1/10/12.						Dipirona (C) 1000mg	
	3. Dipirona 02ML + AD EV 05/05h							
	4. Tilatil 20mg + AD EV 12/12h							
	5. Omeprazol 40mg EV/Jejum 1 d. 9. 12/12						Adi: UPM	
	6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN						19/10/12 angie.	
	7. Nauseadron 01 FA + AD EV 8/8h SN							
	8. Clexane 40mg SC/dia							
	9. SSVV + CCGG							
	10. Medicação de Dor 1/10/12							

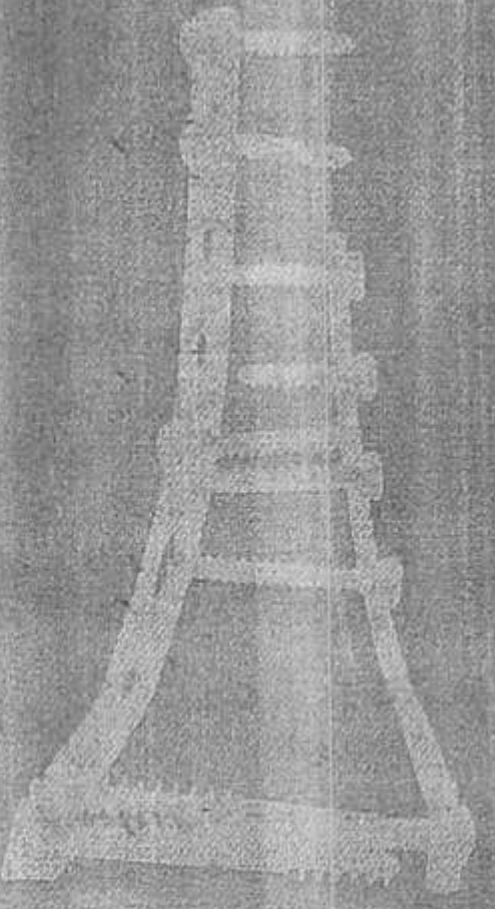
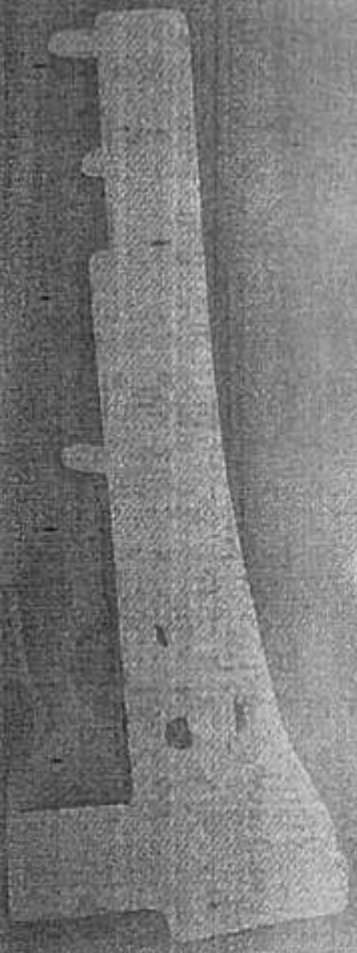




77-300-100-1000  
PROPERTY OF THE  
NAVY DEPARTMENT



THE SOUTH OF CALIFORNIA  
COAST GUARD DISTRICT  
SAN DIEGO, CALIF.







Lima, Perú de F. C. [illegible]  
CREDITO 1904 [illegible]  
Santiago de Chile, 2 de [illegible]

Buy at Home. Call 1  
LTC. Sonah de P. Cavalcanti  
CREFTO 6537 ABTE 145



# Clinica de Otorrinolaringologia e Fonoaudiologia Ltda.

Clinica de Otorrinolaringologia e Fonoaudiologia Ltda - 40.949.224/0001-69

RUA RODRIGUES ALVES 1580 - BOM CONGO - CEP 58429-145 - CAMPINA GRANDE-PARAIBA Fone: 83 3333-3000

WinAudio (#WAUD1218359)

Avaliação Audiológica

Emissão: 08/07/2019

Funcionário/Paciente: JOSMAN PEREIRA COSTA

Data do Exame: 08/07/2019

Idade: 27 anos e 5 mes(es)

Sexo: Masculino

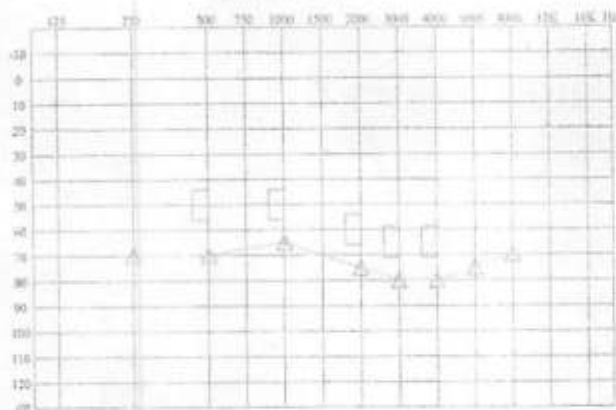
Tipologia de Consulta: Particular

Audiômetro: BETA 6000 (Última Aferição: 03/08/2018)

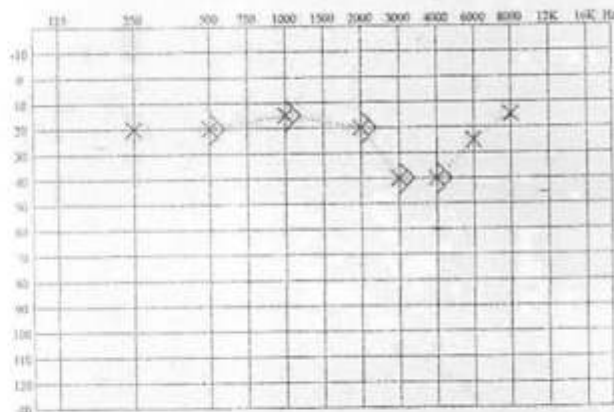


## AUDIOMETRIA TONAL

### ORELHA DIREITA



### ORELHA ESQUERDA



## Mascaramento (em dB)

	VA / NB		VO		LOGO
	Min	Max	Min	Max	Quant
OD					
OE	55	80	55	80	

## PARECER AUDIOLÓGICO

Limiares auditivos preservados na OE, exceto nas freqs. 3 e 4KHz as quais apresentam perda sensorineural de grau leve. Perda auditiva mista de grau moderado a severo na OD.

Andreza R. S. Martins  
CRFa: 7567 Andreza Rodrigues Santos Martins  
Fonoaudióloga  
CRFa: 7567





**Dra. Sonaly de Fatima Cavalcanti** CREFITO 6637  
Especialização em Fisioterapia Trauma Ortopedia  
ABFF Membro da Associação Brasileira de Fisioterapia Forense - 415  
TJPB - Habilitada para realizar perícias DPVAT



## LAUDO CINESICO FUNCIONAL

**Nome:** Josman Pereira Costa

**Endereço:** Rua: Silva Jardim. 998. José Pinheiro Campina Grande. PB

**Data do Sinistro:** 29 de dezembro de 2018.

**Descrição da vítima:** Acidente de Moto.

Socorrido e levado para Hospital de Trauma Dom Luís Gonzaga Fernandes na cidade de Campina Grande, PB, conforme em anexo (prontuário hospitalar).

Politraumatismo (TCE e fratura de platô tibia)

**Tratamento:** Politraumatismo

TCE - Drenagem de hematoma, sutura do couro cabeludo.

Fratura do platô tibial – osteossíntese com placas e parafusos

**Sequela apresentada ao exame físico:**

**TCE**

- Dores de cabeça.
- Tontura algumas vezes.
- Audição comprometida (AUDIOMETRIA EM ANEXO)

**Fratura do platô tibial**

- Limitação articular do joelho direito
- Atrofia muscular
- Dor aos movimentos articular do joelho direito
- Claudicação

**Conclusão:** Sequela de TCE em grau moderado com comprometimento funcional em 60%.

Sequela de MID em grau moderado com comprometimento funcional e anômico em 70 %. Sequelas definitivas.

