
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.

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



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

2 - Nº do sinistro ou ASI: **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 INCAPA: 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 abaltes. 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.

Peço 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 nascidos (ou 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: _____

Assinatura da testemunha

11 JUL. 2019

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)

nao solucionadas)

CAIXA

CAIXA
SEGURIDADE

*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/AGENCIA : 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) 3390-9379



Ocorrência Nº 000148/19

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 VEICULOS, 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 CPTTran; 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 POUPOANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

Bradesco (237) Itaú (341)

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **2221** CONTA: **00042228** 1

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) 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 nascituro (s) (nascos)? Sim Não

31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

34

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
11 JUL, 2019

39 - 2º | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **CAMPINA GRANDE - 11 DE JUNHO 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				
DADOS DA REMOÇÃO					
Paciente removido para o Hospital de Emergencia e Trauma					

Campina Grande, 22 de janeiro de 2019.



Deoclécio F. Nascimento
SUPERVISOR

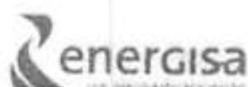
Coordenação Administrativa
SAMU REGIONAL CG - 192

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal

Documento não é exigido via de conta.

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



ENERGISA DORBORERMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A

BR 230 - KM 150 - Alça Sudoeste - Três Irmãs - Campina Grande / PB - CEP 58423-700
CNPJ 08.826.596/0001-40 Insc.Est. 18.903.839-1

DADOS DO CLIENTE

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

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

4/163671-1

REFERENCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
JUN/2019	06/06/2019	126	13/06/2019	R\$ 84,11

Acesse: www.energisa.com.br



JOSMAN PEREIRA COSTA
Rotatiro: 04-401-258-4850
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 01/07/2019

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
13/06/2019	R\$ 84,11	163671-2019-06-0





DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

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

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

Eu, 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 ESDI Ano: 2014
 Placa: PMN 2270 Chassi: 9CQKC1680FR504389
 Data do Acidente: 29/12/2018

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

5º Ofício

HYLLKER BARBOSA SILVA
Assinatura do Declarante



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

REGINA FRANÇA
 Registrado, como autêntica e verdadeira, a(s) firma(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]EMUL:R# 29,97 FARPEN:R# 0,29 FEPU:R# 1,98 ISOL:R# 0,00
 SELO DIGITAL: A1Q1908-9FXD
 Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>



Pauline Viana dos Santos
SUBSTITUTA

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

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

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

Eu, **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)



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

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

Ana Karoliny de Lima Santos - Escrevente
[2019-005379]EMOL:R\$ 89,91 FAREN:R\$ 0,29 FEPJ:R\$ 1,98 ISS:R\$ 0,50
SELO DIGITAL: AISS7400-09DJ

Confira a autenticidade em <https://selodigital.tiob.jus.br>



Ana Karoliny de Lima Santos
Escrevente Autorizada



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 VEICULOS, 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 desacomodado, 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 CPTran; 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: 3362485

Nº: 998

Responsável: JANAÍNA DA SILVA

Data de

CNS: 700G06980105860

Estado Civil: Não Estável

Atend: 29/12/2018

CONVÊNIO SUS

Motivo: QUENTE 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. Injúria de Vainoso |
| 5. Crepitação | 23. Laceração |
| 6. Dor | 24. Lesão tendão |
| 7. Edema | 25. Luxação |
| 8. Empalhamento | 26. Mordedura |
| 9. Enfisema subcutâneo | 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. Paroxia |
| 14. F. Cortado | 32. Parastasia |
| 15. F. Cortante | 33. Queimadura |
| 16. F. Corto-cortuso | 34. Síncope |
| 17. F. Perfuro-cortuso | 35. Síndrome de fratura |
| 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 asfalto, apresentando lesões em parte cefálica e dor em membros inferiores. Não houve perda de consciência e vômitos. Ao exame: TBK, consciente, orientado, pupilas coradas e reativas. Abdomem: plano, depressível e indolor em palpaciao.

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS H Fotorreagentes H Isocóricas () Anisocóricas ()

Glasgow 5 PA HGT



EXAMES SOLICITADOS:

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

- () Ultrassonografia:
 () Radiografias:

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: Antropologia ML 357155 Dia 29/12/18

Especialista: / às : Dia / /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORARIO REALIZADO
1	S.Rh 500 ml	
2	Tubotal 50 mg	
3		
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Assinatura e Carimbo do Médico

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

29/12/18

~~Ortopedia 20:40~~

Solicitante TC de Crânio: Pet TCE e
Alcool e Malária WCR

Pet c/ fx t/ma proximal
aproximada liberada de
COT e/ou p/ internação
hospitalar

NEUROLOGIA -

ESADADA 13, ISO

Hospital de Referência
Unidade de Traumatologia
ORL - 2018

Que imus HEDA PRONTO SOCORRO
MIRIM, 2000 FLORESTA

Caro Sr.
[Handwritten signature]

21: 23 # Cirurgia Geral
paciente avaliado, apresentando fratura
de tibia proximal (C) Nega sinais de comprometimento
neurológico ou vascular. Tentar estabilizar a fratura
cirurgicamente.

CA: Alta da Cirurgia Geral
Revisões cirúrgicas não avaliadas.

TRATAMENTO
MÉDICO
CRIMINOSO
CRIME DE JUSTIÇA

DESTINO DO PACIENTE _____ às _____ hs.

SERVIÇOS REALIZADOS:

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

[Handwritten signature]
Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

CÓDIGO/PROCEDIMENTO	CBO	IDADE





SUS
Sistema
União de
Ministério
da
Saúde
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

Folha
1/2

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - Nome do estabelecimento executor

Identificação do Paciente

1 - Nome do paciente

2 - Número nacional de saúde (NHS)

3 - Data de nascimento

4 - Sexo

5 - Telefone de contato

6 - Cód. de residência

7 - Número da autorização de internação hospitalar (AHI)

