Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

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: CPF da vítima: 078.920.954-38 Nome completo da vítima: **JANNYEL AVELINO DE LUNA**

DADOS CADASTRAIS

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

Nome completo: **JANNYEL AVELINO DE LUNA**		CPF: 078.920.954-38	
Profissão: AUTONOMO	Endereço: RUA ALMEIDA CASTRO	Número: 62	Complemento:
Bairro: CENTRO	Cidade: ALAGOA NOVA	Estado: PB	CEP: 58125.000
E-mail: israelfariasadv@gmail.com		Tel.(DDD): (83)	

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 ATÉR$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)**
☐ **BancodoBrasil(001)** ☐ **CaixaEconômicaFederal(104)**

AGÊNCIA: ☐ ☐ **CONTA:** ☐ ☐
(Informar o dígitose existir) (Informar o dígitose existir)

☒ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)
Nome doBANCO: Bradesco (237)

AGÊNCIA: 2655 7 **CONTA:** 0200334 4
(Informar o dígitose existir) (Informar o dígito seexistir)

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.

INVALIDEZPERMANENTE

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.

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, Alagoa Nova-PB - 23/10/2019
Nome:
CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Israel de Souza Farias
Assinatura do Procurador (se houver)

Israel de Souza Farias
ADVOGADO
OAB/PB 25.670

TESTEMUNHAS

1ª | Nome:
CPF:
Assinatura

2ª | Nome:
CPF:
Assinatura

(*) 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.

/001/2018

GOVERNO DO ESTADO DA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA
DELEGACIA DO PLANTÃO CENTRALIZADO
Rua Raimundo Nonato de Araújo, S/N - Catolé - Campina Grande - 58410163 - (83) 9310-9319

DELEGACIA DE ACIDENTES DE VEÍCULOS SSP/PB

OCORRÊNCIA Nº 000242/19

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada,que revendo os Registros de Ocorrências Policiais deste Órgão, encontrei a Ocorrência de Nº 000242/19 registrada em 17/10/2019, que passo a transcrever na íntegra: Aos dezessete dias do mês de outubro do ano de 2019, nesta cidade de Campina Grande, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DO PLANTÃO CENTRALIZADO, quando encontrava-se presente a Bela. JOSEFA ALVES DE ASSIS, Delegada de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, ai, por volta das 09:57 horas, compareceu o Sr. JANNYEL AVELINO DE LUNA, com 31 anos de idade, filho de JOSÉ AVELINO DE LUNA e MARIA JOSÉ DE LUNA, de nacionalidade BRASILEIRA,natural de PARAIBA - PB, União Estavel, escolaridade Medio Incompleto, profissão AUTONOMO, portador da Cédula de Identidade Nº 3.363.711, expedido pela SSP-PB, com C.P.F. de Nº 07892095438, residindo à rua ALMEIDA CASTRO, 62, bairro CENTRO, na cidade de ALAGOA NOVA - PB, celular 9-9404.4585.

Declarou que:

Informa o comunicante, que na noite do dia 07.06.2019, estava se deslocando da cidade de Alagoa Nova em direção a cidade de Lagoa Seca/PB, trafegando pela Rodovia PB 079, conduzindo a motocicleta HONDA/CG150 FAN ESDI, ano/modelo 2011/2011, cor vermelha, chassi nº 9C2KC1680BR530720, de placa OEWT-7026/PB, licenciada em nome de Luiz Paulo Soares da Silva, quando nas proximidades da ponte do Sítio Floriano foi "fechado" por outra motocicleta marca HONDA, de cor preta, placa e demais características não identificadas, inclusive o condutor, que evadiu-se do local, tendo o comunicante efetuado uma manobra brusca na tentativa de evitar a colisão e acabou perdendo o controle de direção, caindo ao solo em seguida, sofrendo ferimentos graves, sendo socorrido para o hospital de Emergência e Trauma de Campina Grande/PB, onde foi submetido a tratamentos médicos, conforme prontuário medico hospitalar em anexo; Que, no momento do acidente o tempo apresentava-se bom e com via seca, entretanto não existe iluminação no local, não encontrando-se o comunicante sob a influência de bebida alcoólica; Que, os Policiais Militares do BPTran não compareceram ao local e portanto não foi confeccionado o Boletim de Acidente de Trânsito; Que, o comunicante manifesta o desejo de não representar criminalmente contra o motocilista envolvido no acidente, caso o mesmo seja identificado, pois pretende apenas receber a indenização do seguro obrigatório a que tem direito. Nada mais havendo a tratar, ciente o declarante das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente certidão. O referido é verdade e dou FÉ.

Campina Grande, Quinta-feira, 17 de Outubro de 2019

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

JANNYEL AVELINO DE LUNA
Declarante

JOSÉ ALBERTO DO NASCIMENTO
Escrivão

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

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

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

Eu, LUIZ PAULO SOARES DA SILVA,

RG nº 333.929-1, data de expedição 12/03/2008

Órgão _____, portador do CPF nº 076.985.494.02,

com domicílio na cidade de ALAGOA NOVA, no Estado de PARAÍBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) JOSÉ ANTÔNIO FRUTUOSO, nº 82,

complemento ----------, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Jammyel Arcelino de Luna, cujo o condutor era Jammyel Arcelino de Luna. Veículo:

Motocicleta Modelo: Honda/CG150 FAN ESDI Ano: 2011/2011

Placa: OET7026/PB Chassi: 9C2KC1680BR530720

Data do Acidente: 07/06/2019

Cartório Alípio Bezerra

Local e Data: Alagoa Nova - PB 03/09/2019

Luiz Paulo Soares da Silva
Assinatura do Declarante

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

CARTÓRIO DO TABELIONATO "ALÍPIO BEZERRA"
R. Clementino Leite, 130 - Centro - Alagoa Nova/PB - CEP: 58125-000 - Fone: (83) 3365-1066
Antonio Marcos Bezerra de Melo
TABELIÃO PÚBLICO

CARTÓRIO "ALÍPIO BEZERRA"
ALAGOA NOVA-PB.
Antonio Geraldo de A. Neto
ESCREVENTE

econheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:
LUIZ PAULO SOARES DA SILVA
ou fé. Alagoa Nova/PB - 09/09/2019
screvente: ANTONIO GERALDO DE ATAIDE NETO
elo Digital:AJC55614-I3CC
onsulte a autenticidade em https://selodigital.tjpb.jus.br
nol R$ 9,91 Farpen R$ 0,29 MP R$ 0,16 Fepj R$ 1,82

JOELSON ARCANJO DO NASCIMENTO
LOC ENGENHO OLHO DAGUA, 65 / LOTEAMENTO REJANE LIMA - OLHO DAGUA
ALAGOA NOVA / PB CEP: 58125000 (AG: 71)

energisa

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183/0001-40 Insc Est 16.015.823-0

Ligação: MONOFÁSICO
Cla/Sbc: RES MTC B1 / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Roteiro: 5 - 77 - 814 - 260 Referência: Jul / 2019
Medidor: 000087416750 Emissão: 10/07/2019

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 027.741.273
Cód. para Déb. Automático: 00017321514

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Jul / 2019	10/07/2019	09/08/2019	093.510.664-65

UC (Unidade Consumidora): 5/1732151-4

Canal de contato

Junte-se ao MOVIMENTO VACINA BRASIL. Saiba mais em saude.gov.br/vacinabrasil

Anterior Data	Anterior Leitura	Atual Data	Atual Leitura	Constante	Consumo	Dias
07/06/19	4190	10/07/19	4267	1	77	33

Demonstrativo

CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa c/ Tributos	Valor	Base Calc. ICMS(R$)	Aliq. ICMS	Icms(R$)	Base Calc. Pis/Cofins(R$)	Pis(R$) (1,0445%)	Cofins(R$) (4,8255%)
0601	Consumo em kWh	77,000	0,929610	68,68	68,68	25	16,87	68,68	0,69	3,18
0601	Adic. B Amarela			0,52	0,52	25	0,13	0,52	0,00	0,02
	LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0807	CONTRIBUIÇÃO ILUM PUBLICA			1,68	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0804	JUROS DE MORA 05/2019			0,31	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0805	MULTA 05/2019			2,36	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
CCI: Código de Classificação do Item		TOTAL		68,39	68,40		16,10	68,40	0,69	3,21
Tarifa s/ Tributos:		0,571770								

Média últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
132	11/08/2019	R$ 68,39

Histórico de Consumo (kWh)

Jun/18	Ago/18	Set/18	Out/18	Nov/18	Dez/18	Jan/19	Fev/19	Mar/18	Abr/18	Mai/18	Jun/18
112	105	114	130	140	151	179	128	193	144	139	114

RESERVADO AO FISCO
b5c2.3d2d.9b81.cce9.164e.301e.aba1.3422.

Indicadores de Qualidade 5/2019 - Atrib

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	
DIC MENSAL	8,47	0,27		
DIC TRIMESTRAL	19,94		NOMINAL	220
DIC ANUAL	25,39			
FIC MENSAL	5,42	1,00	CONTRATADA	
FIC TRIMESTRAL	8,95		LIMITE INFERIOR	202
FIC ANUAL	11,70		LIMITE SUPERIOR	231
DMIC	8,53	0,37		
DICRI	12,22			

Composição do Consumo

Discriminação	Valor (R$)	%
Serviços de Dist. da Energia/PB	15,35	22,46
Compra de Energia	23,03	33,67
Serviço de Transmissão	2,09	3,06
Encargos Setoriais	3,89	5,69
Impostos Diretos e Encargos	23,99	35,08
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	**68,39**	**100,00**

Valor do EUSD (Ref. 5/2019) R$ 41,72

ATENÇÃO

- Leitura confirmada

Faturas em atraso

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.00009 02624.912008 03656.299173 6 79780000006839

PAGADOR: JOELSON ARCANJO DO NASCIMENTO - CPF/CNPJ: 093.510.664-65
LOC ENGENHO OLHO DAGUA, 65 / LOTEAMENTO REJANE LIMA - OLHO DAGUA - ALAGOA NOVA / PB CEP: 58125000

Nosso Nr.	Nr. Documento	Data de Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120003656299	001732151201907	11/08/2019	R$ 68,39	

BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A CNPJ: 09.095.183 / 0001-40
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680

Agência / Código do beneficiário: 3064-3 / 2447-3

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES

DETRAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO
Nº 011545360574

DENATRAN

CRLV

VIA	COD RENAVAM		EXERCICIO
1	0033746075-2	00/00000000	2014

PRT 20150100044569-7

NOME
LUIZ PAULO SOARES DA SILVA

CPF/CNPJ	PLACA
07698549402	OET7026/PB

PLACA ANT/UF	CHASSI
NOVO PB	9C2KC1680BR530720

ESPECIE TIPO	COMBUSTIVEL
PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC	ALCO/GASOL

MARCA/MODELO	ANO FAB	ANO MOD
HONDA/CG150 FAN ESDI	2011	2011

CAP/POT/CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
2 P/149 /CI	PARTIC	VERMELHA

IPVA

COTA UNICA	VENC. COTA UNICA	VENC/COTAS
IPVA PAGO EM	30/06/2014	1ª
FAIXA I.P.V.A	PARCELAMENTO/COTAS	2ª
*******	0	3ª

PREMIO TARIFARIO (R$)	IOF (R$)	PREMIO TOTAL (R$)	DATA DE PAGAMENTO
********	SEGURO	P A G O	30/06/2014

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA DE DOMINIO

0

LOCAL	DATA
ALAGOA NOVA-PB	18/05/2015
32875	

27434

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

PBNº 011545360574 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2014

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
07698549402 PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO OET7026/PB
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCICIO	DATA EMISSÃO
2014	18/05/2015

VIA	CPF / CNPJ	PLACA
1	07698549402	OET7026/PB

RENAVAM	MARCA / MODELO
00337460752	HONDA/CG150 FAN ESDI

ANO FAB	CL TAR	NR CHASSI
2011	9	9C2KC1680BR530720

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R$)	DENATRAN (R$)	CUSTO DO SEGURO (R$)
******	******	******

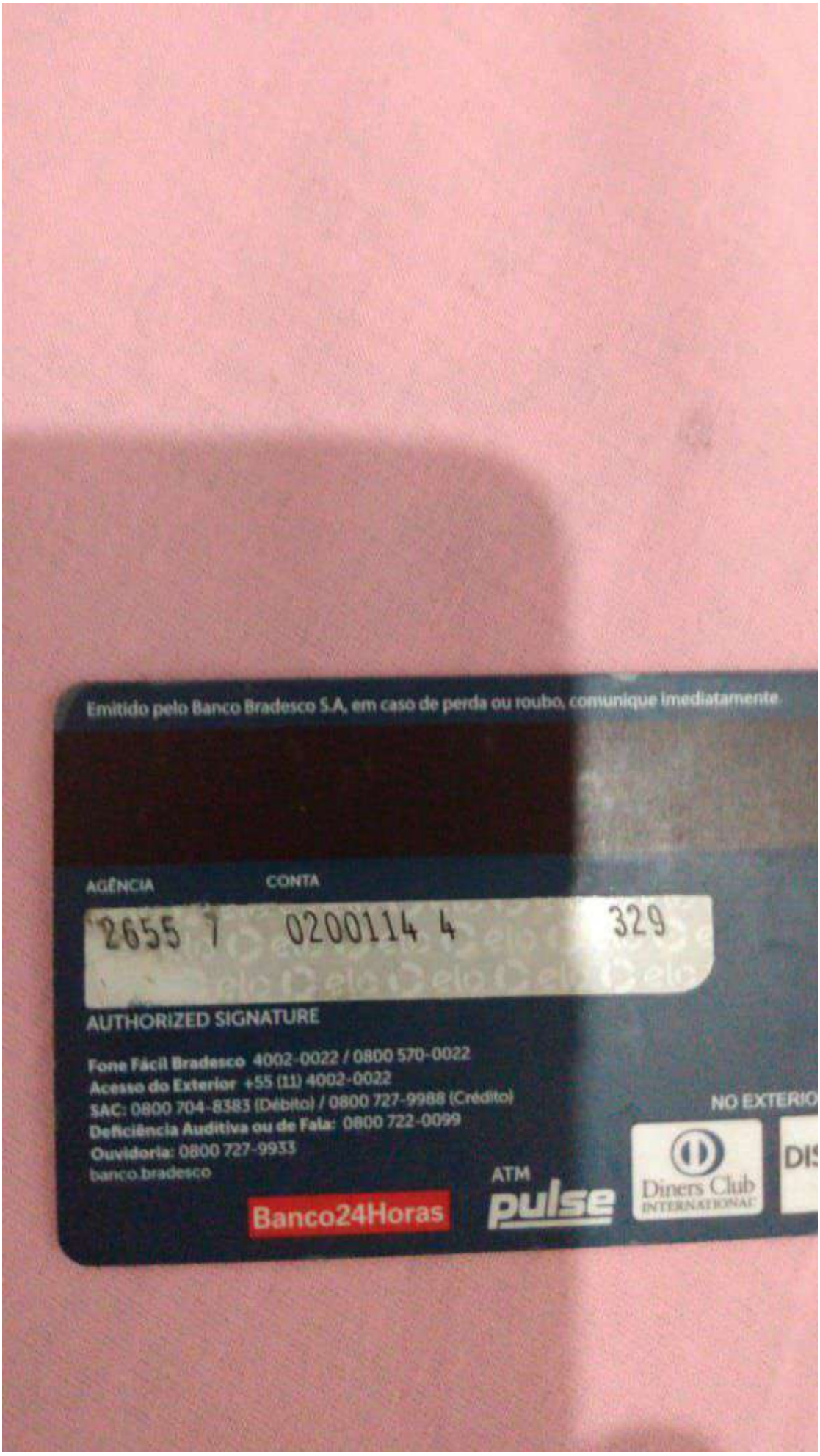
CUSTO DO BILHETE (R$)	IOF (R$)	TOTAL A SER PAGO SEGURADO (R$)
******	SEGURO	P A G O

PAGAMENTO		DATA DE QUITAÇÃO
☒ COTA ÚNICA	☐ PARCELADO	30/06/2014

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04
www.seguradoralider.com.br

27434-0831402-20150518

MAI-2014


Emitido pelo Banco Bradesco S.A. em caso de perda ou roubo, comunique imediatamente
AGÊNCIA
CONTA
2655 7
0200114 4
329
AUTHORIZED SIGNATURE
Fone Fácil Bradesco 4002-0022 / 0800 570-0022
Acesso do Exterior +55 (11) 4002-0022
SAC: 0800 704-8383 (Débito) / 0800 727-9988 (Crédito)
Deficiência Auditiva ou de Fala: 0800 722-0099
Ouvidoria: 0800 727-9933
banco.bradesco
Banco24Horas
ATM
pulse
Diners Club
INTERNATIONAL

ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL
CONSELHO SECCIONAL DA PARAÍBA
IDENTIDADE DE ADVOGADO

NOME
ISRAEL DE SOUZA FARIAS

INSCRIÇÃO: 25670

FILIAÇÃO
PAULO MENINO DE FARIAS
MARIA ROSA DE SOUZA FARIAS

NATURALIDADE
ALAGOA NOVA-PB

DATA DE NASCIMENTO
01/06/1989

RG
3406239 - SSP/PB

CPF
082.917.124-09

DOADOR DE ÓRGÃOS E TECIDOS
NÃO DECLARADO

VIA 01 EXPEDIDO EM 04/07/2018

PAULO ANTONIO MAIA E SILVA
PRESIDENTE

TEM FÉ PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 14930416

USO OBRIGATÓRIO
IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS
(Art. 13 da Lei nº 8.906/94)

OAB

ASSINATURA DO PORTADOR

OBSERVAÇÕES

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636

A Circular SUSEP[1] nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF[2].

[1] Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro. [2] Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu **ISRAEL DE SOUZA FARIAS**

inscrito (a) no CPF/CNPJ 082.917.124 / 09, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

JANNYEL AVELINO DE LUNA inscrito (a) no CPF sob o Nº 078.920.954 / 38,

do sinistro de DPVAT cobertura **INVALIDEZ** da Vítima **JANNYEL AVELINO DE LUNA**,

inscrito (a) no CPF sob o Nº 078.920.954 / 38, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☐ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder–DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. **Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.**

Endereço: RUA ALMEIDA CASTRO		Número: 62	Complemento: ---
Bairro: CENTRO	Cidade: ALAGOA NOVA	Estado: PB	CEP: 58125.000
E-mail: israelfariasadv@gmail.com			Tel.(DDD): (83) 98116-7741 (83) 99631-8671

Local e Data: ALAGOA NOVA – PB, 21/10/2019

Israel de Souza Farias

Assinatura do Declarante

Israel de Souza Farias
ADVOGADO
OAB/PB 25.670

Poder Judiciário do Estado da Paraíba

Guia de Recolhimento de Custas e Taxas
Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98

(Via da parte)

Número do boleto: 004.8.19.00524/01
Data de emissão: 08/11/2019

Nº do Processo:	Comarca:	Classe Processual:	Data de vencimento:
	Alagoa Nova	PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	30/11/2019

Número da guia: 004.2019.600524 **Tipo da Guia:** Custas Prévias

Detalhamento:
- Custas Processuais: R$ 506,30
- Taxa Judiciária: R$ 106,31
- Taxa bancária: R$ 1,35

Promovente: JANNYEL AVELINO DE LUNA
Promovido: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIO DE SEGUROS-

Observações:
- Pagar nas agências do Banco do Brasil ou nos correspondentes bancários.
- O número da guia deverá ser informado na distribuição do processo.

UFR vigente: R$ 50,63
Conta FEJPA: 1618-7/228.039-6
Parcela: 1/1
Valor total: R$ 613,96
Desconto total: R$ 0,00
Valor final: R$ 613,96

866400000067 139609283185 520191130001 481900524010

Poder Judiciário do Estado da Paraíba

Guia de Recolhimento de Custas e Taxas
Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98

(Via do processo)

Número do boleto: 004.8.19.00524/01
Data de emissão: 08/11/2019

Nº do Processo:	Comarca:	Classe Processual:	Data de vencimento:
	Alagoa Nova	PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	30/11/2019

Número da guia: 004.2019.600524 **Tipo de Guia:** Custas Prévias

Promovente: JANNYEL AVELINO DE LUNA **Promovido:** SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIO DE SEGUROS- DPVAT

Detalhamento:

UFR vigente: R$ 50,63
Conta FEJPA: 1618-7/228.039-6
Parcela: 1/1
Valor total: R$ 613,96
Desconto total: R$ 0,00
Valor final: R$ 613,96

Poder Judiciário do Estado da Paraíba

Guia de Recolhimento de Custas e Taxas
Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98

(Via do banco)

Número do boleto: 004.8.19.00524/01
Data de emissão: 08/11/2019

Nº do Processo:	Comarca:	Classe Processual:	Data de vencimento:
	Alagoa Nova	PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	30/11/2019

Número da guia: 004.2019.600524 **Tipo de Guia:** Custas Prévias

Detalhamento:
- Custas Processuais: R$ 506,30
- Taxa Judiciária: R$ 106,31
- Taxa bancária: R$ 1,35

Promovente: JANNYEL AVELINO DE LUNA
Promovido: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIO DE SEGUROS-

Observações:
- Pagar nas agências do Banco do Brasil ou nos correspondentes bancários.
- O número da guia deverá ser informado na distribuição do processo.

UFR vigente: R$ 50,63
Conta FEJPA: 1618-7/228.039-6
Parcela: 1/1
Valor total: R$ 613,96
Desconto total: R$ 0,00
Valor final: R$ 613,96

866400000067 139609283185 520191130001 481900524010

Poder Judiciário do Estado da Paraíba
Tribunal de Justiça
Sistema de Custas Online

Guia de Custas Prévias

Nº Guia:	004.2019.600524	**Data Vencimento:**	30/11/2019	**Data Emissão:**	08/11/2019
Comarca:	Alagoa Nova				
Classe:	PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7				
Promovente:	JANNYEL AVELINO DE LUNA				
Promovido:	SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIO DE SEGUROS- DPVAT				
Valor da Causa:	R$ 7.087,50				
Despesas Processuais:	R$ 0,00	**Custas:**	R$ 506,30	**Taxa:**	R$ 106,31
Total da Guia:	R$ 612,61				

Certifico que os dados referentes a comarca, classe, partes, valor da causa e diligências constantes na guia de custas online conferem com os dados constantes na petição inicial, conforme as leis 5.672/92 e 6.688/98.

Servidor

APRESENTAÇÃO OBRIGATÓRIA QUANDO DO PROTOCOLAMENTO DA AÇÃO.

SINISTRO 3190596170 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JANNYEL AVELINO DE LUNA
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO Comprev Previdência S/A-Filial João Pessoa - PB
BENEFICIÁRIO JANNYEL AVELINO DE LUNA
CPF/CNPJ: 07892095438

Posição em 07-11-2019 16:18:01

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.
Data do Pagamento: XX/XX/XXXX
Valor da Indenização: R$00.000,00
Juros e Correção: R$00.000,00
Valor Total: R$00.000,00

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
05/11/2019	R$ 2.362,50	R$ 0,00	R$ 2.362,50

PROCURAÇÃO

Outorgante: JANNYEL AVELINO DE LUNA, brasileiro, estado civil: solteiro, profissão: autonomo, residente e domiciliado na Rua Almeida Castro, 62, bairro: centro, Município de Alagoa Nova, Estado da Paraíba, Cep. 58125-000, portador do Rg. nº 3.363.711, SSP/PB e CPF nº 078.920.954-38.

Outorgado: ISRAEL DE SOUZA FARIAS, brasileiro, estado civil: CASADO, profissão: ADVOGADO, residente e domiciliado à Rua LOC ENGENHO OLHO DAGUA/LOTEAMENTO REJANE LIMA, nº 65, bairro OLHO DAGUA Município de ALAGOA NOVA, Estado da PARAÍBA, Cep.: 58125.000, portador do RG nº 3406239 SSP/PB e CPF nº 082.917.124-09.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) JANNYEL AVELINO DE LUNA, ocorrido em 07/06/2019, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.
Processo de natureza: INVALIDEZ.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, **assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT,** enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

Alagoa Nova – PB, 21 / Outubro 2019.

Cartório "Alípio Bezerra"

J. Jannyel Avelino M. Luna
Outorgante

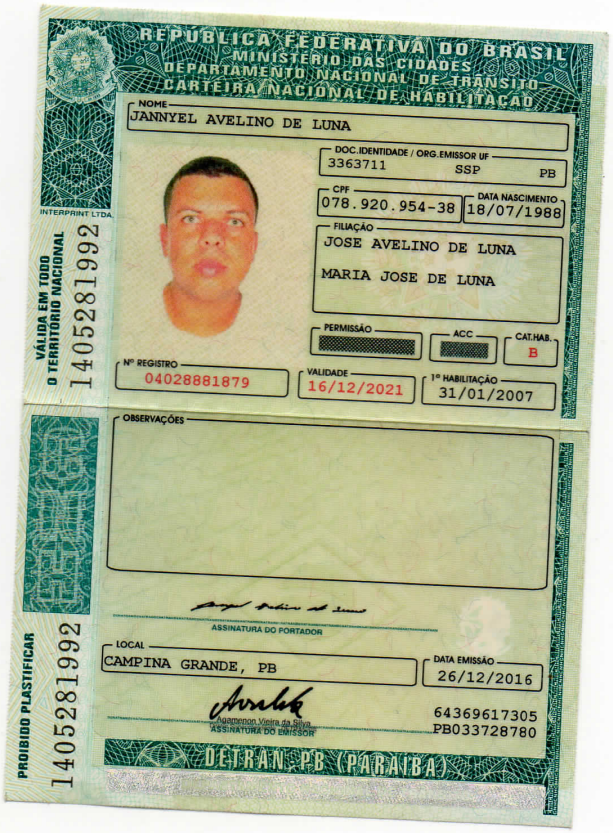
CPF Nº 078.920.954-38

"RECONHECER FIMA POR AUTENTICIDADE"

CARTÓRIO DO TABELIONATO "ALÍPIO BEZERRA" Antonio Marcos Bezerra de Melo
R. Clementino Leite, 130 - Centro - Alagoa Nova/PB - CEP: 58125-000 - Fone: (83) 3365-1066 TABELIÃO PÚBLICO

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:
JANNYEL AVELINO DE LUNA
Dou fé. Alagoa Nova/PB - 21/10/2019
Escrevente: FAGNER RODRIGUES SOARES
Selo Digital:AJI36741-V11M
Consulte a autenticidade em https://selodigital.tjpb.jus.br
Emol R$ 9,91 Farpen R$ 0,29 MP R$ 0,16 Fepj R$ 1,82

Cartório "Alípio Bezerra"
ALAGOA NOVA-PB
Fagner Rodrigues Soares
ESCREVENTE



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME: JANNYEL AVELINO DE LUNA

DOC.IDENTIDADE / ORG.EMISSOR UF: 3363711 SSP PB

CPF: 078.920.954-38

DATA NASCIMENTO: 18/07/1988

FILIAÇÃO:
JOSE AVELINO DE LUNA
MARIA JOSE DE LUNA

PERMISSÃO:

ACC:

CAT.HAB.: B

Nº REGISTRO: 04028881879

VALIDADE: 16/12/2021

1ª HABILITAÇÃO: 31/01/2007

OBSERVAÇÕES:

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL: CAMPINA GRANDE, PB

DATA EMISSÃO: 26/12/2016

Agamenon Vieira da Silva
ASSINATURA DO EMISSOR

64369617305
PB033728780

DETRAN PB (PARAÍBA)

INTERPRINT LTDA.

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1405281992

PROIBIDO PLASTIFICAR

1405281992

JOSE AVELINO DE LUNA
RUA ALMEIDA CASTRO, 62 - CENTRO
ALAGOA NOVA / PE CEP: 55125000 (AG: 71)

energisa

Ligacao: MONOFASICO
Cls/Sbc: RES MTC B1 / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Roteiro: 5 - 77 - 815 - 6720
Medidor: 00000153240
Referencia: Ago / 2019
Emissao: 09/08/2019

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br230, Km25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc.Est. 16.015.323-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº029.235.726
Cód. para Déb. Automático: 00002415412

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Ago / 2019	09/08/2019	10/09/2019	633.994.157-53

Insc. Est.:

UC (Unidade Consumidora): 5/241541-2

Canal de contato

Junte-se ao MOVIMENTO VACINA BRASIL. Saiba mais em saude.gov.br/vacinabrasil

Anterior Data	Anterior Leitura	Atual Data	Atual Leitura	Constante	Consumo	Dias
10/07/19	48445	09/08/19	48664	1	219	30

Demonstrativo

CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa c/ Tributos	Valor Total(R$)	Base Calc ICMS(R$)	Aliq. ICMS	Icms(R$)	Base Calc Pis/Cofins(R$)	Pis(R$) (1,0845%)	Cofins(R$) (4,9955%)
0601	Consumo em kWh	219,000	0,854400	187,11	187,11	27	50,52	187,11	2,02	9,34
0601	Adic. B Amarela			3,42	3,42	27	0,92	3,42	0,04	0,17
0601	Adic. B Vermelha			3,94	3,94	27	1,06	3,94	0,04	0,20
	LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0807	CONTRIBUIÇÃO ILUM PUBLICA			5,21	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0999	BÔNUS ITAIPU LEI 10438/2002 07/2019			-2,25	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
	TOTAL			197,43	194,47		52,50	194,47	2,10	9,71

CCI: Código de Classificação do Item
Tarifa s/ Tributos: 0,571770

Média últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
237	01/09/2019	R$ 197,43

Histórico de Consumo (kWh)

Ago/18	Set/18	Out/18	Nov/18	Dez/18	Jan/19	Fev/19	Mar/19	Abr/19	Mai/19	Jun/19	Jul/19
243	224	224	223	230	247	227	265	250	238	232	250

RESERVADO AO FISCO

d720.d546.c80b.305a.ae74.d30f.6c94.8ed1.

Indicadores de Qualidade 6/2019 - Areia

	Limites da ANEEL	Apurado
DIC MENSAL	6,47	0,00
DIC TRIMESTRAL	12,94	
DIC ANUAL	25,89	
FIC MENSAL	3,42	0,00
FIC TRIMESTRAL	6,85	
FIC ANUAL	13,70	
DMIC	3,80	0,00
DICRI	12,22	

Limite de Tensão (V)	
NOMINAL	220
CONTRATADA	
LIMITE INFERIOR	202
LIMITE SUPERIOR	231

Composição do Consumo

Discriminacao	Valor (R$)	%
Serviços de Dist. da Energisa/PB	43,18	21,60
Compra de Energia	70,08	35,10
Serviço de Transmissão	6,72	3,37
Encargos Setoriais	10,20	5,11
Impostos Diretos e Encargos	69,52	34,82
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	199,69	100,00

Valor do EUSD (Ref. 6/2019) R$ 70,14

ATENÇÃO

Faturas em atraso

PROCURAÇÃO

Outorgante: JANNYEL AVELINO DE LUNA, brasileiro, estado civil: solteiro, profissão: autonomo, residente e domiciliado na Rua Almeida Castro, 62, bairro: centro, Município de Alagoa Nova, Estado da Paraíba, Cep. 58125-000, portador do Rg. nº 3.363.711, SSP/PB e CPF nº 078.920.954-38.

Outorgado: ISRAEL DE SOUZA FARIAS, brasileiro, inscrito na OAB/PB sob nº 25.670, com escritório profissional na Rua Manoel Araújo, nº 70, Centro, Alagoa Nova-PB, CEP: 58125.000. FONE: (83) 98116-7741 / 99631-8671 Endereço Eletrônico: israelfariasadv@gmail.com, onde o outorgado deverá receber quaisquer correspondências e/ou notificações referentes ao presente feito.

Poderes e fins: Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante nomeia e constitui o outorgado como seu procurador e para defender seus interesses perante o foro em geral, com a cláusula ***ad judicia et extra,*** podendo, portanto, promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, em qualquer instância ou tribunal, ficando, o mesmo, investido no poder para o foro em geral, usando de todos os recursos legais e acompanhando-a até decisão final. Confere ainda aos outorgados os poderes especiais para requerer, desistir, transacionar, conciliar, assinar termo de denúncia e conciliação, renunciar, desistir, transigir, em juízo ou fora dele, bem como substabelecer com ou sem reserva de poderes.

Alagoa Nova/PB, 05/11/2019.

Assinatura do outorgante

GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº:1915849 **CLASS. DE RISCO: VERMELHO**

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 07/06/2019
Boletim de Emergência (B.E) – Modelo 07 Atendente : acolhimento

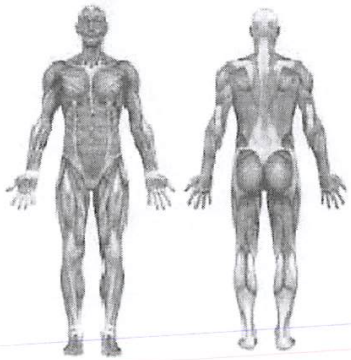
PACIENTE: JANNYEL AVELINO DE LUNA

Endereço:RUA ALMEIDA CASTRO	CEP:58125000	Nascimento:18/07/1988
	Sexo:M	Telefone: 994044585
Cidade: Alagoa Nova	Idade:030	Bairro:CENTRO
Nome da Mãe: MARIA JOSE D LUNA	RG: 3363711	Nº:62
Responsável: JESSICA ALMEIDA SILVA	CPF: 07892095438	Profissão:AGENTE SOCIO EDUCATIVO
Estado Civil:Casado(a)	Data de Atend:07/06/2019	CNS:708506369562179
Motivo: ACIDENTE DE MOTO MOTO X MOTO	Hora: 21:00:01	CONVÊNIO:SUS
Médico:	CRM:	Especialidade:

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO (Identifique o local com o número correspondente ao lado)



1 . Abrasão
2. Amputação
3. Avulsão
4. Contusão
5. Creptação
6. Dor
7.Edema
8.Empalhamento
9. Enfisêma subcutâneo
10. Esmagamento
11. Equimose
12.F. Arma branca
13.F. Arma de fogo
14.F. Corituso
15.F. Cortante
16. F.Corto-contuso
17.F.Perfuro-contuso
18..F.Perfuro-cortante
19. Fratura òssea fechada
20. Fratura òssea aberta
21. Hematoma
22. Ingurgitamento Venoso
23. Laceração
24. Lesão tendínia
25. Luxação
26.Mordedura
27.Movimento torácico paradoxal
28. Objeto Encravado
29. Otorragia
30.Paralisia
31. Paresia
32.Parestesia
33. Queimadura
34. Rinorragia
35.Sinais de Isquemia
36.

OBS:

QUEIMADURA:
Superfície corporal lesada = _____% **Grau** ( ) 1º Grau ( ) 2º Grau ( ) 3º Grau

EXAME PRIMÁRIO - DADOS VITAIS

Paciente trazido pelo SAMU com colar cervical e prancha rígida, com historia de colisão moto x barreira há aproximadamente 2 horas. Nega perda de consciência ou episodio emetico. Queixa-se de dor em perna (D), sem outras queixas.
Abdome inocente.

ALERGIA: Ø

MEDICAMENTOS: Ø

PATOLOGIAS: Ø

ULTRASSONOGRAFIA Realizada em: 07/06/19

EXAME FÍSICO

PUPILAS (x) Fotorreagentes (x) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( ) _____

Glasgow 15 **PA**_____
HGT:_____ **Sat02**_____

A: Prancha rígida Ø e colar cervical Ø / VA pérvia
B: MV + AHT, s/ RA SatO2: 96% FR: 22
C: PCR 127/13 NP/ S/S FC: 85
D: ECG 15. - dor moviment. MI(D) + sangramento ativo pela exterior perna (D)
E: Normotérmico

EXAMES SOLICITADOS:
( )Laboratoriais ( )Ultrassonografia:_____
( )Gasometria arterial ( )Radiografias:_____
( )Tomografia Computadorizada ( )_____

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: Ortopedia / _____ às_____:_____
Dia_____/_____/_____

Especialista: _____ / _____ às_____:_____
Dia_____/_____/_____

RAIO X REALIZADO EM: 09/06/2019

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	SRL 500ml, EV, agora	21:25
2	Dipirona 1g – 01 amp. EV, agora	
3	Tilatil 20mg – 01 amp, EV, agora	
4		

Hayza Fernandes Farias Cirurgiã-Dentista CRO-PB 22

DIGNOSTICO / CID: Politrauma
EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

ORTOPEDIA

Paciente com quadro de fratura exposta de Tíbia D sem outras alterações musculo-esqueléticas.

Tratamento cirúrgico
Aguarda liberação de C. cardio

DR. JOSÉ R... GOMES
ORTOPEDIA/TR... LOGIA
CRM-PB ...

CIRURGIA GERAL - 22:36
Alta cirurgia geral - pct. s/ queixas.

Dr. Antonio Bido Neto
MÉDICO RESIDENTE
CIRURGIA GERAL
CRM/PB 8108

DESTINO DO PACIENTE _____/_____/_____ às _____:_____ hs.

( )Centro cirúrgico _____

( )Alta hospitalar / ( )A revelia

( )Internação (setor) _____ \ ( )Decisão Médica

( )Tranferência a outro SETOR ou HOSPITAL _____ ( )Óbito

Jéssica Almeida da Silva

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO	CBO	IDADE

Data da internação: 07/06/2019 Hora: 22:39:57

SUS Sistema Único de Saúde — Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES
2 - CNES: 2362856
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES
4 - CNES: 2362856

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: JANNYEL AVELINO DE LUNA
6 - Nº DO PRONTUÁRIO: 1915892
7 - CARTÃO DO SUS: 708506369562179
8 - DATA DE NASCIMENTO: 18/07/1988
9 - SEXO: Masc [X] 1 Fem [ ] 3
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: MARIA JOSE D LUNA
11 - TELEFONE DE CONTATO: DDD 83 Nº DE TELEFONE 994044585
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº,BAIRRO): RUA ALMEIDA CASTRO , 62 , CENTRO
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: Alagoa Nova
14 - CÓD.IBGE MUNICÍPIO: 250040
15 - UF: PB
16 - CEP: 58125000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: Paciente vítima de acidente de moto com dor, deformidade e ferimento na perna direita

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: Necessidade de cirurgia

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): Exame físico + RaiX

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL: Fratura exposta de Tíbia (D).
21 - CID 10 PRINCIPAL: S822
22 - CID 10 SECUNDÁRIO:
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: Trat. cirúrgico fratura tíbia
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: 0408050500
26 - CLÍNICA:
27 - CARATER DA INTERNAÇÃO: 02
28 - DOCUMENTO: (X) CNS ( ) CPF
29 - Nº DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: 980016296973832
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: JOSE RENNA GOMES DA SILVA
31 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 07/06/2019
32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): CRM-PB 9121

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO
34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA:
37 - Nº DO BILHETE:
38 - SÉRIE:
39 - CNPJ EMPRESA:
40 - CNAE DA EMPRESA:
41 - CBOR:
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:
44 - COD. ORGÃO EMISSOR:
45 - DOCUMENTO: ( ) CNS ( ) CPF
46 - Nº DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: / /
48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):
49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR:

Data da internação: 07/06/2019 Hora: 22:39:57

SUS — Sistema Único de Saúde — Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES
2 - CNES: 2362856
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES
4 - CNES: 2362856

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: JANNYEL AVELINO DE LUNA
6 - Nº DO PRONTUÁRIO: 1915892
7 - CARTÃO DO SUS: 708506369562179
8 - DATA DE NASCIMENTO: 18/07/1988
9 - SEXO: Masc [X] 1 Fem [ ] 3
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: MARIA JOSE D LUNA
11 - TELEFONE DE CONTATO: DDD 83 Nº DE TELEFONE 994044585
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº,BAIRRO): RUA ALMEIDA CASTRO , 62 , CENTRO
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: Alagoa Nova
14 - CÓD.IBGE MUNICÍPIO: 250040
15 - UF: PB
16 - CEP: 58125000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: Paciente vítima de acidente de moto com dor, deformidade e ferimento na perna direita

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: Necessidade de cirurgia

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): Exame físico + Raio-x

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL: Fratura Exposta de Tíbia (D).
21 - CID 10 PRINCIPAL: S822
22 - CID 10 SECUNDÁRIO:
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: Osteossíntese de tíbia
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: 0408050300
26 - CLÍNICA:
27 - CARATER DA INTERNAÇÃO: 02
28 - DOCUMENTO: (X) CNS ( ) CPF
29 - Nº DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: 980016296973832
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: JOSE RENNA GOMES DA SILVA
31 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 07/06/2019
32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): DR. JOSE RENNA GOMES ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM-PB 9121

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO
34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA:
37 - Nº DO BILHETE:
38 - SÉRIE:
39 - CNPJ EMPRESA:
40 - CNAE DA EMPRESA:
41 - CBOR:
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:
44 - COD. ORGÃO EMISSOR:
45 - DOCUMENTO: ( ) CNS ( ) CPF
46 - Nº DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: / /
48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):
49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR:

Data: 07/06/2019
Horas: 23:00:01
Médico (a) Diarista : Jose Renna Gomes Da Silva

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DE CAMPINA GRANDE
DOM. LUIZ GONZAGA FERNANDES

GOVERNO DA PARAÍBA

Admitido às 05:25h

9 - 1

1915892

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1915892 **Paciente: JANNYEL AVELINO DE LUNA** Idade: 030

Nome da Mãe: MARIA JOSE D LUNA Data de Nascimento: 18/07/1988 Sexo: M

Clinica:AREA VERMELHA Enfermaria: ~~AREA VERMELHA~~ 9 Leito: ~~31~~ 1 Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA TIBIA DIREITA

DIA 07/06/2019
MÉDICO(A): Jose Renna Gomes Da Silva /

Item	Prescrição	Aprazamento
	DIETA LIVRE	
2	**SORO FISIOLOGICO 0,9% 500ML** E.V, 6h/6h	06
3	**CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR** E.V, 12h/12h 0D/14D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	06
4	**DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML** E.V, 6h/6h	06
5	**TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE** E.V, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	06
6	**ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML** S.C, 24h/24h (ADM AS 14h)	
7	**TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML** E.V, 8h/8h	06
8	**CURATIVOS** 24h/24h (ADM AS 6h)	cfu

DR. JOSÉ RENNÁ GOMES
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM - PB 9121

Admitido às 05:25h

Data: 08/06/2019
Horas: 02:47:07
Médico (a) Diarista : Ywry De Paiva Camara

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DE CAMPINA GRANDE * DOM. LUIZ GONZAGA FERNANDES *

GOVERNO DA PARAÍBA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1915892 **Paciente: JANNYEL AVELINO DE LUNA** Idade: 030

Nome da Mãe: MARIA JOSE D LUNA Data de Nascimento: 18/07/1988 Sexo: M

Clinica:AREA VERMELHA Enfermaria: AREA VERMELHA Leito: 31 Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA TIBIA DIREITA

DIA 08/06/2019
MÉDICO(A): Ywry De Paiva Camara /

Item	Prescrição	Aprazamento
	DIETA LIVRE APÓS RPA	
2	**SORO FISIOLOGICO 0,9% 500ML** E.V, 1FRASCO, 8h/8h	14 22 06
3	**CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR** E.V, 12h/12h Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	06 18 06
4	**GENTAMICINA SULFATO 80 MG/2 ML 2 ML** E.V, 3AMPOLA, 0D/2D Diluir em 50 ML SF 24/24H	06 06
5	**DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML** E.V, 1AMPOLA, 6h/6h	06 12 18 24 06
6	**TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE** E.V, 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	06 18 06
7	**ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML** E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO 8/8H	06 14 22 06
8	**TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML** E.V, 1AMPOLA, 8h/8h + 100ML SF, LENTO	06 14 22 06
9	**DECUBITO MUDANCA** 2/2H	
10	**CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS**	cte
11	**CURATIVOS** 1X POR DIA	cte

POI

Paciente submetido a procedimento cirurgico ortopédico de urgência sem intercorrencias.
No momento em URPA,
Cd: vpm + Rx Controle.

Ywry de Paiva Câmara
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM/PB 10907

09/06/19:

Bcb, estável, s/ intercorrências, 1m 2º tpo.
Ao sair, bem coeptrolado, s/ sangr.
Cd: Alta Hospitalar c/ encaminhamento de retorno Ambulatorial
+ ATB + AINE + AAS p/ 03 + encaminhamento Ortopedia
de não pisar

Ywry de Paiva Câmara
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM/PB 10907

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB. Data: 08/06/2019
NOME : Ywry De Paiva Camara

GOVERNO DA PARAÍBA

Número do Prontuário: 143927 DATA DA CIRURGIA: 31/12/1969

Número do Atendimento: 1915892 Clín: AREA VERMELHA / Enf: AREA VERMELHA / Lei: 31

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: JANNYEL AVELINO DE LUNA

Data da Internação: 07/06/2019

Atendimento:1915892

Diagnostico Pré-Operatório: Fx Exposta Ossos da Perna (D)

Diagnostico Pós-Operatório: O mesmo.

Cirurgia: LMG + Osteossíntese. **Data da Cirurgia:** 08/06/19

Equipe:
Cirurgião:JOSE RENNA GOMES DA SILVA
Aux 1:YWRY DE PAIVA CAMARA
Aux 2:
Aux 3:
Instrumentador:ANDRÉ [redacted]
Anestesista:THIAGO AUGUSTO MAHON BRAGA
Tipo de anestesia:RAQUIANESTESIA

Relatório Imediato do Patologista:FRATURA EXPOSTA COM 5 HORAS DE EVOLUÇÃO

Exame Radiológico no Ato:SIM

Acidente Durante Operação:NÃO

Descrição da Operação:
PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA
2. REALIZADA IRRIGAÇÃO EXAUSTIVA COM SF 0,9% 10 LITROS E CLOREXIDINA
3. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS (NÃO FOI UTILIZADO GARROTEAMENTO)
4. AMPLIAÇÃO DE DOIS FERIMENTOS EM FACE ANTERIOR DE PERNA DIREITA, UNIFICANDO LONGITUDINALMENTE.
5. DESBRIDAMENTO DE TECIDOS DESVITALIZADOS
6. IRRIGAÇÃO COM SF 0,9%
7. EVIDENCIADA FRATURA COMINUTIVA EM CORTICAL MEDIAL-ANTERIOR. PACIENTE APRESENTANDO TÍBIA TRIANGULAR COM FACE LATERAL POSTERIORIZADA E PROFUNDA, IMPOSSIBILITANDO A SINTESE LATERAL.
8. REALIZADA REDUÇÃO CRUENTA DE FRATURA
9. OSTEOSSÍNTESE COM PLACA DCP LARGA 14 FUROS + 8 PARAFUSOS CORTICAIS, SENDO UM DELES INTERFRAGMENTÁRIO PELA PLACA.
10. LAVADO DE FO COM SF 0,9% + REVISÃO DE HEMOSTASIA.
11. PONTOS DE APROXIMAÇÃO COM NYLON 2-0
12. CURATIVO

Data 08/06/2019 **Assinatura/Carimbo**
Ywry De Paiva Camara
Ywry de Paiva Câmara
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM/PB 10907

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

PACIENTE: Jannyel Avelino de Lima DN. 18.02.1988			
QI	LEITE: Sala 03	CONVÊNIO: SUS	IDADE: 30	REGISTRO: 1915849
CIRURGIA: Tto cirurgico fratura ex perna esq. da perna dim		CIRURGIÃO: DR. Yury	
ANESTESIA: raqui		ANESTESIA: Dr. Thiago	
INSTRUMENTADORA: André (tm)	DATA: 08.06.2019	INÍCIO: 01:10	FIM: 02:50

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.		Calel. p/ Óxg.		Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.		Catet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix	
	Diazepan amp.	05	Compressa Grande		Catgut cromado Sertix	
01	Dimorf amp.		Compressa Pequena		Catgut Simples	
	Dolantina amp.		Cotonoide		Catgut Simples Sertix	
	Efrane ml		Dreno		Catgut Simples Sertix	
	Fenegam amp.		Dreno Kerr nº		Catgut Simples Sertix	
	Fentanil ml		Dreno Penrose nº		Cera p/ osso	
	Inova ml		Dreno Pezzer nº		Ethibond	
	Ketalar ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond	
01	Mercaína % ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Nubahin amp.		Equipo de Sangue		Fio de Algodrão Sertix	
	Pavulon amp.		Equipo de PVC		Fio de Algodrão Sertix	
	Protigmine amp.	05	Esparadrapo Larco cm		Fio de Algodrão Sutupak	
	Protoxido l/m		Furacim ml		Fio de Algodrão Sutupak	
	Quelicin ml	05	Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardiaca	
	Rapifen amp.		H_2O_2 ml		Mononylon	
	Thionembutal ml		Intracath Adulto		Mononylon	
	Tracrium amp.		Intracath Infantil		Prolene Serfix	
Qtd.	**MEDICAÇÕES**	02	Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Serfix	
	Agua Destilada amp.		Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Serfix	
01	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Serfix	
03	Dipirona amp.		Luvas 7.0		Vicryl Serfix	
	Flaxidól amp.		Luvas 7.5		Vicryl Serfix	
	Flebocortid amp.	02	Luvas 8.0		Vicryl Serfix	
	Geramicina amp.	05	Luvas 8.5 Procedimento			
	Glicose amp.		Oxigênio l/m			
	Glucon de Cálcio amp.		Poliflix			
	Haemacel ml.		PVPI Degemante ml			
	Heparema ml.		PVPI Tópico ml.	**Qtd.**	**SOROS**	
	Kanakion amp.	05	Sabão Antiséptico		SG Normotérmico fr 500 ml	
	Lasix amp.	02	Saco coletor	05	SG Gelado fr 500 ml ?/ Lavagem	
	Medrotinazol.	01	Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml	
	Plasil amp.		Seringa desc. 20 ml		SG Ringr fr 500 ml	
	Prolamina	01	Seringa desc. 05 ml		SG fr 500 ml	
	Revivan amp.		Sonda			
	Stuptanon amp.		Sonda folley	**Qtd.**	**ORTESE E PRÓTESE**	
02	Cefalotina 1g		Sonda Nasogática	01	Fio de Kirchinner	
02	Fenoxicam		Sonda Uretral nº	cx	4,5 tm	
02	Tramadum		Sterydrem ml	01	placa 14 furos	
01	Nausedron		Torneirinha	08	parafusos	
Qtd.	**MATERIAIS / SOLUÇÕES**		Vaselina ml			
	Agulha desc. 25 x 7		Gelcon 18			
	Agulha desc. 28 x 28		Latese			
	Agulha desc. 3 x 4,5	05	elétrodos			
01	Agulha p/ raque nº					
	Álcool de Enfermagem					
	Álcool Iodado ml					
03	Ataduras de Crepon					
	Ataduras de Gessada					
	Azul metileno amp.					
	Benzina ml					

EQUIPAMENTOS

- (X) Oximetro de Pulso
- ( ) Serra
- ( ) Desfibrilador
- (X) Foco Frontal
- ( ) Fonte de Luz
- ( ) Foco Auxiliar
- ( ) Eletrocautério
- ( ) Oxicapiógrafo
- ( ) Cardiomonitor
- (X) Perfurador Elétrico

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

Arielle Campos de Araujo Oliveira
TÉC. ENFERMAGEM
COREN-PB 397289

MOD 066

GOVERNO DA PARAÍBA

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

Cirurgia

Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: Yanjel Avelino de Lima **Idade:** 30 anos
Convênio: SUS **Data:** 18/07/1988
Procedimento: Trat. cirúrgico c/ fixação de fratura esperada dos ossos da perna direita

Cirurgião: Dr Yuri **Auxiliar:** Dr Euler **Anestesista:** Raque

Início: 01:10 **Término:** 02:50 **Anestesia** Dr Thiago

Hora	PA	Pulso	SAT 02	Responsável	A. Motora	Conciência
03:00	163X74	65	90%	Ejilda + simone	-	Consciente
04:10	156x60	57	97%	~~SEM~~	-	Dormindo

Medicamentos/Materiais	Quantidade

Observações:

7966

Assinatura Anestesista Circulante

Relatório de Operação

MOD. 103

TABELA DE ALDRETE E KROULIK MODIFICADA
(Critérios para altas da SRPA)

Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico	***Hora entrada***	***Hora saída***
Nenhum Movimento = 0 *Movimenta 2 membros = 1* *Movimenta 4 membros = 2*		
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispnéia = 1 Respiração profunda e tosse = 2		
PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0 PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1 PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2		
Sat 02 < 90 com oxigênio = 0 Sat 02 > 90 com oxigênio = 1 Sat 02 > 92% sem oxigênio = 2		
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		
TOTAL DE PONTOS:		10

29/6/6

Assinatura do anestesista

TM Cirúrgica
Ortopedia - Neurologia - Buco

Rua Ciclame, 86 - Jardim Atlântico - Olinda - PE
CEP: 53.060-070 - www.tmcirurgica.com.br
Fone: (81) 3431.4960 | 3429.1960 | 99452.1153

6758

PEDIDO DE FATURAMENTO

NOME DO HOSPITAL: HOSPITAL DE TRAUMA G. GRANDE

CIDADE: TEL / FAX / E-MAIL:

NOME DO PACIENTE: JANNYEL AVELINO DE LUNA

Nº DO PRONTUÁRIO: 191584 | Nº AI. H | CÓD. PROCEDIMENTO | CONVÊNIO

PROCEDIMENTO REALIZADO: Insto. Cirurg. De Fratura Exposta de Tíbia

PRODUTO	REF.	QUANT.	CÓD. ROMP.
Haste 4.5 Longa DCP 14F		01	
Parafuso Cortical 4.5 x 36		01	
// // 4.5 x 34		05	
// // 4.5 x 32		02	

DATA DA UTILIZAÇÃO: 08/6/19 | DATA DA COMUNICAÇÃO | MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM: Dr. Yury Paiva

OBSERVAÇÕES

Q 4.5 Tab: 02

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

Yury de Paiva Câmara
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM/PB 10807

Embalagem Recife - F.: (81) 99831.0833

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 09/06/2019
Boletim de Emergência (B.E) – Modelo 03 NOME : Ywry De Paiva Camara

GOVERNO DA PARAÍBA

LIBERAÇÃO DE LEITO

Nome do Paciente: JANNYEL AVELINO DE LUNA

Data da Internação: 07/06/2019 Data da Alta:09/06/2019

Registro:1915892

Tempo de Permanência:-18055

Diagnóstico Inicial: fx exposta ossos da perna (D) (Gustillo II)

Diagnóstico Final: o mesmo

Principais Exames:RADIOGRAFIA

Cirurgia:LMC + RAFI Data:08/06/2019

Equipe:
Cirurgião:JOSE RENNA GOMES DA SILVA
Aux 1:YWRY DE PAIVA CAMARA
Aux 2:
Aux 3: Ø
Aux 4:
Anestesista:THIAGO AUGUSTO MAHON BRAGA

Medicamentos: SINTOMÁTICOS + CEFAZOLINA

Infecção F.O:NAO

Coleta de Material:NAO

Bacteriologia:NDN

Anatomopatógico:NDN

Resumo Clínico(História, Evolução, Terapêutica e Complicações):PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM TRAUMA EM PERNA DIREITA, APRESENTANDO DOR, DEFORMIDADE E FERIMENTO LOCAL. RADIOGRAFIA EVIDENCIA FRATURA DE OSSOS DA PERNA DIREITA. REALIZADO PROCEDIMENTO CIRURGICO DE URGÊNCIA SEM INTERCORRÊNCIAS. EVOLUI EM 2° DPO BEM COM FO SECA E BEM COAPTADA.

Orientações:RETORNO AMBULATORIAL, CURATIVO DIÁRIO E NÃO PISAR.

Dieta:LIVRE

Medicações para Casa::ALGINAC + LISADOR DIP + AAS + LEVOFLOXACINO

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: LAVAR COM ÁGUA E SABÃO DUAS VEZES AO DIA. SE APRESENTAR FEBRE, DOR, VERMELHIDÃO OU INCHAÇO RETORNAR IMEDIATAMENTE AO HOSPITAL!

Retorno ao Ambulatório de : em : para retirada de pontos

ao Ambulatório de : em: para revisão Repouso0dias

Condições de Alta::Melhorado

Data09/06/2019

Assinatura/Carimbo
Ywry De Paiva Camara

OBS:LIBERAÇÃO CONFERIDA NO RESUMO DE ALTA! RESPONSÁVEL : Ywry De Paiva Camara

Ywry de Paiva Camara
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM/PB 10907

GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
CAMPINA GRANDE - PARAIBA

PACIENTE:	**JANNYEL DE AVELINO DE LUNA**
DATA DO EXAME:	**07/06/2019**

ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL – "FAST"

- Exame realizado em caráter de urgência, direcionado para avaliação de alterações eventuais relacionadas ao trauma abdominal, segundo solicitação.

METODOLOGIA:
Exame realizado em modo bidimensional com equipamento dinâmico na frequência de 4,0 MHz.

ANÁLISE:

- Não identificamos sinais de líquido livre intra-abdominal, derrame pleural ou pericárdico no presente estudo.

Fígado de dimensões e padrão textural normais, com contornos regulares. A árvore biliar intra e extra-hepática não apresentam sinais de dilatação.

Pâncreas de dimensões e padrão textural usuais para a faixa etária do paciente nas porções visualizadas.

Baço de dimensões normais e textura sólida homogênea.

Rins de forma, topografia e dimensões normais, contornos regulares, sem sinais de lesões relacionadas ao trauma, ressaltando as limitações do método.

Bexiga de paredes regulares e textura anecóica homogênea.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

- Não identificamos sinais de líquido livre intra-abdominal, derrame pleural ou pericárdico no presente estudo.

- Ausência de sinais ecográficos sugestivos de lesões relacionadas ao trauma nas vísceras sólidas abdominais.

Dr. Arthur José Ventura
Médico Radiologista
CRM / PB 6481

GOVERNO DA PARAÍBA

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

REQUISIÇÃO DE EXAME

NOME: Jannyel Avelino

PRONTUÁRIO:
DATA DE NASCIMENTO:

IDADE:	SEXO:	COR:	PESO:	ALTURA:	CLINICA:	ENF:	LEITO:

DADOS CLÍNICOS:

Pós - op.

RAIO X
REALIZADO EM: 07/06/19

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAME SOLICITADO:

Rx Perna D AP + Perfil.

URGÊNCIA: ☐	ROTINA: ☐
DATA: 08/06/19	HORA DA SOLICITAÇÃO:

Ywry de Paiva Câmara
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM/PB 10907
RESPOSAVEL PELA SOLICITAÇÃO

DA PARAÍBA SECRTARIA DE SAÚDE DOS ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

REQUISIÇAO DE EX

NOME: JANNYEL AVELINO DE LUNA

PRONTUÁRIO:

DATA DE NASCIMENTO:

IDADE:	SEXO:	COR:	PESO:	ALTURA:	CLINICA:	ENF:	LEITO

DADOS CLÍNICOS:

Politrauma

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAME SOLICITADO:

USG FAST.

ULTRASSONOGRAFIA
Realizada em:
07/06/19

URGÊNCIA: X	ROTINA:
DATA: 07/06/19	HORA DA SOLICITAÇÃO:

Hayza Fernandes Feitoso
Cirurgiã Geral
CRM 8622

RESPOSAVEL PELA SOLICITAÇ

RNO
RAÍBA

SECRTÁRIA DE SAÚDE DOS ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

REQUISIÇÃO DE EXAME

NOME: Janiel

Branco

PRONTUÁRIO:
DATA DE NASCIMENTO:

DADE:	SEXO:	COR:	PESO:	ALTURA:	CLINICA:	ENF:	LEITO:

DADOS CLÍNICOS:

DR. JOSÉ RENNÁ GOMES
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
CRM - PB 9121

Informar

RAIO X
REALIZADO EM:
07/06/2019

MATERIAL A EXAMINAR:

XAME SOLICITADO: Mão Perna (R) AP + P.

RGÊNCIA:	ROTINA:
ATA: 07/06/19	HORA DA SOLICITAÇÃO:

Ywry de Paiva Câmara
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM/PB 10907

RESPOSAVEL PELA SOLICITAÇÃO

do paciente ou resposável(quando necessário)

GOVERNO DA PARAÍBA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 07/06/2019
Data: 07/06/2019

Paciente: **JANNYEL AVELINO DE LUNA Idade: 030 Nº ATEND: 1915849**

ACIDENTE DE TRABALHO : NAO
DATA: 07/06/2019 HORA : 21:01:01

ESPECIALIDADE : CIRURGIA

MOTIVO : ACIDENTE DE MOTO
ESPECIFICAÇÃO DO MOTIVO : MOTO X MOTO

SINAIS VITAIS
HGT: SAT 02: PA: TEMP: FC: FR: PESO:

DIABETES ( )SIM ( )NÃO HAS ( )SIM ( )NÃO
DEF. MOTORA ( )SIM ( )NÃO

ALERGIAS :
MEDICAÇÃO EM USO :
ESTADO GERAL :
AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

( ) CONVULSÃO ( ) INCONSCIENTE ( ) CONSCIENTE ( ) ORIENTADO
( ) DESORIENTADO ( ) AGITADO ( ) COOPERATIVO ( ) DEPRESSIVO ( ) APÁTICO
( ) IRRITADO ( ) DIMINUIÇÃO DE FORÇA MOTORA

SINTOMAS REFERIDOS

( ) FEBRE ( ) VÔMITO ( ) DIARRÉIA ( ) EXANTEMA
( ) PRURIDO ( ) DISPNÉIA ( ) DOR ( ) INAPETENCIA ( ) ALTERAÇÕES VISUAL
( ) ANAFILAXIA ( ) FLEBITE ( ) INAPETENCIA ( ) ALTERAÇÕES VISUAL
( ) EPIGASTRALGIA ( ) CONSTIPAÇÃO ( ) MELENA ( ) SÍBILOS ( ) TOSSE

ESCALA DE DOR:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO :
VERMELHO

CONTROLE DOS SINAIS VITAIS: |__|__| |__|__|__|__|__|__| |__|__|__|

HORA	PA	TEMP	FC	FR	DIURESE	ASSINATURA DO ENFERMEIRO/COREN

OBS:

ENFERMEIRO/COREN
acolhimento

Maleska P. Da Mata
COREN-PB 1030-ENF

R. H.

Vistos, etc.

Defiro a gratuidade requerida.

Nos termos do art. 334, do Novo Código de Processo Civil, AGENDE-SE audiência de conciliação. Cite-se o réu para audiência acima designada com o prazo mínimo de 20 (vinte) dias de antecedência. Intime-se a parte autora para a audiência acima aprazada, através de seu advogado. O réu poderá apresentar contestação, por petição, no prazo de 15 (quinze) dias, cujo termo inicial será a data da audiência de conciliação.

Cumpra-se.

Juiz de Direito

Data e assinatura digital

CERTIDÃO.

CERTIFICO E DOU FÉ, que devido à PANDEMIA que ora assola o mundo inteiro, e não havendo perspectiva das realizações das audiências presenciais, faço estes autos CLS. ao MM Juiz, para despachar, conforme combinado com o mesmo, inclusive.

Al. Nova, 26/05/2020.

ANAL. JUDICIÁRIO.

R. H.

Vistos etc.

A Resolução nº 318, de 7 de maio de 2020, do Conselho Nacional de Justiça, suspendeu o atendimento presencial de partes, advogados e interessados, no âmbito do Poder Judiciário, por conta do coronavírus, motivo pelo qual, determino a suspensão do andamento da presente ação, até o CNJ, determine a volta normal dos trabalhos.

Uma vez emitida decisão do CNJ, nos termos acima mencionados, independente de nova conclusão, cumpra-se o despacho (id nº 26194209).

Cumpra-se.

Juiz de Direito

AUDIÊNCIA DE CONCILIAÇÃO DESIGNADA PARA O DIA **25 (VINTE E CINCO) DE FEVEREIRO DE 2021, PELAS 10:20H., NO FÓRUM LOCAL,** ficando advertida a parte ré que o prazo para contestação começará fluir a partir da realização do Ato aprazado, cuja contestação deverá ser apresentada por petição, através de Advogado.

AUDIÊNCIA DE CONCILIAÇÃO DESIGNADA PARA O DIA **25 DE FEVEREIRO DE 2021, PELAS 10:20H., NO FÓRUM LOCAL.**

A PARTE AUTORA DEVERÁ SER CIENTIFICADA DA AUDIÊNCIA ATRAVÉS DO SEU ADVOGADO.