Campina Grande 04 de julho de 2019.

Campina Grande, PB, Cel.83.9.8801.8127

*Sonaly de F. Cavalcanti*  
**Dra. Sonaly de F. Cavalcanti**  
CREFITO 6637 ABFF 145





NOME: JOSMAN PEREIRA COSTA

PRONTUÁRIO: 1803350

UTI – ROSA

IDADE

DUTI

1º

LEITO: 16

DATA

30/12/2018

EVOLUÇÃO MÉDICA ADMISSÃO EM 30/12/18

HD

- POLITRAUMA – ACIDENTE DE MOTO
- TCE GRAVE: HEDA
- PO NCR: DRENAGEM DE HEDA
- FRATURA DE PLATO TIBIAL

EM USO: \*\*\*

DISPOSITIVOS

- ☒ TOT
- ☒ AVP
- ☒ DRENO
- ☒ SNG / SNE / SOG
- ☒ SVD
- ☐ OUTROS:

CONTROLES 24h

	PAS	PAD	FC	FR	SpO2	T°	PVC	HGT	DIURESE
MAX.	170	110	78	12	98	36,9	**	**	*****
MIN.	**	**	**	**	**	**	**	**	

EVOLUÇÃO  
DIÁRIA

PACIENTE ADMITIDO PROVENIENTE CENTRO CIRURGICO VENTILANDO POR TOT + VMI SEM SEDOANALGESIA, BEM ADAPTADO AO VENTILADOR. ESTAVEL HEMODINAMICAMENTE SEM DVA OU INOTROPICOS. DIURESE PRESENTE POR SVD SEM SINAIS DE ITU. POS OP IMEDIATO NCR SEM INTERCORRENCIAS

ACV : RCR EM 2T BNF SEM SOPROS.

AR : MV + AHT SRA

ABDOME: RHA (+), DEPRESSÍVEL, SEM SINAIS DE IRRITAÇÃO PERITONEAL À PALPAÇÃO.

EXTREMIDADES : SEM EDEMA BEM PERFUNDIDAS

CONDUTA

1. SUPORTE CLINICO INTENSIVO
2. ACOMPANHAMENTO CONJUNTO NCR
3. SOLICITO EXAMES LAB + RADIOGRAFIA DE TORAX + GASOMETRIA
4. VPM

[illegible]

**GOVERNOR  
DA PARALIBA**

**SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE**  
**Hospital de Emergência e Trauma Dom Luís Gonzaga Fernandes**

C  
I  
L

**पञ्चमः**

James Buckley

11 JUL. 2015

COMERCIO DE SEGUROS

[illegible]

Ft. Paulo Tavares 5

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Acidente	11/05/2012	24 anos	Alojamento	8	Leito	2	Convênio	
----------	------------	---------	------------	---	-------	---	----------	--

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
------	-------------------	---------	-----------------

19/10/2012	DEBILIDADE		
2	ALCOOLIZADO 5 ml 3000 ml EV 6h/3h	12/20	BEG 2500 ml
4	DIPLOMA 1G EV 6h/3h	12/20	SEM ALTERAÇÃO
5	TIATIL 20 mg + AD - EV 12/12h SA	OK	
6	TRAMAL 100mg + 100ml SE EV 8/8h SE EOK		
7	NAUSEBON 1 FA + AD EV 8/8h SA		# CAD: VFM
8	OMEPRAZOL 20mg VO JEJUM	OK	
9	SSV - CCGG	OK	
10	CLELANE 50mg SC AS 20h	OK	
11	CLELANE 20 mg EV 12/12h	OK	

Dr. Jairo Costa  
Osteodonto Traumatologia  
CRM 24.451/2012

Dr. Jairo Costa  
Osteodonto Traumatologia  
CRM 24.451/2012



## Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO:

1. 1460A  
2. 1460B

Paciente	Adriana Pereira	Alojamento		Leito		Convênio	
----------	-----------------	------------	--	-------	--	----------	--

[illegible]







Rua Capitão José da Luz, 25 - Empresarial Joaquim Cardoso  
Sala 901/902 - Coelhos - Recife/PE - CEP: 50.070-540  
CNPJ: 26.296.089/0001-79

Paciente: Los Angeles Feli...

Hospital: Amn Med Cb

Médico: Dr. Fabiano Soares Filho Balar + Dr. SKIN

Data da Cirurgia: 20101119 Procedimento: Plots Libial B

Prontuário: 1803304 Convênio: 5495

Instrumentadora(O): Cheney Circulante: Mayika

51 45 15 17

Quant.	Materiais Utilizados		Lote
01	PLACA EM L	245 Equival	
01	PLACA EM L	257 Dimento	
07	PARAFUSO ESPONTO	6,5 N°	70 R32
01	"	" 6,5 N°	66 R15
01	PARAFUSO CORTICAL	N° 27	
01	"	" N° 24	
07	"	" N° 28	
01	"	" N° 30	
01	"	" N° 34	
01	"	" N° 36	

Recife, 71 de 01 de 2019

**Circulante**

**Médico Responsável**

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

[illegible]



**GOVERNO  
DA PARAÍBA**

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

Nome do Paciente <u>OSMAR FERREIRA COSTA</u>		Nº Prontuário	
Data da Operação <u>29/12/11</u>	Enf.	Leito	
Operador <u>JOSE ROMALVO</u>	1º Auxiliar		
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador	
Anestesia <u>SEM</u>	Tipo de Anestesia <u>Y</u>		
Diagnóstico Pré-Operatório <u>TCC - HERNIA</u>			
Tipo de Operação <u>...</u>			
Diagnóstico Pós-Operatório <u>...</u>			
Relatório Imediato da Patologia			
Exame Radiológico no Ato			
Acidente Durante a Operação			

## DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras
1) <u>DECESSO PARA A ANESTESIA SEM</u>
2) <u>TRUSSÃO, ANESTESIA, ABERTURA DE VÍSCERAS</u>
3) <u>VERIFICAÇÃO DE LESÃO EM VÍSCERAS</u>
4) <u>MANIPULAÇÃO 5x5cm</u>
5) <u>DECESSO SEM</u>
6) <u>DECESSO SEM</u>
7) <u>SUSPENSÃO SEM</u>
8) <u>MANIPULAÇÃO (FIO PROLATO 2.0)</u>
9) <u>DECESSO SEM</u>
10) <u>SUSPENSÃO SEM</u>
11) <u>DECESSO SEM</u>

JOSE ROMALVO  
MONTADORIA  
2005-01-17/11-PP



Nome do Paciente		Data da Operação		Operador		2º Auxiliar		3º Auxiliar		Instrumentador	
No Prontuário		Enf.		1º Auxiliar		Tipo de Anestesia					

Tipo de Operação		Relatório Imediato da Patologia		Exame Radiológico no Ato		Acidente Durante a Operação	
Diagnóstico Pós-Operatório							

## DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Técnica e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras

1) Descrição da lesão	2) Localização da lesão	3) Tamanho da lesão	4) Tipo de lesão	5) Localização da lesão	6) Tipo de lesão	7) Localização da lesão	8) Tipo de lesão	9) Localização da lesão	10) Tipo de lesão

## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO



C: Limpia

Maria Tereza B. da Nobrega  
TEC. DE REFRIGERACAO  
CURS. 12.002

Ft. João Pessoa ①

LIFE ASSISTANCE

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente 11 III, 2012

Correção

Dessa

Alojamento

8

Leito

2

Convênio

Data

23/1

Prescrição Médica

Horário

Evolução Médica

1. DIETA LIVRE

2. SRL 1500ML EV 24H

4. DIPIRONA 16 EV 6/6H

5. TRATIL 20 mg + AD - EV 12/12h 3N

6. TRANMOL 100MG - 100ML 5F EV 8/8H 5N

7. NAUSEDRON 1 FA + AD EV 8/8H 5N

8. OMEPRAZOL 20MG VO JEJUM

9. CLEXALGE ADULT-S 1c/DIA

10. SSN+COG6

11. Agendamento de 15 dias de internação

12. Agendamento de 15 dias de internação

13. Agendamento de 15 dias de internação

Ata médica

V



GOVERNO  
DA PARAÍBA

Data: 30/12/2018

Horas: 01:49:05

Médico(a) Danilo Micael Lucena E Carvalho



## PRESCRIÇÃO MÉDICA

## DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 1803350 Paciente: JOSMAN PEREIRA COSTA Idade: 026

Nome da Mãe: RILHERDE PEREIRA DO NASCIMENTO Data de Nascimento: 01/02/1992 Sexo: M