8 - Cód. do procedimento

9 - Cód. do procedimento anterior

10 - Cód. do procedimento - mudança

11 - Cód. do procedimento - mudança

12 - Cód. do procedimento - mudança

13 - Cód. do procedimento - mudança

14 - Cód. do procedimento - mudança

15 - Cód. do procedimento - mudança

16 - Cód. do procedimento - mudança

17 - Cód. do procedimento - mudança

18 - Cód. do procedimento - mudança

19 - Cód. do procedimento - mudança

20 - Cód. do procedimento - mudança

21 - Cód. do procedimento - mudança

22 - Cód. do procedimento - mudança

23 - Cód. do procedimento - mudança

24 - Cód. do procedimento - mudança

25 - Cód. do procedimento - mudança

26 - Cód. do procedimento - mudança

27 - Cód. do procedimento - mudança

28 - Cód. do procedimento - mudança

29 - Cód. do procedimento - mudança

30 - Cód. do procedimento - mudança

31 - Cód. do procedimento - mudança

32 - Cód. do procedimento - mudança

33 - Cód. do procedimento - mudança

34 - Cód. do procedimento - mudança

35 - Cód. do procedimento - mudança

36 - Cód. do procedimento - mudança

37 - Cód. do procedimento - mudança

38 - Cód. do procedimento - mudança

39 - Cód. do procedimento - mudança

40 - Cód. do procedimento - mudança



PROFISSIONAL SOLICITANTE

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

LISSA FERREIRA

42 - DATA DE ASSINATURA E CANCELAMENTO DO REGISTRO DO CONSELHO

43 - DATA DE ASSINATURA E CANCELAMENTO DO REGISTRO DO CONSELHO

44 - ASSINATURA E CANCELAMENTO DO REGISTRO DO CONSELHO

45 - ASSINATURA E CANCELAMENTO DO REGISTRO DO CONSELHO

46 - ASSINATURA E CANCELAMENTO DO REGISTRO DO CONSELHO

47 - ASSINATURA E CANCELAMENTO DO REGISTRO DO CONSELHO

48 - ASSINATURA E CANCELAMENTO DO REGISTRO DO CONSELHO

49 - ASSINATURA E CANCELAMENTO DO REGISTRO DO CONSELHO

50 - ASSINATURA E CANCELAMENTO DO REGISTRO DO CONSELHO

51 - ASSINATURA E CANCELAMENTO DO REGISTRO DO CONSELHO

52 - ASSINATURA E CANCELAMENTO DO REGISTRO DO CONSELHO

53 - ASSINATURA E CANCELAMENTO DO REGISTRO DO CONSELHO

54 - ASSINATURA E CANCELAMENTO DO REGISTRO DO CONSELHO

55 - ASSINATURA E CANCELAMENTO DO REGISTRO DO CONSELHO

56 - ASSINATURA E CANCELAMENTO DO REGISTRO DO CONSELHO

57 - ASSINATURA E CANCELAMENTO DO REGISTRO DO CONSELHO

58 - ASSINATURA E CANCELAMENTO DO REGISTRO DO CONSELHO

59 - ASSINATURA E CANCELAMENTO DO REGISTRO DO CONSELHO

60 - ASSINATURA E CANCELAMENTO DO REGISTRO DO CONSELHO

61 - ASSINATURA E CANCELAMENTO DO REGISTRO DO CONSELHO

Diagnostico

HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA

DR. LUIZ GONZAGA FERNANDES

Paciente

Prescrição Médica

Horário

Exatidão Médica

17/01

Myanmar
Luzmar

Sf 0,5% 1500 mg EV em 24hs

Dipirona 2ml + AD EV 6/6hs

Paracetamol 50 mg EV / dia

Tiamol 20mg EV 1x/12hs

Itamol 100mg + Sf EV 8/8hs SN

Pisafol 2ml + AD EV 8/8hs SN

Clexare 40mg SC/ dia

SSV + CCGG

6/12/2019 10:50 - 10:55 (17)

18:05	18:05	18:05	18:05	18:05
18:05	18:05	18:05	18:05	18:05
18:05	18:05	18:05	18:05	18:05
18:05	18:05	18:05	18:05	18:05
18:05	18:05	18:05	18:05	18:05
18:05	18:05	18:05	18:05	18:05
18:05	18:05	18:05	18:05	18:05
18:05	18:05	18:05	18:05	18:05
18:05	18:05	18:05	18:05	18:05
18:05	18:05	18:05	18:05	18:05

Dr. Eduardo Braga Karala
Ortopedia - Traumatologia
CRM - PR 6598

Dr. Eduardo Braga Karala
Ortopedia - Traumatologia
CRM - PR 6598



Agenda de trabalho

Trabalho

Dr. Luiz Gonzaga Fernandes

Diagnóstico

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
DPM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Ex. pelo libel -

221

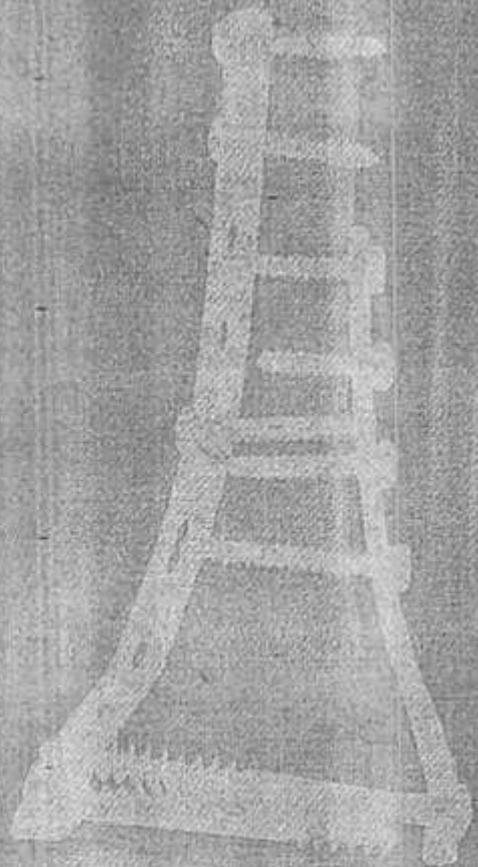
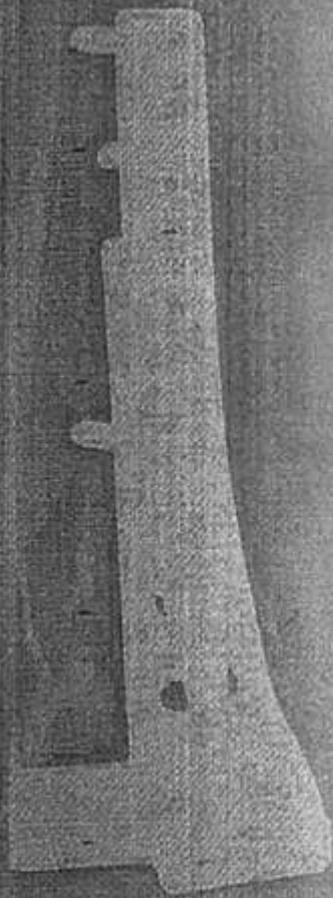
Paciente	Data	Prontidão médica	Histórico	Exames	Exatidão médica	Leito
WYSMA						
56 G. 05, 1565 cm EV em 24hs						
Dismoreia 2ml + AD EV 6/6hs						
Convulsão 40 mg EV / dia						
Tiludil 20mg EV 12/12hs						
Tramadol 100mg + SF EV 8/8hs SN						
Miscl 2ml + AD EV 8/8hs SN						
Clonidine 40mg SC / dia						
SSNV + 200G						

Dr. Eduardo Braga Assis
Ortopedia - Traumatologia
CRM - PR 6598

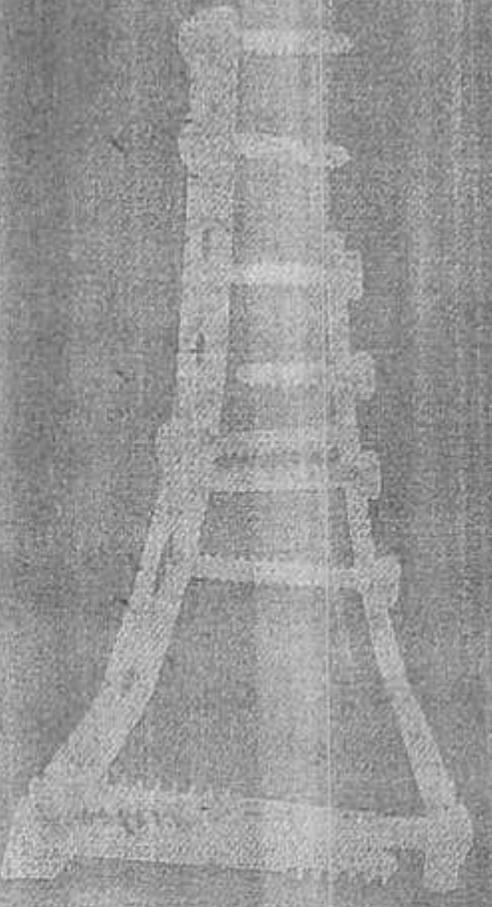
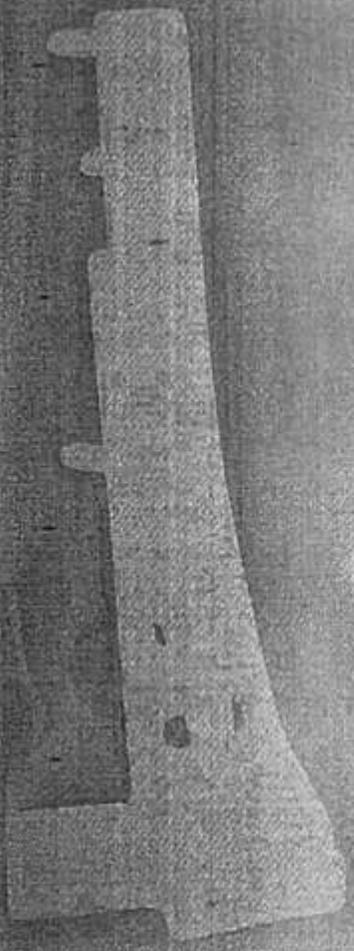
Dr. Eduardo Braga Assis
Ortopedia - Traumatologia
CRM - PR 6598



THE STATE OF TEXAS
COUNTY OF [illegible]



THE BIRTH OF A NATION
PART 1
1915



RECEIVED
MAY 10 1964
COMMUNICATIONS SECTION
U.S. AIR FORCE

Urg. Smith de F. Car. 10/11
CREDIT 687
③
Soudy 16/10. 2. la.

THE SUNDAY OF F. CAVACCHI
CREDITO 8531 ABTE 145
July 20, 1911

LIFE ASSURANCE COMPANY
NEW YORK

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

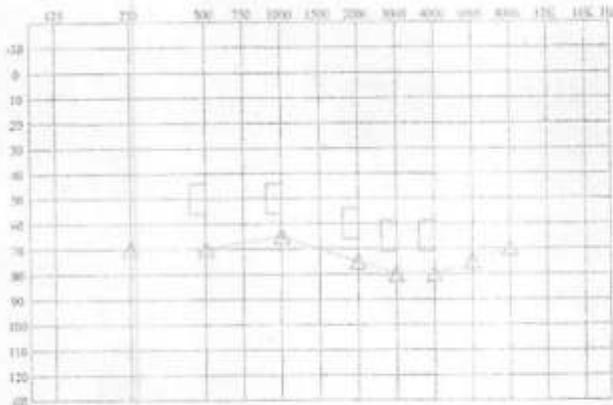
Tipo de Consulta: Particular

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

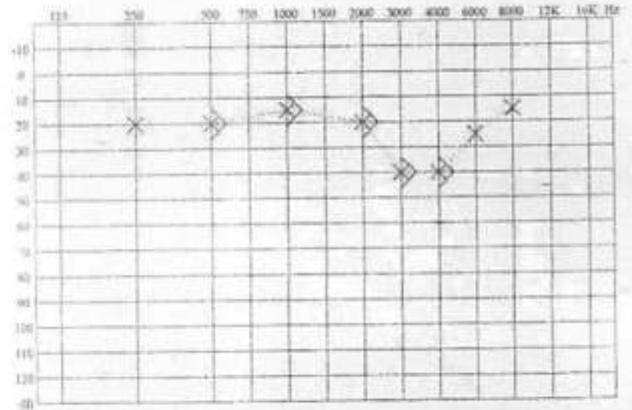


AUDIOMETRIA TONAL

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

Andreza Rodrigues S. Martins
FONO AUDIÓLOGA
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 anatômico em 70 %. Sequelas definitivas.

Campina Grande 04 de julho de 2019.

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



NOME: JOSMAN PEREIRA COSTA		PRONTUÁRIO: 1803350		
UTI – ROSA	IDADE	DUTI	1º	LEITO: 16

DATA	EVOLUÇÃO MÉDICA ADMISSÃO EM 30/12/18									
30/12/2018	<ul style="list-style-type: none"> • POLITRAUMA – ACIDENTE DE MOTO • TCE GRAVE: HEDA • PO NCR: DRENAGEM DE HEDA • FRATURA DE PLATO TIBIAL 									
HD	EM USO: ***									
DISPOSITIVOS	<input checked="" type="checkbox"/> TOT <input checked="" type="checkbox"/> AVP <input type="checkbox"/> DRENO <input checked="" type="checkbox"/> SNG / SNE / SOG <input checked="" type="checkbox"/> SVD <input type="checkbox"/> 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									



NOME: *Dom Luiz Gonzaga Fernandes*
 SOBRENOME: *Costa*
 IDADE: 26 ANOS
 SEXO: M
 ALTURA: 1,80 m
 PESO: 75 kg
 ESTADO CIVIL: M
 RISCO: II

ANESTESIA ANTERIORES: *TCE - R. de modo*
 DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: *convulsão*
 ESTADO MENTAL: *convulsão*
 AP. DIGESTIVO: *convulsão*
 AP. CIRCULATÓRIO: *convulsão*
 AP. RESPIRATÓRIO: *convulsão*
 ASMA: *convulsão*
 ETNOCARDIOGRAMA: *convulsão*
 AP. URINÁRIO: *convulsão*
 ALERGIA: *convulsão*
 HIPERTENSÃO: *convulsão*
 ESTADO FISIOLÓGICO: *convulsão*

TIPO SANGÜÍNEO: *convulsão*
 HEMACIAS: *convulsão*
 HEMOGLOBINA: *convulsão*
 HEMATÓCRITO: *convulsão*
 URINA: *convulsão*
 UREIA: *convulsão*
 CRIATININA: *convulsão*
 ALTURA: *convulsão*
 PESO: *convulsão*

PRESSÃO ARTERIAL: *convulsão*
 PULSO: *convulsão*
 TEMPERATURA: *convulsão*
 FREQUÊNCIA CARDÍACA: *convulsão*
 SATURADO DE O₂: *convulsão*



CODIGOS
 VP - ARTERIAL; O - PULSO; O - RESPIRAÇÃO
 AX - ANESTESIA; O - OPERAÇÃO

AGENTES ANESTÉSICOS

LIQUIDOS

SERUM 500 + 500 + 500
 HC 1 unidade

AGENTES ANESTÉSICOS

LIQUIDOS

SERUM 500 + 500 + 500
 HC 1 unidade

AGENTES ANESTÉSICOS

LIQUIDOS

SERUM 500 + 500 + 500
 HC 1 unidade

AGENTES ANESTÉSICOS

LIQUIDOS

SERUM 500 + 500 + 500
 HC 1 unidade

AGENTES ANESTÉSICOS

LIQUIDOS

SERUM 500 + 500 + 500
 HC 1 unidade

AGENTES ANESTÉSICOS

LIQUIDOS

SERUM 500 + 500 + 500
 HC 1 unidade

AGENTES ANESTÉSICOS

LIQUIDOS

SERUM 500 + 500 + 500
 HC 1 unidade

AGENTES ANESTÉSICOS

LIQUIDOS

SERUM 500 + 500 + 500
 HC 1 unidade

AGENTES ANESTÉSICOS

LIQUIDOS

SERUM 500 + 500 + 500
 HC 1 unidade

AGENTES ANESTÉSICOS

LIQUIDOS

SERUM 500 + 500 + 500
 HC 1 unidade

AGENTES ANESTÉSICOS

LIQUIDOS

SERUM 500 + 500 + 500
 HC 1 unidade

AGENTES ANESTÉSICOS

LIQUIDOS

SERUM 500 + 500 + 500
 HC 1 unidade

AGENTES ANESTÉSICOS

LIQUIDOS

SERUM 500 + 500 + 500
 HC 1 unidade

AGENTES ANESTÉSICOS

LIQUIDOS

SERUM 500 + 500 + 500
 HC 1 unidade

AGENTES ANESTÉSICOS

LIQUIDOS

SERUM 500 + 500 + 500
 HC 1 unidade

AGENTES ANESTÉSICOS

LIQUIDOS

SERUM 500 + 500 + 500
 HC 1 unidade

AGENTES ANESTÉSICOS

LIQUIDOS

SERUM 500 + 500 + 500
 HC 1 unidade

AGENTES ANESTÉSICOS

LIQUIDOS

SERUM 500 + 500 + 500
 HC 1 unidade

AGENTES ANESTÉSICOS

LIQUIDOS

SERUM 500 + 500 + 500
 HC 1 unidade

AGENTES ANESTÉSICOS

LIQUIDOS

SERUM 500 + 500 + 500
 HC 1 unidade

AGENTES ANESTÉSICOS

LIQUIDOS

SERUM 500 + 500 + 500
 HC 1 unidade

AGENTES ANESTÉSICOS

LIQUIDOS

SERUM 500 + 500 + 500
 HC 1 unidade

AGENTES ANESTÉSICOS

LIQUIDOS

SERUM 500 + 500 + 500
 HC 1 unidade

AGENTES ANESTÉSICOS

LIQUIDOS

SERUM 500 + 500 + 500
 HC 1 unidade

AGENTES ANESTÉSICOS

LIQUIDOS

SERUM 500 + 500 + 500
 HC 1 unidade

AGENTES ANESTÉSICOS

LIQUIDOS

SERUM 500 + 500 + 500
 HC 1 unidade

AGENTES ANESTÉSICOS

LIQUIDOS

SERUM 500 + 500 + 500
 HC 1 unidade

AGENTES ANESTÉSICOS

LIQUIDOS

SERUM 500 + 500 + 500
 HC 1 unidade

AGENTES ANESTÉSICOS

LIQUIDOS

SERUM 500 + 500 + 500
 HC 1 unidade

AGENTES ANESTÉSICOS

LIQUIDOS

SERUM 500 + 500 + 500
 HC 1 unidade

AGENTES ANESTÉSICOS

LIQUIDOS

SERUM 500 + 500 + 500
 HC 1 unidade

AGENTES ANESTÉSICOS

LIQUIDOS

SERUM 500 + 500 + 500
 HC 1 unidade

AGENTES ANESTÉSICOS

LIQUIDOS

SERUM 500 + 500 + 500
 HC 1 unidade

AGENTES ANESTÉSICOS

LIQUIDOS

SERUM 500 + 500 + 500
 HC 1 unidade

AGENTES ANESTÉSICOS

LIQUIDOS

SERUM 500 + 500 + 500
 HC 1 unidade

AGENTES ANESTÉSICOS

LIQUIDOS

SERUM 500 + 500 + 500
 HC 1 unidade

AGENTES ANESTÉSICOS

LIQUIDOS

SERUM 500 + 500 + 500
 HC 1 unidade

AGENTES ANESTÉSICOS

LIQUIDOS

SERUM 500 + 500 + 500
 HC 1 unidade

AGENTES ANESTÉSICOS

LIQUIDOS

SERUM 500 + 500 + 500
 HC 1 unidade

AGENTES ANESTÉSICOS

LIQUIDOS

SERUM 500 + 500 + 500
 HC 1 unidade

AGENTES ANESTÉSICOS

LIQUIDOS

SERUM 500 + 500 + 500
 HC 1 unidade

AGENTES ANESTÉSICOS

LIQUIDOS

SERUM 500 + 500 + 500
 HC 1 unidade

AGENTES ANESTÉSICOS

LIQUIDOS

SERUM 500 + 500 + 500
 HC 1 unidade

AGENTES ANESTÉSICOS

LIQUIDOS

SERUM 500 + 500 + 500
 HC 1 unidade

AGENTES ANESTÉSICOS

LIQUIDOS

SERUM 500 + 500 + 500
 HC 1 unidade

AGENTES ANESTÉSICOS

LIQUIDOS

SERUM 500 + 500 + 500
 HC 1 unidade

AGENTES ANESTÉSICOS

LIQUIDOS

SERUM 500 + 500 + 500
 HC 1 unidade

AGENTES ANESTÉSICOS

LIQUIDOS

SERUM 500 + 500 + 500
 HC 1 unidade

AGENTES ANESTÉSICOS

LIQUIDOS

SERUM 500 + 500 + 500
 HC 1 unidade

AGENTES ANESTÉSICOS

LIQUIDOS

SERUM 500 + 500 + 500
 HC 1 unidade

AGENTES ANESTÉSICOS

LIQUIDOS

SERUM 500 + 500 + 500
 HC 1 unidade

AGENTES ANESTÉSICOS

LIQUIDOS

SERUM 500 + 500 + 500
 HC 1 unidade

AGENTES ANESTÉSICOS

LIQUIDOS

SERUM 500 + 500 + 500
 HC 1 unidade

AGENTES ANESTÉSICOS

LIQUIDOS

SERUM 500 + 500 + 500
 HC 1 unidade

AGENTES ANESTÉSICOS

LIQUIDOS

SERUM 500 + 500 + 500
 HC 1 unidade

AGENTES ANESTÉSICOS

LIQUIDOS

SERUM 500 + 500 + 500
 HC 1 unidade

AGENTES ANESTÉSICOS

LIQUIDOS

SERUM 500 + 500 + 500
 HC 1 unidade

AGENTES ANESTÉSICOS

LIQUIDOS

SERUM 500 + 500 + 500
 HC 1 unidade

AGENTES ANESTÉSICOS

LIQUIDOS

SERUM 500 + 500 + 500
 HC 1 unidade

AGENTES ANESTÉSICOS

LIQUIDOS

SERUM 500 + 500 + 500
 HC 1 unidade

AGENTES ANESTÉSICOS

LIQUIDOS

SERUM 500 + 500 + 500
 HC 1 unidade

AGENTES ANESTÉSICOS

LIQUIDOS

SERUM 500 + 500 + 500
 HC 1 unidade

AGENTES ANESTÉSICOS

LIQUIDOS

SERUM 500 + 500 + 500
 HC 1 unidade

AGENTES ANESTÉSICOS

LIQUIDOS

SERUM 500 + 500 + 500
 HC 1 unidade

AGENTES ANESTÉSICOS

LIQUIDOS

SERUM 500 + 500 + 500
 HC 1 unidade

AGENTES ANESTÉSICOS

LIQUIDOS

SERUM 500 + 500 + 500
 HC 1 unidade

AGENTES ANESTÉSICOS

LIQUIDOS

SERUM 500 + 500 + 500
 HC 1 unidade

AGENTES ANESTÉSICOS

LIQUIDOS

SERUM 500 + 500 + 500
 HC 1 unidade

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

1. DOENÇA: ...
2. EXATISSIMO N.M.

Paciente: MINUAR DE OLIVEIRA Alojamento: Letão: Convênio:



Data	Prescrição Médica	Alojamento	Horário	Letão	Evolução Médica
1 JUL 2010					- NUNCA DEIXAR -
					- TRATAMENTO DE MANUTENÇÃO NA ENFERMIA - - NUNCA DEIXAR DE TOMAR O - TRATAMENTO NA MANO DEVIDO - PREVENIR A DOR
					- TRATAMENTO DE MANUTENÇÃO NA - NUNCA DEIXAR DE TOMAR O
					- A SEER - FAL-SE ADEQUADA FAL-SE - ELAVAR CONDICAO.
					 José Antonio de Almeida 2010



CONTROLE CIRÚRGICO

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



MA

Paciente: Josimar Pereira Costa

Hospital: Amorino CG

Médico: Dr. Fabiano Silva Du Rulo + Dr. Skid...

Data da Cirurgia: 21/10/19 Procedimento: Plato tibial B

Prontuário: 1803304 Convênio: 405

Istrumentadora(O): Slipman Circulante: Aquino

CC 4,5 U=

Quant.	Materiais Utilizados	Lote
01	PLACA EM L 245 Escuro	
01	PLACA EM L 217 Duro	
02	PARAFUSO ESPONTOSO RS N°	70 R37
01	" " " 6,5 U=	66 R15
01	PARAFUSO CORTICAL U=27	
01	" " " U=24	
02	" " " U=29	
01	" " " U=30	
01	" " " U=34	
01	" " " U=36	

Recife, 21 de 01 de 2019

Circulante

Médico Responsável



Nome do Paciente / OSMAZ FERREIRA COSTA		Nº Prontuário	
Data da Operação 29/12/11	Enf.	Leito	
Operador José Romalvo	1º Auxiliar		Instrumentador
2º Auxiliar	3º Auxiliar		
Anestesia Dra. Enxave	Tipo de Anestesia		
Diagnóstico Pré-Operatório			
Tipo de Operação			
Diagnóstico Pós-Operatório			
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) Acesso por via abdominal baixa
- 2) Triangulação, anel de segurança, abertura de campos
- 3) Forças locais para abertura de campo e dissecação
- 4) MANIPULAÇÃO 5x5cm
- 5) DRENAGEM ATEN
- 6) MANIPULAÇÃO ATEN
- 7) SUSPENSÃO ATEN
- 8) MANIPULAÇÃO (6.0 PROLONA 2.0)
- 9) DRENAGEM ATEN
- 10) SUTURA POR PUNTO
- 11) CLOMIDOL COLUSTRADO


 José Romalvo
 2005-11-17/11-PP

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

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

- 1) DEBILIDADE NA REGIÃO DA CÉLULA
- 2) VENTILADORIA - NEURÓLOGIA - 2205
- 3) TRAUMA (TRAUMA) - NEURÓLOGIA - 2205
- 4) (MATERIAL) - NEURÓLOGIA - 2205
- 5) (MATERIAL) - NEURÓLOGIA - 2205
- 6) (MATERIAL) - NEURÓLOGIA - 2205
- 7) (MATERIAL) - NEURÓLOGIA - 2205
- 8) (MATERIAL) - NEURÓLOGIA - 2205
- 9) (MATERIAL) - NEURÓLOGIA - 2205
- 10) (MATERIAL) - NEURÓLOGIA - 2205

Dr. Ramalho da S. Neto
Neurocirurgia
2205

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Relatório Imediato da Patologia

Exame Radiológico no Ato

Acidente Durante a Operação

Diagnóstico Pós-Operatório

Tipo de Operação

Nome do Paciente

Data da Operação

Operador

2º Auxiliar

3º Auxiliar

1º Auxiliar

Instrumentador

Anestesia

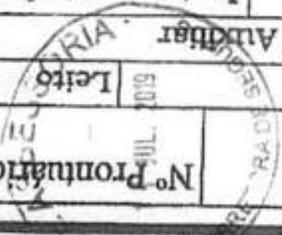
Diagnóstico Pré-Operatório

Tipo de Anestesia

Nº Prontuário

Enf.

Leito



C: Limpas

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: Jerman Pereira Costa DN 01/02/1992

QI --- LEITE 028.05 CONVÊNIO --- IDADE 26a. REGISTRO 3803304

CIRURGIA Drenagem de hematoma CIRURGIÃO Dr. José Ramalho
 ANESTESIA Geral ANESTESIA Dr. Nóbrega

INSTRUMENTADORA Intera DATA 29/12/11 INICIO 23.10 FIM 00.55



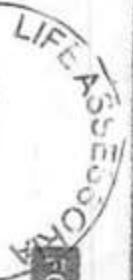
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Bolsa Colostomia	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.	Cat. pr Oxg			
01	Aprepiam amp <u>axomem</u>	Cat. De Urinar Sist. Fech.			
	Diazepam amp.	Compressa Grande 2.000			
	Dimore amp.	Compressa Pequena			
	Dolantina amp.	Colomado			
01	Etiaremi <u>doxmenid</u>	Dreno 3.8			
	Fenagran amp.	Dreno Kerr nº			
01	Fentanil ml	Dreno Ventosa nº	02		
	Inova ml	Dreno Pozzer nº			
	Ketalar ml	Tubo de Microgotas			
	Mercurina % ml	Tubo de Microgotas			
	Nubain amp.	Esfigm. de Sangue			
01	Pavulon amp. <u>Quilan</u>	Esfigm. de PVC			
	Propofol amp.	Fio de Algodão Sulapak	01		
01	Propofol amp. <u>Propofol</u>	Fio de Algodão Sulapak			
01	Rapifen amp. <u>Stamina</u>	Fra cardíaca			
01	Rapifen amp. <u>Propofol</u>	Mononylon 3.0			
	Thionembatal ml	Mononylon			
	Troaculum amp.	Protene Sertix 2.0			
Qtd.	MEDICAÇÕES	Lamina de Bisturi nº 23	05		
	Água Destilada amp	Lamina de Bisturi nº 11			
01	Decadron amp.	Lamina de Bisturi nº 15			
	Dipirone amp.	Lavas 10			
	Flaxidol amp.	Lavas 7.5			
	Fiebecortid amp.	Lavas 3.0			
	Geramicina amp.	Lavas 1.5			
	Glicose amp.	Liquor de Iod. 10ml			
	Glucon de Cálcio amp.	Liquor de Iod. 20ml			
	Hecpocel ml.	Liquor de Iod. 25ml			
	Heparina ml.	Liquor de Iod. 30ml			
	Kanaklon amp.	Liquor de Iod. 35ml			
	Lasix amp.	Liquor de Iod. 40ml			
	Metrobital.	Liquor de Iod. 45ml			
01	Nidema <u>idexon</u>	Liquor de Iod. 50ml			
	Protamina	Liquor de Iod. 55ml			
	Revivan amp.	Liquor de Iod. 60ml			
	Stuptarom amp.	Liquor de Iod. 65ml			
02	Colostoma <u>Colostoma</u>	Liquor de Iod. 70ml			
		Liquor de Iod. 75ml			
		Liquor de Iod. 80ml			
		Liquor de Iod. 85ml			
		Liquor de Iod. 90ml			
		Liquor de Iod. 95ml			
		Liquor de Iod. 100ml			
		Liquor de Iod. 105ml			
		Liquor de Iod. 110ml			
		Liquor de Iod. 115ml			
		Liquor de Iod. 120ml			
		Liquor de Iod. 125ml			
		Liquor de Iod. 130ml			
		Liquor de Iod. 135ml			
		Liquor de Iod. 140ml			
		Liquor de Iod. 145ml			
		Liquor de Iod. 150ml			
		Liquor de Iod. 155ml			
		Liquor de Iod. 160ml			
		Liquor de Iod. 165ml			
		Liquor de Iod. 170ml			
		Liquor de Iod. 175ml			
		Liquor de Iod. 180ml			
		Liquor de Iod. 185ml			
		Liquor de Iod. 190ml			
		Liquor de Iod. 195ml			
		Liquor de Iod. 200ml			
		Liquor de Iod. 205ml			
		Liquor de Iod. 210ml			
		Liquor de Iod. 215ml			
		Liquor de Iod. 220ml			
		Liquor de Iod. 225ml			
		Liquor de Iod. 230ml			
		Liquor de Iod. 235ml			
		Liquor de Iod. 240ml			
		Liquor de Iod. 245ml			
		Liquor de Iod. 250ml			
		Liquor de Iod. 255ml			
		Liquor de Iod. 260ml			
		Liquor de Iod. 265ml			
		Liquor de Iod. 270ml			
		Liquor de Iod. 275ml			
		Liquor de Iod. 280ml			
		Liquor de Iod. 285ml			
		Liquor de Iod. 290ml			
		Liquor de Iod. 295ml			
		Liquor de Iod. 300ml			
		Liquor de Iod. 305ml			
		Liquor de Iod. 310ml			
		Liquor de Iod. 315ml			
		Liquor de Iod. 320ml			
		Liquor de Iod. 325ml			
		Liquor de Iod. 330ml			
		Liquor de Iod. 335ml			
		Liquor de Iod. 340ml			
		Liquor de Iod. 345ml			
		Liquor de Iod. 350ml			
		Liquor de Iod. 355ml			
		Liquor de Iod. 360ml			
		Liquor de Iod. 365ml			
		Liquor de Iod. 370ml			
		Liquor de Iod. 375ml			
		Liquor de Iod. 380ml			
		Liquor de Iod. 385ml			
		Liquor de Iod. 390ml			
		Liquor de Iod. 395ml			
		Liquor de Iod. 400ml			
		Liquor de Iod. 405ml			
		Liquor de Iod. 410ml			
		Liquor de Iod. 415ml			
		Liquor de Iod. 420ml			
		Liquor de Iod. 425ml			
		Liquor de Iod. 430ml			
		Liquor de Iod. 435ml			
		Liquor de Iod. 440ml			
		Liquor de Iod. 445ml			
		Liquor de Iod. 450ml			
		Liquor de Iod. 455ml			
		Liquor de Iod. 460ml			
		Liquor de Iod. 465ml			
		Liquor de Iod. 470ml			
		Liquor de Iod. 475ml			
		Liquor de Iod. 480ml			
		Liquor de Iod. 485ml			
		Liquor de Iod. 490ml			
		Liquor de Iod. 495ml			
		Liquor de Iod. 500ml			
		Liquor de Iod. 505ml			
		Liquor de Iod. 510ml			
		Liquor de Iod. 515ml			
		Liquor de Iod. 520ml			
		Liquor de Iod. 525ml			
		Liquor de Iod. 530ml			
		Liquor de Iod. 535ml			
		Liquor de Iod. 540ml			
		Liquor de Iod. 545ml			
		Liquor de Iod. 550ml			
		Liquor de Iod. 555ml			
		Liquor de Iod. 560ml			
		Liquor de Iod. 565ml			
		Liquor de Iod. 570ml			
		Liquor de Iod. 575ml			
		Liquor de Iod. 580ml			
		Liquor de Iod. 585ml			
		Liquor de Iod. 590ml			
		Liquor de Iod. 595ml			
		Liquor de Iod. 600ml			
		Liquor de Iod. 605ml			
		Liquor de Iod. 610ml			
		Liquor de Iod. 615ml			
		Liquor de Iod. 620ml			
		Liquor de Iod. 625ml			
		Liquor de Iod. 630ml			
		Liquor de Iod. 635ml			
		Liquor de Iod. 640ml			
		Liquor de Iod. 645ml			
		Liquor de Iod. 650ml			
		Liquor de Iod. 655ml			
		Liquor de Iod. 660ml			
		Liquor de Iod. 665ml			
		Liquor de Iod. 670ml			
		Liquor de Iod. 675ml			
		Liquor de Iod. 680ml			
		Liquor de Iod. 685ml			
		Liquor de Iod. 690ml			
		Liquor de Iod. 695ml			
		Liquor de Iod. 700ml			
		Liquor de Iod. 705ml			
		Liquor de Iod. 710ml			
		Liquor de Iod. 715ml			
		Liquor de Iod. 720ml			
		Liquor de Iod. 725ml			
		Liquor de Iod. 730ml			
		Liquor de Iod. 735ml			
		Liquor de Iod. 740ml			
		Liquor de Iod. 745ml			
		Liquor de Iod. 750ml			
		Liquor de Iod. 755ml			
		Liquor de Iod. 760ml			
		Liquor de Iod. 765ml			
		Liquor de Iod. 770ml			
		Liquor de Iod. 775ml			
		Liquor de Iod. 780ml			
		Liquor de Iod. 785ml			
		Liquor de Iod. 790ml			
		Liquor de Iod. 795ml			
		Liquor de Iod. 800ml			
		Liquor de Iod. 805ml			
		Liquor de Iod. 810ml			
		Liquor de Iod. 815ml			
		Liquor de Iod. 820ml			
		Liquor de Iod. 825ml			
		Liquor de Iod. 830ml			
		Liquor de Iod. 835ml			
		Liquor de Iod. 840ml			
		Liquor de Iod. 845ml			
		Liquor de Iod. 850ml			
		Liquor de Iod. 855ml			
		Liquor de Iod. 860ml			
		Liquor de Iod. 865ml			
		Liquor de Iod. 870ml			
		Liquor de Iod. 875ml			
		Liquor de Iod. 880ml			
		Liquor de Iod. 885ml			
		Liquor de Iod. 890ml			
		Liquor de Iod. 895ml			
		Liquor de Iod. 900ml			
		Liquor de Iod. 905ml			
		Liquor de Iod. 910ml			
		Liquor de Iod. 915ml			
		Liquor de Iod. 920ml			
		Liquor de Iod. 925ml			
		Liquor de Iod. 930ml			
		Liquor de Iod. 935ml			
		Liquor de Iod. 940ml			
		Liquor de Iod. 945ml			
		Liquor de Iod. 950ml			
		Liquor de Iod. 955ml			
		Liquor de Iod. 960ml			
		Liquor de Iod. 965ml			
		Liquor de Iod. 970ml			
		Liquor de Iod. 975ml			
		Liquor de Iod. 980ml			
		Liquor de Iod. 985ml			
		Liquor de Iod. 990ml			
		Liquor de Iod. 995ml			
		Liquor de Iod. 1000ml			

Qtd.	SOROS
	SG Normotérmico fr 500 ml
	SG Gelado fr 500 ml
	SG Hipertérmico fr 500 ml
	SG Ringr fr 500 ml
	SE fr 500 ml <u>Plasma</u>

Qtd.	ORTESE E PRÓTESE
01	<u>Suporte de Garganta</u>

EQUIPAMENTOS	
(X) Oxímetro do Pulso	(X) Foco Auxiliar
() Serra	(X) Eletrocautério
() Desfibrilador	(X) Oxícapnógrafo
() Foco Frontal	(X) Cardiomonitor
() Fonte de Luz	(X) Perfurador Elétrico

CIRCULANTE RESPONSÁVEL



FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Diagnóstico

Fx. f. do pulmão

Paciente: 11 IIII 2022
Correia

Alojamento: 8

Leito: 2

Convênio:

Prescrição Médica

Data: 23/1

1. DIETA LIVRE

2. SRL 1500ML EV 24H

4. DIPHENOMA 1G EV 6/6H

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

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

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

8. OMEPRAZOL 20MG VO JEIUM

9. CLEXIAL 400MG SC 1x/DIA

10. SSOM + COG6

Ata hospitalar
de evolução de - 23/11/2022
de acordo com a prescrição
do médico clínico

Evolução Médica

Per sem Quebra

BEL

OS 4/De de 1/2022

Resposta

[Handwritten signature]

Data: 30/12/2018

Horas: 01:49:05

Médico(a) Diarista: Danilo Micael Lucena E Carvalho

GOVERNO
DA PARAÍBA

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 (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO	02 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	

Handwritten signature of Danilo Micael Lucena E Carvalho
 Danilo Micael Lucena E Carvalho
 MÉDICO
 CRM-PB 9969
 REMEPE 23634

NOME: J. S. M. A. N. P. E. R. E. I. R. A.		PRONTUÁRIO	
IDADE: 11 JUL 2009	SEXO: M	COR: N	PESO: 72
RADE SEGURADORA		ALTURA: 1,60	CLÍNICA:
M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>	ENF.: 2-2

DADOS CLÍNICOS:

PRE OPERATORIO

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

E C C G

URGÊNCIA:

ROTINA:

DATA: 12/10/19

HORA DA SOLICITAÇÃO:

João Ricardo dos Santos Souza
Residente em
Tecnologia
CRCP/PS 65011

GOVERNO
PARANÁ

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DR. LUIZ GONZAGA FERMANDES

REQUISIÇÃO DE EXAME

Nome:	Joelma Stefina										PRONTUÁRIO:	
Idade:												
Sexo:	M	F	COR:		PESO:		ALTURA:		CLÍNICA:		ENF.:	LEITO:
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	B	P	A							

11 JUL 2019
CORRETORIA DE SEGUROS

755-00

ATERIAL A EXAMINAR:

CAMES SOLICITADOS:

Rx Joelma D + Perna D AP + P.

PROXIMA
21/07

GÊNCIA:

TA:

21/07/19

ROTINA:

HORA DA SOLICITAÇÃO:

[Handwritten signature]

FICHA DE EVOLUÇÃO FISIOTERAPIA UT ADULTO

HORA: M FC bpm FR lpm PA PAM mmHg SpO2 % T °C

REAVALIAÇÃO MANHÃ: Paciente segue evoluindo com 12ms/10T de oxigênio, com 22% de saturação.

HORA: N FC bpm FR lpm PA PAM mmHg SpO2 % T °C

REAVALIAÇÃO NOITE: Paciente segue evoluindo com um 12T de oxigênio, com 24% de saturação.

AP: SPO2 de 20% a 100%
 VMI: MODO: VT60 VM: Fluxo: Pi PC: PEEP: SENS: PS: FR_{set} FIO₂ 30% SENS_{exp}

AP: SPO2 de 20% a 100%
 VMI: MODO: VT60 VM: Fluxo: Pi PC: PEEP: SENS: PS: FR_{set} FIO₂ SENS_{exp}

Monit. Vent: Cest RVS Drive pressure EICO₂ PaO2/FIO₂ 486 Pimax Pemin

Monit. Vent: Cest RVS Drive pressure EICO₂ PaO2/FIO₂ Pimax Pemin

CD: FISIOTERAPIA RESPIRATORIA FISIOTERAPIA MOTORA

CD: FISIOTERAPIA RESPIRATORIA FISIOTERAPIA MOTORA

THB Asp TEP passiva TEP ativa RPPI Apoio à IOT Ajustes VM Tit. O2

THB Asp TEP passiva TEP ativa RPPI Apoio à IOT Ajustes VM Tit. O2

Cinesioterapia: Passiva Ativo-assistida Ativa Resistida
 () SL () SBL () ORT. () SP () SENT/LEVA () ME () DEA

Cinesioterapia: Passiva Ativo-assistida Ativa Resistida
 () SL () SBL () ORT. () SP () SENT/LEVA () ME () DEA

OBS: Fisioterapeuta CREFITO

OBS: Fisioterapeuta CREFITO

HORA: 4 FC bpm FR lpm PA PAM mmHg SpO2 % T °C

EXAMES REALIZADOS NO DIA

REAVALIAÇÃO TARDE: Paciente evoluiu satisfatoriamente com 12ms/10T de oxigênio, com 24% de saturação.

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

AP: SPO2 de 20% a 100%

RAO X

VMI: MODO: VT60 VM: Fluxo: Pi PC: PEEP: SENS: PS: FR_{set} FIO₂ SENS_{exp}

OUTROS: Pioria = 21%

Monit. Vent: Cest RVS Drive pressure EICO₂ PaO2/FIO₂ Pimax Pemin

SEMI-ENVERGADURA: 66 Hprod. 1,78 P_{res} 73,47 VT_{lim} 204 441 593

CD: FISIOTERAPIA RESPIRATORIA FISIOTERAPIA MOTORA

AVALIAÇÃO FUNCIONAL - INTENSIVE CARE UNIT MOBILITY SCORE (IMS)

THB Asp TEP passiva TEP ativa RPPI Apoio à IOT Ajustes VM Tit. O2

AVALIAÇÃO DA FORÇA MUSCULAR PERIFÉRICA - MRC

Cinesioterapia: Passiva Ativo-assistida Ativa Resistida
 () SL () SBL () ORT. () SP () SENT/LEVA () ME () DEA

SCORE DIÁRIO MRC	GRAUS DE FORÇA MUSCULAR	MANHÃ	TARDE	NOITE
ABDUÇÃO DO OMBRO	0-Sem contração visível	MMOS	MMOS	MMOS
FLEXÃO DO COTOVELO	1-contratação visível sem movimento do seg.			
EXTENSÃO DE PUNHO	2-Mov. Ativo sem vencer a gravidade	MRC	MRC	MRC
FLEXÃO DO QUADRIL	3-Movimento ativo contra a gravidade			
EXTENSÃO DO JOELHO	4-Mov. ativo contra a gravidade e resist	TOTAL	TOTAL	TOTAL
DORSIFLEXÃO TORNZO	5-Força normal			

OBS: Fisioterapeuta CREFITO

FICHA DE EVOLUÇÃO FISIOTERAPIA UTI ADULTO

HORA: M FC 122 bpm FR 18 lpm PA 88x73 PAM (mmHg) SpO2 % T °C HORA: N FC bpm FR lpm PA PAM (mmHg) SpO2 % T °C
 REAVALIAÇÃO MANHÃ: Pd. grave, estável, intubado, ventilando em RV, sob sedação com melh, pa sem precedido, atendendo solicitação prescricao, qsmoventia, satisfatoria, Kx regular, sedação, melhora, inicio de manuseio
 REAVALIAÇÃO NOITE: Pd. grave, estável, intubado, VEC/O por cateter nasal, lucido, colorado, bom, sem sinais de desconforto respiratório, fonec produzida e eficaz, repouso diário, semite no final da tarde.

AP: MVA e rones discretos AP: MVA e rones discretos
 VMI: MODO: VTe=600VM Fluxo: P: PC: 14 PEEP: 5 VMI: MODO: VTe VM Fluxo: P: PC: PEEP
 Tr: IE SENS_{exp} PS FR_{tot} FIO₂ Sers_{exp}

Monit. Vent: Cest RVS Drive pressure EICO₂ PaO₂/FIO₂ Pimax Pemax Monit. Vent: Cest RVS Drive pressure EICO₂ PaO₂/FIO₂ Pimax Pemax

CD: FISIOTERAPIA RESPIRATORIA FISIOTERAPIA MOTORA

THB Asp TEP passiva TEP ativa RPPI Auxilio à IOT Ajustes VM Tr: O2
 Ajuste de Cuff MRA TMV Carga Sêries RCP Troca de filtro Transporte intra
 Desmame TRE Tubo T: (PSV) Tempo Cuff Leak test () Extubação Hora
 VNI Tipo Tempo IPAP EPAP Monitorização Ventilatória EENM

Cinesioterapia: () Passiva () Ativo-assistida () Ativa () Resistido () SBL () SBL () ORT () SP () SENT/LEVA () ME () DEA
 Fisioterapeuta/CREFITO 25219-F

OBS: Fisioterapeuta/CREFITO

HORA: T FC bpm FR lpm PA PAM (mmHg) SpO2 % T °C

REAVALIAÇÃO TARDE: Pd. estável, apesar de períodos de sonolência, acordia, atende solicitação gaso satisfatória, Hb, pte consentido de desresacação, bom pte de fluxo no pulmão. Realiza TRE e extubação sem intercomínios de 13h

EXAMES REALIZADOS NO DIA

EXAME	DATA	HORA	RESULTADO
GASO:		PH	PaCO2 PaO2 HCO3 SE
GASO:		PH	PaCO2 PaO2 HCO3 SE
GASO:		PH	PaCO2 PaO2 HCO3 SE

RAIO X OUTROS

AP: MVA e rones AP: MVA e rones
 VMI: MODO: VTe VM Fluxo: P: PC: PEEP VMI: MODO: VTe VM Fluxo: P: PC: PEEP
 Tr: IE SENS_{exp} PS FR_{tot} FIO₂ Sers_{exp}

Monit. Vent: Cest RVS Drive pressure EICO₂ PaO₂/FIO₂ Pimax Pemax

CD: FISIOTERAPIA RESPIRATORIA FISIOTERAPIA MOTORA

THB Asp TEP passiva TEP ativa RPPI Auxilio à IOT Ajustes VM Tr: O2
 Ajuste de Cuff MRA TMV Carga Sêries RCP Troca de filtro Transporte intra
 Desmame TRE Tubo T: (PSV) Tempo 1h Cuff Leak test () Extubação Hora 13h
 VNI Tipo Tempo IPAP EPAP Monitorização Ventilatória EENM

Cinesioterapia: () Passiva () Ativo-assistida () Ativa () Resistido () SBL () SBL () ORT () SP () SENT/LEVA () ME () DEA
 Fisioterapeuta/CREFITO 25219-F

OBS: Deixa em O por cateter nasal Fisioterapeuta/CREFITO

AVILIAÇÃO FUNCIONAL - INTENSIVE CARE UNIT MOBILITY SCORE (IM5)

MANHÃ	TARDE	NOITE

AVILIAÇÃO DA FORÇA MUSCULAR PERIFÉRICA - MRC

SCORE DIÁRIO MRC	GRAUS DE FORÇA MUSCULAR	MANHÃ	TARDE	NOITE
ABDUÇÃO DO OMBRO	0-Sem contração visível	MM5S	MM5S	MM5S
FLEXÃO DO COTOVELO	1-contratação visível sem movimento do seg.	MMI	MMI	MMI
EXTENSÃO DE PUNHO	2-Mov. Ativo sem vencer a gravidade			
FLEXÃO DO QUADRIL	3-Movimento ativo contra a gravidade			
EXTENSÃO DO JOELHO	4-Mov. ativo contra a gravidade e resist.	TOTAL	TOTAL	TOTAL
DORSIFLEXÃO TORNOZ	5-Força normal			

FICHA DE EVOLUÇÃO - FISIOTERAPIA - UTR ADULTO

HORA: M FC 49 bpm FR 18 ipm PA 111x70 PAM 110 mmHg SpO2 98% T 36.5 °C

REAValiação MANHÃ: Paciente em EGR, consciente e orientado, a.o.
 Análise + Posição VEIO₂ (cateter nasal - 3l/min) sem sinais de desconforto ventilatório, tosse - fígua e expectoração +.

11 JUL 2019

AP: MU + em RA
 MODO: VM: VTe VM Fluxo: Pi PC: PEEP
 Ti IE SENS_{MAP} PS FR_{exp} FIO₂ Sens_{exp}

Monit. Vent: Cest: RVS Drive pressure EICO₂ PaO2/FIO₂ Pimax Pmax

CD: FISIOTERAPIA RESPIRATORIA FISIOTERAPIA MOTORA
 THB Asp. TEP passiva TEP ativa RPP1 Auxílio à IOT Ajustes VM Ti O2
 Ajuste de Cuff MRA TMV Carga: Séries RCP Troca de filtro Transporte intra.
 Desmame TRE Tubo T () PSV () Tempo Cuff Leak test () Extubação Hora.
 VNI Tipo Tempo IPAP EPAP Monitorização Ventilatória EENM

Cinesioterapia: () Passiva () Ativo-assistida () Ativa () Resistida
 () SL () SBL () ORT. () JSP () SENT/LEVA () ME () IDEA

OBS: Fisioterapeuta/CREFITO

HORA: FC bpm FR ipm PA PAM mmHg SpO2 % T °C

REAValiação TARDE:

AP:

VM: MODO: VM: VTe VM Fluxo: Pi PC: PEEP
 Ti IE SENS_{MAP} PS FR_{exp} FIO₂ Sens_{exp}

Monit. Vent: Cest: RVS Drive pressure EICO₂ PaO2/FIO₂ Pimax Pmax

CD: FISIOTERAPIA RESPIRATORIA FISIOTERAPIA MOTORA
 THB Asp. TEP passiva TEP ativa RPP1 Auxílio à IOT Ajustes VM Ti O2
 Ajuste de Cuff MRA TMV Carga: Séries RCP Troca de filtro Transporte intra.
 Desmame TRE Tubo T () PSV () Tempo Cuff Leak test () Extubação Hora.
 VNI Tipo Tempo IPAP EPAP Monitorização Ventilatória EENM

Cinesioterapia: () Passiva () Ativo-assistida () Ativa () Resistida
 () SL () SBL () ORT. () JSP () SENT/LEVA () ME () IDEA

OBS: Fisioterapeuta/CREFITO

HORA: FC bpm FR ipm PA PAM mmHg SpO2 % T °C

REAValiação NOITE:

AP:

Monit. Vent: Cest: RVS Drive pressure EICO₂ PaO2/FIO₂ Pimax Pmax

CD: FISIOTERAPIA RESPIRATORIA FISIOTERAPIA MOTORA
 THB Asp. TEP passiva TEP ativa RPP1 Auxílio à IOT Ajustes VM Ti O2
 Ajuste de Cuff MRA TMV Carga: Séries RCP Troca de filtro Transporte intra.
 Desmame TRE Tubo T () PSV () Tempo Cuff Leak test () Extubação Hora.
 VNI Tipo Tempo IPAP EPAP Monitorização Ventilatória EENM

Cinesioterapia: () Passiva () Ativo-assistida () Ativa () Resistida
 () SL () SBL () ORT. () JSP () SENT/LEVA () ME () IDEA

OBS: Fisioterapeuta/CREFITO

EXAMES REALIZADOS NO DIA

EXAME	DATA	HORA	RESULTADO
GASO ₂ Fi	02/01/19	10:28	PH: 7,35 PaCO ₂ : 43 PaO ₂ : 806 HCO ₃ : 29,3 BE: 5,9
GASO ₂ :			PH: PaCO ₂ : PaO ₂ : HCO ₃ : BE:
GASO ₂ :			PH: PaCO ₂ : PaO ₂ : HCO ₃ : BE:

RAIO X

OUTROS:

SEMI-ENVERGADURA 26 Hpred.: 1,78 P_{RES}: 73,47 VT_{cor}: 294 441 563

AVALIAÇÃO FUNCIONAL - INTENSIVE CARE UNIT MOBILITY SCORE (IMS)

MANHÃ TARDE NOITE

SCORE DIÁRIO MRC GRAUS DE FORÇA MUSCULAR

	MANHÃ	TARDE	NOITE
ABDUÇÃO DO OMBRO	0-Sem contração visível	MMS:	MMS:
FLEXÃO DO COTOVELO	1-contracção visível sem movimento do seg	MMS:	MMS:
EXTENSÃO DE PUNHO	2-Mov. Ativo sem vencer a gravidade	MMS:	MMS:
FLEXÃO DO QUADRIL	3-Movimento ativo contra a gravidade	TOTAL:	TOTAL:
EXTENSÃO DO JOELHO	4-Mov. ativo contra a gravidade e resist	TOTAL:	TOTAL:
DORSIFLEXÃO TORNÓZ.	5-Força normal		

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

8.2
OK
OK

DIAGNÓSTICO
Rp. Plots Tibial (D)

Paciente: Josmar Pereira Costa 26 Alojamento: _____ Leito: _____ Convênio: _____

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
06/01	1. Dieta Livre.	CS	
	2. SRL 1500ml EV/24h	500 500 500	
	3. Dipirona 02ML+ AD EV 06/06h	18 24 06	Beb.ável, sf distúrbios.
	4. Tilatil 20mg + AD EV 12/12h	18 06	Sf exames, dgs exames de dor na região.
	5. Orneprazol 40mg EV/jejum, d. 9, VO.	(CS) 4	Dimen (+) Esc (+)
	6. Tramal 100mg - 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN		
	7. Nausebron 01 FA + AD EV 8/8h SN		
	8. Clexane 40mg 5C/dia	18	
	9. SSW + CCGG	CS	cd: vom
	10. Nutrição de suporte 2/2L	CS	- Aguarda cirurgia e dieta Humana
	11. Aspirina 100 + 100ml SF 0,9% EV 12/12h	18 06	
	12. Curva Tensional	CS	



FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

fx Plats km d (D)

Paciente Josman Pereira Alojamento _____ Leito _____ Convênio _____

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
29/12	Dieta livre SRL 500ml EV 8h Dipirona 500mg + AD EV 6h Dclotif 20mg + AD EV 12h Toragasic 30mg + AD EV 12h - S Ondansetron 20mg VO qn Teste cutâneo positivo m/d		Admissão Et 17h de acidente de moto há ± 2h de dor + imobilidade em joelho (D) Nega alergias
	Internação após liberação da Cir. Gênes		Cd: Externo p/ tratamento cirúrgico VPM Exames pré-op

Hallison Barros de Almeida
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM - PB 9562



Nome do Paciente <i>Josmar Diniz Costa</i>		Nº Prontuário	
Data da Operação <i>21/01/99</i>	Enf.	Leito	
Operador - <i>Dr. Fábio Sp</i>		1º Auxiliar <i>Dr. Everton (man)</i>	
2º Auxiliar <i>Dr. Everton (man)</i>	3º Auxiliar	Instrumentador <i>Gleyson</i>	
Anestesia	Tipo de Anestesia		
Diagnóstico Pré-Operatório <i>Fr. Plata Tibial (D)</i>			
Tipo de Operação <i>Osteossíntese</i>			
Diagnóstico Pós-Operatório <i>D. normal</i>			
Relatório Imediato da Patologia			
Exame Radiológico no Ato <i>S.N.</i>			
Acidente Durante a Operação <i>N.S.</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 + Gesso Estéril.
- 3) Incisão em fecho vertical medial a antero-lateral de fêmur (D) + Dissecção por planos + Hemostasia.
- 4) Medida exata de osso.
- 5) Osteossíntese 4 placas (2) com "L" + parafusos sob escopião.
- 6) Lavagem de fô com água.
- 7) fechamento por planos.
- 8) curativo.



[Handwritten signature]



MINISTERIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



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

DETRAN - PB
 REGISTRADO DE SEGURO E RENOVAMENTO DE VEÍCULO
 Nº 01448165552
 20190119083083
 0101746494-4 00/00000000 4018

HYLLKER BARBOSA SILVA
 PLACA: PMN2270/PB
 10581463498
 PMN2270 SP 9C2K1680ER504389

VEÍCULO
 10581463498
 9C2K1680ER504389
 2011

TIPO DE VEÍCULO
 2 2/149 /CI
 90/80/0600
 1º

SEGURO
 P A G O 3D/11/2018
 DATA DE PAGAMENTO

SEM RESERVA DE DOMÍNIO
 0

CAMPINA GRANDE - RJ
 33375
 DATA: 24/01/2019
 89418

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS
 AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
 TRANSPORTADAS EM ADO - 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 0600 032 1204

VEÍCULO
 1 70581463498
 9C2K1680ER504389
 2011

PREMIO TARIFÁRIO
 9
 9C2K1680ER504389

SEGURO
 P A G O 30/11/2018
 DATA DE QUANTIAÇÃO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
 CNPJ 09.242.000/0001-04
 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 - OSTEOSSÍNTESE 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 DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 31-07-2019

IDENTIDADE 336 2988

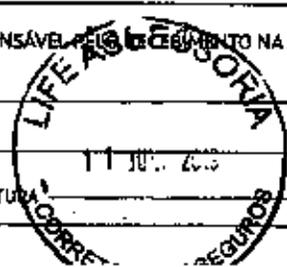
ASSINATURA Josman Pereira Costa

RESPONSÁVEL PELO PAGAMENTO NA SEGURADORA

DATA _____

NOME _____

ASSINATURA _____



Solicitação de Reanálise

Solicito que seja reanalisado o meu sinistro com número de Ac 3590/483689, sem novidade de não concordar com o valor pago, de acordo com a tabela de invalidez utilizado para indenizações de seguro T-VAT, fratura não consolidada de uma perna e indenizada em R\$ 375,00; paralisção total de um joelho R\$ 9.400,00, surdez total incurável de um ouvido R\$ 9.400,00, e mais a sequelas de T.E.E. e grau moderado, com comprometimento funcional.

Envio os exames médicos e exames de imagem que comprovam a existência dos sequelas informados, sem caso de dúbido, favor agendar perícia médica, pois a avaliação do perito médico do seguradora líder não conseguiu ver junto quanto a minha debilidade definitiva.

Por favor, analisem mais detalhadamente.

Muito obrigado pela sua atenção.

José Maria 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 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