



Número: **0813683-93.2020.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **6ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **04/03/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOAO BATISTA DOS SANTOS (AUTOR)		ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO (ADVOGADO) FABIO CARNEIRO CUNHA LIMA (ADVOGADO)	
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
37973591	17/12/2020 12:36	2774296_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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

Carta nº 13946107

Pag. 01097/01098 - carta_01 - INVALIDEZ

00020549





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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

Pag. 01839/01840 - carta_03 - INVALIDEZ

00050920



Carta nº 13946447



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/12/2020 12:36:17

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121712361647500000036219751>

Número do documento: 20121712361647500000036219751

Num. 37973591 - Pág. 2



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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 e 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

Pag. 01643/01644 - carta_16 - INVALIDEZ



Carta nº 14697659



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: 0054766119	CPF da vítima: 07547883427	Nome completo da vítima: João Batista dos Santos
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo: João Batista dos Santos		CPF: 07547883427
Profissão: agricultor	Endereço: Rua do Aguado	Número: 81
Bairro: Bento	Cidade: Pilar	Estado: PB
E-mail:		CEP: 58339-000
		Tel. (DDD): 98542 8149

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:

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

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

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

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

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

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

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

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: _____ Falecidos: _____

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: **João Pessoa 31/10/2019**

Nome: **João Batista dos Santos**

CPF: **07547883427**

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

João Batista dos Santos

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

14 FEV. 2019

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver) _____ Assinatura do Procurador (se houver) _____

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

FPS.001 V001/2018





Loterias CAIXA

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

ESTE RECIBO É VÁLIDO COMO COMPROVANTE DE DEPÓSITO

021-514885438-0

VALOR : 5,00

JOAO BATISTA DOS SANTOS

0733 013 00047665-7

DEPÓSITO EM DINHEIRO

LOT: 13.011287-9

LOCALIDADE: PILAR

AG. VINCULADA: 0733

CONTROLE: 006471899

TERM: 010609

21/JAN/2019

HORA DE 12:31:33

021-514885438-0

SAC 0800 726 0101

OUVIDORIA 0800 725 7474

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

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, ai, 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 Jurupiranga 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 POLICIA



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:

0054766119

CPF da vítima:

07547883427

Nome completo da vítima:

João Batista dos Santos

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

Nome completo:

João Batista dos Santos

CPF:

07547883427

Profissão:

Agricultor

Endereço:

Rua do Aquile

Número:

89

Complemento:

Bairro:

Bento

Cidade:

Pilar

Estado:

PB

CEP:

58339-000

E-mail:

Tel. (DDD):

78642 8149

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

RENDA MENSAL:

☐ RECUSO INFORMAR

☒ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☒

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐

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:

☐

Solteiro

☐

Casado (no Civil)

☐

Divorçado

☐

Separado judicialmente

☐

Viúvo

Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a):

☐

Sim

☐

Não

Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos?

☐

Sim

☐

Não

Se tinha filhos, informar quantos:

☐

Vivos:

☐

Falecidos:

☐

Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐

Sim

☐

Não

Vítima deixou pais/avós vivos?

☐

Sim

☐

Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data:

Nome:

CPF:

João Batista dos Santos

07547883427

31/01/2019

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

2ª Nome:

CPF:



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.

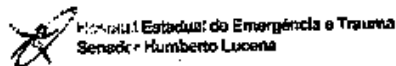
FPS.001 V001/2018



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/12/2020 12:36:17

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121712361647500000036219751

Número do documento: 20121712361647500000036219751



AV. ORESTES LEBEA, 99 - PEDRÃO GONDIM - CNES: 123312 - Tel: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1038279



Identificação do paciente			
ID 867248	Nome JOAO BATISTA DOS SANTOS		Sexo Masculino
Data de nascimento 13/06/1987	Idade 30 anos 4 meses 17 dias	Estado civil SOLTEIRO(A)	Religião NÃO INFORMADA
Mãe SEVERINA MARIA DOS SANTOS		Pai JOAO ALVES DOS SANTOS	
Escolaridade NÃO INFORMADO		Responsável (Parentesco) MARIA DAS GRACAS DOS SANTOS - (IRMAO(A))	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 986634515	DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3577178	Nº Crg 180537004450002	
Local de procedência PILAR	Tipo MUNICIPIO		UF PB
E-mail NÃO INFORMADO	Naturalidade PILAR	CBOR	
Endereço			
CEP 68338000	Município de residência PILAR	UF PB	Logradouro PROJETADA
Número 8N	Complemento	Bairro CENTRO	
Admissão			
Data e Hora 05/11/2017 12:17:42	Número da pulseira 1000006287084	Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica		
Classificação de risco	Origem do paciente RUA		
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente MOTO X MOTO	
Indicadores e Transporte			
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte SAMU	Quem transportou		
Sinais Vitais			
PA X mmHg	Pulso	Temperatura	
Exames complementares			
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []
Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []	
Dados clínicos G1 - 200, comente, orientado, expulso e 1 fio tubo de clareamento segue nos exames - f o a			
Diagnóstico			CID
Atendido por PRISCILA JORGE DA SILVA			Tempo 01min 15seg

Imprimir



05/11/2017 12:1



SEVERINA MARIA DOS SANTOS

RUA DO AÇUDE, 84 - CENTRO

FLAR / PB CEP: 59235-002 (AG: 113)

Emissão: 11/10/2018 Referência: Out / 2018

Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO 0-200 Km25 - Carga Residencial - 2a Período PB - CEP 59071-690

Roteiro: E - 12 - 00 - 3000

Nº medidor: 00009234348

Nota Fiscal: Contador Energético N° 013-853-125

Cód. para Dts. Automático: 00008144004

energisa

ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
CNPJ 08.965.113/0001-40 - Rec. Ec. 16.016.620-0

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

Conta referente a **Out / 2018** Apresentação **11/10/2018** Data prevista da próxima leitura **12/11/2018** CPF/ CNPJ/ RANI **806.307.454-63** Inc. Est.

UC (Unidade Consumidora): **5/614460-4**

Canal de contato

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 12/09/18	Leitura 3954	Data 11/10/18	Leitura 4023	143
Demonstrativo				
CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa de Valor Base Cco	Alc. Juros (R\$)
0801	Consumo em kWh	148,000	0,925810	136,94
0801	Alc. B. Vermelha	10,78	12,78	27
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
0807	CONTRIBUIÇÃO LUM. PÚBLICA	0,43	0,00	0
0804	JUROS DE MORA 09/2018	0,33	2,00	0
0805	MULTA 09/2018	2,48	0,00	0
0805	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 09/2018	0,22	0,00	0

CCI: Cotação de Transmissão de Rem. TOTAL 146,24 - 133,45 28,13 133,92 0,00 4,13

Média últimos meses (kWh) **VENCIMENTO** **TOTAL A PAGAR**

159 **19/10/2018** **R\$ 146,24**

Histórico de Consumo (kWh)

142 | 183 | 184 | 181 | 190 | 173 | 18 | 181 | 185 | 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)
DIGITAL	0,00	NORMAL
DIGITAL	0,00	CONTRATADA
DIGITAL	0,00	INTE SUPERIOR
DIGITAL	0,00	
DIGITAL	0,00	
DIGITAL	0,00	
DIGITAL	0,00	
DIGITAL	0,00	
DIGITAL	0,00	
DIGITAL	0,00	

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Cui. do Energisa/PB	20,23	13,87
Custos de Energia	60,45	41,33
Serviços de Transmissão	4,70	3,21
Encargos Financeiros	7,13	4,88
Impostos Diretos e Encargos	52,56	35,84
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	146,24	100,00

Valor em USD (R\$ 12011118 4012)

ATENÇÃO

Faturas em atraso

Reajuste Tarifário - Vigência 29/09/18 - Res. ANEEL nº 2.439-0 - Ats Tensão 15,41% Médio
Reajuste Tarifário - Vigência 28/08/15 - Res. ANEEL nº 2.435-0 - Ats Tensão 16,75% Médio



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/12/2020 12:36:17

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121712361647500000036219751>

Número do documento: 20121712361647500000036219751



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA



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

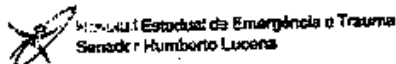
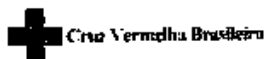


Dr. Juan Jaime Alcoba Arce
CRM: 3323/PB

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



ate

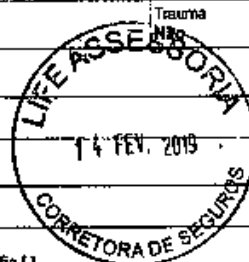


AV. ORESTES LISBOA, 60 - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332196700

Boletim de Atendimento: 1039279



Identificação do paciente				
ID 867246	Nome JOAO BATISTA DOS SANTOS			Sexo Masculino
Data de nascimento 18/06/1987	Idade 30 anos 4 meses 17 dias	Estado civil SOLTEIRO(A)	Religião NAO INFORMADA	Prontuário
Mãe SEVERINA MARIA DOS SANTOS	Pai JOAO ALVES DOS SANTOS			
Escolaridade NAO INFORMADO	Responsável (Parentesco) MARIA DAS GRACAS DOS SANTOS - IRMAO(A)			
DDD Móvel 63	Fone Móvel 985634518	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3677178	Nº Cns 16053708448002		
Local de procedência PILAR	Tipo MUNICIPIO		UF PB	
E-mail NAO INFORMADO	Naturalidade PILAR	CBOR		
Endereço				
CEP 56338000	Município de residência PILAR	UF PB	Logradouro PROJETADA	
Número SN	Complemento	Bairro CENTRO		
Admissão				
Data e Hora 05/11/2017 12:17:42	Número do pulso 1000006287084	Convênio SUS		
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica			
Classificação de risco			Origem do paciente RUA	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente MOTO X MOTO		
Indicadores e Transporte				
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não	
Meio de transporte SAMU	Quem transportou			
Sinais Vitais				
PA X mmHg	Pulso	Temperatura		
Exames complementares				
Rolo X []	Sangue []	Urina []	TC []	Líquor []
ECG []				
Ultrasonografia []				
Dados clínicos <i>At - cor, consciente, orientado, expulso e / fis tura de clavícula segue nos exames</i> <i>U f o a</i>				
Diagnóstico				CID
Atendido por PRISCILA JORGE DA SILVA				Tempo 01min 15seg



Imprimir

05/11/2017 12:1



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/12/2020 12:36:17

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121712361647500000036219751

Número do documento: 20121712361647500000036219751

HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR H. LUCENI
Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB. 58031090
Tel: 32135700
CNES:

Paciente JOAO BATISTA DOS SANTOS		BAE 1039279	Data/Hora Entrada 05/11/2017 12:17:42	Data Baixa:
Data de nascimento 19/06/1987	Idade 30	Sexo Masculino	CNS 160587004450002	Telefone de Contato (83) 986634518
Mãe SEVERINA MARIA DOS SANTOS		Prontuário		
Endereço PROJETADA, SN		Bairro CENTRO	Município PILAR	UF PB
Acidente MOTO X MOTO		Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Procedência EDUARDO MOTTA BRAGA	Nº Cons. Regional 7253/PB
Data/Hora Classificação 05/11/2017 12:17:42		Data Hora Prescrição 05/11/2017 12:28:47		
SUS		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 CLAVICULAR 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
Cr. Gen. / Urologia
CRM-RN 221 / CRM-RP 19869*

EDUARDO MOTTA BRAGA
(7253/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 JOAO BATISTA DOS SANTOS	BAE 1038278	Data/Hora Entrada 05/11/2017 12:17:42	Data Baixa
Data de nascimento 19/08/1987	Idade 30	Sexo Masculino	CNS 160537004450002
Mãe SEVERINA MARIA DOS SANTOS			Telefone de Contato (83) 988634516
Endereço PROJETADA, SN	Bairro CENTRO	Município PILAR	Prontuário
Acidente MOTO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional BRICIO KELTON BARBOSA GOLCALVES	UF PB
Data/Hora Classificação 5/11/2017 12:17:42	Data/Hora Prescrição 05/11/2017 15:03:41		Nº Cons. Regional 7654/PB
Convênio SUS	Nº Matrícula	Senha	

Anamnese

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

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE DEDOS DA MÃO 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 JOAO BATISTA DOS SANTOS	BAE 1039279	Data/Hora Entrada 05/11/2017 12:17:42	Data Baixa
Data de nascimento 19/06/1987	Idade 30	Sexo Masculino	CNS 180537004456002
Mão SEVERINA MARIA DOS SANTOS			Telefone de Contato (83) 986634518
Endereço PROJETADA, SN			Prontuário
Bairro CENTRO		Município PILAR	UF PB
Acidente MOTO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional BRICIO KELTON BARBOSA GOLCALVES	Nº Cons. Regional 7654/PB
Data/Hora Classificação 7/11/2017 12:17:42		Data/Hora Prescrição 05/11/2017 14:48:24	
Convênio SUS	Nº Matrícula	Senha	

Anamnese

queda de moto as 11h de hj. 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., 8/8H

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

Diluir

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

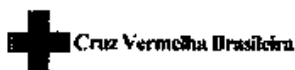
CAPTOPRIL 25 MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 1,0 COMPRIMIDO VIA ORAL, AGORA, (OBSERVAÇÕES: SE PAS > 160 OU PAD > 110; AVISAR PLANTONISTA DE PAS > 200)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 800ML), 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 HGT > 480)





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 JOAO BATISTA DOS SANTOS		BAE 1039279	Data/Hora Entrada 05/11/2017 12:17:42	Data Baixa
Data de nascimento 19/08/1987	Idade 30	Sexo Masculino	CNS 160537004450002	Telefone de Contato (83) 988634518
Mãe SEVERINA MARIA DOS SANTOS				Prontuário
Endereço PROJETADA, SN		Bairro CENTRO	Município PILAR	UF PB
Acidente MOTO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional RICARDO RODRIGUES DE CARVALHO	Nº Cons. Regional 6628/PB	
Data/Hora Classificação 7/11/2017 12:17:42			Data/Hora Prescrição 05/11/2017 18:26:14	
Convênio SUS		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

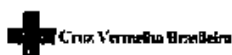
Em observação

CRM - 6628

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 JOAO BATISTA DOS SANTOS	RAE 1039279	Data/Hora Entrada 05/11/2017 12:17:42	Dose Balço
Data de nascimento 19/06/1987	Idade 30	Sexo Masculino	CNS 150537004450002
Nome SEVERINA MARIA DOS SANTOS			Telefone do Contato (83) 856034518
Endereço PROJETADA, SN			Prontuário
Bairro CENTRO		Município PILAR	UF PB
Acidente MOTO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional RICARDO RODRIGUES DE CARVALHO	Nº Cons. Regional 8628/PB
Data/Hora Classificação 05/11/2017 12:17:42		Data/Hora Prescrição 05/11/2017 17:22:40	
Convênio 9948	Nº Matrícula	Senha	

anamnese

QUEDA DE MOTO: OTORRAGIA

ASGOW 15

ICD: TOMOGRAFIA DE CRÂNIO

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

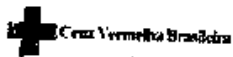
Conduta

Em observação

RICARDO RODRIGUES DE CARVALHO
(8628/PB)

JOAO BATISTA DOS SANTOS





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



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

Paciente JOAO BATISTA DOS SANTOS	RAE 1919279	Data/Hora Entrada 05/11/2017 12:17:42	Data Saída
Data de nascimento 19/06/1987	Idade 30	Sexo Masculino	CNS 150537004450002
Mãe SEVERINA MARIA DOS SANTOS			Telefone de Contato (53) 98634518
Endereço PROJETADA, SN	Bairro CENTRO	Município PILAR	UF PB
Acidente MOTO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional BRICIO KELTON BARBOSA GOLCALVES	Nº Cons. Regional 7654/PB
Data/Hora Classificação 05/11/2017 12:17:42		Data/Hora Prescrição 05/11/2017 16:43:31	
Coverão SUS	Nº Matrícula		Senha

Anamnese

mião: fratura distal da 5ª metacarpo
ed: calha ulnar

PROCEDIMENTO

TALA LUVA, (OBSERVAÇÕES: CALHA ULNAR)

Conduta

Em observação

9866 17000 1414/3087, 9586
CRM: 17186
BRICIO KELTON BARBOSA GOLCALVES
JOAO BATISTA DOS SANTOS





Hospital Estadual de Emergência e Trauma



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Rancho do Município, Litorânea



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LUIZ DA SILVA - PEDRO GONÇALVES
CNPJ: 445065 - Tel. 8332105700

Impresso por: PEDRO HENRIQUE
GUTERREZ VARGAS FREITAS
Em: 14/01/2017 16:25:06

Paciente JOAO BATISTA DOS SANTOS	Boletim de Atendimento 10390279	Data Hora Entrada 08/11/2017 12:17:42	Data Hora Saída
Data de nascimento 12/06/1987	Idade 30	Sexo Masculino	CNS 160537000450002
Tempo de internação	Condição SUS	Procedimento 160329	Paciente GRUPO

EVOLUÇÃO DO PACIENTE (PEDRO HENRIQUE GUTERREZ VARGAS FREITAS - 14/01/2017 16:26:47)

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

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

Seção: AREA VERDE ENF 30 - Lota: 0428

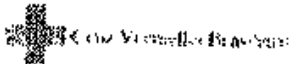
Profissional responsável pela informação: PEDRO HENRIQUE GUTERREZ VARGAS FREITAS

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

Assinatura Conselho: 10974

C





Ministério Público do Estado de São Paulo
Secretaria do Ministério Público

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DE SAÚDE

AV. GREGES LINS, S/N - PEDRO BONFIM
CNPJ: 2776096 - Tel: 0302155700

Impresso por: JOAO
BARTOLOMEU PINTO
RABELO

Paciente	JOAO BATISTA DOS SANTOS	10.0273	10/06/1997	10/06/1997
Data de nascimento	10/06/1997	10/06/1997	10/06/1997	10/06/1997
Tempo de internação	10/06/1997	10/06/1997	10/06/1997	10/06/1997

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

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

VERIFICAÇÃO DA EVOLUÇÃO

PACIENTE EVOLUINDO ESTÁVEL SEM QUEIXAS EXAMES OK. AGUARDA CIRURGIA

Seção: ÁREA VERDE (NF 35) Leito: 0008
Profissional responsável pela informação: JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO

Número de Contato: 4802





AV. ORESTES LISBOA, S/N -
CNES: 454554 - Tel.: 8332165700

Impresso por: GUSTAVO
VICTOR NEVES PORTO
Em: 13/11/2017 12:51:23

Paciente JOAO BATISTA DOS SANTOS	Bolatin de Atendimento 1039279	Data/Hora Entrada 05/11/2017 12:17:42	Data/Hora Saída
Data de nascimento 19/06/1987	Idade	Sexo Masculino	CNS 180637004450002
Tempo de Internação	Convênio SUS	Prontuário 105239	Plantão DIURNO

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

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

#TCE LEVE

#GCS 15, PIR

#CD: CT DE CRANIO CONTROLE

Seção: AREA VERDE ENF 36 Leito: 0008

Profissional responsável pela Informação: GUSTAVO VICTOR NEVES PORTO

Número Conselho: 7650





Impresso por: FRANCISCO
KARTNEY SARMENTO
PEDROSA
Em: 11/11/2017 09:58:04

Paciente JOAO BATISTA DOS SANTOS		Boletim de Atendimento 1039279	Data/Hora Entrada 05/11/2017 12:17:42	Data/Hora Saída
Data de nascimento 16/06/1987	Idade	Sexo Masculino	CNS 160537804450002	Prontuário 105239
Tempo de Internação		Convênio SUS	Plantão DIURNO	

CR-00-000000





Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNPJ: 2778696 - Tel: 3332165700

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

Paciente JOAO BATISTA DOS SANTOS	Boletim de Atendimento 1039279	Data-Hora Entrada 05/11/2017 12:17:42	Data-Hora Saida
Data de nascimento 1908/1987	Sexo Masculino	CNS 190537004450002	Produtório 105238
Tempo de Internação	Condênio SUS		Plantão DIURNO

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

EVOLUÇÕES FINAIS

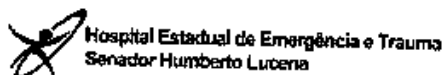
CONCLUSÕES:

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

Seção: 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



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

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

Paciente JOAO BATISTA DOS SANTOS	Boletim de Atendimento 1039279	Data/Hora Entrada 05/11/2017 12:17:42	Data/Hora Saída
Data de nascimento 19/08/1987	Idade	Sexo Masculino	CNS 160537004450002
Tempo de Internação	Convênio SUS	Plantão DIURNO	Prontuário 105239

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
Responsável pela informação: EDSON DELGADO TINOCO

Número Conselho: 7142





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: TIBIRICA
MEDEIROS BARBOSA
Em: 08/11/2017 10:55:40

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

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

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

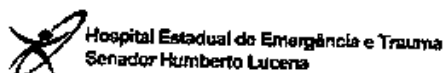
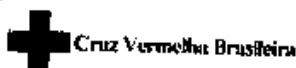
DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

paciente com fratura de clavícula
pre op ok
aguarda cirurgia

Unidade: ARÇA VERDE ENF 36 Leito: 0008
Profissional responsável pela Informação: TIBIRICA MEDEIROS BARBOSA

Número Conselho: 7296





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 JOAO BATISTA DOS SANTOS	Boletim de Atendimento 1039279	Data/Hora Entrada 05/11/2017 12:17:42	Data/Hora Saída
Data de nascimento 19/05/1987	Idade 30	Sexo Masculino	CNS 160537004450002
Tempo de Internação 1d 20h 34min	Convênio SUS	Prontuário 105239	Plantão 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 PRONTUÁRIO

Localização: ÁREA VERDE ENF 36 Leito: 0008
Profissional responsável pela informação: PEDRO HENRIQUE GUTIERREZ VARGAS FREITAS

Número Conselho: 10575

15/11/17 às 10h18 - 4
faturar a cirurgia e este-
realizar a cirurgia.

Cf: médico +
Alde Losh





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBAAV. ORESTES LISBOA, S/n - PEDRO GONDIM
CNES: 445365 - Tel.: 6332165700Impresso por: LEONARDO PEREIRA DA
COSTA MATIAS
Em: 08/11/2017 18:44:55

Paciente JOAO BATISTA DOS SANTOS	Boletim de Atendimento 1039279	Data/Hora Entrada 05/11/2017 12:17:42	Data/Hora Saída
Data de nascimento 19/06/1987	Idade 30	Sexo Masculino	CNS 160537004450002
Tempo de Internação 1d 3min	Convênio SUS	Prontuário 105239	Plantão DIURNO

EVOLUÇÃO DO PACIENTE (LEONARDO PEREIRA DA COSTA MATIAS - 06/11/2017 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: ÁREA VERDE ENF 35 Leito: 0008
Profissional responsável pela informação: LEONARDO PEREIRA DA COSTA MATIAS



Assinado por: LEONARDO PEREIRA DA COSTA MATIAS
Data: 08/11/2017 18:44:55

Número Conselho: 6028





Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNES: 2778696 - Tel.: 8332165700



GOVERNO
DA PARAIBA

Impresso por: JOAO
BARTOLOMEU PINTO
RABELO

Em: 05/11/2017 06:53:12

Paciente JOAO BATISTA DOS SANTOS	Boletim de Atendimento 1039279	Data/Hora Entrada 05/11/2017 12:17:42	Data/Hora Saída
Data de nascimento 19/06/1987	Idade 30	Sexo Masculino	CNS 160537004450002
Tempo de Internação 12h 12min	Convênio SUS	Prontuário 105239	Plantão NOTURNO

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

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

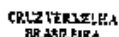
PACIENTE EVOLUINDO ESTÁVEL, SEM QUEIXAS, AGUARDANDO EXAMES PRÉ OP.

Sessão: AREA VERDE ENF 36 Leito: 0008

Profissional responsável pela informação: JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO

Número Conselho: 4518





SEE TSM

NOME:	JOAO BATISTA DOS SANTOS		BE/PRONTUÁRIO	1039279
IDADE:	30	SEXO: <input checked="" type="checkbox"/> MASC <input type="checkbox"/> FEM	COR:	DATA: 14/11/2017
CLÍNICA /SETOR:	ORTOPEDIA		EMP:	LR:
CIRURGIA:	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA			
CIRURGIÃO:	DR. NILVAN	1º ASS:	DR. MILTON LINHARES	
2º ASS:	MR2 JESSYKA	3º ASS:	MRI PEDRO HENRIQUE	
INSTRUMENTADOR:			ANESTESISTA:	DR. GILVANDRO
TIPO DE ANESTESIA:	BLOQUEIO	HORÁRIO	INÍCIO:	TÉRMINO:

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO	CID
FRATURA DE CLAVICULA ESQUERDA	

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS	CÓDIGO
TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE CLAVICULA	



DESCRIÇÃO:

BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO: ☐ SIM ☒ NÃO

X ENFERMARIA

TERAPIA INTENSIVA

RESIDÊNCIA

ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM:

DATA: 14/11/2017

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



Nota de Sala Cirúrgica

NOME DO PACIENTE: João Batista dos Santos
 IDADE: 30 SEXO: M PRONTUÁRIO: 1009299 ENFERMARIA: LETO
 CIRURGIÃO: Tto. Cirurg. Nat. de Clonocela (E)
 CIRURGIÃO: Wilton VALDILTON ZALIX: Wesley + Pedro
 ANESTESIA: Bloqueio no plexo
 ANESTESISTA: Guilherme
 INSTRUMENTADOR: ---
 DATA: 14/11/19 TEMPO CIRÚRGICO: --- ANESTESIA INÍCIO: --- FIM: --- CIRURGIÃO INÍCIO: 14/11/19 FIM: 16:06
 ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIÃO - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)
 ASA 1 (1) ASA 2 (1) ASA 3 (1) ASA 4 (1) ASA 5 (1)
 GRAU DE CONTAMINAÇÃO: (1) LIMPA (2) CONTAMINADA (3) INFECTADA (4) POTENCIALMENTE CONTAMINADA
 MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS QTD. MATERIAIS CONT. QTD. FIOS QTD.
 ALFENTANIL 1 Soro furo F JELCO Nº18 F FIO CAT. GLT. CROMADO Nº F
 BUPIVACAÍNA ISOBÁRICA 1 Soro longo F JELCO Nº20 F FIO CAT. GLT. CROMADO Nº F
 BUPIVACAÍNA PESADA F JELCO Nº22 F FIO DE AÇO Nº F
 CETAMINA F JELCO Nº24 F FIO DE AÇO Nº F
 DROPERIDOL F KIT SIST. DREN. TORÁXICA Nº F FIO DE NYLON Nº 4.6 F
 ETOMIDATO F LÂMINA BISTURI Nº11 F FIO DE NYLON Nº F
 FENOBARBITAL F LÂMINA BISTURI Nº13 F FIO DE NYLON Nº F
 FENTANIL 1 PVPi DEGERMANTE X LÂMINA BISTURI Nº23 F FIO POLILACTINA Nº 2.0 F
 FLUMAZENIL 1 PVPi TINTURA X LÂMINA BISTURI Nº24 F FIO POLILACTINA Nº F
 ISOFLURANO F LÂMINA DE DERMATOMO F FIO POLILACTINA Nº F
 LEVOPRIVACAÍNA C/ VASO F LÂMINA DE ENXERTO F FIO POLIPROPILENO Nº F
 LEVOPRIVACAÍNA S/ VASO F LÂMINA DE ENXERTO F FIO POLIPROPILENO Nº F
 LIDOCAÍNA C/ VASO F AGULHA 13X4.5 F LUVAS DE PROCEDIMENTO PAR. F FIO POLIPROPILENO Nº F
 LIDOCAÍNA S/ VASO F AGULHA 25X07 F LUVAS ESTÉRIL Nº3.0 F FIO POLILECAPRONE Nº F
 MIDAZOLAM 1 AGULHA 25X08 F LUVAS ESTÉRIL Nº3.0 F FIO SEDA Nº F
 MORFINA 1 AGULHA 40X12 F LUVAS ESTÉRIL Nº3.0 F FIO SEDA Nº F
 NIMBILIM AGULHA PERIDURAL Nº16 F MÁSCARA CIRÚRGICA F MATERIAL ESPECIAL QTD.
 PANCURÔNIO AGULHA PERIDURAL Nº17 F MULTIVIAS F CATETER DE PIC F
 PETIDINA AGULHA PERIDURAL Nº18 F PERFORADOR DE SORO F CIMENTO CIRÚRGICO F
 PRORFOL AGULHA RAQUÍ Nº250 F SCALP Nº19 F CLIP TITÂNIO LIGADURA F
 RAMIFENTANIL AGULHA RAQUÍ Nº260 F SCALP Nº21 F FIO DE KIRSCHNER Nº 1.8 F
 ROCURÔNIO AGULHA RAQUÍ Nº270 F SERINGA 3ML F FIO DE KIRSCHNER Nº F
 SEVOFLURANO ALGODÃO ORTOPÉDICO F SERINGA 5ML F FIO STEINMAN Nº F
 SUXAMETÔNIO ATADURA DE CREPON F SERINGA 10ML F FIO STEINMAN Nº F
 TIOPENTAL ATADURA CESSADA F SERINGA 20ML F GRAMPEADOR CIRÚRGICO F
 MEDICAÇÕES QTD. BOLSA PYCLOSTOMIA F Sonda ASP. TRAQUEAL Nº8 F HEMOST. ABSORVÍVEL F
 ADRENALINA F CÂMULA P/ TRAQUEOSTOMIA Nº F Sonda ASP. TRAQUEAL Nº10 F KIT, DERIVA. VENTRICULAR F
 ÁGUA DESTILADA F CATETER DE OXIGÊNIO F Sonda ASP. TRAQUEAL Nº12 F KIT, DERIVA. VENTRICULAR F
 ATROPINA F CATETER EMBOLEC. ARTERIAL Nº F Sonda ASP. TRAQUEAL Nº14 F KIT, PAM Nº F
 BEXTRA F CATETER EPIDURAL Nº16 F Sonda ASP. TRAQUEAL Nº16 F KIT, PAM Nº F
 CEPAZOLINA F CATETER EPIDURAL Nº17 F Sonda FOLEY 2VIAS Nº12 F FIO DE KIRSCHNER Nº F
 DEXAMETASONA F CATETER EPIDURAL Nº18 F Sonda FOLEY 2VIAS Nº14 F FIO DE KIRSCHNER Nº F
 DIFENIDRAMINA F CERA PARA OSO F Sonda NASOG. CURTA F PARAFUSOS CORTICIAIS Nº 16-002
 EFEDRINA F COLET. URINA FECHADO F Sonda NASOG. LONGA F PARAFUSOS CORTICIAIS Nº 18-002
 FUROSEMIDA F COMPRESSAS CIRÚRGICAS F Sonda URETRAL Nº F PARAFUSOS ESPONIOSO F
 GLICOSE 50% F COMPRESSAS CIRÚRGICAS F TORNEIRINHA F PARAFUSOS ESPONIOSO F
 GLUCONATO DE CÁLCIO F DRENO DE PENROSE F TUBO ENDOTRAQUEAL Nº F PARAFUSOS MALEOLAS F
 HIDROCORTISONA F DRENO DE SUÇÃO F TUBO ENDOTRAQUEAL Nº F PARAFUSOS MALEOLAS F
 LIDOCAÍNA GELÉIA F ELETRODOS F TUBO ENDOTRAQUEAL Nº F PLACA 12F-001
 ONDASENTRONA F EQUIPO MACROGOTAS F TUBO SUCÇÃO (LATEX) F PLACA F
 PLASIL F EQUIPO TRANSF. SANGUE F EQUIPAMENTOS F
 PROSTRONINE F EQUIPO MICROGOTAS F FIO F QTD. F () ASPIRADOR F
 PROTAMINA F ESPONJA DE PVPi F FIO F QTD. F () BISTURI ELÉTRICO F
 TENOXICAN F ESPARADRAPO F FIO F QTD. F () CAPNÓGRAFO F
 Celaflex 1 GAZES 12/12 F FIO ALGODÃO S/A Nº F () CARDIOMONITOR F
 Doloval 1 GAZES ALGODOADAS F FIO ALGODÃO C/A Nº F () DESFIBRILADOR F
 JELCO Nº14 F FIO ALGODÃO C/A Nº F () FOCO AUXILIAR F
 JELCO Nº16 F FIO ALGODÃO C/A Nº F () FOCO CENTRAL F
 Agulha de plexo N. 10.0 01 F () MICROSCÓPIO F
 () MONITOR DE PULSO F
 () P.A. INVASIVA INVASIVA F
 () PERFORADOR ELÉTRICO F
 () SERRA F
 Rosimar A. Silva
 Téc. em Enf. Cirúrgico
 COREM 11.133
 FPM/ASCT/01-3



DATA 14 11/17

FRONTUÁRIO:

103 92 79

1575

PACIENTE: João Batista dos Santos		SEXO: M	COR: B	IDADE: 35
PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO
ESTADO GERAL () BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO		RISCO CIRÚRGICO () BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO		
EXAMES COMPLEMENTARES				
AP. RESPIRATÓRIO		AP. CIRCULATÓRIO		
AP. DIGESTIVO		ESTADO MENTAL		DROGAS EM USO
PRÉ-ANESTÉSICO				ESTADO FÍSICO (AS V)
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO				
CIRURGIA REALIZADA		30717132		
CIRURGIÃO	AUXILIARES			
INÍCIO DA ANESTESIA	14:00	TÉRMINO DA ANESTESIA	16:00	DURAÇÃO DA ANESTESIA
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	QUANT. DE CH.	VALORES RS		
ANESTESISTA	CPF	CRM-PB		

[illegible]

<input type="checkbox"/> ANEST. GERAL <input type="checkbox"/> RAQUIDIANA <input type="checkbox"/> EPIDURAL <input type="checkbox"/> BLOQ. PLEO <input type="checkbox"/> BLOQ. NERVOS <input type="checkbox"/> OUTROS	
NOME DO PACIENTE: <u>Alfredo José Manoel da Silva</u>	
MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO	
1	11
2	12
3	13
4	14
5	15
6	16
7	17
8	18
9	19
10	20

15.FEV. 2010
 DIRETORIA DE SEGURANÇA
 COORDENADORIA DE SEGURANÇA

DESTINO DO PACIENTE:
☐ AMB. ☐ SEMIPROTECTORIA
☐ URM ☐ RESIDÊNCIA
☐ OUTROS

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

ASSINATURA DO ANESTESIOLOGO: CRISTINA GONÇALVES
 DATA: 15/02/2010



Ades

DATA 1039 279

PRONTUÁRIO

NOME DO PACIENTE:	JOÃO BATISTA DOS SANTOS		
Idade:	30	Sexo:	Profissão:
Patologia principal:	FAR - CIRCULATÓRIA		
Cirurgia:	POC	Anestesia proposta:	BLOCO REG / GEM

<p>Dor no peito, sargina? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não</p> <p>infarto? <input type="checkbox"/> <3M <input type="checkbox"/> 3-6M <input type="checkbox"/> >6M</p> <p>Pressão alta? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não</p> <p>Sopro, febre reumática? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não</p> <p>Arritmia, taquicardia? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não</p> <p>ang. estenose: <input type="checkbox"/> peq. <input type="checkbox"/> médias <input type="checkbox"/> graves</p> <p>Edema de MMII: <input type="checkbox"/> peq. <input type="checkbox"/> médias <input type="checkbox"/> graves</p> <p>Dispneia de esforço: <input type="checkbox"/> peq. <input type="checkbox"/> médias <input type="checkbox"/> graves</p> <p>ang. estenose: <input type="checkbox"/> peq. <input type="checkbox"/> médias <input type="checkbox"/> graves</p> <p>Angina/taquicardia: <input type="checkbox"/> peq. <input type="checkbox"/> médias <input type="checkbox"/> graves</p> <p>Tosse/estorço? (cor) <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não</p> <p>urante: há anos. Parou há <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não</p> <p>Desmaios, tonturas? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não</p> <p>Convulsões, abalos, tremores? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não</p> <p>Fraqueza muscular, miopatia? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não</p> <p>Dor nas juntas, artrite, osteoartrite? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não</p> <p>Problema de coluna? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não</p> <p>Biliária social <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não</p> <p>Alcoolismo: há anos. Parou há <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não</p>	<p>Diabetes? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não</p> <p>Doença da tireóide? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não</p> <p>Modificação no hábito miccional? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não</p> <p>Modificação no apetite? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não</p> <p>Queimadura, azia, H.de máo, dor? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não</p> <p>Náuseas, vômitos? (cor) <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não</p> <p>Modificação no hábito intestinal? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não</p> <p>Alteração na cor das fezes? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não</p> <p>Perda de peso s/dieta? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não</p> <p>Hepate, icterícia, matéria, Chagas? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não</p> <p>Anemia? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não</p> <p>Sangramento? (onde?) <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não</p> <p>Hematomas/manchas roxas? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não</p> <p>Gripe, febre, recente? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não</p> <p>Está ou pode estar grávida? (DUM: /) <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não</p> <p>Tem problema de surdez, visão? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não</p> <p>Teve febre alta quando foi operado? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não</p> <p>Recebeu Transf.sangue? Há <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não</p> <p>Acceita transf.sangue numa emergência? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não</p>	<p>Alergia a drogas? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não</p> <p>Quadro clínico? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não</p> <p>Tratamento? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não</p> <p>Alergia a pó, fit, odores, alimentos? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não</p> <p>Quadro clínico? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não</p> <p>Tratamento? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não</p> <p>Alergia a derivado de borracha? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não</p> <p>Quadro clínico? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não</p> <p>Tratamento? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não</p> <p>PARA CRIANÇAS (0-14 anos)</p> <p>A criança é prematura? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não</p> <p>A criança tem / de desenvolvimento? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não</p> <p>A criança está gripada, c/tosse, febre? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não</p> <p>A criança tem outra doença? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não</p> <p>ANTECEDENTES FAMILIARES DE:</p> <p>diabetes <input type="checkbox"/> doença crasc. <input type="checkbox"/> miopatia <input type="checkbox"/></p> <p>Febre alta durante a anestesia? <input type="checkbox"/> Problema durante a anestesia? <input type="checkbox"/></p> <p>Qual? <input type="checkbox"/></p>
---	---	---

Dados importantes da Anamnese e/ou EF

Cirurgias / Anestesia Prévia / Complicações

Medicamentos (Data)

EXAME FÍSICO

Peso: ☐ **alta** ☐ **PA:** ☐ **P:** ☐ **hidratação/consistência**

Correlações: ☐ **espírito/pele/pele, ciências/relacionadas, icterícia/anestésica**

Relações

Desempenho/pele (relação) (móvel/fixa)

Drugs

Abertura da boca. Normal?

Parosco irregular

Fronto/estudo do pescoço

Normal/Normal

Medição: 1 2 3 4 distância externa/mesa: 12,5 cm > 12,5

Anota de preferência exames com 01 ano

Exame Substâncias DATA: ☐

Hb= 12, + H= 88, 8 Glic= ☐ **Cl=** ☐ **UL=** ☐

Na= ☐ **K=** ☐ **TC=** ☐ **TS=** ☐

Plas= 37-2000

Coagul= Normal ☐ **Alterada** ☐ **TT=** ☐ **TP=** ☐ **TTPA=** ☐

RX série (/ /)

ECG (/ /)

Avaliação clínica

DIAGNÓSTICO

PROBLEMAS GRAVES

EXAME ASS. AMO

ASA: II

RETORNOS: [] NÃO [] SIM Motivos: [] Exames complementares [] Examinado p/Clinim. Qual:

(VIDE VERSO)

MÉDICO:

CRM:

10958

Se o paciente tiver Razão(s) preencher "CONDIÇÃO FINAL" e "PROBLEMAS GRAVES", APENAS após a liberação da Ambulatório

CONDIÇÃO FINAL:	<input type="checkbox"/> Liberação para cirurgia
	<input type="checkbox"/> Retenção na internação (motivo):
DATA: / /	<input type="checkbox"/> Retenção na SO (motivo):
	<input type="checkbox"/> NÃO LIBERADO PARA CIRURGIA (motivo):

PROBLEMAS GRAVES	MPA droga/dose
------------------	----------------

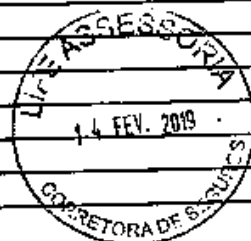
MÉDICO:

CRM:

F001.ASC16.03-1



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA
Posição e Preparo:
PACIENTE EM "CADEIRA DE PRAIA" SOB ANESTESIA
ASSEPSIA E ANTISSEPSIA
COLOCAÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS
Incisão:
VIA DE ACESSO ANTERIOR A CLAVÍCULA ESQUERDA
AVULSÃO E DISSECÇÃO 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:



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

Médico/CRM:

João Pessoa,

14/11/2017







Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS **ID**

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA João Batista dos Santos
 DATA DO ACIDENTE 05/11/2018 CPF DA VÍTIMA 045.478.834-27
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO João Batista dos Santos
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUIDO PARANTESCO COM A VÍTIMA E
 ENDEREÇO DO PORTADOR Rua do Açude
 Nº 84 COMPLEMENTO — BAIRRO Lentão
 CIDADE Recife UF PE CEP 55339-000
 E-MAIL — TELEFONE (85) 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 DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO**
- MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
 - COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
 - PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSO 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 14 FEV. 2019
 NOME —
 ASSINATURA —



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/12/2020 12:36:17

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121712361647500000036219751>

Número do documento: 20121712361647500000036219751

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

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOAO BATISTA DOS SANTOS

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 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