Clínica: TERAPIA INTENSIVA Enfermaria: UTI ROSA Leito: 16 Diagnóstico:

Dia 30/12/2018

MÉDICO(A): Danilo Micael Lucena E Carvalho

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA POR Sonda 6h/6h	
2	SORO RINGER COM LACTATO 500ML E.V. 1FRASCO, 8h/8h	02 06
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 2AMPOLA, 6h/6h	02
4	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 8/8H	02
5	BROMOPRIDA 5 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 8/8H	02
6	OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP, 24h/24h (ADJ AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO	06
7	FENTANILA CITRATO 0,05 MG/ML 10 ML E.V. 2FRA AMP, 2FA + SF0,9% 100ML BIC (AJUSTES DOSE ACM)	025
8	MIDAZOLAM 5 MG/ML 10 ML E.V. 2AMPOLA, 2FA + SF0,9% 100ML BIC (AJUSTES DOSE ACM)	025
9	CLONIDINA CLORIDRATO 150 MG/ML 1 ML E.V. 1AMPOLA, Diluir em SE PAS > 180 E/OU PAD > 110	04h 30
10	DECUBITO ELEVADO	
11	REALIZAR HGT	
12	ADMINISTRAR 5 F/A DE GLICOSE EV SE GLICEMIA < 70	

*Danilo Cordeiro*  
MÉDICO  
CRM-PB 9969  
REMEPE 23634

GOVERNO  
DA PARAÍBA

Data: 30/12/2018

Horas: 01:55:22

Médico (a) Distrita: Danilo Micael Lucena E Carvalho



## PRESCRIÇÃO MÉDICA

## DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 1803350 Paciente: JOSMAN PEREIRA COSTA Idade: 026

Nome da Mãe: RILHERDE PEREIRA DO NASCIMENTO Data de Nascimento: 01/02/1992 Sexo: M

Clínica: TERAPIA INTENSIVA Enfermaria: UTI ROSA Leito: 16 Diagnóstico:

DIA 30/12/2018

MÉDICO(A): Danilo Micael Lucena E Carvalho

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA POR SONDA 6h/6h	00 12 15 18 21 06
2	SORO RINGER COM LACTATO 500ML E.V. IFRASCO, 8h/8h	10 18 02
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 2AMPOLA, 6h/6h	08 14 20 22
4	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 8-8h	10 18 02
5	BROMOPRIDA 5 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 8-8h	(14) (22) (06)
6	OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO	96
7	FENTANILA CITRATO 0,05 MG/ML 10 ML E.V. 2FRA AMP, 2FA + SF0,9% 100ML BIC (AJUSTES DOSE ACM)	12 15
8	MIDAZOLAM 5 MG/ML 10 ML E.V. 2AMPOLA, 2FA + SF0,9% 100ML BIC (AJUSTES DOSE ACM)	
9	CLONIDINA CLORIDRATO 150 MG/ML 1 ML E.V. 1AMPOLA, Diluir em SE PAS > 180 E/OU PAD > 110	
10	DECUBITO ELEVADO	
11	REALIZAR HGT	17 23 05
12	ADMINISTRAR 5 F/A DE GLICOSE EV SE GLICEMIA < 70	

Dr. Danilo Micael Lucena E Carvalho  
Médico Distrito  
CRM 10.148-1  
30/12/2018





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

REQUISIÇÃO DE EX

NOME:	J	O	S	M	A	N	P	E	R	E	I	R	A	PRONTUÁRIO
IDADE:	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
SEXO:	M													
COR:	B													
PESO:														
ALTURA:														
CLÍNICA:														
ENF.:														
LE:														

DADOS CLÍNICOS:

pac. Obezidade

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

ECCG

URGÊNCIA: ☐

ROTINA: ☐

DATA: 12/03/19

HORA DA SOLICITAÇÃO:

João Ricardo dos Santos Souza  
Residente em Medicina  
Traumatologia  
CRM/PA 66010

GOVERNO  
DO PARANÁ

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

REQUISIÇÃO DE EXAME

NOME:

PRONTUÁRIO:

IDADE:

SEXO:

COR:

PESO:

ALTURA:

CLÍNICA:

ENF:

LEITO:

ANOS CLÍNICOS:

11 JUL. 2019  
CORRETORA DE SEGUROS

703-00

ATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

Rx Joelho D + Perna D AP + P.

GÊNECIA:

TA:

ROTINA:

HORA DA SOLICITAÇÃO:

21/01/19

PROXIMA  
21/01/19



BH últimas 24h:  
VT Ideal:

Febre últ. 24 h:

PaO2 Ideal: 97,82

NOME

JOSMAN PEREIRA COSTA

19022221

11.10.2013

AP: *AVC e injeção de cateter*

VMI: *MOD: PVC 100-680 VM*  
TI: *FEV1 1,5 SENS. 2*

Mont. Vent. Cest: RVS Drive pressão EICO<sub>2</sub> PaO2/FIO<sub>2</sub> Pmax Pmin

TEP ☒ AS ☐ TEP cisterna ☐ TEP alve ☐ TEP alve a 10T ☐ Alveo VM ☐ Td O2

Ajuste de Cufi ☐ TPA ☐ TAP Carga ☐ Sêries ☐ RCP ☐ Tapa de tiro ☐ Transcorte alta

Desumum ☐ TRE Tuba TI ☐ Tercio ☐ Cufi Leak test ☐ Extensão H2O

VMI Tdo ☐ Tempo ☐ PPA ☐ EPPAP ☐ Monitoração Ventilação ☐ EENM

Cinesioterapia ( Passiva / Ativo-passiva / Ativa / Resistido )

ISL ( ISBL / JORT / JSP / SENTILEVA / ME / IDEA

OBS: *h 10:00*

REAVLIAÇÃO TARDE: *Pd. para testes sintomáticos*

AP: *AVC e injeção de cateter*

VMI: *MOD: PVC 100-680 VM*  
TI: *FEV1 1,5 SENS. 2*

Mont. Vent. Cest: RVS Drive pressão EICO<sub>2</sub> PaO2/FIO<sub>2</sub> Pmax Pmin

TEP ☒ AS ☐ TEP cisterna ☐ TEP alve ☐ TEP alve a 10T ☐ Alveo VM ☐ Td O2

Ajuste de Cufi ☐ TPA ☐ TAP Carga ☐ Sêries ☐ RCP ☐ Tapa de tiro ☐ Transcorte alta

Desumum ☐ TRE Tuba TI ☐ Tercio ☐ Cufi Leak test ☐ Extensão H2O

VMI Tdo ☐ Tempo ☐ PPA ☐ EPPAP ☐ Monitoração Ventilação ☐ EENM

Cinesioterapia ( Passiva / Ativo-passiva / Ativa / Resistido )

ISL ( ISBL / JORT / JSP / SENTILEVA / ME / IDEA

OBS:

*inibida parâmetros monitorados*

AP: *PVC e injeção de cateter*

VMI: *MOD: PVC 100-680 VM*  
TI: *FEV1 1,5 SENS. 2*

Mont. Vent. Cest: RVS Drive pressão EICO<sub>2</sub> PaO2/FIO<sub>2</sub> Pmax Pmin

