

---

**Rio de Janeiro, 14 de Fevereiro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190129218**

**Vítima: JOAO BATISTA DOS SANTOS**

**Data do Acidente: 05/11/2017**

**Cobertura: INVALIDEZ**

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

**Senhor(a), JOAO BATISTA DOS SANTOS**

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, 14 de Fevereiro de 2019**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190129218**

**Vítima: JOAO BATISTA DOS SANTOS**

**Data do Acidente: 05/11/2017**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), JOAO BATISTA DOS SANTOS**

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

Declaração do Proprietário do Veículo não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

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, 13 de Agosto de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190129218**

**Vítima: JOAO BATISTA DOS SANTOS**

**Data do Acidente: 05/11/2017**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

**Senhor(a), JOAO BATISTA DOS SANTOS**

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento de oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

|                                                                                                                               |                                      |                                                            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| Nº do sinistro ou ASL:<br><b>0054766/19</b>                                                                                   | CPF da vítima:<br><b>07547883427</b> | Nome completo da vítima:<br><b>João Batista dos Santos</b> |
| REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA ANUAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012 |                                      |                                                            |
| Nome completo:<br><b>João Batista dos Santos</b>                                                                              |                                      | CPF:<br><b>07547883427</b>                                 |
| Profissão:<br><b>Agricultor</b>                                                                                               | Endereço:<br><b>Rua do Açude</b>     | Número:<br><b>81</b>                                       |
| Bairro:<br><b>Bento</b>                                                                                                       | Cidade:<br><b>Pilar</b>              | Estado:<br><b>PB</b>                                       |
| E-mail:                                                                                                                       |                                      | CEP:<br><b>58339-000</b>                                   |
|                                                                                                                               |                                      | Tel (DDD):<br><b>98642 8149</b>                            |

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

**RENDA MENSAL:**

|                                          |                                                      |                                                      |                                                       |
|------------------------------------------|------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input checked="" type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00  | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA       | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00        |

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

|                                                                                                               |                                                                   |                                                                  |                                |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> <b>CONTA POUPANÇA</b> (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) |                                                                   | <input type="checkbox"/> <b>CONTA CORRENTE</b> (Todos os bancos) |                                |
| Nome do BANCO: _____                                                                                          |                                                                   |                                                                  |                                |
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237)                                                                       | <input type="checkbox"/> Itaú (341)                               |                                                                  |                                |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)                                                                | <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |                                                                  |                                |
| AGÊNCIA: <b>0733</b>                                                                                          | CONTA: <b>47665</b>                                               | 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.

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

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

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

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

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

|                                                                               |                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                 |
|-------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Estado civil da vítima:                                                       | <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo | Data do óbito da vítima:                                                                        |
| Grau de Parentesco com a vítima:                                              | Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                                                                                                         | Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____                              |
| Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | Se tinha filhos, informar quantos:<br>Vivos: _____ Falecidos: _____                                                                                                                             | Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
|                                                                               |                                                                                                                                                                                                 | Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: **dos Pense 31/10/2019**

Nome: **João Batista dos Santos**

CPF: **07547883427**

**TESTEMUNHAS**

1ª | Nome: \_\_\_\_\_

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

2ª | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

**14 FEV. 2019**

Assinatura

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

**João Batista dos Santos**

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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





**Loterias CAIXA**

CAIXA ECONOMICA FEDERAL  
SAC 0800 726 0101  
OUVIDORIA 0800 725 7474  
021-514885438-0

21/JAN/2019  
HORA DE 12:31:33  
TERM: 010609

LOT: 13.011287-9  
LOCALIDADE: PILAR  
AG. VINCULADA: 0733  
CONTROLE: 006471899

DEPÓSITO EM DINHEIRO  
0733 013 00047665-7  
JOAO BATISTA DOS SANTOS

VALOR : 5,00

DEPÓSITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISÃO DO CREDITO NA CONTA E DE ATÉ 30 MINUTOS

ESTE RECIBO É VALIDO COMO COMPROVANTE DE DEPÓSITO

021-514885438-0

**Loterias CAIXA**



**CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 0283/2018**

**CERTIFICO**, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, revendo neste Cartório Policial o Livro de Registros de Ocorrências, nele encontrei o Registro n.º 0283/2018, que passamos a transcrever na íntegra: Ao(s) 5 de novembro de 2018, nesta cidade de Pilar, Estado da Paraíba e na Delegacia de Polícia Civil, quando se encontrava presente o **Dr. BRUNO ARAÚJO DA COSTA**, Delegado Polícia Civil, comigo, agente de investigaç de Polícia Civil, ao final assinado e declarado, aí, por volta das 11:01, compareceu o Sr(a). **JOAO BASTISTA DOS SANTOS**, brasileiro, união estavel, natural de Pilar/PB, nascido aos 19.06.1987, com 31 anos de idade, RG Nº 3577178 SSP/PB, CPF nº 07547883427, filho de Joao Alves dos Santos e Severina Maria dos Santos, residente na Rua do açude, s/n, serventia, Pilar/PB, telefone nº (83) 986428149. **NOTICIOU:**

***QUE, no dia 5 de novembro de 2017 o noticiante estava guiando o seu veículo de placa OFF 4003 PB CHASSI 9C2JC4110ER723855 HONDA CG 125 FAN KS preta 2014/2014 em nome de Haroldo Lourenço Santana quando na rodovia que liga Juripiranga a Pilar já próximo a ponte do rio Paraíba um veículo desconhecido bateu no noticiante que perdeu o controle do veículo e caiu ao solo vindo a se lesionar gravemente, entretanto o noticiante não deseja representar o acusado por lesão corporal no transito, mas deseja receber o seguro DPVAT, que no mesmo dia do acidente o noticiante deu entrada no hospital de Trauma em Joao Pessoa onde teve que se submeter a procedimento cirúrgico, pois no sinistro o noticiante quebrou a clavícula esquerda tendo alta hospitalar no dia 15 de novembro de 2017***

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, dou fé. Dado e passado nesta cidade de Pilar/PB, aos 5 de novembro de 2018, eu agente de investigação de Polícia Civil que digitei, assino.

*João B. dos Santos*

**JOAO BATISTA DOS SANTOS**

Noticiante

BRUNO A COSTA  
DELEGADO DE POLÍCIA





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

|                                                                                                                                |                                      |                                                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| Nº do sinistro ou ASL:<br><b>0054766119</b>                                                                                    | CPF da vítima:<br><b>07547883427</b> | Nome completo da vítima:<br><b>João Batista dos Santos</b> |
| REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012 |                                      |                                                            |
| Nome completo:<br><b>João Batista dos Santos</b>                                                                               | CPF:<br><b>07547883427</b>           |                                                            |
| Profissão:<br><b>agricultor</b>                                                                                                | Endereço:<br><b>Rua do Açude</b>     | Número:<br><b>81</b>                                       |
| Bairro:<br><b>Bento</b>                                                                                                        | Cidade:<br><b>Pilar</b>              | Estado:<br><b>PB</b>                                       |
| E-mail:                                                                                                                        |                                      | CEP:<br><b>58339-000</b>                                   |
|                                                                                                                                |                                      | Tel/(DDD):<br><b>98692 8149</b>                            |

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

**RENDA MENSAL:**

|                                          |                                                      |                                                      |                                                       |
|------------------------------------------|------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input checked="" type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00  | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA       | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00        |

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

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

|                                                |                                                                   |
|------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237)        | <input type="checkbox"/> Itaú (341)                               |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: **0733** CONTA: **47665** **7**

(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.

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

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

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

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

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

|                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorçado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo | Data do óbito da vítima: _____                                                           |
| Grau de Parentesco com a vítima: _____                                                                                                                                                                                 | Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não  |
| Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____                                                                                                                                                     |                                                                                          |
| Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                                                                                                                                          | Se tinha filhos, informar quantos: _____                                                 |
| Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                                                                                                                        | Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: **João Pessoa 31/01/2019**

Nome: **João Batista dos Santos**

CPF: **07547883427**

### TESTEMUNHAS

1ª Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

2ª Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura  
**14 FEV. 2019**  
CORRETORA DE SEGUROS

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

**João Batista dos Santos**

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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



Cruz Vermelha Brasileira

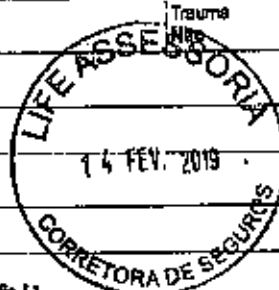
Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LEBBOA, sn - PEDRAO GONDIM - CNES: 123312 - Tel: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1039279



| Identificação do paciente                                                                                             |                                                  |                                                                      |                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| ID<br>667240                                                                                                          | Nome<br>JOAO BATISTA DOS SANTOS                  |                                                                      | Sexo<br>Masculino         |
| Data de nascimento<br>13/05/1987                                                                                      | Idade<br>30 anos 4 meses 17 dias                 | Estado civil<br>SOLTEIRO(A)                                          | Religião<br>NAO INFORMADA |
| Mãe<br>SEVERINA MARIA DOS SANTOS                                                                                      |                                                  | Pai<br>JOAO ALVES DOS SANTOS                                         |                           |
| Escolaridade<br>NAO INFORMADO                                                                                         |                                                  | Responsável (Parentesco)<br>MARIA DAS GRACAS DOS SANTOS - (IRMAO(A)) |                           |
| DDD Móvel<br>83                                                                                                       | Fone Móvel<br>986634515                          | DDD Fixo                                                             | Fone Fixo                 |
| Tipo documento<br>RG (IDENTIDADE)                                                                                     | Número documento<br>3577178                      | Nº Cns<br>180537004450002                                            |                           |
| Local de procedência<br>PILAR                                                                                         |                                                  | Tipo<br>MUNICIPIO                                                    | UF<br>PB                  |
| Etnia<br>NAO INFORMADO                                                                                                | Naturalidade<br>PILAR                            | CBOR                                                                 |                           |
| Endereço                                                                                                              |                                                  |                                                                      |                           |
| CEP<br>68336000                                                                                                       | Município de residência<br>PILAR                 | UF<br>PB                                                             | Logradouro<br>PROJETADA   |
| Número<br>3N                                                                                                          | Complemento                                      | Bairro<br>CENTRO                                                     |                           |
| Admissão                                                                                                              |                                                  |                                                                      |                           |
| Data e Hora<br>05/11/2017 12:17:42                                                                                    | Número da pulseira<br>1000006287084              | Convênio<br>SUS                                                      |                           |
| Especialidade<br>CIRURGIA GERAL                                                                                       | Clínica                                          |                                                                      |                           |
| Classificação de risco                                                                                                | Origem do paciente<br>RUA                        |                                                                      |                           |
| Caráter de atendimento                                                                                                | Motivo do atendimento<br>ACIDENTE DE MOTOCICLETA | Detalhe do acidente<br>MOTO X MOTO                                   |                           |
| Indicadores e Transporte                                                                                              |                                                  |                                                                      |                           |
| Caso policial<br>Não                                                                                                  | Plano de saúde<br>Não                            | Veio de ambulância<br>Não                                            | Trauma<br>Não             |
| Melo de transporte<br>SAMU                                                                                            | Quem transportou                                 |                                                                      |                           |
| Sinais Vitais                                                                                                         |                                                  |                                                                      |                           |
| PA<br>X mmHg                                                                                                          | Pulso                                            | Temperatura                                                          |                           |
| Exames complementares                                                                                                 |                                                  |                                                                      |                           |
| Raio X [ ]                                                                                                            | Sangue [ ]                                       | Urina [ ]                                                            | TC [ ]                    |
| Liquor [ ]                                                                                                            | ECG [ ]                                          | Ultrasonografia [ ]                                                  |                           |
| Dados clínicos<br>Gl. cor, corcavate, ouvidos b, expulsoes e / fto<br>tura de clavículas segue nos exames<br>- fto An |                                                  |                                                                      |                           |
| Diagnóstico                                                                                                           |                                                  |                                                                      | CID                       |
| Atendido por<br>PRISCILA JORGE DA SILVA                                                                               |                                                  |                                                                      | Tempo<br>01min 15seg      |



Imprimir



SEVERINA MARIA DOS SANTOS  
RUA DO ACUÍDE, 24 - CENTRO  
FLAR/PE CEP: 55233001 (40-113)

Emissão: 11/10/2018 Referência: Out/2018  
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL/RESIDENCIAL MONOFÁSICO B-200 Km25 - Cód. Redentor: 2435 Percebe/PE-CEP 55071-650  
Roteiro: 6-12-00-3010 Nº medidor: 00009824448

ENERGISA S.A. - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.  
CNPJ 09.055.113/0001-40 - Insc. Est.: 16.015.620-0  
Nota Fiscal: Contador Energia Etnica Nº 013 853 125  
Cód. para Deb. Automático: 00008144404

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

Conta referente a Apresentação Data prevista da próxima leitura CPF/CNPJ/RANI  
Out/2018 11/10/2018 12/11/2018 806.307.454-43  
Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/614460-4

Canal de contato

| Anterior      |                               | Atual      |          | Constante        | Consumo    | Dias                |
|---------------|-------------------------------|------------|----------|------------------|------------|---------------------|
| Data          | Leitura                       | Data       | Leitura  |                  |            |                     |
| 12/09/18      | 3954                          | 11/10/18   | 4023     |                  | 143        | 29                  |
| Demonstrativo |                               |            |          |                  |            |                     |
| CCI           | Descrição                     | Quantidade | Tarifa   | Valor Base Calc. | Alc. (R\$) | Base Calc. Pag(R\$) |
|               |                               |            |          |                  |            | Cálculo(R\$)        |
|               |                               |            |          |                  |            | Valor Total(R\$)    |
| 0801          | Consumo em kWh                | 143,000    | 0,905860 | 129,54           | 129,54     | 27                  |
| 0801          | Adic. B. Vermelha             |            | 10,78    | 12,78            | 27         | 3,00                |
|               | LANÇAMENTOS E SERVIÇOS        |            |          |                  |            |                     |
| 0807          | CONTRIBUIÇÃO LIM. PÚBLICA     |            | 0,43     | 0,00             | 0          | 0,00                |
| 0804          | JUROS DE MORFIA 09/2018       |            | 0,32     | 0,00             | 0          | 0,00                |
| 0805          | MULTA 08/2018                 |            | 2,48     | 0,00             | 0          | 0,00                |
| 0806          | ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 09/2018 |            | 0,22     | 0,00             | 0          | 0,00                |

CCI Código de Classificação de Item: TOTAL 146,24 - 123,45 28,72 133,82 0,48 4,12  
Média últimos meses (kWh) VENCIMENTO TOTAL A PAGAR  
159 19/10/2018 R\$ 146,24  
Histórico de Consumo (kWh)

142 | 163 | 154 | 181 | 150 | 173 | 72 | 181 | 155 | 191 | 154 | 144  
Out/17 | Nov/17 | Dez/17 | Jan/18 | Fev/18 | Mar/18 | Abr/18 | Mai/18 | Jun/18 | Jul/18 | Ago/18 | Set/18

RESERVADO AO FISCO

5f57.ab3e.558e.c3e7.2ac9.f114.3c38.44dd.

#### Indicadores de Qualidade

| Limites da ANEEL | Apurado | Limite de Tensão (V) |
|------------------|---------|----------------------|
| DC MENSAL        | 0,00    | NORMAL 220           |
| DC TRIMESTRAL    |         |                      |
| DC ANUAL         |         |                      |
| FC MENSAL        | 0,00    | CONTRATADA           |
| FC TRIMESTRAL    |         | LIMITE INFERIOR 220  |
| FC ANUAL         |         | LIMITE SUPERIOR 231  |
| CMG              | 0,00    |                      |
| OCRI             |         |                      |

| Discriminação                  | Valor (R\$)   | %             |
|--------------------------------|---------------|---------------|
| Serviço de Dist. de Energia/PE | 28,21         | 19,27         |
| Consumo de Energia             | 129,54        | 88,59         |
| Serviço de Transmissão         | 2,71          | 1,85          |
| Encargos Setoriais             | 4,89          | 3,34          |
| Impostos Diretos e Encargos    | 0,00          | 0,00          |
| Outros Serviços                | 0,00          | 0,00          |
| <b>Total</b>                   | <b>146,24</b> | <b>100,00</b> |

Valor em USD (Ref. 11/2018) 113,40,00

#### ATENÇÃO

Faturas em atraso

Resolução Tarifária - Vigência 39/2018-Res. ANEEL nº 2.429-Bras Tensão 15,41% Medo  
Resolução Tarifária - Vigência 28/2015-Res. ANEEL nº 2.425-Bras Tensão 16,75% Medo





## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE João Batista dos Santos  
DATA DE NASCIMENTO 19/06/87  
NOME DA MÃE severina Maria dos Santos

### DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º 105239  
BOLETIM DE ENTRADA N.º 1039279  
DATA DO ATENDIMENTO 05/11/17  
HORA DO ATENDIMENTO 12:17  
MOTIVO DO ATENDIMENTO Acidente de moto  
DIAGNÓSTICO (S) Fratura da clavícula esquerda  
CID 10 S42.0

### AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de acidente de moto, alcoolizado, com queixa de dor em clavícula esquerda, sem outras queixas. Avaliado pela Traumatologia e internado para tratamento cirúrgico.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX tórax, clavícula E.

### RESULTADOS DOS EXAMES:

RX: fratura de clavícula E.

### TRATAMENTO:

Tratamento cirúrgico de fratura da clavícula E.

ALTA HOSPITALAR: 15/11/17  
DATA DA EMISSÃO: 19/02/17



Dr. Juan Jaime Alcoba Arce  
CRM: 3323/PB

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

ate



Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



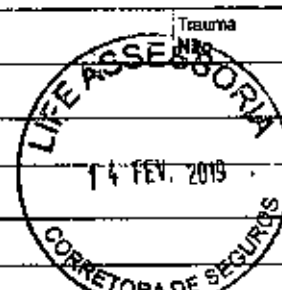
GOVERNO  
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, 50 - PEDRO GONDIM - CNES: 129312 - Tel: 8332196700

Boletim de Atendimento: 1039279



|                                                                                                                                 |                                                                    |                                    |                           |                      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|------------------------------------|---------------------------|----------------------|
| <b>Identificação do paciente</b>                                                                                                |                                                                    |                                    |                           |                      |
| ID<br>867246                                                                                                                    | Nome<br>JOAO BATISTA DOS SANTOS                                    |                                    |                           | Sexo<br>Masculino    |
| Data do nascimento<br>19/06/1987                                                                                                | Idade<br>30 anos 4 meses 17 dias                                   | Estado civil<br>SOLTEIRO(A)        | Religião<br>NAO INFORMADA | Profissão            |
| Mãe<br>SEVERINA MARIA DOS SANTOS                                                                                                | Pai<br>JOAO ALVES DOS SANTOS                                       |                                    |                           |                      |
| Escolaridade<br>NAO INFORMADO                                                                                                   | Responsável (Parentesco)<br>MARIA DAS GRACAS DOS SANTOS - IRMAO(A) |                                    |                           |                      |
| DDD Móvel<br>83                                                                                                                 | Fone Móvel<br>985634518                                            | DDD Fixo                           | Fone Fixo                 |                      |
| Tipo documento<br>RG (IDENTIDADE)                                                                                               | Número documento<br>3677178                                        | Nº Cns<br>16063700446002           |                           |                      |
| Local de procedência<br>PILAR                                                                                                   | Tipo<br>MUNICIPIO                                                  |                                    | UF<br>PB                  |                      |
| E-mail<br>NAO INFORMADO                                                                                                         | Naturalidade<br>PILAR                                              | CBO/R                              |                           |                      |
| <b>Endereço</b>                                                                                                                 |                                                                    |                                    |                           |                      |
| CEP<br>56338000                                                                                                                 | Município de residência<br>PILAR                                   | UF<br>PB                           | Logradouro<br>PROJETADA   |                      |
| Número<br>5N                                                                                                                    | Complemento                                                        | Bairro<br>CENTRO                   |                           |                      |
| <b>Admissão</b>                                                                                                                 |                                                                    |                                    |                           |                      |
| Data e Hora<br>05/11/2017 12:17:42                                                                                              | Número da pulseira<br>1000006287084                                | Convênio<br>SUS                    |                           |                      |
| Especialidade<br>CIRURGIA GERAL                                                                                                 | Clínica                                                            |                                    |                           |                      |
| Classificação de risco                                                                                                          | Origem do paciente<br>RUA                                          |                                    |                           |                      |
| Caráter de atendimento                                                                                                          | Motivo do atendimento<br>ACIDENTE DE MOTOCICLETA                   | Detalhe do acidente<br>MOTO X MOTO |                           |                      |
| <b>Indicadores e Transporte</b>                                                                                                 |                                                                    |                                    |                           |                      |
| Caso policial<br>Não                                                                                                            | Plano de saúde<br>Não                                              | Veio de ambulância<br>Não          | Trauma<br>Não             |                      |
| Meio de transporte<br>SAMU                                                                                                      | Quem transportou                                                   |                                    |                           |                      |
| <b>Sinais Vitais</b>                                                                                                            |                                                                    |                                    |                           |                      |
| PA<br>_____ X _____ mmHg                                                                                                        | Pulso                                                              | Temperatura                        |                           |                      |
| <b>Exames complementares</b>                                                                                                    |                                                                    |                                    |                           |                      |
| Raio X [ ]                                                                                                                      | Sangue [ ]                                                         | Urina [ ]                          | TC [ ]                    | Líquor [ ]           |
| ECG [ ]                                                                                                                         |                                                                    |                                    |                           |                      |
| Ultrasonografia [ ]                                                                                                             |                                                                    |                                    |                           |                      |
| Dados clínicos<br><p>Gl - cor, consistente, ouvidos, expulso e / fio<br/> tubo de clareamento segue nos canais<br/> u f o a</p> |                                                                    |                                    |                           |                      |
| Diagnóstico                                                                                                                     |                                                                    |                                    |                           | CD                   |
| Atendido por<br>PRISCILA JORGE DA SILVA                                                                                         |                                                                    |                                    |                           | Tempo<br>01min 15seg |



Imprimir

**HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR H. LUCENA**  
Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB. 58031090  
Tel: 32155700  
CNES:

|                                                       |                                          |                                                    |                                                 |                                              |
|-------------------------------------------------------|------------------------------------------|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| Paciente<br><b>JOAO BATISTA DOS SANTOS</b>            |                                          | BAE<br><b>1039279</b>                              | Data/Hora Entrada<br><b>05/11/2017 12:17:42</b> | Data Baixa                                   |
| Data de nascimento<br><b>19/06/1987</b>               | Idade<br><b>30</b>                       | Sexo<br><b>Masculino</b>                           | CNS<br><b>160627004450002</b>                   | Telefone de Contato<br><b>(83) 986634518</b> |
| Mãe<br><b>SEVERINA MARIA DOS SANTOS</b>               |                                          | Prontuário                                         |                                                 |                                              |
| Endereço<br><b>PROJETADA, SN</b>                      |                                          | Bairro<br><b>CENTRO</b>                            | Município<br><b>PILAR</b>                       | UF<br><b>PB</b>                              |
| Acidente<br><b>MOTO X MOTO</b>                        | Motivo<br><b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b> | Profissão<br><b>EDUARDO MOTTA BRAGA</b>            | Nº Cons. Regional<br><b>7253/PB</b>             |                                              |
| Data/Hora Classificação<br><b>05/11/2017 12:17:42</b> |                                          | Data/Hora Prescrição<br><b>05/11/2017 12:26:47</b> |                                                 |                                              |
| Sistema<br><b>SUS</b>                                 |                                          | Nº Matrícula                                       | Senha                                           |                                              |

## Anamnese

queda de moto, alcoolizado  
em tempo lucido e orientado referindo dor em clavícula esquerda

BEG, EUPNEICO, CORADO  
AR: SEM ALTERAÇÕES A AUSCULTA. DOR A PALPAÇÃO CLAVÍCULA ESQUERDA. PERCEBIDO PROEMINENCIA OSSEA NESTA TOPOGRAFIA  
ABD: NDN

CD: RX TORAX  
PARECER ORTOPEDIA

## EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)

RADIOGRAFIA DE CLAVICULA ESQUERDA

## CID10

| Código | Descrição                    |
|--------|------------------------------|
| T14.9  | Traumatismo não especificado |



## Conduta

Em observação

EDUARDO MOTTA BRAGA  
(7253-793)

JOAO BATISTA DOS SANTOS



HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA  
Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32165700  
CNES:

|                                                      |                                          |                                                        |                                                    |                                              |
|------------------------------------------------------|------------------------------------------|--------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| Paciente<br><b>JOAO BATISTA DOS SANTOS</b>           |                                          | BAE<br><b>1039278</b>                                  | Data/Hora Entrada<br><b>05/11/2017 12:17:42</b>    | Data Baixa                                   |
| Data de nascimento<br><b>19/08/1987</b>              | Idade<br><b>30</b>                       | Sexo<br><b>Masculino</b>                               | CNS<br><b>160537004450002</b>                      | Telefone de Contato<br><b>(83) 988634518</b> |
| Mãe<br><b>SEVERINA MARIA DOS SANTOS</b>              |                                          |                                                        |                                                    | Prontuário                                   |
| Endereço<br><b>PROJETADA, SN</b>                     |                                          | Bairro<br><b>CENTRO</b>                                | Município<br><b>PILAR</b>                          | UF<br><b>PB</b>                              |
| Acidente<br><b>MOTO X MOTO</b>                       | Motivo<br><b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b> | Profissional<br><b>BRICIO KELTON BARBOSA GOLCALVES</b> |                                                    | Nº Cons. Regional<br><b>7654/PB</b>          |
| Data/Hora Classificação<br><b>3/11/2017 12:17:42</b> |                                          |                                                        | Data/Hora Prescrição<br><b>05/11/2017 15:03:41</b> |                                              |
| Convênio<br><b>SUS</b>                               |                                          | Nº Matrícula                                           |                                                    | Senha                                        |

### Anamnese

ptde tb se queixa de dor em borda ulnar de mão esquerda  
cdt: rx

### EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE DEDOS DA MAO ESQUERDA

### Conduta

Em observação

BRICIO KELTON BARBOSA GOLCALVES  
(7654/PB)

JOAO BATISTA DOS SANTOS



**HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA**  
 Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090  
 Tel: 32165700  
 CNES:

|                                               |                                   |                                                 |                                          |                                       |
|-----------------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------------------|------------------------------------------|---------------------------------------|
| Paciente<br><b>JOAO BATISTA DOS SANTOS</b>    |                                   | BAE<br>1039279                                  | Data/Hora Entrada<br>05/11/2017 12:17:42 | Data Baixa                            |
| Data de nascimento<br>19/06/1987              | Idade<br>30                       | Sexo<br>Masculino                               | CNS<br>180537004450002                   | Telefone de Contato<br>(83) 986634518 |
| Mãe<br><b>SEVERINA MARIA DOS SANTOS</b>       |                                   |                                                 |                                          | Prontuário                            |
| Endereço<br>PROJETADA, SN                     |                                   | Bairro<br>CENTRO                                | Município<br>PILAR                       | UF<br>PB                              |
| Acidente<br>MOTO X MOTO                       | Motivo<br>ACIDENTE DE MOTOCICLETA | Profissional<br>BRICIO KELTON BARBOSA GOLCALVES | Nº Cons. Regional<br>7664/PB             |                                       |
| Data/Hora Classificação<br>7/11/2017 12:17:42 |                                   | Data/Hora Prescrição<br>05/11/2017 14:48:24     |                                          |                                       |
| Convênio<br>SUS                               | Nº Matrícula                      |                                                 |                                          | Senha                                 |

### Anamnese

queda da moto as 11h de h. alcoolizado  
 em tempo lucido e orientado referindo dor em clavícula esquerda

ef:otorragia a esquerda  
 dor + crepitação em clavícula esquerda  
 rx: fratura cominutiva 1/3 médio clavícula esquerda

cdt: internamento para procedimento cirurgico em clavícula  
 guarda alta da cirurgia geral  
 solicito avaliação da neurocirurgia

### DIETA

DIETA LIVRE, VIA ORAL

### MEDICAÇÃO

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

Diluir

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 6/6H

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

Diluir

ONDANSETRONA 8MG/4ML (AMPOLA 4ML), ADMINISTRAR 8,0 MG VIA E.V., 8/8H, SE NECESSÁRIO SE NAUSEAS (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 24,0)

CAPTAPRIL 25 MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 1,0 COMPRIMIDO VIA ORAL, AGORA, (OBSERVAÇÕES: SE PAS > 160 OU PAD > 110 ; AVISAR PLANTONISTA DE PAS > 200)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 2000,0 ML VIA E.V., 24H, 0,0 (MGTSM)

OMEPRAZOL 20MG CÁPSULA, ADMINISTRAR 2,0 CÁPSULA VIA ORAL, 1X AO DIA, (OBSERVAÇÕES: EM JEJUM, PELA MANHÃ)

GLICOSE 50% (AMPOLA) - SOLUÇÃO, ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., AGORA, 0,0 (MGTSM) (OBSERVAÇÕES: SE NGT > 80)



*[Handwritten signature]*  
 36 de fevereiro  
 1987. 9595

**SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML). ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V, 8/8H, 0.0 (MGTSM)**

**Driver**

**TRAMADOL 50MG/ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 8/8H, SE NECESSÁRIO SE DOR INTENSA  
(DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 6,0)**

**SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V, 12/12H, 0,0 (MGTSM)**

**idur**

**CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., 12/12H**

## CUIDADOS

CURATIVO, (OBSERVAÇÕES: DIÁRIO)

SSVV + CCGG

10) Tip die Simpler an USB

## EXAME LABORATORIAL

Rx med example

## HEMOGRAMA

## **CAGULOGRAMA COMPLETO**

**CD10**

| Código | Descrição            |
|--------|----------------------|
| S22.0  | Fratura de clavícula |

João Fernandes Galiza  
 Rua da Joazeiro  
 1000-000  
 C.M. 1100-7.9595

## Conduta

### Internar Paciente

**BRICIO KELTON BARBOSA GOLCALVES**  
(7654/PB)

**JOAO BATISTA DOS SANTOS**

1986  
 3027.8595





**HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA**  
**Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090**  
**Tel: 32165700**  
**CNES:**

|                                                      |                                          |                                                      |                                                    |                                              |
|------------------------------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| Paciente<br><b>JOAO BATISTA DOS SANTOS</b>           |                                          | BAE<br><b>1039279</b>                                | Data/Hora Entrada<br><b>05/11/2017 12:17:42</b>    | Data Baixa                                   |
| Data de nascimento<br><b>19/08/1987</b>              | Idade<br><b>30</b>                       | Sexo<br><b>Masculino</b>                             | CNS<br><b>160537004450002</b>                      | Telefone de Contato<br><b>(83) 988634518</b> |
| Mãe<br><b>SEVERINA MARIA DOS SANTOS</b>              |                                          |                                                      |                                                    | Prontuário                                   |
| Endereço<br><b>PROJETADA, SN</b>                     |                                          | Bairro<br><b>CENTRO</b>                              | Município<br><b>PILAR</b>                          | UF<br><b>PB</b>                              |
| Acidente<br><b>MOTO X MOTO</b>                       | Motivo<br><b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b> | Profissional<br><b>RICARDO RODRIGUES DE CARVALHO</b> | Nº Cons. Regional<br><b>6628/PB</b>                |                                              |
| Data/Hora Classificação<br><b>11/1/2017 12:17:42</b> |                                          |                                                      | Data/Hora Prescrição<br><b>05/11/2017 18:26:14</b> |                                              |
| Convênio<br><b>SAUS</b>                              |                                          | Nº Matrícula                                         |                                                    | Senha                                        |

### Anamnese

QUEDA DE MOTO; OTORRAGIA

GLASGOW 15

FEZ TOMOGRAFIA DE CRÂNIO SEM ANORMALIDADES

CD: LIBERO PARA ORTOPEDIA

Dados coletados anteriormente ☐ utilizar na Impressão?

### Conduta

Em observação

RICARDO RODRIGUES DE CARVALHO  
(6628/PB)

JOAO BATISTA DOS SANTOS





HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA  
Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32165700  
CNES:

|                                                |             |                                             |                                          |                                        |
|------------------------------------------------|-------------|---------------------------------------------|------------------------------------------|----------------------------------------|
| Paciente<br><b>JOAO BATISTA DOS SANTOS</b>     |             | BAE<br>1009279                              | Data/Hora Entrada<br>08/11/2017 12:17:42 | Dose Balço                             |
| Data de nascimento<br>1906/1987                | Idade<br>30 | Sexo<br>Masculino                           | CNS<br>180537004450042                   | Telefone do Centário<br>(83) 989634518 |
| Mãe<br><b>SEVERINA MARIA DOS SANTOS</b>        |             | Prontuário                                  |                                          |                                        |
| Endereço<br><b>PROJETADA, SN</b>               |             | Bairro<br><b>CENTRO</b>                     | Município<br><b>PILAR</b>                | UF<br><b>PB</b>                        |
| Acidente<br><b>MOTO X MOTO</b>                 |             | Motivo<br><b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>    |                                          | Nº Cons. Regional<br><b>8628/PB</b>    |
| Data/Hora Classificação<br>08/11/2017 12:17:42 |             | Data/Hora Prescrição<br>08/11/2017 17:22:40 |                                          |                                        |
| Convênio<br><b>SUS</b>                         |             | Nº Matrícula                                | Senha                                    |                                        |

**anamnese**

QUEDA DE MOTO: OTORRAGIA

ASGOW 15

ICD: TOMOGRAFIA DE CRÂNIO

**EXAME DE IMAGEM**

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO

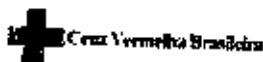
**Conduta**

Em observação

RICARDO RODRIGUES DE CARVALHO  
(8628/PB)

JOAO BATISTA DOS SANTOS





Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAIBA

HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA  
Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031080  
Tel: 32165700  
CNES:

|                                                       |                                          |                                                        |                                              |
|-------------------------------------------------------|------------------------------------------|--------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| Paciente<br><b>JOAO BATISTA DOS SANTOS</b>            | RAE<br><b>1039279</b>                    | Data/Hora Entrada<br><b>05/11/2017 12:17:43</b>        | Data Saída                                   |
| Data de nascimento<br><b>19/06/1987</b>               | Idade<br><b>30</b>                       | Sexo<br><b>Masculino</b>                               | CNS<br><b>150537004450002</b>                |
| Mãe<br><b>SEVERINA MARIA DOS SANTOS</b>               |                                          |                                                        | Telefone de Contato<br><b>(53) 986034518</b> |
| Endereço<br><b>PROJETADA, 5N</b>                      | Bairro<br><b>CENTRO</b>                  | Município<br><b>PILAR</b>                              | UF<br><b>PB</b>                              |
| Acidente<br><b>MOTO X MOTO</b>                        | Motivo<br><b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b> | Profissional<br><b>BRICIO KELTON BARBOSA GOLCALVES</b> | Nº Cons. Regional<br><b>7634/PB</b>          |
| Data/Hora Classificação<br><b>05/11/2017 12:17:43</b> |                                          | Data/Hora Prescrição<br><b>05/11/2017 18:43:31</b>     |                                              |
| Convênio<br><b>SUS</b>                                | Nº Matrícula                             |                                                        | Senha                                        |

### Anamnese

mão: fratura distal 5mtos  
cdi: calha ulnar

### PROCEDIMENTO

TALA LUVA. (OBSERVAÇÕES: CALHA ULNAR)

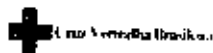
### Conduta

Em observação

9860 12802.1414/3087.8586  
CRM: 17186  
BRICIO KELTON BARBOSA GOLCALVES  
JOAO BATISTA DOS SANTOS

JOAO BATISTA DOS SANTOS





Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Remédio Mourão Leal



AV. ORESTES LISBOA S/N - PEDRO GONÇALVES  
CNPJ 445363 - Tel. 0332105700

Impresso por: PEDRO HENRIQUE  
GUTERREZ VARGAS FREITAS  
Em: 14/02/2017 16:23:06

|                                     |                                   |                                          |                        |
|-------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------------|------------------------|
| Paciente<br>JOAO BATISTA DOS SANTOS | Boletim de Atendimento<br>1039279 | Data/Hora Entrada<br>08/11/2017 12:17:42 | Data/Hora Saída        |
| Data de nascimento<br>13/06/1987    | Idade<br>30                       | Sexo<br>Masculino                        | CNS<br>160537000430062 |
| Tempo de internação                 | Convênio<br>SUS                   |                                          | Planta<br>DIURNO       |

**EVOLUÇÃO DO PACIENTE (PEDRO HENRIQUE GUTERREZ VARGAS FREITAS - 14/02/2017 16:26:47)**

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

POI DE TTO CIRURGICO DE FRATURA DE CLAVICULA ESQUERDA.  
CD: VPM

Seção: AREA VERDE S/NF 38 Leito: 0438

Profissional responsável pela informação: PEDRO HENRIQUE GUTERREZ VARGAS FREITAS

Dr. Pedro Henrique Freitas  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PR 10575

Assinatura Conselho: 10575





Com. Vendedor: Br. 1000000



Endereço: Rua do Comércio, 1000 - Freguesia  
Santo António, Vila Rica - RJ



GOVERNADOR  
DA PARANÁ

AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONÇALVES  
CNPJ: 2776698 - Tel: 302165700

Impressão por: JOAO  
BARTOLOMEU PINTO  
RABELO

|                     |                         |       |         |      |   |           |              |          |         |
|---------------------|-------------------------|-------|---------|------|---|-----------|--------------|----------|---------|
| Paciente            | JOAO BATISTA DOS SANTOS | Idade | 16.7273 | Sexo | M | Profissão | 155200445000 | Endereço | 1000000 |
| Data de nascimento  | 19/06/1987              | Idade | 16.7273 | Sexo | M | Profissão | 155200445000 | Endereço | 1000000 |
| Tempo de internação |                         | Idade | 16.7273 | Sexo | M | Profissão | 155200445000 | Endereço | 1000000 |

## EVOLUÇÃO DO PACIENTE (JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO - 13/11/2017 07:33:40)

### EVOLUÇÃO DO PACIENTE

PARANÁ - 13/11/2017

PACIENTE EVOLUINDO ESTÁVEL SEM QUEIXAS EXAMES OK. A GUARDA CIRURGIA

Seção: AREA VERDE GNF 30 - Leito: 0008

Profissional responsável pela informação: JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO

Código: 0013-0001-4503



AV. ORESTES LISBOA, S/N -  
CNES: 454554 - Tel.: 8332165700Impresso por: GUSTAVO  
VICTOR NEVES PORTO  
Em: 13/11/2017 12:51:23

|                                     |       |                                   |                                          |                      |
|-------------------------------------|-------|-----------------------------------|------------------------------------------|----------------------|
| Paciente<br>JOAO BATISTA DOS SANTOS |       | Boletim de Atendimento<br>1639279 | Data/Hora Entrada<br>05/11/2017 12:17:42 | Data/Hora Saída      |
| Data de nascimento<br>19/06/1987    | Idade | Sexo<br>Masculino                 | CNS<br>160537004450002                   | Prontuário<br>105239 |
| Tempo de Internação                 |       | Convênio<br>SUS                   | Plantão<br>DIURNO                        |                      |

**EVOLUÇÃO DO PACIENTE (GUSTAVO VICTOR NEVES PORTO - 13/11/2017 12:51:01)****EVOLUÇÃO DO PACIENTE**

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

#TCE LEVE

#GCS 15, PIFR

#CD: CT DE CRANIO CONTROLE

Seção: AREA VERDE ENF 36 Leito: 0008

Profissional responsável pela Informação: GUSTAVO VICTOR NEVES PORTO

Número Conselho: 7650



AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM  
CNS: 6121221 - Tel.:Impresso por: FRANCISCO  
KARTNEY SARMENTO  
PEDROSA  
Em: 11/11/2017 09:56:04

|                                            |       |                                          |                                                 |                             |
|--------------------------------------------|-------|------------------------------------------|-------------------------------------------------|-----------------------------|
| Paciente<br><b>JOAO BATISTA DOS SANTOS</b> |       | Boletim de Atendimento<br><b>1039279</b> | Data/Hora Entrada<br><b>05/11/2017 12:17:42</b> | Data/Hora Saída             |
| Data de nascimento<br><b>16/06/1987</b>    | Idade | Sexo<br><b>Masculino</b>                 | CNS<br><b>160537004450002</b>                   | Prontuário<br><b>105239</b> |
| Tempo de Internação                        |       | Convênio<br><b>SUS</b>                   | Plantão<br><b>DIURNO</b>                        |                             |

**EVOLUÇÃO DO PACIENTE (FRANCISCO KARTNEY SARMENTO PEDROSA - 11/11/2017 09:55:53)****EVOLUÇÃO DO PACIENTE**

## DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

paciente com fratura 1/3 médio clavícula e.; evoluindo estável; exames ok;  
cd. marcar cirurgia; opme: ex 3,5; placa de reconstrução.

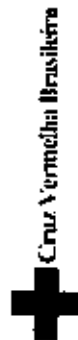
Seção: AREA VERDE ENF 36 Leito: 0008

Profissional responsável pela informação: FRANCISCO KARTNEY SARMENTO PEDROSA

Número Conselho: 5804

  
Francisco Kartney Sarmento Pedrosa  
CRM 97.5804





Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



AV. ORESTES LISBOA, SN - PEDRO GONDIM  
CNS: 2778586 - Tel: 3332165700

Impresso por: LUCIANO JOSE LIRA  
MENDES  
Em: 10/11/2017 09:40:36

|                                     |                                   |                                          |                      |
|-------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------------|----------------------|
| Paciente<br>JOAO BATISTA DOS SANTOS | Boletim de Atendimento<br>1039279 | Data/Hora Entrada<br>05/11/2017 12:17:42 | Data/Hora Saida      |
| Data de nascimento<br>19/06/1987    | Sexo<br>Masculino                 | CNS<br>190537004450002                   | Prontuário<br>105238 |
| Tempo de Internação                 | Condição<br>SUS                   |                                          | Plantação<br>DIURNO  |

### EVOLUÇÃO DO PACIENTE (LUCIANO JOSE LIRA MENDES - 10/11/2017 09:40:27)

EVOLUÇÕES FINAIS  
CONCLUSÕES:

#5 DIH  
#ORTOPEDIA  
#FRATURA DA CLAVICULA  
#EXAMES PRE OK  
# OPME : PLACA DE RECONSTRUÇÃO

Sessão: AREA VERDE ENF 36 Leito: 0008  
Profissional responsável pela Informação: LUCIANO JOSE LIRA MENDES

Dr. Luciano J. Lira Mendes  
Ortopedista - Traumatologista  
CRM 4290  
Número Conselho: 4290





Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, S/n - PEDRO GONDIM  
CNES: 445365 - Tel.: 8332165700

Impresso por: EDSON  
DELGADO TINOCO  
Em: 09/11/2017 08:25:56

|                                     |       |                                   |                                          |                      |
|-------------------------------------|-------|-----------------------------------|------------------------------------------|----------------------|
| Paciente<br>JOAO BATISTA DOS SANTOS |       | Boletim de Atendimento<br>1039279 | Data/Hora Entrada<br>09/11/2017 12:17:42 | Data/Hora Saída      |
| Data de nascimento<br>19/08/1987    | Idade | Sexo<br>Masculino                 | CNS<br>160537004450002                   | Prontuário<br>105239 |
| Tempo de Internação                 |       | Convênio<br>SUS                   | Plantão<br>DIURNO                        |                      |

## EVOLUÇÃO DO PACIENTE (EDSON DELGADO TINOCO - 09/11/2017 08:25:46)

### EVOLUÇÃO DO PACIENTE

#### DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

paciente com fratura de clavícula  
pre op ok  
aguarda cirurgia

Unidade: AREA VERDE ENF 36 Leito: 0008

Profissional responsável pela informação: EDSON DELGADO TINOCO

Número Conselho: 7142



AV. ORESTES LISBOA, S/n - PEDRO GONDIM  
CNES: 445365 - Tel.: 8332165700Impresso por: TIBIRICA  
MEDEIROS BARBOSA  
Em: 08/11/2017 10:55:40

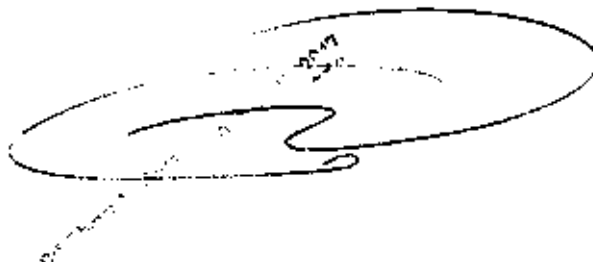
|                                     |       |                                   |                                          |                      |
|-------------------------------------|-------|-----------------------------------|------------------------------------------|----------------------|
| Paciente<br>JOAO BATISTA DOS SANTOS |       | Boletim de Atendimento<br>1039279 | Data/Hora Entrada<br>05/11/2017 12:17:42 | Data/Hora Saída      |
| Data de nascimento<br>19/06/1987    | Idade | Sexo<br>Masculino                 | CNS<br>160537004450002                   | Prontuário<br>105239 |
| Tempo de Internação                 |       | Convênio<br>SUS                   | Plantão<br>DIURNO                        |                      |

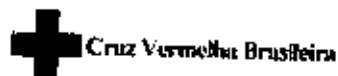
**EVOLUÇÃO DO PACIENTE** (TIBIRICA MEDEIROS BARBOSA - 08/11/2017 10:55:35)**EVOLUÇÃO DO PACIENTE**

## DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

paciente com fratura de clavícula  
pre op ok  
aguarda cirurgiaUnidade: ARÇA VERDE ENF 36 Leito: 0008  
Profissional responsável pela Informação: TIBIRICA MEDEIROS BARBOSA

Número Conselho: 7296





Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, S/n - PEDRO GONDIM  
CNES: 445365 - Tel.: 8332165700

Impresso por: PEDRO  
HENRIQUE GUTIERREZ  
VARGAS FREITAS  
Em: 07/11/2017 15:15:02

|                                            |                                   |                                          |                        |
|--------------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------------|------------------------|
| Paciente<br><b>JOAO BATISTA DOS SANTOS</b> | Boletim de Atendimento<br>1039279 | Data/Hora Entrada<br>05/11/2017 12:17:42 | Data/Hora Saída        |
| Data de nascimento<br>16/08/1987           | Idade<br>30                       | Sexo<br>Masculino                        | CNS<br>160537004450002 |
| Tempo de Internação<br>Td 20h 34min        | Convênio<br>SUS                   | Prontuário<br>105239                     | Plantão<br>DIURNO      |

## EVOLUÇÃO DO PACIENTE (PEDRO HENRIQUE GUTIERREZ VARGAS FREITAS - 07/11/2017 15:14:58)

### EVOLUÇÃO DO PACIENTE

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

PROCEDIMENTO SUSPENSO HOJE, JUSTIFICATIVA ANEXA AO PRONTUARIO

Localização: ÁREA VERDE ENF 36 Leito: 0008

Profissional responsável pela informação: PEDRO HENRIQUE GUTIERREZ VARGAS FREITAS

Número Conselho: 10575

15/11/17 às 10h18 - L  
faturar a consulta e este  
avalio [assinatura]

(f: [assinatura])

[assinatura]





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBAAV. ORESTES LISBOA, S/n - PEDRO GONDIM  
CNES: 445365 - Tel.: 8332165700Impresso por: LEONARDO PEREIRA DA  
COSTA MATIAS  
Em: 08/11/2017 18:44:55

|                                            |                    |                                          |  |                                                 |                             |
|--------------------------------------------|--------------------|------------------------------------------|--|-------------------------------------------------|-----------------------------|
| Paciente<br><b>JOAO BATISTA DOS SANTOS</b> |                    | Boletim de Atendimento<br><b>1039279</b> |  | Data/Hora Entrada<br><b>05/11/2017 12:17:42</b> | Data/Hora Saída             |
| Data de nascimento<br><b>19/06/1987</b>    | Idade<br><b>30</b> | Sexo<br><b>Masculino</b>                 |  | CNS<br><b>160537004450002</b>                   | Prontuário<br><b>105238</b> |
| Tempo de Internação<br><b>1d 3min</b>      |                    | Convênio<br><b>SUS</b>                   |  | Plantão<br><b>DIURNO</b>                        |                             |

**EVOLUÇÃO DO PACIENTE (LEONARDO PEREIRA DA COSTA MATIAS - 08/11/2017 18:44:47)****EVOLUÇÃO DO PACIENTE**

## DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM TCE HÁ 1 DIA, EVOLUINDO COM OTORRAGIA À ESQUERDA.  
NO MOMENTO: GLASGOW 15, PUPILAS ISO/FOTO, MOVIMENTANDO OS 4 MEMBROS. SINAIS DE OTORRAGIA À ESQUERDA.

TC DE CRÂNIO (05/11): Contusão parenquimatosa na região temporal direita, sem efeito de massa importante.

Tronco cerebral e cerebelo de aspecto conservado.

Sistema ventricular com morfologia e dimensões normais.

Ausência de sinais de coleções ou processos expansivos intra ou extra-axiais.

Estruturas da linha mediana sem desvios significativos.

CD: SUPORTE CLÍNICO + OBSERVAÇÃO NEUROLÓGICA.

BOLSA COLETORA EM ORELHA ESQUERDA.

MANTER ANTICONVULSIVANTE PROFILÁTICO (FENITOÍNA).

SOL. TC DE CRÂNIO DE CONTROLE.

Seção: AREA VERDE ENF 35 Leito: 0008

Profissional responsável pela informação: LEONARDO PEREIRA DA COSTA MATIAS

Número Conselho: 6028



AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM  
CNES: 2778696 - Tel.: 8332165700Impresso por: JOAO  
BARTOLOMEU PINTO  
RABELO  
Em: 05/11/2017 06:53:12

|                                            |                                   |                                          |                        |
|--------------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------------|------------------------|
| Paciente<br><b>JOAO BATISTA DOS SANTOS</b> | Boletim de Atendimento<br>1039279 | Data/Hora Entrada<br>05/11/2017 12:17:42 | Data/Hora Saída        |
| Data de nascimento<br>18/06/1987           | Idade<br>30                       | Sexo<br>Masculino                        | CNS<br>180537004450002 |
| Tempo de Internação<br>12h 12min           | Convênio<br>SUS                   | Prontuário<br>105239                     | Plantão<br>NOTURNO     |

**EVOLUÇÃO DO PACIENTE (JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO - 05/11/2017 06:53:04)****EVOLUÇÃO DO PACIENTE**

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

PACIENTE EVOLUINDO ESTÁVEL, SEM QUEIXAS, AGUARDA EXAMES PRÉ OP.

Segão: ÁREA VERDE ENF 36 Leito: 0008

Profissional responsável pela Informação: JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO

Número Conselho: 4518



RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEETSXL

NOME: JOAO BATISTA DOS SANTOS BE/PRONTUÁRIO 1039279  
 IDADE: 30 SEXO: ☒ MASC ☐ FEM COR: \_\_\_\_\_ DATA: 14/11/2017  
 CLÍNICA /SETOR: ORTOPEDIA EMP: \_\_\_\_\_ LR: \_\_\_\_\_  
 CIRURGIA: TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE CLAVICULA ESQUERDA  
 CIRURGIÃO: DR. NILVAN 1º ASS: DR. MILTON LINHARES  
 2º ASS: MRZ JESSYKA 3º ASS: MR1 PEDRO HENRIQUE  
 INSTRUMENTADOR: \_\_\_\_\_ ANESTESISTA: DR. GILVANDRO  
 TIPO DE ANESTESIA: BLOQUEIO HORÁRIO INÍCIO: \_\_\_\_\_ TÉRMINO: \_\_\_\_\_

| DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO    | CID |
|-------------------------------|-----|
| FRATURA DE CLAVICULA ESQUERDA |     |
|                               |     |
|                               |     |
|                               |     |
|                               |     |
|                               |     |

| PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS                     | CÓDIGO |
|----------------------------------------------|--------|
| TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE CLAVICULA |        |
|                                              |        |
|                                              |        |
|                                              |        |
|                                              |        |
|                                              |        |

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO: ☐ SIM ☒ NÃO  
 DESCRIÇÃO: \_\_\_\_\_  
 BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO: ☐ SIM ☒ NÃO



ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

X ENFERMARIA                      TERAPIA INTENSIVA  
                     RESIDÊNCIA                      ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM:

*Dr. Pedro Henrique Freitas*  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PB 10575

DATA: 14/11/2017



✓

( ) SERRA  
Rosinalva de A. Silva  
Téc. em Engenharia  
COREM 71.159  
FONCLAS



Anes

DATA 1039279

PRONTUÁRIO

NOME DO PACIENTE: **JOÃO BATISTA DOS SANTOS**  
 Idade: **30** Sexo: **masculino** Profissão:   
 Patologia principal: **FILAR CLONICAL (E)**  
 Cirurgia: **NO CX** Anestesia proposta: **BLOCO REG / GERM**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Der no peito, sargina?</b> <input type="checkbox"/> <b>infarto?</b> <input type="checkbox"/> <b>Presão alta?</b> <input type="checkbox"/> <b>Sopro, febre reumática?</b> <input type="checkbox"/> <b>Arritmia, taquicardia?</b> <input type="checkbox"/> <b>ans estôfagos:</b> <input type="checkbox"/> <b>Edema de MCVII:</b> <input type="checkbox"/> <b>Diagnóstico de diabetes?</b> <input type="checkbox"/> <b>ans estôfagos:</b> <input type="checkbox"/> <b>Asma/bronquite:</b> <input type="checkbox"/> <b>Tosse/estorço?</b> <input type="checkbox"/> <b>urante: há anos. Parou há</b> <input type="checkbox"/> | <b>Diabetes?</b> <input type="checkbox"/> <b>Doença da tireóide?</b> <input type="checkbox"/> <b>Modança no hábito miccional?</b> <input type="checkbox"/> <b>Modificação no apetite?</b> <input type="checkbox"/> <b>Queimadura, azia, H.de hiato, dor?</b> <input type="checkbox"/> <b>Náuseas, vômitos?</b> <input type="checkbox"/> <b>Modança no hábito intestinal?</b> <input type="checkbox"/> <b>Alteração na cor das fezes?</b> <input type="checkbox"/> <b>Perda de peso s/dieta?</b> <input type="checkbox"/> <b>Hepate, icterícia, malária, Chagas?</b> <input type="checkbox"/> <b>Anemia?</b> <input type="checkbox"/> <b>Sangramento?</b> <input type="checkbox"/> <b>Hematomas/manchas roxas?</b> <input type="checkbox"/> <b>Gripe, febre, recente?</b> <input type="checkbox"/> <b>Está ou pode estar grávida?</b> <input type="checkbox"/> <b>Tem problema de surdez, visão?</b> <input type="checkbox"/> <b>Teve febre alta quando foi operado?</b> <input type="checkbox"/> <b>Recebeu Transf.sangue?</b> <input type="checkbox"/> <b>Acceita transf.sangue numa emergência?</b> <input type="checkbox"/> | <b>Alergia a drogas?</b> <input type="checkbox"/> <b>Quadro clínico?</b> <input type="checkbox"/> <b>Tratamento?</b> <input type="checkbox"/> <b>Alergia a pó, H, odores, alimentos?</b> <input type="checkbox"/> <b>Quadro clínico?</b> <input type="checkbox"/> <b>Tratamento?</b> <input type="checkbox"/> <b>Alergia a derivado de borraça?</b> <input type="checkbox"/> <b>Quadro clínico?</b> <input type="checkbox"/> <b>Tratamento?</b> <input type="checkbox"/> <b>PARA CRIANÇAS (0-14 anos)</b> <b>A criança é prematura?</b> <input type="checkbox"/> <b>A criança tem de desenvolvimento?</b> <input type="checkbox"/> <b>A criança está gripada, c/osses, febre?</b> <input type="checkbox"/> <b>A criança tem outra doença?</b> <input type="checkbox"/> <b>ANTECEDENTES FAMILIARES DE:</b> <b>diabetes</b> <input type="checkbox"/> <b>doença crasc.</b> <input type="checkbox"/> <b>miopatia</b> <input type="checkbox"/> <b>Febre alta durante a anestesia?</b> <input type="checkbox"/> <b>Problema durante a anestesia?</b> <input type="checkbox"/> <b>Qual?</b> <input type="checkbox"/> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**Dados importantes da Anamnese e/ou EF** **Cirurgias / Anestésias prévias / Complicações** **Medicamentos (Data)**

**EXAME FÍSICO**

**Exames Substanciais DATA:** **14 FEB. 2010**

**HB= 12, + H= 35,8 Glic= Co= Uo=**  
**Na= K= TC= TS=**  
**Pla= 372.000**  
**Coagul= Normal Alterada TT= TP= TPA=**  
**RX tórax ( / / )**  
**ECG ( / / )**

**Avaliação clínica**

**EXAME FÍSICO**

**Exames Substanciais DATA:** **14 FEB. 2010**

**HB= 12, + H= 35,8 Glic= Co= Uo=**  
**Na= K= TC= TS=**  
**Pla= 372.000**  
**Coagul= Normal Alterada TT= TP= TPA=**  
**RX tórax ( / / )**  
**ECG ( / / )**

**Avaliação clínica**

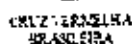
**RETORNOS:** ☐ **NAO** ☐ **SIM** **Motivos:** ☐ **Exames complementares** ☐ **Examinado p/Clinica. Qual:**

**(VIDE VERSO)**

**CONDUTA FINAL:** ☐ **Liberação para cirurgia** ☐ **Reavaliar na internação motivo(s):** ☐ **Reavaliar na SO motivo(s):** ☐ **NAO LIBERADO POR CIRURGIA motivo(s):**

**DATA:** **14 FEB. 2010**

**PROBLEMAS GRAVES** **MPA drogas/dose**



## HEATHL

| DESCRIÇÃO DA CIRURGIA                                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| Posição e Preparo:                                                                            |
| PACIENTE EM "CADEIRA DE PRAIA" SOB ANESTESIA                                                  |
| ASSEPSIA E ANTISSEPسيا                                                                        |
| COLOCAÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS                                                                |
| Incisão:                                                                                      |
| VIA DE ACESSO ANTERIOR A CLAVÍCULA ESQUERDA                                                   |
| AVULSÃO E DISSECCÃO POR PLANOS                                                                |
| CUIDADOS DE HEMOSTASIA                                                                        |
| Achados:                                                                                      |
| FRATURA DE CLAVICULA ESQUERDA                                                                 |
| Condução:                                                                                     |
| REDUÇÃO DIRETA DA FRATURA                                                                     |
| FIXAÇÃO E ESTABILIZAÇÃO DA FRATURA COM PLACA DE RECONSTRUÇÃO (12 FUROS CORTADA PARA 10 FUROS) |
| LIMPEZA COM SF                                                                                |
| Fechamento:                                                                                   |
| SUTURA                                                                                        |
| CURATIVOS                                                                                     |
| RX DE CONTROLE                                                                                |
| Observação:                                                                                   |

14 FEB. 2019

Márcia Freitas  
Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
10575

**Médico/CRM:**

João Pessoa,

14/11/2017

Dr. Pedro Henrique Freitas  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PR 10575

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA VIA-01

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA P-0010

INSTITUTO DE POLÍCIA IDENTIFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

*João Batista dos Santos*

CARTEIRA DE IDENTIDADE




VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

3.577.178 25/08/2007

JOÃO BATISTA DOS SANTOS

JOÃO ALVES DOS SANTOS

SEVERINA MARIA DOS SANTOS

DATA DE NASCIMENTO 19/06/1987

NASC.N. 9.647 FLS. 571 LIV. 10-A

CARTÓRIO PILAR-PB

07547883427

PILAR-PB

14 FEB 2019





Seguradora Líder - DPVAT

## SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS



## IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA João Batista dos Santos  
 DATA DO ACIDENTE 05/11/2017 CPF DA VÍTIMA 015.478.834-27  
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO João Batista dos Santos  
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É \_\_\_\_\_  
 ENDEREÇO DO PORTADOR Rua do Açude  
 Nº 84 COMPLEMENTO \_\_\_\_\_ BAIRRO Lentão  
 CIDADE João UF PB CEP 58339-000  
 E-MAIL \_\_\_\_\_ TELEFONE (83) 9.8642-8349

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](http://WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR) OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204**

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 14/02/2019  
 IDENTIDADE 3577118  
 ASSINATURA João B. Santos

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA \_\_\_\_\_  
 NOME \_\_\_\_\_  
 ASSINATURA \_\_\_\_\_



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0054766/19

**Vítima:** JOAO BATISTA DOS SANTOS

**CPF:** 075.478.834-27

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 05/11/2017

**Titular do CPF:** JOAO BATISTA DOS SANTOS

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

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

**JOAO BATISTA DOS SANTOS : 075.478.834-27**

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: 14/02/2019  
Nome: JOAO BATISTA DOS SANTOS  
CPF: 075.478.834-27

JOAO BATISTA DOS SANTOS

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/02/2019  
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA  
CPF: 614.058.096-04

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA