



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
37973 591	17/12/2020 12:36	<u>2774296_CONTESTACAO_Anexo_02</u>	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, contados 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



330 01097/01098 - Carta 01 - INVAI IDEZ



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/12/2020 12:36:17
<http://pjeb.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121712361647500000036219751>
Número do documento: 20121712361647500000036219751

Núm. 37973591 - Pág. 1



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

arta n° 14697659



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/12/2020 12:36:17
<http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2012171236164750000036219751>
Número do documento: 2012171236164750000036219751

Núm. 37973591 - Pág. 3



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: 00547661/19 CPF da vítima: 07547883427 Nome completo da vítima: José Batista dos Santos

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

Nome completo:	José Batista dos Santos		CPF:	07547883427
Profissão:	Agricultor	Endereço:	Rua dos Agustos	Número: 89 Complemento:
Bairro:	Bento	Cidade:	Pilar	Estado: PB CEP: 58339-000
E-mail:	Tel (DDD): 98592 8147			

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:
 RECUZO 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 Dígito: 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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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 do 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.

MORTE

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: 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: 31/10/2019
 Nome: José Batista dos Santos
 CPF: 07547883427

[*] Assinatura de quem assina A RODO
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
 CPF: _____

2º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura: 14 FEV. 2019
 LIFE ASSESSORIA
 CORRETORA DE SEGUROS
 Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, 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







CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL N° 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 veiculo 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 veiculo desconhecido bateu no noticiante que perdeu o controle do veiculo 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 S. [Signature]

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: 0051466159 CPF da vítima: 07547883427 Nome completo da vítima: José Batista dos Santos

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

Nome completo:	José Batista dos Santos		CPF:	07547883427
Profissão:	agricultor	Endereço:	Rua dos Aqueles	Número:
Bairro:	bentos	Cidade:	Pilar	Estado: PB CEP: 58339 000
E-mail:	Tel. (DDI): 98692 8149			

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO 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.

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.

Pela 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. 39, §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.

MORTE

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: 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 verídica 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 beneficiária não alfabetizada
 Local e Data: Pernambuco, 31/10/2019
 Nome: José Batista dos Santos
 CPF: 07547883427

H*) Assinatura de quem assina o RODO
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS
 1º | Nome: _____
 CPF: _____
 2º | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura: 14 FEV. 2019
 CORRETORA DE SEGUROS
 Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, 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

Num. 37973591 - Pág. 7



Hospital Estadual da Emergência e Trauma
Senedor Humberto Lucena

GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, 99 - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1039279



Identificação do paciente

ID 867246	Nome JOAO BATISTA DOS SANTOS			Sexo Masculino
Data de nascimento 19/05/1987	Idade 30 anos 4 meses 17 dias	Estado civil SOLTEIRO(A)	Religião NAO INFORMADA	Promotor
448a SEVERINA MARIA DOS SANTOS	Pai JOAO ALVES DOS SANTOS			Responsável (Parentesco) MARIA DAS GRACAS DOS SANTOS - IRMÃO(A)
Escolaridade NAO INFORMADO				
DDD Móvel 83	Fone Móvel 988634515	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3577178	Nº Cns 180537004480002	Type MUNICÍPIO	UF PB
Local de procedência PILAR		CBO/R		
Email NAO INFORMADO	Naturalidade PILAR			

Endereço

CEP 58330000	Município de residência PILAR	UF PB	Logradouro PROJETADA
Número SN	Complemento		Bairro CENTRO

Admissão

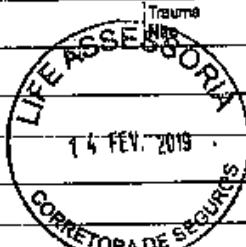
Data e Hora 05/11/2017 12:17:42	Número da pulseira 1000006287084	Centro SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica	
Classificação de risco		Origem do paciente RUA
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente MOTO X MOTO

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Vazio da ambulância Não	Trauma Nao
Modo de transporte SAMU	Quem transportou		

Sinais Vitais

PA X mmHg	P脉	Temperatura
--------------	----	-------------



Exames complementares

Raios X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []	
Dados clínicos <i>Grau, consciente, orientado, expõe os fios tensos de clavículas pequenos cumpridos</i>							

Diagnóstico

CD

Atendido por
PRISCILA JORGE DA SILVA

Tempo
01min 16seg

Imprimir

05/11/2017 12:1



SEVERINA MARIA DOS SANTOS
BURAQUO ACUDE, 84 - CENTRO
PIAR/PE CEP: 59330001 (AG 113)

Emissao: 11/10/2018 Referencia Out / 2018
Classe/Subs: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFASICO B/200 Km25 - Crust Referecn...-263 Preço/FE-CEP 00140000
Roteiro: E-12-80-3000 NP medidor: 00009834488



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ/MF 08510210001-42 Tel E: 161615200
Nota Fiscal Contrato Energia Elétrica N°013.853.129
Cód. para DH Automatizadas: 000081444604

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

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

UC (Unidade Consumidora): 5/614460-4

Canal de contato

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Lectura	Data	Lectura	
12/09/18 7954 11/10/18 806				
Demonstrativo				
CGI	Descrição	Quantidade Tarifa/ Uso Bens/Cap. Ativo, Insumos/ Bens/Conc. Pagamento/ Cycles/RS		
		Tributos/Trib/ICMS/RS ICMS/ PIS/COFINS/RS/0161790/0091494		
0801	Consumo em kWh	148.000,00 0.325100 122,04 122,04 27 33,22 123,04 0,02 3,50		
0801	Adec. B. Vermelha	10,76 12,76 27 3,85 10,76 0,07 3,22		
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
0807	CONTRIBUIÇÃO LUMÍNICA	0,43 0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00		
0804	JUROS DE MORÁ 09/2018	0,32 2,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00		
0805	MULTA 08/2018	2,46 0,02 0 0,00 0,00 0,00 0,00		
0805	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 09/2018	0,22 3,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00		

CCI - Código de Classificação do item	TOTAL	146,24	+13,45	28,12	131,91	0,00	4,12
Média últimos meses (kWh)							
VENCIMENTO							
159	19/10/2018	R\$ 146,24					
Histórico de Consumo (kWh)							
142	153	154	151	150	173	72	151
Q1/18	Nov/17	Dez/17	Jan/18	Fev/18	Mar/18	Apr/18	Maio/18
Q2/18	Jun/18	Jul/18	Agosto/18	Sep/18	Out/18	Nov/18	Dez/18

RESERVADO AO FISCO

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

Indicadores de Qualidade		
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
0,0 VENZIAL	0,27	0,00
0,0 TRIMESTRAL	1,21	NOMINAL
0,0 MENSAL	25,36	220
0,0 TRIMESTRAL	3,45	0,00
0,0 ANUAL	0,37	CONTRATADA
0,0 TRIMESTRAL	13,36	LIMITE INFERIOR
0,0 ANUAL	3,71	LIMITE SUPERIOR
0,00	0,00	221
DIGRI	12,72	

Discriminação	Valor (R\$)	%
Impostos e Outras Encargos/	26,23	18,61
Impostos de Entroncamento/	6,02	4,49
Impostos e Transmissão/	2,26	1,59
Impostos Tributários/	2,13	1,50
Impostos Diretos e Encargos/	52,56	38,64
Obrigações Sociais/	0,00	0,00
Total:	146,24	100,00

YB9220 B1USD (R\$ 172011) 13,40,00

Faturas em atraso

Prazo Tolerância - Vigência 29/09/18 Res. ANEEL nº 2.429-Bona Tolerância 15±1% Mv00

Prazo Tolerância - Vigência 28/02/18 Res. ANEEL nº 2.429-Alta Tolerância 16,75% Mv00



14 FEV. 2019



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. 9



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



Edu

Cruz Vermelha Brasileira

Selo do Estado da Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, 64 - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332186700

Boletim de Atendimento: 1038279



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	Estatus civil SOLTEIRO(M)	Religião NAO INFORMADA	Praticante
Mãe SEVERINA MARIA DOS SANTOS				Pai JOAO ALVES DOS SANTOS
Educabilidade NAO INFORMADO				Responsável (Parensco) MARIA DAS GRACAS DOS SANTOS - IRMAO(A)
DDD Móvel 63	Fone Móvel 988634818	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3577178	Nº Crie 160637084468002		
Local de procedência PILAR		Tipo MUNICÍPIO	UF PB	
Email NAO INFORMADO	Naturalidade PILAR	CBO/R		

Endereço

CEP 58330000	Município de residência PILAR	UF PB	Logradouro PROJETADA
Número SN	Complemento		Bairro CENTRO

Admissão

Data e Hora 05/11/2017 12:17:42	Número da placa 1000006287084	Centro SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica	
Classificação de risco		Origem do paciente RUA
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe da exaerba MOTO X MOTO

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saída Não	Vôo de ambulância Não	Trauma Não
Mais de transporte SAMU		Quem transportou	



Sinais Vitais

PA X mmHg	P脉	Temperatura
--------------	----	-------------

Exames complementares

Ralo X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos Edade, consciente, orientado, expunha e / ou tura de clavícula pequena com fratura L P A						

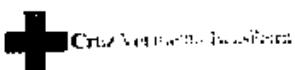
Diagnóstico

Atendido por PRISCILA JORGE DA SILVA	CID
	Tempo 01min 15seg

Imprimir

05/11/2017 12:17





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Henrique Lucena

GOVERNO
DA PARAÍBA

HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR H. LUCENA
Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONÇALIM, JOÃO PESSOA - PB. 58031090
Tel: 32165700
CNPS:

Paciente JOAO BATISTA DOS SANTOS	BAE 1039279	Data/Hora Entrada 06/11/2017 12:17:42	Data Baixa
Data de nascimento 19/06/1987	Idade 30	Sexo Masculino	CNS 160527004450002
Mãe SEVERINA MARIA DOS SANTOS			Telefone de Contato (83) 986634518
Endereço PROJETADA, SN	Bairro CENTRO	Município PILAR	UF PB
Acidente MOTO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissão EDUARDO MOTTA BRAGA	Nº Cons. Regional 7253/PB
Data/Hora Classificação 06/11/2017 12:17:42		Data/Hora Prescrição 06/11/2017 12:26:47	
Vênio 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 CLAVÍCULA ESQUERDA. PERCEBIDO PROEMINÊNCIA
OSSEA NESTA TOPOGRAFIA
ABD: NDN

CD: RX TORAX
PARECER ORTOPÉDIA

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)

RADIOGRAFIA DE CLAVÍCULA ESQUERDA

CID10

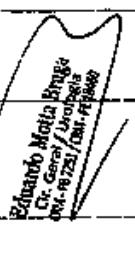
Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado



14 SET. 2019

Conduta

Em observação



EDUARDO MOTTA BRAGA
(7253-99)

JOÃO 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, 58031090

Tel: 32165700

CNES:

Paciente JOAO BATISTA DOS SANTOS	BAE 1039278	Data/Hora Entrada 05/11/2017 12:17:42	Data Baixa
Data de nascimento 19/08/1987	Idade 30	Sexo Masculino	Teléfono 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 BRICIO KELTON BARBOSA GOLCALVES	Nº Cons. Regional 7654/PB
Data/Hora Classificação 05/11/2017 12:17:42		Data/Hora Prescrição 05/11/2017 15:03:41	
Convênio SUS	Nº Matrícula		Senha

Anamnese

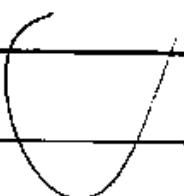
pcte tb se queixa de dor em borda ulnar de mão esquerda
cdt: rx

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE DEDOS DA MÃO ESQUERDA

Conduta

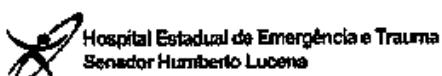
em observação



BRICIO KELTON BARBOSA GOLCALVES
(7654/PB)

JOAO BATISTA DOS SANTOS





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

Paciente JOAO BATISTA DOS SANTOS	BAE 1039279	Data/Hora Entrada 05/11/2017 12:17:42	Data Saída
Data de nascimento 19/06/1987	Idade 30	Sexo Masculino	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 BRICIO KELTON BARBOSA GOLCALVES	Nº Cons. Regional 7664/PB
Data/Hora Classificação 05/11/2017 12:17:42		Data/Hora Prescrição 05/11/2017 14:48:24	
Convênio SUS	Nº Matrícula		Senha

Anamnese

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

efetoramgia a esquerda

dor + crepitação em clavícula esquerda

rx: fratura cominutiva 1/3 médio clavícula esquerda

c/dt: internamento para procedimento cirúrgico em clavícula

segunda 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 6,0 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 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 JESUM, PELA MANHÃ)

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

05/11/2017 14:48
LIRE ASSESSORIA CORRETORA DE SEGUROS



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

Diluir

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 (MGTSIM)

Diluir

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

CUIDADOS

CURATIVO, (OBSERVAÇÕES: DIARIO)

SSVV + CCGG

fractura simple em m8

EXAME LABORATORIAL

Rx mão e amão

LICENCIADO
João Batista dos Santos Galizzi
CRM-PB 17.9595
CNPJ: 23.389.141/0001-12

HEMOGRAMA

OAGULOGRAMA COMPLETO

CID10

Código	Descrição
S42.0	Fratura da clavícula

Conduta

Internar Paciente

BRÍCIO KELTON BARBOSA GOLCALVES
(7654/PB)

JOÃO BATISTA DOS SANTOS





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



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 1038279	Data/Hora Entrada 05/11/2017 12:17:42	Data Beleza
Data de nascimento 19/08/1967	Idade 30	Sexo Masculino	CNS 160537004450002
Mãe SEVERINA MARIA DOS SANTOS			Prontuário
Endereço PROJETADA, SN	Bairro CENTRO	Município PILAR	UF PB
Acidente NOTO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional RICARDO RODRIGUES DE CARVALHO	Nº Cons. Regional 6628/PB
Data/Hora Classificação /11/2017 12:17:42		Data/Hora Prescrição 05/11/2017 18:26:14	
Convênio SUB	Nº Matrícula		Senha

Anamnese

QUEDA DE MOTO; OTORRAGIA

GLASGOW 15

CEZ TOMOGRAFIA DE CRÂNIO SEM ANORMALIDADES

CD: LIBERO PARA ORTOPEDIA

Dados coletados anteriormente utilizar na impressão?

Conduta

Em observação

Ricardo Rodrigues de Carvalho
(6628/PB)

João Batista dos Santos





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Nicanor Lucena



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

Paciente JOÃO BATISTA DOS SANTOS		BAE 1039279	Data/Hora Entrada 04/11/2017 12:17:42	Data Saída
Sexo de nascimento 1946/10/07	Idade 90	Sexo Masculino	CNS 100537004450002	Telefone de Contato (83) 988634518
Mae SEVERINA MARIA DOS SANTOS		Prontuário		
Endereço PROJETADA, 8N	Bairro CENTRO	Município PILAR	UF PB	
Acidente MOTO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional RICARDO RODRIGUES DE CARVALHO	Nº Cons. Regional 88289/PB	
Data/Hora Classificação 05/11/2017 12:17:42		Data/Hora Prescrição 05/11/2017 17:22:40		
Convenio SUS	Nº Matrícula	Senha		

nameless
QUEDA DE MOTO: OTORRAGIA
ASGW 15
CD: TOMOGRAFIA DE CRÂNIO

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

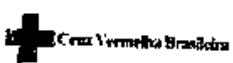
Conduta

Em observação

RICARDO RODRIGUES DE CARVALHO
ISCR/PE

JOÃO BATISTA DOS SANTOS





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

GOVERNO
DA PARAÍBA

NCR

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

Paciente JOAO BATISTA DOS SANTOS	RAE 1039279	Data/Hora Entrada 05/11/2017 12:17:42	Data Saída
Data de nascimento 19/06/1987	Idade 30	Sexo Masculino	CNS 150537004430002
Mãe SEVERINA MARIA DOS SANTOS	Telefone de Contato (83) 86634518		
Endereço PROJETADA, SN	Bairro CENTRO	Município PILAR	UF PB
Acidente MOTO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional BRICIO XELTON BARBOSA GOLCALVES	Nº Cons. Regional 7654/PB
Data/Hora Classificação 05/11/2017 12:17:42	Data/Hora Prescrito 05/11/2017 16:43:31		
Convenio SUS	NP Matrícula	Senha	

Anamnese

mão: Inflamação desferida órtica
célula: celha ulnar

PROCEDIMENTO

TALA LUVA. (OSSERAÇÕES: CALHA ULNAR)

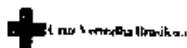
Conduta

Em observação

BRICIO XELTON BARBOSA GOLCALVES
CRM: 17196
SP: 3032.1414/3087.8596

JOAO BATISTA DOS SANTOS





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Barão da Torre (HETB)

AV. GORETAS LISBOA, 86 - PEDRO GONZALVES
CNPJ: 44.536.501/0001-02



Impresso por: PEDRO HENRIQUE
GUTIERREZ VARGAS FREITAS
Em: 14/01/2017 10:25:06

Paciente	Nome do Acompanhante	Data/Hora Entrada	Data/Hora Saída
JOÃO BATISTA DOS SANTOS	EDSON279	09/11/2017 12:17:42	
Dia de nascimento	Idade:	CNS	Prorrogação
1966/08/27	+	1665370004450002	10:53:39
Tempo de internação	Conselho SUS		Plano DIURNO

Evolução do paciente (PEDRO HENRIQUE GUTIERREZ VARGAS FREITAS - 14/01/2017 10:26:47)

Evolução do paciente

Descrição da evolução:

POI DE TTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA.
CD: VPM

Setor: ÁREA VERDE (NF 38) - Leito: 9108
Prestador responsável pela informação: PEDRO HENRIQUE GUTIERREZ VARGAS FREITAS

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

Entre Contato: 10575



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. 19

CEM - Centro de Medicina da Av. das Amoreiras

Horizonte Petrópolis - Centro - Rio de Janeiro
Santos Dumont, 100 - Centro

LIFE ASSESSORIA
CORRETORA DE SEGUROS

AV. DIREITOS HUMANOS, 51 - FONE: 2776898 - CEL: 3002155700

Impresso por: JOAO
BARTOLOMEU PINTO
PARELO

Paciente	JOAO BATISTA DOS SANTOS	Sexo:	M	Idade:	60	Última Consulta:	16/02/2017	Horário:	14:11:24 17/02/2017	IP:	192.168.1.107
Data do nascimento	19/06/1957	ICPC	B00	Sexo:	S	CPF:	155202445500	RG:	11271	Nome:	
Telmo de Internação		Profissão:	Operário	CEP:	80330	Endereço:		Cidade:	Curitiba	UF:	PR

Evolução do paciente (JOAO BARTOLOMEU PINTO PARELO - 13/11/2017 07:33:40)

Evolução do paciente

PERMANECE A INSTITUIÇÃO

PACIENTE EVOLUINDO ESTÁVEL, BIEN CONVÉXAS, EXAMES OK, AGUARDA CIRURGIA

Setor: ÁREA VERDE GNF 3C - Leito: 0008
Profissional responsável pela informação: JOAO BARTOLOMEU PINTO PARELO

Comprovante de saída: 4512



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. 20



Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

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

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 180537004450002
Tempo de Internação		Convênio SUS	Prontuário 105239
			Pleito 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





Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, SIN - PEDRO GONDIM
CNES: 5121221 - Tel.:

Impresso por: FRANCISCO
KARTNEY SARMENTO
PEDROSA
Em: 11/11/2017 09:55:04

Paciente	Boletim de Atendimento	Data/Hora Entrada	Data/Hora Saída
JOAO BATISTA DOS SANTOS	1039279	05/11/2017 12:17:42	
Data de nascimento	Idade	CNS	Prontuário
19/06/1987	Masculino	180537004450002	105239
Tempo de Internação	Convênio	Plano	DIURNO
	SUS		

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: cx 3,5; placa de reconstrução.

Socorro: AREA VERDE ENF 36 Leito: 0008

Profissional responsável pela informação: FRANCISCO KARTNEY SARMENTO PEDROSA

Número Conselho: 5804

Francisco Kartney Sarmento Pedroso
CRM-PB 3902

✓





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. LORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONZAGA
CNES: 2770896 - Tel: 83321657/40

Paciente	Bolsão de Atendimento		Date/Hora Entrada	Date/Hora Saida
JOÃO BATISTA DOS SANTOS	1039279	Sexo	05/11/2017 12:17:42	
Data de nascimento	Masculino	CNS		Prontório
19061987		180537004450092		105238
Tempo de internação	Conecâncio			Plantão
	SUS			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

Sepo: ÁREA VERDE ENF 36 Leto: 0098
Pmfissional responsável pela Informação: LUCIANO JOSE LIRA MENDES

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





Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, 59 - PEDRO GONDIM
CNES: 445365 - Tel.: 8332165700

Impresso por: EDSON
DELGADO TINOCO
Em: 09/11/2017 08:25:58

Paciente JOAO BATISTA DOS SANTOS	Boletim de Atendimento 1039279	Data/Hora Entrada 09/11/2017 12:17:42	Data/Hora Saída	
Date de nascimento 19/08/1987	Idade	Sexo Masculino	CNS 160537004450002	Pronunciado 106239
Tempo de Internação		Convênio SUS		Plantão DIURNO

Evolução do Paciente (EDSON DELGADO TINOCO - 09/11/2017 08:25:46)

Evolução do Paciente

Descrição da Evolução:

paciente com fratura de clavícula
pré op ok
aguarda cirurgia

Hospital: ÁREA VERDE ENF 36 Leito: DDD8
Profissional responsável pela informação: EDSON DELGADO TINOCO

Número Conselho: 7142





Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. CRESTES LISBOA, Sn - PEDRO GONDIM
CNES: 445365 - Tel.: 8332165700

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

Paciente JOAC 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	Prontuário 105239

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: ÁREA VERDE ENF 36 Leito: 0008

Profissional responsável pela Informação: TIBIRICA MEDEIROS BARBOSA

Número Conselho: 7296





Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual do Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, 51 - 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 19/08/1987	Idade 30	Sexo Masculino	CNS 180537004450002
Tempo de Internação 1d 20h 34min		Convênio SUS	Pronunciário 105239

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

Agência: ÁREA VERDE ENF 36 Lote: 0008

Profissional responsável pela informação: PEDRO HENRIQUE GUTIERREZ VARGAS FREITAS

Número Conselho: 10575

157/11/17 - 10/11/2017 - 4
paciente é clara e este-
mobilizada.

(f: mto t

Ald Hospital



14 FEVEREIRO DE 2019

06/11/2017 172.16.0.6:8080/cvb/pages/atendimento.do?apiform=imp&id=28&id=353830&dataInicial=06/11/2017 18:44:47&dr= -06/11/2017 18:44:47&workflowAtendimentoId=9&tipoAgrupamento=T&tp...



Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

Impresso por: LEONARDO PEREIRA DA COSTA MATIAS
Em: 06/11/2017 18:44:55

Paciente	Boleum de Atendimento	Data/Hora Entrada	Data/Hora Saída
JOÃO BATISTA DOS SANTOS	1039279	05/11/2017 12:17:42	
Data de nascimento 19/06/1987	Idade 30	Sexo Masculino	CNS 160537004450002
Tempo de Internação 1d 3m 0s	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 da 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 fíbula mediana sem desvios significativos.

CD: SUPORTE CLÍNICO + OBSERVAÇÃO NEUROLÓGICA.
BOLSA COLETORA EM ORELHA ESQUERDA.
MANTER ANTICONVULSIVANTE PROFILÁTICO (FENITOINA).
SOL. TC DE CRÂNIO DE CONTROLE.

Seção: ÁREA VERDE ENF 35 Leito: 0008
Profissional responsável pela informação: LEONARDO PEREIRA DA COSTA MATIAS



Número Conselho: 6023



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

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. 27



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBAAV. ORESTES LISBOA, 511 - PEDRO GONDIM
CNES: 2778696 - Tel.: 8332165700Impresso por: JOAO
BARTOLOMEU PINTO
RABELO

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

Data/Hora Saída

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

EVOLUÇÃO DO PACIENTE (JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO - 06/11/2017 06:53:04)**EVOLUÇÃO DO PACIENTE****DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:****PACIENTE EVOLUINDO ESTÁVEL, SEM QUEIXAS, AGUARDA EXAMES PRÉ OP.**

Endereço: AREA VERDE ENF 36 Letra: 0008

Profissional responsável pela informação: JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO

Número Conselho: 4518



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. 28



RELATÓRIO DE CIRURGIA

MEETSHL

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 CIRÚRGICO DE FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA				
CIRURGIÃO:	DR. NILVAN	1º ASS:	DR. MILTON LINHARES		
2º ASS:	MR2 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 CIRÚRGICO DE FRATURA DE CLAVICULA	

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO: SIM NÃO

DESCRIÇÃO:

BÍOPSIA DE CONGELAÇÃO: SIM NÃO

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

ENFERMARIA TERAPIA INTENSIVA
 RESIDÊNCIA ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM: _____ DATA: 14/11/2017

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



Nota de Sala Cirúrgica

NAME DO PACIENTE:	João Batista dos Santos					
IDADE:	30	SEXO:	M	FRONTEIRAS:		
CIRURGIA:	TTO cervi. plat. re se clavícula (C)					
CIRURGÃO:	Dr. Hamilton Pires + Pedro					
ANESTESIA:	Benzodiazepínicos + plexo					
ANESTESISTA:	Guilherme					
INSTRUMENTADOR:	-					
DAT:	14/11/17	TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA:	INÍCIO:	FIM:	CIRURGIA: INÍCIO:	FIM:
16:06						
INDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)						
ASA I (ASA 1) ASA II (ASA 2) ASA III (ASA 3) ASA IV (ASA 4) ASA V (ASA 5)						
CRUZ DE CONTAMINAÇÃO: () LIMPIDA () CONTAMINADA () INFECTADA () POTENCIALMENTE CONTAMINADA						
MEDICAÇÕES DE ANESTÉSICOS	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.	
ALFENTANILA		Soro fuso	1	JELCO N°18		FIO CAT GUT CROMADO N°
BUPIVACAÍNA ISOBÁRICA		Soro fuso	1	JELCO N°20		FIO CAT GUT CROMADO N°
RUPIVACAÍNA FESADA				JELCO N°22		FIO DE AÇO N°
CETAMINA				JELCO N°24		FIO DE AÇO N°
DROPERIDOL				KIT SIST. DREN. TORÁXICA N°		FIO DE NYLON N° 4-0 (1)
ETOMIDATO		SOLUÇÕES	QTD.	LÂMINA BISTURI N°1		FIO DE NYLON N°
ENOFARBITAL		ÁLCOL ETÍLICO 70%	1	LÂMINA BISTURI N°15		FIO DE NYLON N°
FENTANILA	1	PVPI DEGERMANTE	1	LÂMINA BISTURI N°23		FIO POLIGLACTINA N°
FLUMAZENIL		PVPI TINTURA	1	LÂMINA BISTURI N°24		FIO POLIGLACTINA N°
ISOFLURANO		PVPI TÓPICO		LÂMINA DE DERMÁTOMO		FIO POLIGLACTINA N°
LEVOBUPIVACAÍNA C/VASO		SABÃO ANTISEPTICO		LÂMINA DE ENXERTO		FIO POLIPROPILENO N°
LEVOBUPIVACAÍNA S/VASO		MATERIAIS	QTD.	LUVA DE PROCEDIMENTO PAR.		FIO POLIPROPILENO N°
LIDOCAÍNA C/VASO		AGULHA 10X13		LUVA ESTÉRIL N°10		FIO POLIPROPILENO N°
LIDOCAÍNA S/VASO		AGULHA 25X07	1	LUVA ESTÉRIL N°13	1	FIO POLIGLECAPRONE N°
MIDAZOLAN	1	AGULHA 25X08	1	LUVA ESTÉRIL N°10	1	FIO SEDA N°
MORFINA		AGULHA 40X12	1	LUVA ESTÉRIL N°13	1	FITA CARDIACA
NIMBILAN		AGULHA PERIDURAL N°16		MÁSCARA CIRÚRGICA	1	MATERIAL ESPECIAL QTD.
PANCURÔNIO		AGULHA PERIDURAL N°17		MULTIVIAS		CATETER DE PIC
PETIDINA		AGULHA PERIDURAL N°18		PERPURADOR DE SORO		CIMENTO CIRÚRGICO
PRUFÓRFOL		AGULHA RAQUI N°25G		SCALP N°19		CLIP TITÂNIO LIGADURA
RAMIFENTANILA		AGULHA RAQUI N°25G		SCALP N°21		FIO DE KIRSCHNER N°25
ROCURÔNIO		AGULHA RAQUI N°27G		SERINGA 3ML		FIO DE KIRSCHNER N°
SEVOFLURANO		ALGODÃO ORTOPÉDICO		SERINGA 5ML		FIO STEINMAN N°
SUXAMETÔNIO		ATADURA DE CRIPON		SERINGA 10ML		FIO STEINMAN N°
TROPENTAL		ATADURA CESSADA		SERINGA 20ML		GRAMPEADOR CIRÚRGICO
MEDICAÇÕES	QTD.	BOLSA P/ OCOLUSTOMIA		SONDA ASP. TRAQUEAL N°8		HEMOST. ABSORVÍVEL
ADRENALINA		CÂNULA P/TRAQUEOSTOMIA N°		SONDA ASP. TRAQUEAL N°10		KIT DERIVA. VENTRICULAR
ÁGUA DESTILADA		CATETER DE OXIGÊNIO		SONDA ASP. TRAQUEAL N°12		PROTEGE VASCULAR
ATROFOPINA		CATETER EMBOLÉC ARTERIAL N°		SONDA ASP. TRAQUEAL N°14		KIT PAM N°
BEKTRA		CATETER EPIDURAL N°16		SONDA ASP. TRAQUEAL N°16		FIXADOR BIOTERMO
CEFAZOLINA		CATETER EPIDURAL N°17		SONDA FOLEY 2VIAS N°12		EMBREZA
DEXAMETASONA		CATETER EPIDURAL N°18		SONDA FOLEY 2VIAS N°14		14/11/2015
DIPRONA SÓDICA		CERA PARA OSSO		SONDA NASOG. CURTA		PARAFUSOS CORTICais
Efedrina		COLET. URINA FECHADO		SONDA NASOG. LONGA		PARAFUSOS CORTICais N. 16-0
FUROSEMIDA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	1	SONDA URETRAL N°		PARAFUSOS ESPONJOSO
GLUCOSE 50%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS		TORNEIRINHA		PARAFUSOS ESPONJOSO
GLUCONATO DE CALCIO		DRENO DE PENROSE		TUBO ENDOTRAQUEAL N°		PARAFUSOS MALEOLAS
HIDROCORTISONA		DRENO DE SUCCÃO		TUBO ENDOTRAQUEAL N°		PARAFUSOS MALEOLAS
LIDOCAÍNA GELÉIA		ELETRODOS	1	TUBO ENDOTRAQUEAL N°		PLACA 12F - 601
ONDAS ENTÔNICA		EQUIPO MACROGOTAS	1	TUBO SILICONE (LATEX)		PLACA
PLASIL		EQUINO TRANSF. SANGUE				
PROSTOMINE		EQUIPO MICROGOTAS				EQUIPAMENTOS
PROTAMINA		ESTONIA DE PVPI	1	FIO8	QTD.	() ASPIRADOR
TENOXICAN		ESTRAPADRÃO	1	FIO ALGODÃO S/A N°		() BISTURI ELÉTRICO
<i>Celaproxene 1</i>		GAZES	12/12/12	FIO ALGODÃO S/A N°		() CAPNÓGRAFO
<i>De loval</i>		GAZES ALGODONADAS		FIO ALGODÃO S/A N°		() CARDIOMONITOR
		GEL ELETROLÍTICO	1	FIO ALGODÃO S/A N°		() DESFIBRILADOR
		SELO N°14				() FOCO AUXILIAR
		JELCO N°16				() FOCO CENTRAL
		<i>Agrilha re plexo N. 10</i>	01			() MICROSCOPIO
						() PÓXIMETRO DE PULSO
						() P.A. INVASIVA/ NÃO INVASIVA
						() PURPURADOR ELÉTRICO
						() SERRA
						Rosineide da Silva
						Téc. em Enfermagem
						Corem 01111
						FONGLASER/01-3



FICHA DE ANESTESIA

DATA: 11/17

PRONTUÁRIO:

1039278

PACIENTE:	PACIENTE: <i>José Batista dos Santos</i>			SEXO: ♂	IDADE: 60
PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	GRUPO SANGUÍNEO
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		
PRE-ANESTÉSICO			ESTADO FÍSICO (ASSESSORAMENTO)		
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERAÇÃO					
CIRURGIA REALIZADA: <i>Ressecção do cisto epitelial</i> 30717132					
CIBURGIÃO: <i>Mauricio Lins</i>		AUXILIARES:			
INÍCIO DA ANESTESIA: 16:00		TÉRMINO DA ANESTESIA: 16:00	DURAÇÃO DA ANESTESIA: 0h		
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		QUANT. DE CH.	VALORES RS		
ANESTESISTA: <i>Giovanni Lins</i>		CPF	CRM-PB 6685		
AGENTE ANESTÉSICO: <i>Silviano Breyer Instituto</i> 031-156					
LÍQUIDOS VENASOS: <i>Alcon 25 - 10ml</i>					
O	220	<i>1710m</i>			
O	200	<i>200</i>			
O	180	<i>180</i>			
O	160	<i>160</i>			
O	140	<i>140</i>			
O	120	<i>120</i>			
O	100	<i>100</i>			
X	80	<i>80</i>			
X	60	<i>60</i>			
X	40	<i>40</i>			
X	20	<i>20</i>			
ESTERILIZADAS					
ANOTações					
<input type="checkbox"/> AEP	<input type="checkbox"/> MATERIAL	<input type="checkbox"/> RÁGIQUANA	<input type="checkbox"/> EPIDURAL	<input type="checkbox"/> BLOCO PLENO	<input type="checkbox"/> BLOCO NERVOS
<input type="checkbox"/> UMA	MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO				
COPÍA:					
1. <i>Mg 30</i> .11					
2. <i>Cef 30</i> .12					
3. <i>Mep 10</i> .13					
4. <i>Lidocaina 5% 20ml</i> .14					
5. <i>Decadurar 10</i> .15					
6. <i>Op 10ml</i> .16					
7. <i>Urg 10ml</i> .17					
8. <i>Urg 10ml</i> .18					
9. <i>Urg 10ml</i> .19					
10. <i>Urg 10ml</i> .20					
DESTINATÁRIO DO PACIENTE:					
<input type="checkbox"/> APT	<input type="checkbox"/> ENFERMARIA				
<input type="checkbox"/> UTI	<input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA				
<input type="checkbox"/> OUTROS					
OBSERVAÇÕES IMPORTANTES					
ASSINATURA DO ANESTESISTA: <i>Suelio Moreira Torres</i>					
Data: 17/12/2020					
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					



Anes

/ / : DATA 1039 279 PRONTUÁRIO

NOME DO PACIENTE:	JOÃO BAPTISTA DOS SANTOS	Profissão:
Idade:	30	Sexo:
Patologia principal:		Fractura Crânio (E)
Cirurgia:		Prox
Anestesia proposta: BLOCO RVS / GEEAN		

sim	não		
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Diabetes?	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Doença da tireoide?	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Mudança no hábito intestinal?	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Modificação no apetite?	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Caquexia, azia, H.de báto, dor?	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Náuseas, vômitos? (cor:)	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Mudança no hábito intestinal?	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Alteração na cor das fezes?	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Perda de peso sídica?	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Hepatite, icterícia, malária, Chagas?	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Anemia?	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Sangramento? (onde?)	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Hematomas/manchas roxas?	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Gripe, febre, recente?	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Está ou pode estar grávida? (QUM: /)	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Tem problema de visão?	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Teve febre alta quando foi operado?	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Recebeu Transfusão? Há	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Acaba transfusão numa emergência?	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
Alergia a drogas? <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>			
Quadro clínico? <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>			
Tratamento? <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>			
Alergia a pó, fl., odores, alimentos? <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>			
Quadro clínico? <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>			
Tratamento? <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>			
PARA CRIANÇAS (0-14 anos)			
A criança é prematura? <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>			
A criança tem 1º de desenvolvimento? <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>			
A criança está gripada, c/ tosse, febre? <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>			
A criança tem outra doença? <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>			
ANTECEDENTES FAMILIARES DE:			
<input type="checkbox"/> diabetes <input type="checkbox"/> doença crvsc. <input type="checkbox"/> malopatia			
<input type="checkbox"/> Febre alta durante a anestesia?			
<input type="checkbox"/> Problema durante a anestesia?			
Qual?			

Dados importantes da Anamnese e/ou EF

Crônico / Asma / TBC / Complicações

Medicamentos (Dose)

1	2	3	4
5	6	7	8
9	10	11	12
13	14	15	16
17	18	19	20
21	22	23	24
25	26	27	28
29	30	31	32
33	34	35	36
37	38	39	40
41	42	43	44
45	46	47	48
49	50	51	52
53	54	55	56
57	58	59	60
61	62	63	64
65	66	67	68
69	70	71	72
73	74	75	76
77	78	79	80
81	82	83	84
85	86	87	88
89	90	91	92
93	94	95	96
97	98	99	100
101	102	103	104
105	106	107	108
109	110	111	112
113	114	115	116
117	118	119	120
121	122	123	124
125	126	127	128
129	130	131	132
133	134	135	136
137	138	139	140
141	142	143	144
145	146	147	148
149	150	151	152
153	154	155	156
157	158	159	160
161	162	163	164
165	166	167	168
169	170	171	172
173	174	175	176
177	178	179	180
181	182	183	184
185	186	187	188
189	190	191	192
193	194	195	196
197	198	199	200
201	202	203	204
205	206	207	208
209	210	211	212
213	214	215	216
217	218	219	220
221	222	223	224
225	226	227	228
229	230	231	232
233	234	235	236
237	238	239	240
241	242	243	244
245	246	247	248
249	250	251	252
253	254	255	256
257	258	259	260
261	262	263	264
265	266	267	268
269	270	271	272
273	274	275	276
277	278	279	280
281	282	283	284
285	286	287	288
289	290	291	292
293	294	295	296
297	298	299	300
301	302	303	304
305	306	307	308
309	310	311	312
313	314	315	316
317	318	319	320
321	322	323	324
325	326	327	328
329	330	331	332
333	334	335	336
337	338	339	340
341	342	343	344
345	346	347	348
349	350	351	352
353	354	355	356
357	358	359	360
361	362	363	364
365	366	367	368
369	370	371	372
373	374	375	376
377	378	379	380
381	382	383	384
385	386	387	388
389	390	391	392
393	394	395	396
397	398	399	400
401	402	403	404
405	406	407	408
409	410	411	412
413	414	415	416
417	418	419	420
421	422	423	424
425	426	427	428
429	430	431	432
433	434	435	436
437	438	439	440
441	442	443	444
445	446	447	448
449	450	451	452
453	454	455	456
457	458	459	460
461	462	463	464
465	466	467	468
469	470	471	472
473	474	475	476
477	478	479	480
481	482	483	484
485	486	487	488
489	490	491	492
493	494	495	496
497	498	499	500

EXAME FÍSICO
Peso: Altura: PA: P: Fibrasolfolesterol
Corrugados, expectoração, rinite, cianose/edema, icterícia/edema
Atrofia
Desordens urinários (mictúcia) (mictúcia)
Drusas
Abertura da boca: Normal/I
Paroxismo: curto
Ficulamento do periorbita
Normal/Normal
1 Melanopsia (1-2 dilatação extrínseca/máximo > 12.5 cm > 12.5)

Adotar os profissionais envolvidos com o ORL
Exames Subsidiários DATA: 10/02/2010
Hb= 12, + Ht= 38, S. Gluc= Cx= UL
Na= K= TC= TS=
Pieg= 372.000
Coag: (/) Normal (/) Alterada TT= TP= TTpa= INR 1.0
RX óssea (/) =
ECG (/) =
Avaliação clínica

RETORNOS: [] NÃO [] SIM Mediven [] Exames complementares [] Encaminhado p/ Clínica. Qual: (VIDE VERSO)

MÉDICO: CRM: 109.58

Se o paciente tiver Eletrodo(s) preencher "CONDUTA FINAL" e "PROBLEMAS GRAVES", APENAS após a liberação da Ambulância.

CONDUTA FINAL:	<input type="checkbox"/> Liberado para cirurgia
	<input type="checkbox"/> Realizar na intubação máscara(s)
	<input type="checkbox"/> Realizar na SD máscara(s)
	<input type="checkbox"/> NAO LIBERADO P/ CIRURGIA máscara(s)
DATA: / /	
PROBLEMAS GRAVES	
	MPA drogas/oxic.

TODOS _____ FONQJASCTG.037-1

DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

PACIENTE EM "CADEIRA DE PRAIA" SOB ANESTESIA**ASSEPSIA E ANTISEPSIA****COLOCAÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS**

Incisão:

VIA DE ACESSO ANTERIOR A CLAVÍCULA ESQUERDA**AVULSAO E DISSECÇÃO POR PLANOS****CUIDADOS DE HEMOSTASIA**

Achados:

FRATURA DE CLAVICULA ESQUERDA

Conduta:

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:

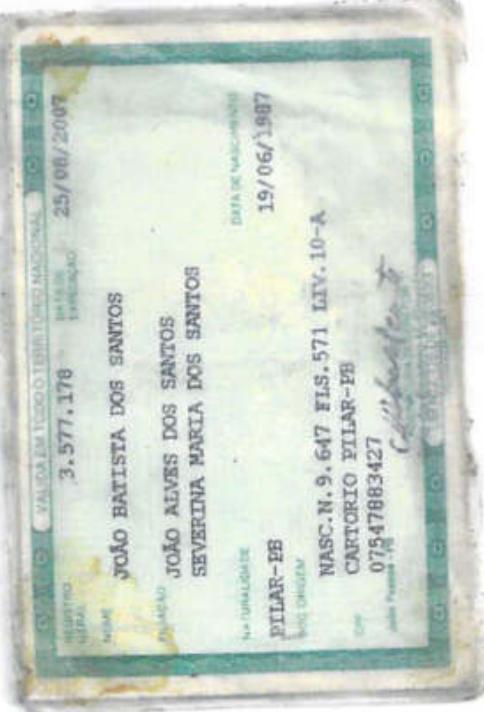
Médico/CRM:

Dr. Pedro Henrique Freitas
Médico Residente
CRM-PB
CRM-10575

João Pessoa,

14/11/2017





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. 34



Seguradora Líder • DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA José Batista dos Santos
 DATA DO ACIDENTE 05/11/2017 CPF DA VÍTIMA 075.478.834-27
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO José Batista dos Santos
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VÍTIMA REPRESENTANTE LEGAL, CUIJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____
 ENDEREÇO DO PORTADOR Rua do Agolado
 Nº 94 COMPLEMENTO _____ BAIRRO Lentro
 CIDADE Ilheus UF PB CEP 58339-000
 E-MAIL _____ FONE/FAX (85) 9 8662-8349

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 IMI (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IMI: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IMI (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE CONFIRME 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, TAI 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 (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITURÁRIO 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, TAI 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

- 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 PRÉVISTA NA LEI 6.319/74.
- 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, ACESSE [WWW.DPVATSEGUROTRANSITO.COM.BR](http://www.dpvatsegurotransito.com.br) OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 16/10/2017IDENTIDADE 3571115ASSINATURA José B. Santos

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA

NOME



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

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

JOAO BATISTA DOS SANTOS

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA



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. 36