TEP ☒ AS ☐ TEP cisterna ☐ TEP alve ☐ TEP alve a 10T ☐ Alveo VM ☐ Td O2

Ajuste de Cufi ☐ TPA ☐ TAP Carga ☐ Sêries ☐ RCP ☐ Tapa de tiro ☐ Transcorte alta

Desumum ☐ TRE Tuba TI ☐ Tercio ☐ Cufi Leak test ☐ Extensão H2O

VMI Tdo ☐ Tempo ☐ PPA ☐ EPPAP ☐ Monitoração Ventilação ☐ EENM

Cinesioterapia ( Passiva / Ativo-passiva / Ativa / Resistido )

ISL ( ISBL / JORT / JSP / SENTILEVA / ME / IDEA

OBS:

REAVLIAÇÃO TARDE: *Pd. para testes sintomáticos*

AP: *AVC e injeção de cateter*

VMI: *MOD: PVC 100-680 VM*  
TI: *FEV1 1,5 SENS. 2*

Mont. Vent. Cest: RVS Drive pressão EICO<sub>2</sub> PaO2/FIO<sub>2</sub> Pmax Pmin

TEP ☒ AS ☐ TEP cisterna ☐ TEP alve ☐ TEP alve a 10T ☐ Alveo VM ☐ Td O2

Ajuste de Cufi ☐ TPA ☐ TAP Carga ☐ Sêries ☐ RCP ☐ Tapa de tiro ☐ Transcorte alta

Desumum ☐ TRE Tuba TI ☐ Tercio ☐ Cufi Leak test ☐ Extensão H2O

VMI Tdo ☐ Tempo ☐ PPA ☐ EPPAP ☐ Monitoração Ventilação ☐ EENM

Cinesioterapia ( Passiva / Ativo-passiva / Ativa / Resistido )

ISL ( ISBL / JORT / JSP / SENTILEVA / ME / IDEA

OBS:

REAVLIAÇÃO TARDE: *Pd. para testes sintomáticos*

EXAME DATA HORA RESULTADO

GASO: PH PACO2 HCO3 BE

GASO: PH PACO2 HCO3 BE

GASO: PH PACO2 HCO3 BE

GASO: PH PACO2 HCO3 BE

GASO: PH PACO2 HCO3 BE

GASO: PH PACO2 HCO3 BE

GASO: PH PACO2 HCO3 BE

GASO: PH PACO2 HCO3 BE

GASO: PH PACO2 HCO3 BE

GASO: PH PACO2 HCO3 BE

GASO: PH PACO2 HCO3 BE

GASO: PH PACO2 HCO3 BE

GASO: PH PACO2 HCO3 BE

GASO: PH PACO2 HCO3 BE



GOVERNO DA PARÁIBA		SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO		BH últimas 24h:		Febre últ. 24 h:		NOME		JOSMAN PEREIRA COSTA		N. PRONTUÁRIO		1803350																									
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA		DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		VT ideal: 441		PaO2 ideal: 97,82		IDADE		26		ADMISSÃO		30/12/2018																									
DATA		31/12/2018		LETO		16		H. D.		TCE/ POLITRAUMA/ PO NCR																													
FICHA DE EVOLUÇÃO - FISIOTERAPIA - UTI ADULTO																																							
REAValiação MANHÃ: <i>Paciente segue evoluindo com 12ms/100 O2 em um e 100 O2 em 24 horas</i>								REAValiação NOITE: <i>Paciente segue evoluindo com 12ms/100 O2 em um e 100 O2 em 24 horas</i>																															
AP: <i>SP @ 20/10/1</i>								AP: <i>SP @ 20/10/1</i>																															
VMI: MODO: <i>VT</i> VM: <i>Fluxo</i> PI: <i>PC</i> PEEP: <i>PEEP</i>								VMI: MODO: <i>VT</i> VM: <i>Fluxo</i> PI: <i>PC</i> PEEP: <i>PEEP</i>																															
Monit. Vent: <i>Cest</i> RVS: <i>Drive pressure</i> EICO: <i>PaO2/FiO2</i> <i>486</i> Pimax: <i>Pimax</i> Pexpir: <i>Pexpir</i>								Monit. Vent: <i>Cest</i> RVS: <i>Drive pressure</i> EICO: <i>PaO2/FiO2</i> <i>486</i> Pimax: <i>Pimax</i> Pexpir: <i>Pexpir</i>																															
CD: <input checked="" type="checkbox"/> FISIOTERAPIA RESPIRATORIA <input type="checkbox"/> FISIOTERAPIA MOTORA								CD: <input checked="" type="checkbox"/> FISIOTERAPIA RESPIRATORIA <input type="checkbox"/> FISIOTERAPIA MOTORA																															
<input checked="" type="checkbox"/> THB <input checked="" type="checkbox"/> Asp. <input type="checkbox"/> TEP passiva <input type="checkbox"/> TEP ativa <input type="checkbox"/> RPPI <input type="checkbox"/> Apoio à IOT <input type="checkbox"/> Ajustes VM <input type="checkbox"/> Tit. O2 <input type="checkbox"/> Ajuste do Cuff <input type="checkbox"/> MRA <input type="checkbox"/> TMV Carga: <i>Séries</i> <input type="checkbox"/> RCP <input type="checkbox"/> Troca de filtro <input type="checkbox"/> Transporte intra <input type="checkbox"/> Desmame <input type="checkbox"/> TRE <input type="checkbox"/> Tubo Ti (PSV) <input type="checkbox"/> Tempo <input type="checkbox"/> Cuff Leak test <input type="checkbox"/> Extubação Hora <input type="checkbox"/> VNI Tipo <input type="checkbox"/> Tempo <input type="checkbox"/> IPAP <input type="checkbox"/> EPAP <input type="checkbox"/> Monitorização Ventilatória <input type="checkbox"/> EENM								<input checked="" type="checkbox"/> THB <input checked="" type="checkbox"/> Asp. <input type="checkbox"/> TEP passiva <input type="checkbox"/> TEP ativa <input type="checkbox"/> RPPI <input type="checkbox"/> Apoio à IOT <input type="checkbox"/> Ajustes VM <input type="checkbox"/> Tit. O2 <input type="checkbox"/> Ajuste do Cuff <input type="checkbox"/> MRA <input type="checkbox"/> TMV Carga: <i>Séries</i> <input type="checkbox"/> RCP <input type="checkbox"/> Troca de filtro <input type="checkbox"/> Transporte intra <input type="checkbox"/> Desmame <input type="checkbox"/> TRE <input type="checkbox"/> Tubo Ti (PSV) <input type="checkbox"/> Tempo <input type="checkbox"/> Cuff Leak test <input type="checkbox"/> Extubação Hora <input type="checkbox"/> VNI Tipo <input type="checkbox"/> Tempo <input type="checkbox"/> IPAP <input type="checkbox"/> EPAP <input type="checkbox"/> Monitorização Ventilatória <input type="checkbox"/> EENM																															
Cinesioterapia: <i>(Passiva) (Ativo-assistida) (Ativa) (Resistido)</i> (JSL) (JSL) (JORT) (JSP) (JSENT/LEVA) (JME) (JDEA)								Cinesioterapia: <i>(Passiva) (Ativo-assistida) (Ativa) (Resistido)</i> (JSL) (JSL) (JORT) (JSP) (JSENT/LEVA) (JME) (JDEA)																															
OBS: <i>Fisioterapia CREFITO</i>								OBS: <i>Fisioterapia CREFITO</i>																															
REAValiação TARDE: <i>Paciente segue evoluindo com 12ms/100 O2 em um e 100 O2 em 24 horas</i>								EXAMES REALIZADOS NO DIA																															
AP: <i>SP @ 20/10/1</i>								<table border="1"> <thead> <tr> <th>EXAME</th> <th>DATA</th> <th>HORA</th> <th>RESULTADO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>GASO:</td> <td></td> <td></td> <td>PH 7,40 PaCO2 48 PaO2 146 HCO3 29,7 BE -1,3</td> </tr> <tr> <td>GASO:</td> <td></td> <td></td> <td>PH PaCO2 PaO2 HCO3 BE</td> </tr> <tr> <td>GASO:</td> <td></td> <td></td> <td>PH PaCO2 PaO2 HCO3 BE</td> </tr> </tbody> </table>								EXAME	DATA	HORA	RESULTADO	GASO:			PH 7,40 PaCO2 48 PaO2 146 HCO3 29,7 BE -1,3	GASO:			PH PaCO2 PaO2 HCO3 BE	GASO:			PH PaCO2 PaO2 HCO3 BE								
EXAME	DATA	HORA	RESULTADO																																				
GASO:			PH 7,40 PaCO2 48 PaO2 146 HCO3 29,7 BE -1,3																																				
GASO:			PH PaCO2 PaO2 HCO3 BE																																				
GASO:			PH PaCO2 PaO2 HCO3 BE																																				
VMI: MODO: <i>VT</i> VM: <i>Fluxo</i> PI: <i>PC</i> PEEP: <i>PEEP</i>								OUTROS: <i>Pior = 21%</i>																															
Monit. Vent: <i>Cest</i> RVS: <i>Drive pressure</i> EICO: <i>PaO2/FiO2</i> <i>486</i> Pimax: <i>Pimax</i> Pexpir: <i>Pexpir</i>								SEMI-ENVERGADURA: 66 Hpred: 1,78 Ppred: 73,47 VTpred: 204 441 593																															
CD: <input checked="" type="checkbox"/> FISIOTERAPIA RESPIRATORIA <input type="checkbox"/> FISIOTERAPIA MOTORA								AVALIAÇÃO FUNCIONAL - INTENSIVE CARE UNIT MOBILITY SCORE (IMS)																															
<input checked="" type="checkbox"/> THB <input checked="" type="checkbox"/> Asp. <input type="checkbox"/> TEP passiva <input type="checkbox"/> TEP ativa <input type="checkbox"/> RPPI <input type="checkbox"/> Apoio à IOT <input type="checkbox"/> Ajustes VM <input type="checkbox"/> Tit. O2 <input type="checkbox"/> Ajuste do Cuff <input type="checkbox"/> MRA <input type="checkbox"/> TMV Carga: <i>Séries</i> <input type="checkbox"/> RCP <input type="checkbox"/> Troca de filtro <input type="checkbox"/> Transporte intra <input type="checkbox"/> Desmame <input type="checkbox"/> TRE <input type="checkbox"/> Tubo Ti (PSV) <input type="checkbox"/> Tempo <input type="checkbox"/> Cuff Leak test <input type="checkbox"/> Extubação Hora <input type="checkbox"/> VNI Tipo <input type="checkbox"/> Tempo <input type="checkbox"/> IPAP <input type="checkbox"/> EPAP <input type="checkbox"/> Monitorização Ventilatória <input type="checkbox"/> EENM								<table border="1"> <thead> <tr> <th>MANHÃ</th> <th>TARDE</th> <th>NOITE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>SCORE DIÁRIO MRC</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>ABDUÇÃO DO OMBRO</td> <td>0-Sem contração visível</td> <td>1-Contracção visível sem movimento do seg.</td> </tr> <tr> <td>FLEXÃO DO COTOVELO</td> <td>2-Mov. Ativo sem vencer a gravidade</td> <td>3-Movimento ativo contra a gravidade</td> </tr> <tr> <td>EXTENSÃO DE PUNHO</td> <td>4-Mov. ativo contra a gravidade e resist.</td> <td>5-Força normal</td> </tr> <tr> <td>FLEXÃO DO QUADRIL</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>EXTENSÃO DO JOELHO</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>DORSIFLEXÃO TORNÃOZ</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>								MANHÃ	TARDE	NOITE	SCORE DIÁRIO MRC			ABDUÇÃO DO OMBRO	0-Sem contração visível	1-Contracção visível sem movimento do seg.	FLEXÃO DO COTOVELO	2-Mov. Ativo sem vencer a gravidade	3-Movimento ativo contra a gravidade	EXTENSÃO DE PUNHO	4-Mov. ativo contra a gravidade e resist.	5-Força normal	FLEXÃO DO QUADRIL			EXTENSÃO DO JOELHO			DORSIFLEXÃO TORNÃOZ		
MANHÃ	TARDE	NOITE																																					
SCORE DIÁRIO MRC																																							
ABDUÇÃO DO OMBRO	0-Sem contração visível	1-Contracção visível sem movimento do seg.																																					
FLEXÃO DO COTOVELO	2-Mov. Ativo sem vencer a gravidade	3-Movimento ativo contra a gravidade																																					
EXTENSÃO DE PUNHO	4-Mov. ativo contra a gravidade e resist.	5-Força normal																																					
FLEXÃO DO QUADRIL																																							
EXTENSÃO DO JOELHO																																							
DORSIFLEXÃO TORNÃOZ																																							
Cinesioterapia: <i>(Passiva) (Ativo-assistida) (Ativa) (Resistido)</i> (JSL) (JSL) (JORT) (JSP) (JSENT/LEVA) (JME) (JDEA)								AVALIAÇÃO DA FORÇA MUSCULAR PERIFÉRICA - MRC																															
OBS: <i>Fisioterapia CREFITO</i>								<table border="1"> <thead> <tr> <th>MANHÃ</th> <th>TARDE</th> <th>NOITE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>GRAUS DE FORÇA MUSCULAR</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>ABDUÇÃO DO OMBRO</td> <td>0-Sem contração visível</td> <td>1-Contracção visível sem movimento do seg.</td> </tr> <tr> <td>FLEXÃO DO COTOVELO</td> <td>2-Mov. Ativo sem vencer a gravidade</td> <td>3-Movimento ativo contra a gravidade</td> </tr> <tr> <td>EXTENSÃO DE PUNHO</td> <td>4-Mov. ativo contra a gravidade e resist.</td> <td>5-Força normal</td> </tr> <tr> <td>FLEXÃO DO QUADRIL</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>EXTENSÃO DO JOELHO</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>DORSIFLEXÃO TORNÃOZ</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>								MANHÃ	TARDE	NOITE	GRAUS DE FORÇA MUSCULAR			ABDUÇÃO DO OMBRO	0-Sem contração visível	1-Contracção visível sem movimento do seg.	FLEXÃO DO COTOVELO	2-Mov. Ativo sem vencer a gravidade	3-Movimento ativo contra a gravidade	EXTENSÃO DE PUNHO	4-Mov. ativo contra a gravidade e resist.	5-Força normal	FLEXÃO DO QUADRIL			EXTENSÃO DO JOELHO			DORSIFLEXÃO TORNÃOZ		
MANHÃ	TARDE	NOITE																																					
GRAUS DE FORÇA MUSCULAR																																							
ABDUÇÃO DO OMBRO	0-Sem contração visível	1-Contracção visível sem movimento do seg.																																					
FLEXÃO DO COTOVELO	2-Mov. Ativo sem vencer a gravidade	3-Movimento ativo contra a gravidade																																					
EXTENSÃO DE PUNHO	4-Mov. ativo contra a gravidade e resist.	5-Força normal																																					
FLEXÃO DO QUADRIL																																							
EXTENSÃO DO JOELHO																																							
DORSIFLEXÃO TORNÃOZ																																							



GOVERNO DA PARAIBA		SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO		BH últimas 24h:		Febre últ. 24 h:		NOME		JOSMAN PEREIRA COSTA		Nº PRONTUÁRIO		1803350	
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA		DOTA LUIZ GONZAGA FERNANDES		VT ideal: 441		PaO2 Ideal: 97,82		IDADE		26		ADMISSÃO		30/12/2018	
DATA		01/01/2019		LEITO		16		H.D.		TCE/ POLITRAUMA/ PO NCR					
FICHA DE EVOLUÇÃO - FISIOTERAPIA - UTI ADULTO															
HORA:		M		FC 122 bpm		FR 18 lpm		PA 88x73 PAM		SpO2 98%		%T		°C	
REAValiação MANHÃ:								REAValiação NOITE:							
Pt. grave, extubado, intubado, ventilando em RV, sob sedação 20ml/h, pa sem alteração, atendendo solicitação, prescrição, prescrição, prescrição, Rx regular, prescrição, prescrição, início de manuseio								Pt. grave, extubado, intubado, ventilando em RV por cateter nasal, início de sedação, prescrição, prescrição, prescrição, Rx regular, prescrição, prescrição, início de manuseio no final da tarde.							
AP: MVA 2, 10ml/h, 10ml/h								AP: MVA 2, 10ml/h, 10ml/h							
MOD: VTe 600 VM Fluxo P1 PC 14 PEEP 5								MOD: VTe VM Fluxo P1 PC PEEP							
VMI: Tr 1 IE 25 SENS 12 PS FR 14/4 FIO2 25 Sens								VMI: Tr IE SENS PS FR FIO2 Sens							
Monit. Vent: Cest RVS Drive pressure EICO2 PaO2/FIO2 Pimax Pemax								Monit. Vent: Cest RVS Drive pressure EICO2 PaO2/FIO2 Pimax Pemax							
CD: <input checked="" type="checkbox"/> FISIOTERAPIA RESPIRATORIA <input type="checkbox"/> FISIOTERAPIA MOTORA								CD: <input checked="" type="checkbox"/> FISIOTERAPIA RESPIRATORIA <input type="checkbox"/> FISIOTERAPIA MOTORA							
<input checked="" type="checkbox"/> THB <input checked="" type="checkbox"/> Asp <input checked="" type="checkbox"/> TEP passiva <input type="checkbox"/> TEP ativa <input type="checkbox"/> RPPI <input type="checkbox"/> Auxílio à IOT <input type="checkbox"/> Ajustes VM <input type="checkbox"/> Tr O2								<input checked="" type="checkbox"/> THB <input type="checkbox"/> Asp <input checked="" type="checkbox"/> TEP passiva <input type="checkbox"/> TEP ativa <input type="checkbox"/> RPPI <input type="checkbox"/> Auxílio à IOT <input type="checkbox"/> Ajustes VM <input type="checkbox"/> Tr O2							
<input type="checkbox"/> Ajuste de Cuff <input type="checkbox"/> MRA <input type="checkbox"/> TMV Carga Séries <input type="checkbox"/> RCP <input type="checkbox"/> Troca de filtro <input type="checkbox"/> Transporte intra								<input type="checkbox"/> Ajuste de Cuff <input type="checkbox"/> MRA <input type="checkbox"/> TMV Carga Séries <input type="checkbox"/> RCP <input type="checkbox"/> Troca de filtro <input type="checkbox"/> Transporte intra							
<input type="checkbox"/> Desmame <input type="checkbox"/> TRE Tuto Ti (PSV) Tempo <input type="checkbox"/> Cuff Leak test <input type="checkbox"/> Extubação Hora								<input type="checkbox"/> Desmame <input type="checkbox"/> TRE Tuto Ti (PSV) Tempo <input type="checkbox"/> Cuff Leak test <input type="checkbox"/> Extubação Hora							
<input type="checkbox"/> VNI Tipo Tempo IPAP EPAP <input type="checkbox"/> Monitorização Ventilatória <input type="checkbox"/> EENM								<input type="checkbox"/> VNI Tipo Tempo IPAP EPAP <input type="checkbox"/> Monitorização Ventilatória <input type="checkbox"/> EENM							
Cinesioterapia: ( ) Passiva ( ) Ativo-assistida ( ) Ativa ( ) Resistido								Cinesioterapia: ( ) Passiva ( ) Ativo-assistida ( ) Ativa ( ) Resistido							
( ) SL ( ) SBL ( ) ORT ( ) SP ( ) SENT/LEVA ( ) ME ( ) DEA								( ) SL ( ) SBL ( ) ORT ( ) SP ( ) SENT/LEVA ( ) ME ( ) DEA							
OBS:								OBS:							
Fisioterapeuta/CREFITO								Fisioterapeuta/CREFITO							
HORA:		T		FC		FR		PA		PAM		SpO2		%T °C	
REAValiação TARDE:								REAValiação TARDE:							
Pt. extubado, apesar de períodos de sonolência, acordando, atendendo solicitação, gaso satisfatória, Hb, pte consentindo de manuseio, bem como de fluxo no ar. Realiza TRE e extubação sem intercorrências de 13h								Pt. extubado, apesar de períodos de sonolência, acordando, atendendo solicitação, gaso satisfatória, Hb, pte consentindo de manuseio, bem como de fluxo no ar. Realiza TRE e extubação sem intercorrências de 13h							
AP: MVA 2, 10ml/h, 10ml/h								AP: MVA 2, 10ml/h, 10ml/h							
MOD: VTe VM Fluxo P1 PC PEEP								MOD: VTe VM Fluxo P1 PC PEEP							
VMI: Tr IE SENS PS FR FIO2 Sens								VMI: Tr IE SENS PS FR FIO2 Sens							
Monit. Vent: Cest RVS Drive pressure EICO2 PaO2/FIO2 Pimax Pemax								Monit. Vent: Cest RVS Drive pressure EICO2 PaO2/FIO2 Pimax Pemax							
CD: <input checked="" type="checkbox"/> FISIOTERAPIA RESPIRATORIA <input type="checkbox"/> FISIOTERAPIA MOTORA								CD: <input checked="" type="checkbox"/> FISIOTERAPIA RESPIRATORIA <input type="checkbox"/> FISIOTERAPIA MOTORA							
<input checked="" type="checkbox"/> THB <input checked="" type="checkbox"/> Asp <input checked="" type="checkbox"/> TEP passiva <input type="checkbox"/> TEP ativa <input type="checkbox"/> RPPI <input type="checkbox"/> Auxílio à IOT <input type="checkbox"/> Ajustes VM <input type="checkbox"/> Tr O2								<input checked="" type="checkbox"/> THB <input type="checkbox"/> Asp <input checked="" type="checkbox"/> TEP passiva <input type="checkbox"/> TEP ativa <input type="checkbox"/> RPPI <input type="checkbox"/> Auxílio à IOT <input type="checkbox"/> Ajustes VM <input type="checkbox"/> Tr O2							
<input type="checkbox"/> Ajuste de Cuff <input type="checkbox"/> MRA <input type="checkbox"/> TMV Carga Séries <input type="checkbox"/> RCP <input type="checkbox"/> Troca de filtro <input type="checkbox"/> Transporte intra								<input type="checkbox"/> Ajuste de Cuff <input type="checkbox"/> MRA <input type="checkbox"/> TMV Carga Séries <input type="checkbox"/> RCP <input type="checkbox"/> Troca de filtro <input type="checkbox"/> Transporte intra							
<input checked="" type="checkbox"/> Desmame <input checked="" type="checkbox"/> TRE Tuto Ti (PSV) Tempo 1h <input type="checkbox"/> Cuff Leak test <input type="checkbox"/> Extubação Hora 13h								<input type="checkbox"/> Desmame <input type="checkbox"/> TRE Tuto Ti (PSV) Tempo <input type="checkbox"/> Cuff Leak test <input type="checkbox"/> Extubação Hora							
<input type="checkbox"/> VNI Tipo Tempo IPAP EPAP <input type="checkbox"/> Monitorização Ventilatória <input type="checkbox"/> EENM								<input type="checkbox"/> VNI Tipo Tempo IPAP EPAP <input type="checkbox"/> Monitorização Ventilatória <input type="checkbox"/> EENM							
Cinesioterapia: ( ) Passiva ( ) Ativo-assistida ( ) Ativa ( ) Resistido								Cinesioterapia: ( ) Passiva ( ) Ativo-assistida ( ) Ativa ( ) Resistido							
( ) SL ( ) SBL ( ) ORT ( ) SP ( ) SENT/LEVA ( ) ME ( ) DEA								( ) SL ( ) SBL ( ) ORT ( ) SP ( ) SENT/LEVA ( ) ME ( ) DEA							
OBS: Deixa em Q por cateter nasal								OBS: Deixa em Q por cateter nasal							
Fisioterapeuta/CREFITO								Fisioterapeuta/CREFITO							
EXAMES REALIZADOS NO DIA															
EXAME		DATA		HORA		RESULTADO									
GASO2				PH		PaCO2		PaO2		HCO3		SE			
GASO2				PH		PaCO2		PaO2		HCO3		SE			
GASO2				PH		PaCO2		PaO2		HCO3		SE			
RAIO X															
OUTROS															
SEMI-ENVERGADURA		86		Hpred:		1,78		Ppred:		73,47		VTcur:		294	
														441	
														583	
AVALIAÇÃO FUNCIONAL - INTENSIVE CARE UNIT MOBILITY SCORE (IM5)															
MANHÃ				TARDE				NOITE							
AVALIAÇÃO DA FORÇA MUSCULAR PERIFÉRICA - MRC															
SCORE DIÁRIO MRC				TARDE				NOITE							
ABDUÇÃO DO OMBRO				TARDE				NOITE							
FLEXÃO DO COTOVELO				TARDE				NOITE							
EXTENSÃO DE PUNHO				TARDE				NOITE							
FLEXÃO DO QUADRIL				TARDE				NOITE							
EXTENSÃO DO JOELHO				TARDE				NOITE							
DORSIFLEXÃO TORNÃOZ				TARDE				NOITE							

GOVERNO DA PARAIBA		SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA		DOM LUIZ GONZAGA FERREIRAS		BH últimas 24h:		Febre últ. 24 h:		NOME		JOSMAN PEREIRA COSTA		TP PRONTUÁRIO		1803350																																																			
VT Ideal: 441		PaO2 Ideal: 97,82		IDADE		26		ADMISSÃO		30/12/2018		DATA		02/01/2019		LEITO		16																																																			
FICHA DE EVOLUÇÃO - FISIOTERAPIA - UTR ADULTO																																																																					
HORA: 11										FC: 49 bpm										FR: 18 rpm										PA: 111 x 76 mmHg										PAM: 76 mmHg										SpO2: 98%										%T: 21°C									
REAValiação MANHÃ: Paciente em EGR, consciente e orientado, a.o. Ausculta + pulmões VETIO (cateter nasal - 3L/min) sem ruídos. Não descondição ventilatória, tosse, flegmas e expectoração +.																																																																					
11 JUL 2019																																																																					
AP: MV + um CAT sem RA																																																																					
MODO: VTc VM Fluxo: Pi PC: PEEP																																																																					
Ti IE SENS <sub>exp</sub> PS FR <sub>exp</sub> FIO <sub>2</sub> Sens <sub>exp</sub>																																																																					
Monit. Vent: Cest: RVS Drive pressure EICO <sub>2</sub> PaO2/FIO <sub>2</sub> Pimax Pemax																																																																					
CD: <input checked="" type="checkbox"/> FISIOTERAPIA RESPIRATORIA <input type="checkbox"/> FISIOTERAPIA MOTORA																																																																					
<input type="checkbox"/> THB <input type="checkbox"/> Asp. <input type="checkbox"/> TEP passiva <input type="checkbox"/> TEP ativa <input type="checkbox"/> RPPI <input type="checkbox"/> Auxílio à IOT <input type="checkbox"/> Ajustes VM <input checked="" type="checkbox"/> Ti O2																																																																					
<input type="checkbox"/> Ajuste de Cuff <input type="checkbox"/> MRA <input type="checkbox"/> TMV Cargo <input type="checkbox"/> Séries <input type="checkbox"/> RCP <input type="checkbox"/> Troca de filtro <input type="checkbox"/> Transporte intra.																																																																					
<input type="checkbox"/> Desmame <input type="checkbox"/> TRE Tubo Ti (PSV) Tempo <input type="checkbox"/> Cuff Leak test ( ) <input type="checkbox"/> Extubação Hora																																																																					
<input type="checkbox"/> VNI Tipo Tempo IPAP EPAP <input type="checkbox"/> Monitorização Ventilatória <input type="checkbox"/> EENM																																																																					
Cinesioterapia: ( ) Passiva ( ) Ativo-assistida ( ) Ativa ( ) Resistido																																																																					
( ) SL ( ) SBL ( ) ORT. ( ) SP ( ) SENT/LEVA ( ) ME ( ) DEA																																																																					
OBS: Fisioterapeuta/CREFITO																																																																					
HORA: FC bpm FR rpm PA mmHg PAM mmHg SpO2 % T °C																																																																					
REAValiação TARDE:																																																																					
AP:																																																																					
MODO: VTc VM Fluxo: Pi PC: PEEP																																																																					
Ti IE SENS <sub>exp</sub> PS FR <sub>exp</sub> FIO <sub>2</sub> Sens <sub>exp</sub>																																																																					
Monit. Vent: Cest: RVS Drive pressure EICO <sub>2</sub> PaO2/FIO <sub>2</sub> Pimax Pemax																																																																					
CD: <input type="checkbox"/> FISIOTERAPIA RESPIRATORIA <input type="checkbox"/> FISIOTERAPIA MOTORA																																																																					
<input type="checkbox"/> THB <input type="checkbox"/> Asp. <input type="checkbox"/> TEP passiva <input type="checkbox"/> TEP ativa <input type="checkbox"/> RPPI <input type="checkbox"/> Auxílio à IOT <input type="checkbox"/> Ajustes VM <input type="checkbox"/> Ti O2																																																																					
<input type="checkbox"/> Ajuste de Cuff <input type="checkbox"/> MRA <input type="checkbox"/> TMV Cargo <input type="checkbox"/> Séries <input type="checkbox"/> RCP <input type="checkbox"/> Troca de filtro <input type="checkbox"/> Transporte intra.																																																																					
<input type="checkbox"/> Desmame <input type="checkbox"/> TRE Tubo Ti (PSV) Tempo <input type="checkbox"/> Cuff Leak test ( ) <input type="checkbox"/> Extubação Hora																																																																					
<input type="checkbox"/> VNI Tipo Tempo IPAP EPAP <input type="checkbox"/> Monitorização Ventilatória <input type="checkbox"/> EENM																																																																					
Cinesioterapia: ( ) Passiva ( ) Ativo-assistida ( ) Ativa ( ) Resistido																																																																					
( ) SL ( ) SBL ( ) ORT. ( ) SP ( ) SENT/LEVA ( ) ME ( ) DEA																																																																					
OBS: Fisioterapeuta/CREFITO																																																																					
EXAMES REALIZADOS NO DIA																																																																					
EXAME DATA HORA RESULTADO																																																																					
GASOE <sub>2</sub> 02/01/19 10:28 PH 7,35 PaCO <sub>2</sub> 43 PaO <sub>2</sub> 206 HCO <sub>3</sub> 29,1 BE 5,9																																																																					
GASO <sub>2</sub> PH PaCO <sub>2</sub> PaO <sub>2</sub> HCO <sub>3</sub> BE																																																																					
GASO <sub>2</sub> PH PaCO <sub>2</sub> PaO <sub>2</sub> HCO <sub>3</sub> BE																																																																					
RAIO X																																																																					
OUTROS:																																																																					
SEMI-ENVERGADURA 86 Hpred: 1,78 P <sub>res</sub> 73,47 VT <sub>exp</sub> 284 441 583																																																																					
AVALIAÇÃO FUNCIONAL - INTENSIVE CARE UNIT MOBILITY SCORE (IMS)																																																																					
MANHÃ TARDE NOITE																																																																					
AVALIAÇÃO DA FORÇA MUSCULAR PERIFÉRICA - MRC																																																																					
SCORE DIÁRIO MRC GRAUS DE FORÇA MUSCULAR MANHÃ TARDE NOITE																																																																					
ABDUÇÃO DO OMBRO 0-Sem contração visível MMSS: MMSS: MMSS:																																																																					
FLEXÃO DO COTOVELO 1-contracção visível sem movimento do seg MMSS: MMSS: MMSS:																																																																					
EXTENSÃO DE PUNHO 2-Mov. Alvo sem vencer a gravidade MMSS: MMSS: MMSS:																																																																					
FLEXÃO DO QUADRIL 3-Movimento alvo contra a gravidade TOTAL: TOTAL: TOTAL:																																																																					
EXTENSÃO DO JOELHO 4-Mov. Alvo contra a gravidade e resist. TOTAL: TOTAL: TOTAL:																																																																					
DORSIFLEXÃO TORNÓZ 5-Ferça normal																																																																					

## Ficha de Acolhimento

Nome: Sosman Pereira Costa  
End.: R. Silva Jardim Bairro: Jose Pinheiro  
Data de Nascimento: 07/02/1992 Documento de Identificação: \_\_\_\_\_  
Queixa: Ac. de Data do Atend.: 29/12/18 Hora: 10:05 Documento: \_\_\_\_\_  
Acidente de trabalho? ( ) Sim ( ☒ ) Não

*Nota*

## Classificação de Risco

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

*Classificação*

## Estratificação

MOD. 1:

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

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

Assinatura e carimbo do profissional



GOVERNO  
DO PARANÁ

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO

Diagnóstico

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA

DR. LUIZ GONZAGA FERNANDES

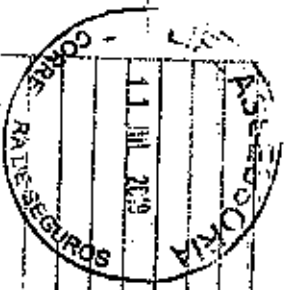
8-2

Ex. físico-fibrial

Paciente	Data	Prescrição Médica	Horário	Enfermagem	Leito	Evolução Médica
94	09/05/86	Dieta livre SF 0,5% 1500ml EV em 24hs Dipirona 2ml + AD EV 6/6hs Omeprazol 40 mg EV / dia Tilatil 20mg EV 12/12hs Tramal 100mg + SF EV 8/8hs SN Passil 2ml + AD EV 8/8hs SN Cevazone 40mg SC / dia NSV + CCGC	15:30			Exame físico-fibrial

Dr. Eduardo Braga Moraes  
Ortopedia - Traumatologia  
CRM - PB 6188

Dr. Eduardo Braga Moraes  
Ortopedia - Traumatologia  
CRM - PB 6188









GOVERNO  
DA PARAÍBA

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

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

fx Plats km d (D)

Paciente João Pereira Alojamento  Leito  Convênio

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
29/12	Dieta livre SRL 500ml EV 8h Dipirona 50mg + AD EV 6h Dolof 20mg + AD EV 12h Toragasic 30mg + AD EV 12h - S Ondansetron 20mg VO prn Tela comportamental MID		Admissão fx Plats km d auto ha ± 2h de dor + imobilidade em joelho (D) Nga alergias
	Internação pós liberacao da Cir. Gêni		Cl: Interno p/ tratamento cirúrgico VPM Exames pré op
	Hallison Barros de Almeida ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM - PB 9562		





**GOVERNO  
DA PARAÍBA**

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

Nome do Paciente <i>Josmar Dantas Costa</i>		Nº Prontuário	
Data da Operação <i>21/01/19</i>	Enf.	Leito	
Operador <i>Dr. Fábio Sp</i>		1º Auxiliar <i>Dr. Everton (ma)</i>	
2º Auxiliar <i>Dr. Everton (ma)</i>	3º Auxiliar	Instrumentador <i>Gleyson</i>	
Anestesia	Tipo de Anestesia		
Diagnóstico Pré-Operatório <i>Pr. Ptds. Tumor (D)</i>			
Tipo de Operação <i>Osteotomia</i>			
Diagnóstico Pós-Operatório <i>D. Incom</i>			
Relatório Imediato da Patologia <i>f</i>			
Exame Radiológico no Ato <i>Sin</i>			
Acidente Durante a Operação <i>W</i>			

## DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras

- 1) Paciente em DDH sob anestesia.
- 2) Anestesia + Antibiótico + Gelo no local.
- 3) Incisão em feio vertical medial a antero-lateral de fêllo (D) +  
Dissecção por planos + Hemostasia.
- 4) Redução completa de fratura.
- 5) Osteossíntese com 2 placas (22) com "L" + parafusos sob escopião.
- 6) Lavagem de fô com água.
- 7) Fechamento por planos.
- 8) Curativo.







COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

016.199.684-10

Nome

JOSMAN PEREIRA COSTA

Nascimento

01/02/1992

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

Nº 01448165552

DETRAN - PB  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO  
20180160190830830  
VIA 0101746494-4 DO/00000000 4018

HYLLKER BARBOSA SILVA

1 A C C R E 0 0 4 4 5 7 8 5 8 8 0

10581463498 CH / CHN PLACA PMN2270/PB

PMN2270 SP 9C2KCI680ER504389

AS/MOTOCICLE/NAO APPLIC

CONDA/CG150 EN1 ESDI

2 2/149 /CI CATEGORIA VERMELHA

1 P 10/00/0000 1º VENC/CONTAS

0 0 3º

SEGURO P A G O 30/11/2018

SEM RESERVA DE DOMINIO

0

CAMPINA GRANDE - PB DATA 24/01/2019

33375 89418

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

PB Nº 01448165552 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  
www.seguradoralider.com.br  
SAO DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 24/01/2019

1 10581463498 CH / CHN PLACA PMN2270/PB

101746494-4 9C2KCI680ER504389

2011 9 9C2KCI680ER504389

PRÊMIO TARIFÁRIO

PREMIO TARIFARIO

SEGURO P A G O

30/11/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.545.409/0001-04

89418-1020302-20190124



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190423682 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSMAN PEREIRA COSTA **Data do acidente:** 29/12/2018 **Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 26/07/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DISTAL DO FÊMUR DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS (PÁG7).  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO JOELHO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO JOELHO DIREITO.

**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 joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



Seguradora Líder - DPVAT

## SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS **ID**

## IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA JOSMAN PEREIRA COSTA  
 DATA DO ACIDENTE 29/12/2018 CPF DA VÍTIMA 046.199.684-10  
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO \_\_\_\_\_  
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA ( ) REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É \_\_\_\_\_  
 ENDEREÇO DO PORTADOR RUA SARGENTO EDSON SALES  
 Nº 364 COMPLEMENTO 1º ANDAR BAIRRO Monte Castelo  
 CIDADE CAMPINA GRANDE UF PB CEP 58.407-033  
 E-MAIL \_\_\_\_\_ TELEFONE (23) 9.9614-5661

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

## DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

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

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

## DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

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

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

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

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

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

## PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 31-07-2019  
 IDENTIDADE 336 2988  
 ASSINATURA [Assinatura]

## RESPONSÁVEL PELO PAGAMENTO NA SEGURADORA

DATA 11.10.2019  
 NOME [Assinatura]  
 ASSINATURA [Assinatura]



## Solicitação de Reanálise

Solicito que seja reanalisado o meu sinistro com número de Ac 3590/483689, em virtude de não concordar com o valor pago, de acordo com a tabela de invalidez utilizado para indenização do seguro T-VAT, fratura não consolidada de uma perna e indenizada em R\$ 345,00; paralisação total de um joelho R\$ 9.400,00, surdez total incurável de um ouvido R\$ 9.400,00, e mais a sequelas de TCE a grau moderado, com comprometimento funcional.

Envio novamente laudos médicos e exames de imagem que comprovam a existência dos sequelas informados, em caso de dúvida, favor agendar perícia médica, pois a análise do perito médico da seguradora não conseguiu ser justo quanto a minha debilidade definitiva.

Por favor, analisem mais detalhadamente.

Muito obrigado pela sua atenção.

A. Jozemar Pereira Bento

Campina Grande, 10 de Setembro de 2019



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0234939/19

**Vítima:** JOSMAN PEREIRA COSTA

**CPF:** 016.199.684-10

**Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A

**Data do acidente:** 29/12/2018

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** JOSMAN PEREIRA COSTA

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

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

**JOSMAN PEREIRA COSTA : 016.199.684-10**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 11/07/2019  
Nome: JOSMAN PEREIRA COSTA  
CPF: 016.199.684-10

JOSMAN PEREIRA COSTA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/07/2019  
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA  
CPF: 614.058.096-04

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA