



Número: **0830265-91.2019.8.15.0001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **4ª Vara Cível de Campina Grande**

Última distribuição : **28/11/2019**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes | Procurador/Terceiro vinculado |
|---|--|
| MARCELO ARAUJO BARBOSA VITOR (AUTOR) | MARCONI ACIOLI SAMPAIO (ADVOGADO) |
| SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU) | |

Documentos

| Id. | Data da Assinatura | Documento | Tipo |
|--------------|--------------------|---|-------------------|
| 38368 653 | 13/01/2021 15:52 | <u>2775600_CONTESTACAO_Anexo_02</u> | Outros Documentos |

Rio de Janeiro, 11 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **MARCELO ARAUJO BARBOSA VITOR**

Nº Sinistro: **3180211964**
Vitima: **MARCELO ARAUJO BARBOSA VITOR**
Data do Acidente: **26/08/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **FERNANDO FERNANDES ARAUJO**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180211964**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12785632

Pag. 01509/01510 - carta_01 - INVALIDEZ



Rio de Janeiro, 18 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **MARCELO ARAUJO BARBOSA VITOR**
Nº Sinistro: **3180211964**
Vitima: **MARCELO ARAUJO BARBOSA VITOR**
Data do Acidente: **26/08/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **FERNANDO FERNANDES ARAUJO**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número **3180211964**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

Pag. 01073/01074 - carta_03 - INVALIDEZ

00060537


A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Carta nº 12822215

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/01/2021 15:52:03
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011315520212300000036591490>
Número do documento: 21011315520212300000036591490

Num. 38368653 - Pág. 2

Rio de Janeiro, 10 de Julho de 2018

Carta nº 13071697

A/C: MARCELO ARAUJO BARBOSA VITOR

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3180211964 ASL-0166034/18
Vitima: MARCELO ARAUJO BARBOSA VITOR
Data Acidente: 26/08/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: FERNANDO FERNANDES ARAUJO

Ref.: REPROGRAMAÇÃO DE PAGAMENTO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros rejeição da instituição bancária, devido aos dados bancários informados serem inconsistentes. Assim sendo, solicitamos esclarecimentos para regularização do impedimento, sendo necessário apresentação de novo formulário de Autorização de Pagamento preenchido e assinado e comprovante bancário atualizado.

Solicitamos que os documentos e/ou esclarecimentos sejam apresentados à **COMPREV** **SEGURADORA S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00663/00664 - carta_25 - INVALIDEZ



Rio de Janeiro, 20 de Julho de 2018

Carta nº 13118107

A/C: MARCELO ARAUJO BARBOSA VITOR

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3180211964 ASL-0166034/18
Vitima: MARCELO ARAUJO BARBOSA VITOR
Data Acidente: 26/08/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: FERNANDO FERNANDES ARAUJO

Ref.: REPROGRAMAÇÃO DE PAGAMENTO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros rejeição da instituição bancária, devido aos dados bancários informados serem inconsistentes. Assim sendo, solicitamos esclarecimentos para regularização do impedimento, sendo necessário apresentação de novo formulário de Autorização de Pagamento preenchido e assinado e comprovante bancário atualizado.

Solicitamos que os documentos e/ou esclarecimentos sejam apresentados à **COMPREV** **SEGURADORA S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 10 de Agosto de 2018

Carta nº 13216532

A/C: MARCELO ARAUJO BARBOSA VITOR

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3180211964 ASL-0166034/18
Vitima: MARCELO ARAUJO BARBOSA VITOR
Data Acidente: 26/08/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: FERNANDO FERNANDES ARAUJO

Ref.: REPROGRAMAÇÃO DE PAGAMENTO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros rejeição da instituição bancária, devido aos dados bancários informados serem inconsistentes. Assim sendo, solicitamos esclarecimentos para regularização do impedimento, sendo necessário apresentação de novo formulário de Autorização de Pagamento preenchido e assinado e comprovante bancário atualizado.

Solicitamos que os documentos e/ou esclarecimentos sejam apresentados à **COMPREV** **SEGURADORA S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 10 de Outubro de 2018

Carta nº: 13462692

A/C: MARCELO ARAUJO BARBOSA VITOR

Nº Sinistro: 3180211964
Vitima: MARCELO ARAUJO BARBOSA VITOR
Data do Acidente: 26/08/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: FERNANDO FERNANDES ARAUJO

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: MARCELO ARAUJO BARBOSA VITOR

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000002221

Conta: 00000039283-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

| | | |
|------------------|-----|----------|
| Multa: | R\$ | 0,00 |
| Juros: | R\$ | 0,00 |
| Total creditado: | R\$ | 1.687,50 |

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de **titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

701-271-134-80

Nome completo da vítima

MARCELO ANAÚDO BANDOSA

Vitor

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

| | | | |
|------------------------------|-----------------------------|-------------|------------|
| Nome completo | CPF titular da conta | Profissão | |
| Marcelo Anauðo Bandosa Vitor | 701-271-134-80 | RECLUSO | |
| Endereço | Número | Complemento | |
| Sítio Anauðo | 514 | | |
| Bairro | Cidade | Estado | CEP |
| ANÁEA RURAL | LAGOA SÉCA | PI | 58.112-000 |
| Email | Telefone (DDD) 162798558526 | | |

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider - DPVAT, residir no endereço acima. Sendo, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA
09 MAI 2018
PROTÓCULO
AG. 1010

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

| | | | |
|--|--|---|-------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 | R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 |
| <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 | ACIMA DE R\$ 10.000,00 |
| <input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) | | | |
| <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) | <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) | <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) | |
| <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104) | | | |
| AGÊNCIA NRO. | TELEFONE | CONTA NRO. | TELEFONE |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (Informar dígito se existir) | | (Informar dígito se existir) | |
| <input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos) | | | |
| BANCO NOME | NOME | | |
| ITAÚ DO BRASIL | | | |
| AGÊNCIA NRO. | Q/V | CONTA NRO. | TELEFONE |
| 2244 X | <input type="checkbox"/> | 193.724 | <input type="checkbox"/> |
| (Informar dígito se existir) | | (Informar dígito se existir) | |

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetuado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

LAGOA SÉCA, 24 de MARÇO de 2018

Local e Data

MARCELO ANAUÐO BANDOSA VITOR

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

0001/2017





GOVERNO DO ESTADO DA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA
DELEGACIA DE ACIDENTES DE VEÍCULOS -
R. Raimundo Nonato de Araujo, SN - Catolé - Campina Grande - 58100-000 - 63-310-9319



OCORRÊNCIA N° 000411/18

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 N° 000411/18 registrada em 11/04/2018, que passo a transcrever na íntegra: Aos onze dias do mês de abril do ano de 2018, nesta cidade de Campina Grande, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DE ACIDENTES DE VEÍCULOS - CG, 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 14:25 horas, compareceu o Sr. FERNANDO FERNANDES ARAÚJO, com 0 ano de idade, filho de MARIA FERNANDES ARAÚJO, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de CAMPINA GRANDE - PB, Solteiro, escolaridade Fundamental Incompleta, portador da Cédula de Identidade N° 2.813.619, expedido pela SSP-PB, com C.P.F. de N° 09677527444, residindo à rua SÍTIO AMARAGI, S/N, bairro ÁREA RURAL, na cidade de LAGOA SECA - PB.

Declarou que:

Informa o declarante, que por volta das 02h46min do dia 26.08.2017, estava trafegando por uma estrada vicinal localizada no Sítio Itamaragi, área rural de Lagoa Seca/PB, conduzindo a motocicleta HONDA/CG 150, TITAN KS, ano/modelo 2008/2008, de cor preta, chassi nº 9C2KC08108R314806, de placa MOJ-9064/PB, licenciada em seu nome (Fernando Fernandes Araújo), levando como "carona" MARCELO ARAÚJO BARBOSA VITOR, portador da Cédula de Identidade/RG nº 4.003.066-SSP/PB, CPF nº 701.271.124-80, solteiro, estudante, residente no Sítio Amaragi, área rural de Lagoa Seca/PB, quando em um momento de distração perdeu o controle de direção e caiu ao solo, após o pneu dianteiro derrapar na terra solta existente na estrada, ocasionando ferimentos graves em MARCELO ARAÚJO BARBOSA VITOR, que foi socorrido pelo SAMU e encaminhado para hospital de Emergência e Trauma de Campina Grande/PB, onde foi submetido a tratamentos médicos, conforme declaração e prontuário médico hospitalar em anexo, enquanto que o declarante sofreu apenas lesões leves pelo corpo; Que, no momento do acidente o tempo apresentava-se bom, com via seca e não existe iluminação no local, não encontrando-se o declarante sob a influência de bebida alcoólica; Que, os Policiais Militares do BPTran não compareceram ao local para realizar os levantamentos técnicos. 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, Quarta-feira, 11 de Abril de 2018

FERNANDO FERNANDES ARAÚJO

Declarante

JOSE ALBERTO DO NASCIMENTO

Escrivão





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima **Marcelo Henrique Dandola Vitor** | CPF da Vítima **701-271-124-80** | Data do Acidente **26-08-2017**

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Marcelo Henrique Dandola Vitor

Email

CPF do Representante legal

701-271-124-80

Telefone (DDD)

33-998 558536

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

COMPREV. DA EVIDÊNCIA S/A
09 MAIO 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Lacra S&C 34 de maio de 2018

Local e Data

Marcelo Henrique Dandola Vitor

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

001/2017





SERVIÇO DE ATENDIMENTO MOVÉL DE URGÊNCIA – SAMU

São Sebastião de Lagoa de Roça/PB

01 de Fevereiro de 2018

SOLICITAÇÃO Nº 033/2017

DECLARAÇÃO

Declaramos para todos os fins de direito que se fizerem necessário que, **MARCELO ARAÚJO BARBOSA VICTOR** foi atendido pelo SAMU 192 Regional – S.S. de Lagoa de Roça/PB, ID sob o número 1612223 em 26 de Agosto de 2017 por volta das 02h46min, Sítio Itamaragí, na cidade de Lagoa Seca/PB. **Vítima de Acidente de Trânsito.**

Estado geral: Consciente, orientado, usava capacete, apresentando fratura de em MMII (tibia). SSVV normais. Imobilização conforme protocolo, feito acesso feito AVP. Após regulação, QRD ao HTCG.

Lucimara Alves Bento

Lucimara Alves Bento

COORDENAÇÃO DO SAMUMUNICIPAL

COREN/PB 187017



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 04/10/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARCELO ARAUJO BARBOSA VITOR

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02221

CONTA: 000000039283-8

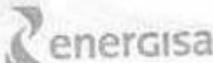
Nr. da Autenticação CC6B81FA7029F00C



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/01/2021 15:52:03
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011315520212300000036591490>
Número do documento: 21011315520212300000036591490

Num. 38368653 - Pág. 11

JOAO DE ARAUJO FILHO
BT AMARAL, S/N / LAGOA SECA - ANHANGUERA
LAGOA SECA / PB CEP: 58117001 (AG-401)



ENERGISA BOMBAPE - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA
Emissao: 18/03/2018 - Referencia: Fev/2018 - BR26-KM104-Acessorio: Telefone - Cep:54217-010
Cassarobis Rural / AGRICULTURA RURAL MONOFASICO
Rodovia TO-402 - 265 - 3652 - Número: 8107354813

Nova Fazenda Costa de Energia Elétrica - N2500 302 688
Cod. para Dib. Automático: 00000018182

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 023 0196 Acesse: www.energisa.com.br

| Conta referente a | Apresentação | Data prevista da próxima leitura | CPF/ CNPJ/ RANI |
|-------------------|--------------|----------------------------------|------------------------|
| Fev / 2018 | 18/02/2018 | 19/03/2018 | 49756982420 Int: 82 |

UC (Unidade Consumidora): 4/91918-3

Canal de contato

- Lembre de checar no chuveiro se a hora de lamar o seu eletricista de limpeza.
- Não arrisque a fazer a si mesmo. De um banho de segurança a
- Chame as autoridades e amigos e entrem em contato com os médicos e transmissores da dengue, zika e chikungunya - Ministério da Saúde - Governo Federal

| Anterior | Atual | Constante | Consumo | Dias |
|------------------------------|------------------|------------------|-----------------------------|------|
| Data 1/01/18 | Leitura 34785 | Data 18/02/18 | Leitura 34878 | |
| Demonstrativo | | | | |
| Cód. - Descrição | | | | |
| 0001 - Consumo bruto | 101.000 0.300000 | 34,24 | 0,00 0 1,00 34,24 0,33 1,31 | |
| 0010 - Subsídio | | 14,87 | 0,00 0 0,00 14,87 0,14 0,05 | |
| LANÇAMENTOS E SERVIÇOS | | | | |
| 0007 - CONTRIBUICAO PÚBLICA | | 12,95 | 0,00 0 1,00 0,00 0,00 0,00 | |
| 0004 - JUROS DE MORATIGA | | 0,02 | 0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00 | |
| 0005 - MULTAS/2015 | | 0,29 | 0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00 | |
| 0008 - DANIFICO/INVESTIMENTO | | 13,00 | 0,00 0 1,00 0,00 0,00 0,00 | |

C. 2) Código de Classificação do Item TOTAL 48,15 0,00 0,00 48,15 0,00 2,16

Média últimos meses (kWh) VENCIMENTO TOTAL A PAGAR
23/02/2018 R\$ 48,15

Histórico de Consumo (kWh)

| | | | | | | | | | | | |
|--------|--------|--------|---------|--------|--------|-----------|--------|--------|--------|--------|--|
| 76 | 1.87 | 1.92 | 1.98 | 1.02 | 1.14 | 1.01 | 1.08 | 1.04 | 1.98 | 1.12 | |
| Fev/17 | Mar/17 | abr/17 | Maio/17 | Jun/17 | Jul/17 | Agosto/17 | Set/17 | Out/17 | Nov/17 | Dez/17 | |

RESERVADO AO FISCO
4741.7aac.68cf.6309.c55f ff7a.1acb.9589.

| Indicadores de Qualidade | | |
|--------------------------|---------|----------------------|
| Limits da ANEEL | Apurado | Limite de Tensão (V) |
| DIC MENSAL | 0,07 | NOMINAL |
| DI TRIMESTRAL | 21,74 | 2,00 |
| DI ANUAL | 43,49 | |
| FIC MENSAL | 15,74 | 1,00 |
| FIC TRIMESTRAL | 15,49 | 0,80 |
| FIC ANUAL | 35,98 | 3,50 |
| DMC | 5,88 | 1,00 |
| DICR | 16,60 | 2,00 |

| Composição do Consumo | | |
|------------------------------------|-------|--------|
| Despesas de Serviços da Energia 80 | 8,82 | 20,40 |
| Consumo de Energia 10,30 | 10,30 | 33,33 |
| serviços de Transmissão 1,18 | 1,18 | 4,94 |
| Encargos Sociais 1,15 | 1,15 | 8,82 |
| Impostos Diretos e Indiretos 1,15 | 1,15 | 0,21 |
| Outros Serviços 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Total 48,15 | 48,15 | 100,00 |

ATENÇÃO
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
09 MAI 2013
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, MARCELO ANTONIO BORGES VITOR,

RG nº 4.603-066, data de expedição 26/10/2011 Órgão SSP - PI,

CPF nº 701-221-124-80, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

| | |
|-----------------------------------|------------------------|
| Logradouro (Rua/Avenida/Praça) | <u>ANEXO HMANACI</u> |
| Número | <u>510</u> |
| Apto / Complemento | |
| Bairro | <u>SITIO HMANACI</u> |
| Cidade | <u>LACODA SÉCA</u> |
| Estado | <u>PARAÍBA</u> |
| CEP | <u>58.117.000</u> |
| Telefone de Contato | <u>83. 998 55 8526</u> |
| E-mail | |



Por ser verdade, firmo-me,

Local e Data LACODA SÉCA - PI 24/09/2018

Assinante da Declaração

MARCELO ANTONIO BORGES VITOR



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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 SUSEP¹ 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 COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e reseguro.

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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Fernando Fernandes inscrito (a) no CPF 096-275-274-144,
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Marcelo Amaro Tchiboes inscrito
(a) no CPF sob o Nº 701-271-124-80 do sinistro de DPVAT cobertura ANUAL DÉZ da Vítima
Marcelo Amaro Tchiboes inscrito (a) no CPF sob o Nº 701-271-124-80, conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Recurso Renda: Necessário e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-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 | | Número | Complemento |
|-----------------------|-------------------|--------------------------|------------------------|
| <u>8770 - AMARALI</u> | | <u>S/N</u> | |
| Bairro | Cidade | Estado | CEP |
| <u>ÁREA RURAL</u> | <u>LACON SÉCA</u> | <u>PR</u> | <u>58.117-000</u> |
| Email | | Telefone comercial (DDD) | Telefone celular (DDD) |
| | | | <u>83-998558526</u> |

13/01/2018
Local e Data

Fernando Fernandes
Assinatura do Declarante

1 V001/2017



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Fernando Fernandes Araújo,

RG nº 28.13.619, data de expedição 12/09/2000

Órgão SSP-PB, portador do CPF nº 096-775-244-44 com
domicílio na cidade de Lagoa Seca, no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

oitio numero 516, nº 516

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Marcelo Araújo Da Silva cujo o condutor era
Fernando Fernandes Araújo

Veículo: Pes/ Motocicletas não aplicável

Modelo: Honda CG 150 Titan

Ano: 2008

Placa: M02 9664 / PB

Chassi: 9C2 KCG0810 8N314806

Data do Acidente: 26-08-2017

Local e Data: Lagoa Seca PB 25/04/2018

Fernando Fernandes Araújo

Assinatura do Declarante

Fernando Fernandes Araújo

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



26/08/2017



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº: 1493412 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: 26/08/2017

Boleto de Emergência (B.E) - Modelo 07

Atendente: Mérica De Sousa Melo

PACIENTE: MARCELO ARAUJO CEP: 58117000 Nascimento: 31/12/1999

BARBOSA VITOR

Endereço: SITIO AMARAGI

Cidade: Laguna Seca

Nome da Mãe: MIRIAN ARAUJO

Responsável: MIRIAN ARAUJO

Estado Civil: Solteiro(a)

Motivo: ACIDENTE DE MOTO

→ Médico:

Sexo: M Telefone: 9870506

Idade: 017 Bairro: ZONA RURAL

RG: 4003066 N°º

CPF: 70127112480 Profissão: ESTUDANTE

Data de Atend: 26/08/2017

CNS: 702704672914660 CONVÉNIO: SUS

Hora: 04:38:52

Especialidade:

CRM:

DBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

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



- | | |
|--------------------------|-------------------------------|
| 1. Abcesso | 18. Fratura e ossos fachos |
| 2. Amputação | 19. Fratura e ossos abertos |
| 3. Avulsão | 20. Hematoma |
| 4. Cerebral | 21. Ingestão de veneno |
| 5. Crepitação | 22. Laceração |
| 6. Dor | 23. Lesão tendínea |
| 7. Ecema | 24. Lesão óssea |
| 8. Empaixamento | 25. Luxação |
| 9. Enjumeis subcutâneos | 26. Medicina |
| 10. Esmagamento | 27. Movimento tránsico parado |
| 11. Escoriação | 28. Ossos e tendões |
| 12. F. Arma branca | 29. Osteite |
| 13. F. Arma de fogo | 30. Paralisia |
| 14. F. Corte | 31. Perícia |
| 15. F. Cortante | 32. Perda de sensação |
| 16. F. Cortante/cortante | 33. Quemadura |
| 17. F. Perfuro-cortante | 34. Rins/estômagos |
| 18. F. Perfuro-cortante | 35. Sinal de lesão |
| | 36. Tumor |

OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada = % Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau

DIAGNÓSTICO / CID:

lot. 100% lesa x mbo

<http://10.1.1.148/projetohtlog/marcajerencia.php?contar=1493412>

HTCG-Painel Administrativo

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

*Painel vitral de idm com x mbo,
desper m, descolamento, pôlo,
desper plan, pôlo, mbo.*

Quem é o paciente?

Nome:

Sexo:

Idade:

Profissão:

Local:

Estado:

CRM:

RG:

CNPJ:

CPF:

CEP:

Endereço:

Cidade:

UF:

CEP:

Local:

Estado:

CRM:

RG:

CNPJ:

CPF:

CEP:

Local:



Diagnóstico

fracture existente ossos feridos (c) lesões de nervos fibrosas (nervos?)

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIAS S/A
09 MAIO 2018
PROTÓCOLO
AG. JOSÉ PESSOA





| | | |
|--|------------------------------------|---------------------------------------|
| Nome do Paciente <i>Marcelo Araújo Barbosa Vitor.</i> | | Nº Prontuário |
| Data da Operação <i>26/08/17</i> | Enf. | Leito |
| Operador <i>Dr. Fenná Gomes</i> | 1º Auxiliar <i>Dr. J. Ylla.</i> | |
| 2º Auxiliar | 3º Auxiliar | Instrumentador <i>Wagner Cark.</i> |
| Anestesia | Tipo de Anestesia | |
| Diagnóstico Pré-Operatório <i>Fratura exposta da Tibia e Fíbula proximal com extensa lesão de partes moles da perna (E)</i> | | |
| Tipo de Operação <i>Limpeza cirúrgica + Tenotomia do patelar + Fixação da Fratura com fio Kirschner.</i> | | |
| Diagnóstico Pós-Operatório | | |
| Relatório Imediato da Patologia | | |
| Exame Radiológico no Ato | | |
| Acidente Durante a Operação | | |

*COMPREV PREVIDÊNCIA SIA
09 MAI 2018
PROTÓCOLO
JOÃO PESSOA*

DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO

| |
|--|
| Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras |
| - Paciente em SDH sob anestesia <i>laxa</i> |
| - Assepsia + Antissepsia |
| - Paciente apresentando lesão extensa da coxa exposta e descolamento em toda extensão da perna esquerda com Fratura da Tibia Proximal e Fíbula Proximal com alto grau de contaminação grossa |
| - Realizada a limpeza cirúrgica agressiva e abundante com desbridamento de tecidos desvitalizados |
| - Redução da Fratura da Fíbula e fixação provisória com fio de Kirschner 20mm intramedular. |
| - Não foi possível identificar integridade do Nervo fibular comum e seu ramo dividido e grave lesão com sua topografia. |
| - Realiza a redução e fixação do fragmento ISSO de Tibia proximal (E) e fixação com 02 fios K 20mm. |

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO



- Realizada a tenotomia do tendão patelar após identificação de lesão parcial da borda lateral do tendão patelar, com fio Nylor 2 mm.
- Realizada a redução da cabeça do fíbula para sua articulação com a tibia proximal e fixada provisoriamente com fio Wirschner 2.0mm.
- Realizada a limpeza do ferimento da coxa esquerda e desbridamento com posterior sutura com fio Nylor 2.0mm.
- Realizada a sutura da pele do ferimento de perna com adesivada cobertura muscular e óssea.
- Cirurgião estéril

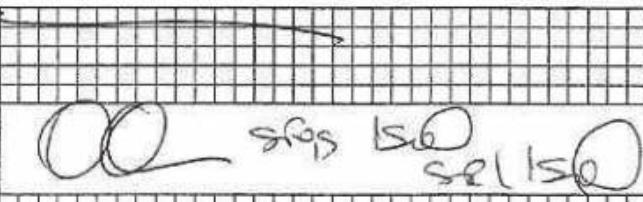
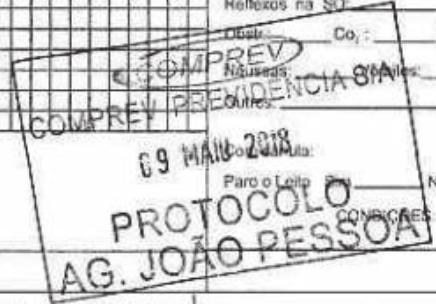
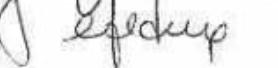
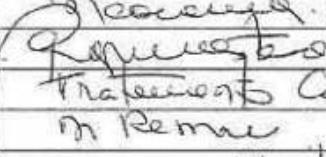
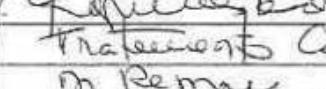
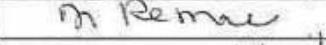
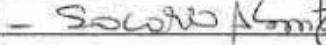
Dr. José Reis da Gama
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 9131 / CRM-PE 21431
157.15222

COMPREV
COMPREV PREVIDENCIA
18 MAI 2013
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSO

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

| | | | | | | | |
|--|---|--|-------------|-------------|-------------------|---|--------------|
| HUECG | | HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES | | ENFERMAGA | LEITO | NP PRONTUÁRIO | |
| FOLHA DE ANESTESIA | | NOME <i>Marcos Araujo</i> | | IDADE | SEXO | COR | |
| DATA <i>26/8/12</i> | PRESSÃO ARTERIAL | PULSO | RESPIRAÇÃO | TEMPERATURA | PESO | | ALTURA |
| TIPO SANGUÍNEO | HEMOCÍTAS | HEMOGLOBINA | HEMATÓCRITO | GLICEMIA | UREIA | | OUTROS |
| | URINA | | | | | | |
| AP. RESPIRATÓRIO | | | | | ASMA | | BRONQUITE |
| AP. CIRCULATÓRIO | | | | | ELETROCARDIOGRAMA | | |
| AP. DIGESTIVO | | | DENTES | PESCOÇO | AP. URINÁRIO | | |
| ESTADO MENTAL | | | ATÁRAXICOS | CORÍNDICOS | ALERGIA | | HIPOTENSORES |
| DIAGNÓSTICO PRE-OPERATÓRIO | | | | | ESTADO FÍSICO | | RISCO |
| ANESTESIAS ANTERIORES | | | | | | | |
| MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA | | | | APLICADA | AS. | EFEITO | |
| AGENTES ANESTÉSICOS | 0° |  | | | | INDUÇÃO | |
| LÍQUIDOS | | | | | | Satisf.: _____ Excit.: _____ Tosse: _____ | |
| | | | | | | Laringo: espambo: _____ Lenta: _____ | |
| | | | | | | Náuseas: _____ Vômitos: _____ | |
| | | | | | | Outros: _____ | |
| MANUTENÇÃO | | | | | | | |
| <i>Cefalgie Dor ocular Nausea Dolor</i> | | | | | | | |
| ANESTESIA SATISF.: Sim: _____ Não: _____ | | | | | | | |
| Não, por quê? _____ | | | | | | | |
| DESPERTAR | | | | | | | |
| Reflexos na SO: _____ Olhos: Co: _____ Excit: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES |  | | | | | | |
| POSIÇÃO |  | | | | | | |
| AGENTES |  | | | | | | |
| TECNICA |  | | | | | | |
| OPERAÇÃO |  | | | | | | |
| CIRURGIOS |  | | | | | | |
| ANESTESISTAS |  | | | | | | |
| OBSERVAÇÕES | | | | | | | |
| ANOTAR NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRE-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS. | | | | | PERDA SANGUÍNEA | | |

MOD 162

FOLHA DE ANESTESIA - SRPB

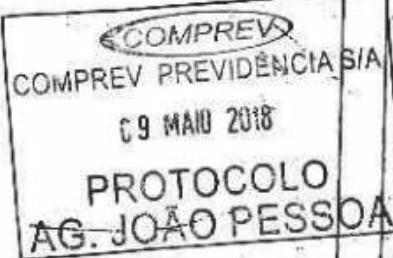


Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/01/2021 15:52:03

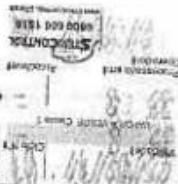
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011315520212300000036591490

Número do documento: 21011315520212300000036591490

Num. 38368653 - Pág. 21



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL



| | | | | | |
|--|-------------------------------|---------------|---------------------------------------|-----------------------|---|
| PACIENTE: <i>Marcelo Araújo Barbosa Vitor D.N.31-012-1999.</i> | | | | | GOVERNO DA PARAÍBA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes |
| QI | LEITE | CONVENIO | IDADE | REGISTRO | |
| | | <i>Sus</i> | <i>17 anos</i> | <i>1493412</i> | |
| CIRURGIA TTO. Cirurgico. 01/11/2010 fratura de Tíbia MIE | | | CIRURGÃO <i>Dr. Remah</i> | | |
| ANESTESIA (exposta) <i>Raque</i> | | | ANESTESIA <i>Dr. Sáenz Almeida</i> | | |
| INSTRUMENTADORA <i>Portão</i> | DATA <i>26/08/17</i> | | INICIO <i>07h.50'</i> | FIM <i>09h.10'</i> | |
| Qtd. | MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS | | Bolsa Colostoma | Qtd. | FIOS |
| | Adrenalina amp. | <i>0,1</i> | Calef. p/ Oxi. | | Catgut cromado Sertix |
| | Atropina amp. | | Catet. De Urinar Sist. Fech. | | Catgut cromado Sertix |
| | Diazepam amp. | <i>10</i> | Compressa Grande | | Catgut cromado Sertix |
| 0,1 | Dimexid amp. | <i>0,2 mg</i> | Compressa Pequena | | Catgut Simples |
| | Octanina amp. | | Cotoncide | | Catgut Simples Sertix |
| | Efrane ml | | Dreno | | Catgut Simples Sertix |
| | Fenegam amp. | | Dreno Kerr nº | | Catgut Simples Sertix |
| | Fentanil ml | | Dreno Penrose nº | | Cera p/ ossos |
| | Inova ml | | Dreno Pezzer nº | | Ethibond |
| | Ketalar ml | <i>0,1</i> | Equipo de Macrogolas | | Ethibond |
| 0,1 | Mercalina <i>0,5 % ml</i> | | Equipo de Macrogolas | | Ethibond |
| | Nubatin amp. | | Equipo de Sangue | | Fio de Algodão Sertix |
| | Pavulon amp. | | Equipo de PVC | | Fio de Algodão Sertix |
| | Protigmine amp. | <i>0,5</i> | Espadrapo Larco cm | | Fio de Algodão Sulupak |
| | Protóxido fm | | Furacim ml | | Fio de Algodão Sulupak |
| | Quelicin ml | <i>0,5</i> | Gase Pacote c/ 10 unidades | | Fita cardíaca |
| | Rapifen amp. | | H.O. ml | 14 | Mononylon <i>2-0</i> |
| | Thionembutal ml | | Intracath Adulto | | Mononylon |
| | Tracrium amp. | | Intracath Infantil | | Protene Sertix |
| Qtd. | MEDICAÇÕES | | Lâmina de Bisturi nº 23 | | Protene Sertix |
| 0,3 | Água Destilada amp. | <i>0,2</i> | Lâmina de Bisturi nº 11 | | Protene Sertix |
| 0,1 | Decadron amp. | | Lâmina de Bisturi nº 15 | | Protene Sertix |
| 0,2 | Capirota amp. | | Luvas 7,0 | | Vicryl Sertix |
| | Flaxidol amp. | <i>0,6</i> | Luvas 7,5 | | Vicryl Sertix |
| | Flebotortid amp. | | Luvas 8,0 | | Vicryl Sertix |
| | Geramicina amp. | <i>0,4</i> | Luvas 8,5 | | |
| | Glicose amp. | <i>3,0</i> | Oxigênio <i>1m³ / min.</i> | 03 | Fio de Kirschner nº 3,0 |
| | Glucos de Cálcio amp. | | Polifix | | |
| | Haemacel ml | <i>0,5</i> | PVPI Degemente ml | | |
| | Heparema ml | <i>0,5</i> | PVP Pólvora ml | Qtd. | SOROS |
| | Kanakion amp. | <i>0,5</i> | Sabão Antiséptico | 0,2 | SG Normotérmico fr 500 ml |
| | Lasix amp. | <i>0,4</i> | Saco coletor <i>Lixa / nampa</i> | | SG Gelado fr 500 ml |
| | Medrotiazol | <i>0,1</i> | Seringa desc. 10 ml | | SG Hipertérmico fr 500 ml |
| 0,2 | Pleal amp <i>endometrioma</i> | <i>0,1</i> | Seringa desc. 20 ml | 0,2 | SG Rins fr 500 ml |
| | Prolamina | <i>0,9</i> | Seringa desc. 05 ml | 0,1 | SG fr 500 ml <i>P/ Limpeza</i> |
| | Revivan amp. | | Sonda | | |
| | Stupanon amp. | | Sonda Foley | Qtd. | ORTESE E PRÓTESE |
| 0,2 | Cefalotina 1g | | Sonda Nasogástrica | | |
| | | | Sonda Uretral nº | | |
| | | | Steridram ml | | |
| | | | Torneirinha | | |
| Qtd. | MATERIAIS / SOLUÇÕES | | Vaselina ml | | COMPREV |
| 0,1 | Aiguha desc. 25 x 7 | <i>0,1</i> | Gelcon 18 | | COMPREV PREVIDÊNCIA S/A |
| 0,1 | Aiguha desc. 28 x 20 | <i>40x12</i> | Latax | | 19 MAI 2013 |
| 0,1 | Aiguha desc. 3 x 4,5 | <i>0,1</i> | 05 Eletrodos | | EQUIPAMENTOS |
| 0,5 | Aiguha p/ raque nº | <i>15</i> | | | <input checked="" type="checkbox"/> Oxímetro de Pulso |
| | Alcool de Enfermagem | | | | <input type="checkbox"/> Serra |
| | Alcool Iodado ml | | | | <input type="checkbox"/> Desfibrilador |
| 0,6 | Ataduras de Crepon | <i>15cm</i> | | | <input checked="" type="checkbox"/> Foco Frontal |
| | Ataduras de Gessada | | | | <input type="checkbox"/> Fonte de Luz |
| | Azul metíleno amp. | | | | <input checked="" type="checkbox"/> Cardiомonitor |
| | Benzina ml | | | | <input checked="" type="checkbox"/> Perfurador Elétrico |
| PROTÓCOLO AG. JOÃO PESSOA | | | | | |
| CIRCULANTE RESPONSÁVEL | | | | | |
| <i>Maria José G. Góes</i> <i>Marina Góes</i> <i>COREN-PB 20741</i> | | | | | |





Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: Morelos Andrade Barbosa Vitor. Idade: 17.
Convênio: SUS. Data: 26/08/17
Procedimento: Pto clinícos e/pticas de fixação de fibra MTK

COMPREV COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

| | |
|--------------|---|
| Observações: | COMPREV PREVIDÊNCIA S/A 09 MAIO 2018 PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA |
|--------------|---|

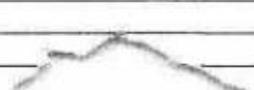




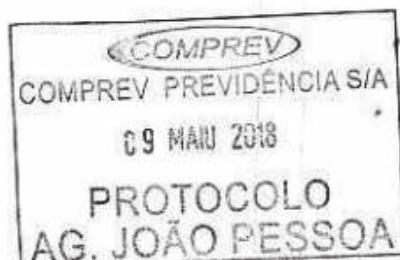
TABELA DE ALDRETE E KROULIK MODIFICADA
(Critérios para altas da SRPA)

| Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico | Hora entrada | Hora saída |
|--|---------------------|-------------------|
| Nenhum Movimento = 0 Movimenta 2 membros = 1 Movimenta 4 membros = 2 | | 2 |
| Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispnéia = 1 Respiração profunda e tosse = 2 | | 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 | | 2 |
| Sat 02 < 90 com oxigênio = 0 Sat 02 > 90 com oxigênio = 1 Sat 02 > 92% sem oxigênio = 2 | | 2 |
| Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2 | | 2 |
| TOTAL DE PONTOS: | | 6 |



Humílio de Almeida L. Fino
ANESTESIOLOGISTA
CRM-PB 7985, RQE 4553

Assinatura do anestesista





| Paciente | Manoel Araújo | Alojamento: | 6 |
|----------|---|--|--|
| Data | Prescrição Médica | Horário | |
| 27/08 | 1. Dieta leite. 2. SRL 1500ml EV/24h 3. Dipirona 02ML+ AD EV 06/06h 4. Tilitil 20mg + AD EV 12/12h 5. Omeprazol 40mg EV/jejum 6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% IV P/1h SN 7. Nauseodron 01 FA + AD EV 6/6h SN 8. Clexane 40mg SC/dia 9. SSVV + CCGG Metformina 500mg EV 3/8h Ceftriaxone 1g EV 12/12h Cetorolac | 06 11 20 06 12 24 06 06 20 08 01 | |
| | | | DIAGNÓSTICO DPO T x exp urso perde (E) EVOLUÇÃO MÉDICA Pessoal instaurado s/ desarranjo Pessoal evolução + levo sangue muito. Ed: Vau Agredida curvográ Missão Barros da Almeida ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA 27/08/17 de out-patient |
| | | | Recém nascido 1º DPO de Fratura exposta da Tibia (C) + Protrusão lesão da N. fibular comum - Ao exame: Ausência de dor/sflexão de tornozelo ativa - (dor? lesão?). Membro edemaciado Cx: - Trocar curvográ + Elevar membro. - Monitor ATB - Revaligação Neurológica pt N. Fibular comum posterior |

Dr. José Renan Gonçalves
 Ortopedista / Clínico Geral
 CRM-PB 3222 CRM-FEZ
 TEC 1522



Drota Wang
27.08.2017. 08:00
13CX 80
P9.

Paciente de sexo masculino, conciente orientado a su
d.c.p.d. Realizado exámenes no d.s.e. x.
nacieron con evidentes alteraciones morales.

Ward 1000

Ana Rita-Ricardo da Silva

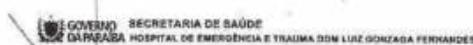
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESS

19 MAY 2013

19 MAY 2013

— 500 —





Magis. 16

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

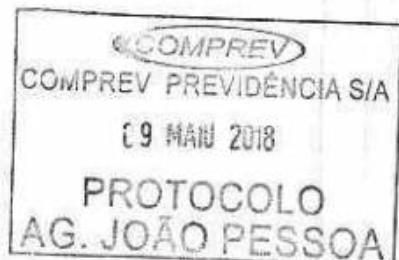
DIAGNÓSTICO



08/08 - P.A. = 120x70 - paciente evolue estavel
Realizado exames, nenhuma modificacao conforme prescrita
medica. *(Assinatura)*

18/08/17 16:00

Paciente segue seu alteracao
peito outo acesso venoso. *(Assinatura)*



Mahoko

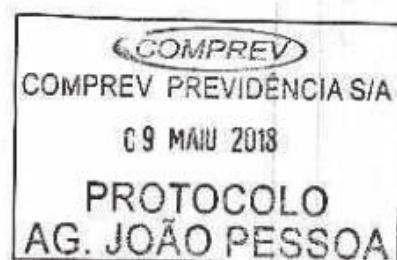
FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

DIAGNÓSTICO



20/05
08/2018

20h 120 20 80 → paciente foi realigado
O 2º excretivo medicado
conforme prescrição
medica. Segue
os cuidados da
equipe - *(Assinatura)*
VBS: excretivo sem
odor.



Moncloa

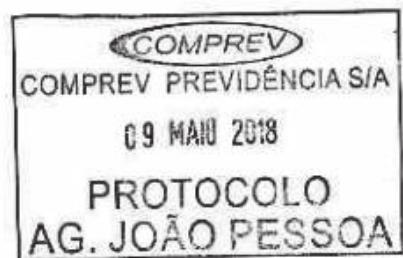
FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

| Paciente | Prescrição Médica | Alojamento: | Leito | Convênio |
|----------|--|-------------|--|--|
| Data | | | Horário | Evolução Médica |
| 23 | 1. Dieta <i>Hipertensiva</i> 2. SRL 1500ml EV/24h 3. Dipirona 02ML+ AD EV 06/06h 4. Tilitil 20mg + AD EV 12/12h <i>5/14</i> 5. Omeprazol 40mg EV/jejum 6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN 7. Nausedron 01 FA + AD EV 8/8h SN 8. Clexane 40mg SC/dia 9. SSVV + CCGG | | 14 22 00 12 18 00 06 18 06 14 22 00 14 22 00 14 22 00 14 22 00 | 4 DPO <i>5/14</i> DM 17/4 <i>5/14</i> UTI MIA (0) <i>5/14</i> PS 30/05 (0) |
| | <i>Curityba 2/160</i> | | Atencas | |
| | <i>1307 Marília</i> | | | |
| | <i>Brasília 11/160</i> | | 14 22 00 | |
| | <i>11/160</i> | | Atencas | |
| | <i>Cefimacort 1g 10/12/160</i> | | 18 06 | |
| | <i>Fluim 500g 11/08/160</i> | | 14 22 06 | |
| | <i>11/160</i> | | | |
| | <i>AG. JOLOPRESSE</i> | | | |
| | <i>COMPREENDO COMPRENSÃO PREFERÊNCIAS</i> | | | |
| | 9 MAI 2018 | | | |



30/08/17.
Foi emitido o documento de
trabalho com MTE com o
p. A: J 90 x 20 P: 10 R: 18
36,8.





~~5~~ 0 Monrovia

Mongolo

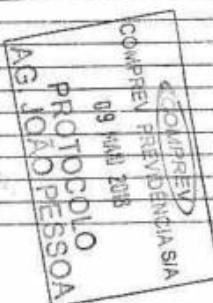
61

190- 111

DIAGNÓSTICO

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

| Paciente | Alojamento: | Leito | Convenção |
|----------|---|---|---|
| Data | Prescrição Médica | Horário | Evolução Médica |
| 31 | 1. Dieta <u>ligeira</u> 2. 2SL 1500ml EV/24h 3. Dipirona 02ML + AD EV 06/06h 4. Tilatil 20mg + AD EV 12/12h <u>(500)</u> 5. Omeprazol 40mg EV/jejum 6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN 7. Nasedron 01 FA + AD EV 8/8h SN 8. Clexane 40mg SC/dia 9.55VV + CCGG | cte 12/24 12/24 12/24 12/24 12/24 12/24 12/24 12/24 | ESTAB Bem → ligeiro → S. epatite |
| 8 | Glutamato 1g 10/12/12h Fluox 50 → 100 mg/dia Ligot. 1000ml | 12/24 12/24 | ESTAB OPA Hospital |
| | | | |



31/08/17 — horas — 108:00 - P 10 = 120x 80 . Releifado
curativo. medicado conforme prescrição médica.

Manoel C. de Souza
Tec. de Enfermagem
2008

31/08/17 16:00 segue sem alteração D
Feito curativo. B





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

PACIENTE: Marcelo Araujo Barbosa Vitor
DATA DO EXAME: 26/08/2017

ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL – “FAST”

METODOLOGIA:

Exame realizado em modo bidimensional com equipamento dinâmico na frequência de 4.0 MHz.

ANÁLISE:

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

Não identificamos sinais de lesão relacionadas ao trauma no parênquima hepático, esplênico e renal.

Observação: Ressaltamos a baixa sensibilidade da ultrassonografia na detecção de lesões em órgãos sólidos e vísceras ocultas, não havendo critérios ecográficos seguros para indicação de alta hospitalar buscando-se apenas no resultado negativo da ultrassonografia.

Dr. Tiago Nepomuceno
Médico Radiologista
CRM-PB: 6723





| | | | | | |
|--|--------------------------|------------|---|-----------------------|-------------------------------|
| NOME | Marcelo Cunha Góes Bento | | | GOVERNO DA PARAÍBA | SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE |
| IDADE | 17a | ENFERMARIA | 6 | LEITO: | 4 |
| H. D. | Pne MIE | ADMISSÃO | | HORA | |
| FICHA DE AVALIAÇÃO - FISIOTERAPIA - ALAS | | | | | |
| PROCEDÊNCIA: | | | SINTO: <input type="checkbox"/> Pleural D <input type="checkbox"/> Pleural E <input type="checkbox"/> Mediastinal <input type="checkbox"/> Oscilante <input type="checkbox"/> Borbulhante. Débito _____ | | |
| | | | Perfusão: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Deficiente _____ | | |
| | | | <input type="checkbox"/> Edema: Regiões: <input type="checkbox"/> Cefaléa _____ | | |
| MOTIVO INTERNAÇÃO: <input type="checkbox"/> DVM <input type="checkbox"/> IRP <input type="checkbox"/> Cheque <input type="checkbox"/> I. Renal <input type="checkbox"/> Cerebral <input type="checkbox"/> ICO <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> PNM | | | CONDUTA PROPOSTA INICIALMENTE | | |
| <input type="checkbox"/> Hemorragia <input type="checkbox"/> Outras: _____ | | | CD: <input type="checkbox"/> THB <input type="checkbox"/> TEP <input type="checkbox"/> TEP <input type="checkbox"/> VNI <input type="checkbox"/> O2 | | |
| ANTECEDENTES: <input type="checkbox"/> DPOC <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> IVM <input type="checkbox"/> ICO <input type="checkbox"/> Cirurgia | | | <input type="checkbox"/> Aspiração <input type="checkbox"/> TMV <input type="checkbox"/> Decuplação <input type="checkbox"/> Cinesioterapia <input type="checkbox"/> MRP | | |
| HDA: <i>Discreto em EGR em VEx da obstrução fixa deles externa em Tálamo esquerda referindo da a descompressão de tálamo E canel da AVM</i> | | | <input type="checkbox"/> Treino de Marcha <input type="checkbox"/> Orientações <input type="checkbox"/> Treino equilíbrio <input type="checkbox"/> Transferências <input type="checkbox"/> Sedotização | | |
| | | | <input type="checkbox"/> Ontostase <input type="checkbox"/> Marcha <input type="checkbox"/> Estimulação sensorial | | |
| | | | <input type="checkbox"/> Posicionamento: <input type="checkbox"/> Treino func. Pré desaceleração | | |
| | | | Outros: _____ | | |
| SV: <input type="checkbox"/> FC <input type="checkbox"/> tipo: FR <input type="checkbox"/> press: PA: <input type="checkbox"/> SpO2 <input type="checkbox"/> % T <input type="checkbox"/> % | | | Observações:  | | |
| ESTADO GERAL: <input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Grave <input type="checkbox"/> Gravíssimo | | | | | |
| NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: <input type="checkbox"/> Acordado <input type="checkbox"/> Sonolento <input type="checkbox"/> Torporoso <input type="checkbox"/> Coma/sono Glasgow | | | | | |
| Tônus: <input type="checkbox"/> Hipo <input type="checkbox"/> Hiper <input type="checkbox"/> Normal Tono muscular: <input type="checkbox"/> Hipo <input type="checkbox"/> Hiper <input type="checkbox"/> Normal | | | | | |
| Reflexos: <input type="checkbox"/> Aumentados <input type="checkbox"/> Diminuídos <input type="checkbox"/> Normal Força muscular (Grau): <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 | | | | | |
| Bloquios Articulares (Regiões) | | | | | |
| SISTEMA RESPIRATÓRIO / CARDIOVASCULAR | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Espontâneo <input type="checkbox"/> Sem alterações | | | | | |
| SUPORTE VENTILATÓRIO: <input type="checkbox"/> Espontâneo <input type="checkbox"/> Com TOT <input type="checkbox"/> Sem TOT <input type="checkbox"/> VNI <input type="checkbox"/> VMI | | | | | |
| O2 SUPLEMENTAR: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> O2EN <input type="checkbox"/> Aerosol <input type="checkbox"/> Másc. Simples <input type="checkbox"/> Másc./Sistema de Venturi % | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Masc. Reinsalação parc. <input type="checkbox"/> Másc. não Reinsalação <input type="checkbox"/> Másc. de Reservatório. Fluxo: l/min | | | | | |
| DESCONFORTO VENTILATÓRIO: <input type="checkbox"/> BAN <input type="checkbox"/> Tiques supraclaviculares <input type="checkbox"/> Tiques intracostais <input type="checkbox"/> Tiques subclavias | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Uso de musc. acessórios Insp./Exp. <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Taquipneu <input type="checkbox"/> Bradipneu <input type="checkbox"/> Resp. paradoxal <input type="checkbox"/> Estufas: A+ | | | | | |
| OBSTRUÇÃO DE VAS: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim | | | | | |
| PADRÃO VENTILATÓRIO: <input type="checkbox"/> Costal <input type="checkbox"/> Diafragmático <input type="checkbox"/> Misto <input type="checkbox"/> Paradoxal <input type="checkbox"/> Superficial | | | | | |
| EXPANSIBILIDADE TORÁCICA: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Simétrica <input type="checkbox"/> Assimétrica | | | | | |
| Ausculta Pulmonar: <i>Viva sin RHTs, R. 10, R. 3, Tórax:</i> | | | | | |
| TOSSE: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Produtiva <input type="checkbox"/> Não produtiva <input type="checkbox"/> Eficaz <input type="checkbox"/> Duglute <input type="checkbox"/> Expectorada <input type="checkbox"/> Ineficaz | | | | | |
| SECREÇÃO: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, QUANTIDADE: <input type="checkbox"/> Pequena <input type="checkbox"/> Média <input type="checkbox"/> Grande | | | | | |
| COMPOSIÇÃO: <input type="checkbox"/> Hialina <input type="checkbox"/> Mucidina <input type="checkbox"/> Mucopurulenta <input type="checkbox"/> Purulenta <input type="checkbox"/> Sanguinolenta | | | | | |
| COR SECREÇÃO: <input type="checkbox"/> Dicolor <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Marrom <input type="checkbox"/> Rosada <input type="checkbox"/> Vermelha | | | | | |
| DIAGNÓSTICO FISIOTERAPÉUTICO: <i>Pne MIE</i> | | | | | |
| CAMPINA GRANDE, | | | Yuri Costa e Silva FISIOTERAPISTA CRM/PE: 12345 - P. Regis <i>(Signature)</i> | | |
| 31/08/2017 | | | | | |



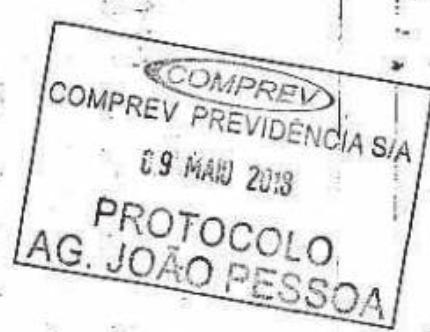


HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DE CAMPINA GRANDE
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Núcleo de Segurança do Paciente
TRAJUNA - CG

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA (CHECKLIST)







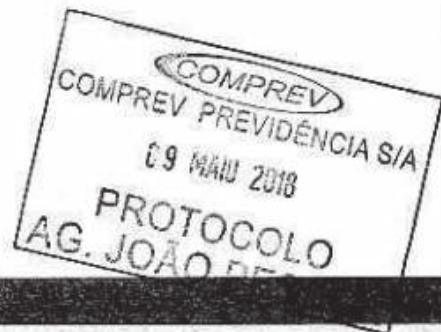
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Evolução de Enfermagem

Nome: Marcely Araújo | Registro: 6 | Leito: 1 | Setor Atual: OR/IT

Sinais vitais: Tax: 36°C P: 60 bpm FR: 16 rpm PA: 120/80 mmHg FC: 75 bpm SPO2: 98%
HGT: 165 cm Peso: 65 kg Altura: 1.65 m Dor: () Local: Obs:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:



REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: Consciente Orientado Confuso Letárgico Torporoso Comatoso Outro

GLASGOW(3-15): 15 Drogas (Sedação/Analgesia):

Pupilas: Isocônicas Anisocônicas D>E E>D Fotorreagentes Mióticas Midriáticas

Mobilidade Física: Preservada Paresia Plegia Parestesia Local:

Linguagem: Qual? Disfonia Afasia Disfasia Disartria.

Obs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: Espontânea Cateter Nasal Venturi % l/min Traqueostomia Ayre/Tubo T

VMNI VMI TOT nº 1 Comissura labial nº 1 FIO2 % PEEP cmH2O 0

Eupnêia; Taquipnêia Bradipnêia Dispneia Outros:

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: Diminuídos D E

Ruidos adventícios: Roncos Sibilos Estridor Outros:

Tosse: Improdutiva Produtiva | Expectoração: Quantidade e aspecto:

Aspiração: Quantidade e aspecto: | Dreno de tórax: D E Selo d'água:

Data da inserção do dreno / / Aspecto da drenagem torácica:

Gasometria arterial: PH 7.38 PCO₂ 40 PO₂ 95 HCO₃ 24 EB + SpO₂ 98% Data: 13/01/2021 Hora: 15:52

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração: Visão Audição Tato Olfato Paladar Observação:

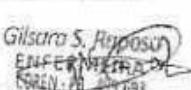
SEGURANÇA FÍSICA

Tranquilo Agitado Agressivo. Risco de queda. Observação:

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

P脉: Regular Irregular Impalpável Filiforme Cheio.



| | |
|---|--|
| Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Corada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Sudorese <input type="checkbox"/> Fria <input type="checkbox"/> Aquecida. | |
| Tempo de enchimento capilar: <input type="checkbox"/> ≤ 3 segundos; <input type="checkbox"/> >3 segundos. <input type="checkbox"/> Turgência jugular: <input type="checkbox"/> | |
| Drogas vasoativas: <input type="checkbox"/> Quais? <input type="checkbox"/> Precordialgia <input type="checkbox"/> | |
| Ausculta cardíaca: <input type="checkbox"/> Rítmica <input type="checkbox"/> Arritmica <input type="checkbox"/> Sopro <input type="checkbox"/> Outro. Marcapasso: <input type="checkbox"/> Transitório <input type="checkbox"/> Definitivo | |
| Cateter vascular: <input checked="" type="checkbox"/> Periférico <input type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> Dissecção. Localização: <u>AS E</u> Data da punção: <u>28/08/17</u> | |
| Edema: <input type="checkbox"/> MMSS <input type="checkbox"/> MMII <input type="checkbox"/> Face <input type="checkbox"/> Anasarca. Observações: | |
| ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA) | |
| Tipo somático: <input type="checkbox"/> Nutrido <input type="checkbox"/> Emagrecido <input type="checkbox"/> Caquético <input type="checkbox"/> Obeso. | |
| Dentição: <input type="checkbox"/> Completa <input type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/> Prótese. | |
| Alimentação: <input type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> Gastrostomia <input type="checkbox"/> Jejunostomia <input type="checkbox"/> NPT; Hora: _____ Data: ____/____/____ | |
| Alterações: <input type="checkbox"/> Inapetência <input type="checkbox"/> Disfagia <input type="checkbox"/> Intolerância alimentar <input type="checkbox"/> Vômito <input type="checkbox"/> Pirose <input type="checkbox"/> Outros: | |
| Abdômen: <input type="checkbox"/> Normotensão <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Tenso <input type="checkbox"/> Ascítico <input type="checkbox"/> Outros: | |
| RHA: <input type="checkbox"/> Normoativos <input type="checkbox"/> Ausentes <input type="checkbox"/> Diminuídos <input type="checkbox"/> Aumentados | |
| Eliminação intestinal: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Constipado há _____ dias <input type="checkbox"/> Outros: | |
| Eliminação urinária: <input type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Retenção <input type="checkbox"/> Incontinência <input type="checkbox"/> Hematuria <input type="checkbox"/> SVD: Débito _____ ml/h; | |
| Aspecto: <input type="checkbox"/> Outros: Observações: | |
| INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA | |
| Condição da pele: <input type="checkbox"/> Integra <input type="checkbox"/> Ressecada <input type="checkbox"/> Equimoses <input type="checkbox"/> Hematomas <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Outro: | |
| Coloração da pele: <input type="checkbox"/> Normocorada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Ictérica <input type="checkbox"/> Cianótica Turgor da pele: <input type="checkbox"/> Preservado | |
| Condições das mucosas: <input type="checkbox"/> Úmidas <input type="checkbox"/> Secas Manifestações de sede: <input type="checkbox"/> | |
| Incisão cirúrgica: <input type="checkbox"/> Local/Aspecto: Curativo em: ____/____/____ | |
| Dreno: <input type="checkbox"/> Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em: ____/____/____ | |
| Úlcera de pressão: <input type="checkbox"/> Estágio: Local: Descrição: Curativo: ____/____/____ | |
| CUIDADO CORPORAL | |
| Cuidado corporal: <input type="checkbox"/> Independente <input type="checkbox"/> Dependente <input type="checkbox"/> Parcialmente dependente. Observações: | |
| Higiene corporal: <input type="checkbox"/> Satisfatória <input type="checkbox"/> Insatisfatória Higiene Corporal: <input type="checkbox"/> Satisfatória <input type="checkbox"/> Insatisfatória. | |
| Limitação física: <input type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Outro: | |
| SONO E REPOUSO | |
| Preservado <input type="checkbox"/> Insônia <input type="checkbox"/> Dorme durante o dia <input type="checkbox"/> Sono interrompido. Observações: | |
| 4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSOCIAIS | |
| COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL | |
| Comunicação: <input checked="" type="checkbox"/> Preservada <input type="checkbox"/> Prejudicada Sentimentos e comportamentos: <input type="checkbox"/> Cooperativo <input type="checkbox"/> Medo: | |
| <input type="checkbox"/> Ansiedade <input type="checkbox"/> Ausência de familiares/visita <input type="checkbox"/> Outros: | |
| 5 - NECESSIDADES PSICOSPIRITUAIS | |
| RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE | |
| Tipo: <input type="checkbox"/> Praticante <input type="checkbox"/> Não praticante. Observações: | |
| INTERCORRÊNCIAS | |
| <div style="text-align: center;">  COMPREV COMPREV PREVIDÊNCIA S/A <u>09 MAIO 2019</u> PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA </div> | |
| Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: DATA: <u>21/08/17</u> HORA: <u>10:00h</u> | |
|  | |

FONTE: BORDINHÃO, R.C; Coleta de dados por meio de grupo focal. Porto Alegre (2009).





HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO:

Nome: Morais Registro: _____ Leito: 6-4 Setor Atual: União II

2. AVALIAÇÃO GERAL:

Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: lpm; PA: mmHg; FC: bpm; SPO2: %
HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm Dor: () Local: Obs.:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:



3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES DE ENFERMAGEM:

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: Consciente Orientado Confuso Letárgico Torporoso Comatoso Outro
GLASGOW(3-15): _____ Drogas (Sedação/Analgesia): _____

Pupilas: Isocôricas Anisocôricas D>E E>D Fotorreagentes Mióticas Midriáticas

Mobilidade Física: Preservada Paresia Plegia Parestesia Local: _____

Linguagem: Qual? Disfonia Afasia Disfasia Disartria.

Obs: _____

OXIGENAÇÃO

Respiração: Espontânea Cateter Nasal Venturi % l/min Traqueostomia Ayre/Tubo T
 VMNI VMI TOT nº Comissura labial nº FiO2 % PEEP cmH2O

Eupnêia; Taquipnêia Bradipnêia Dispnêia Outros: _____

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: Diminuídos D E

Ruidos adventícios: Roncos Sibilos Estridor Outros: _____

Tosse: Improdutiva Produtiva | Expectoração: Quantidade e aspecto:

Aspiração: Quantidade e aspecto: Dreno de tórax: D E Selo d'água:

Data da inserção do dreno / / Aspecto da drenagem torácica: _____

Gasometria arterial: PH PCO₂ PO₂ HCO₃ EB SpO₂ Data: / / Hora: _____

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração: Visão Audição Tato Olfato Paladar Observação:

SEGURANÇA FÍSICA

Tranquilo Agitado Agressivo. Risco de queda. Observação:

RÉGULAGÃO CARDIOVASCULAR

Pulso: Regular Irregular Impalpável Filiforme Cheio.



| | | | | | | | | | | | |
|---|--|---------|--|-------------------------|--|--------------|--|-----------|--|-----------------|--|
| Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida. | | | | | | | | | | | |
| Tempo de enchimento capilar: () ≤ 3 segundos; () >3 segundos. () Turgência jugular: () | | | | | | | | | | | |
| Drogas vasoativas: () Quais? _____ Precordialgia () | | | | | | | | | | | |
| Ausculta cardíaca: <input checked="" type="checkbox"/> Rítmica () Arrítmica () Sopro () Outro. Marcapasso: () Transitório () Definitivo | | | | | | | | | | | |
| Cateter vascular: <input checked="" type="checkbox"/> Periférico () Central () Dissecção. Localização: <i>M5</i> Data da punção: / / | | | | | | | | | | | |
| Edema: () MMSS <input checked="" type="checkbox"/> MMII () Face () Anasarca. Observações: <i>M1 E (M)</i> | | | | | | | | | | | |
| ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA) | | | | | | | | | | | |
| Tipo somático: <input checked="" type="checkbox"/> Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso. | | | | | | | | | | | |
| Dentição: () Completa () Incompleta () Prótese. | | | | | | | | | | | |
| Alimentação: <input checked="" type="checkbox"/> VO () SNG () SNE () Gastronomia () Jejunostomia () NPT; Hora: _____ Data: / / | | | | | | | | | | | |
| Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros: | | | | | | | | | | | |
| Abdômen: <input checked="" type="checkbox"/> Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros: | | | | | | | | | | | |
| RHA: () Normoativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados | | | | | | | | | | | |
| Eliminação intestinal: () Normal () Líquida () Constipado há 5 dias () Outros: | | | | | | | | | | | |
| Eliminação urinária: <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematuria () SVD; Débito ml/h; | | | | | | | | | | | |
| Aspecto: () Outros: Observações: | | | | | | | | | | | |
| INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA | | | | | | | | | | | |
| Condição da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Integra () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outro: | | | | | | | | | | | |
| Coloração da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica Turgor da pele: () Preservado | | | | | | | | | | | |
| Condições das mucosas: <input checked="" type="checkbox"/> Úmidas () Secas Manifestações de sede: (). | | | | | | | | | | | |
| Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto: Curativo em: / / | | | | | | | | | | | |
| Dreno: () Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em: / / | | | | | | | | | | | |
| Úlcera de pressão: () Estágio: Local: Descrição: Curativo: / / | | | | | | | | | | | |
| CUIDADO CORPORAL | | | | | | | | | | | |
| Cuidado corporal: () Independente () Dependente <input checked="" type="checkbox"/> Parcialmente dependente. Observações: | | | | | | | | | | | |
| Higiene corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória () Insatisfatória Higiene Corporal: () Satisfatória () Insatisfatória. | | | | | | | | | | | |
| Limitação física: () Acamado () Cadeira de rodas () Outro: | | | | | | | | | | | |
| SONO E REPOUSO | | | | | | | | | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono interrompido. Observações: | | | | | | | | | | | |
| 4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSOCIAIS | | | | | | | | | | | |
| COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL | | | | | | | | | | | |
| Comunicação: <input checked="" type="checkbox"/> Preservada () Prejudicada Sentimentos e comportamentos: <input checked="" type="checkbox"/> Cooperativo () Medo: () Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros: | | | | | | | | | | | |
| 5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS | | | | | | | | | | | |
| RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE | | | | | | | | | | | |
| Tipo: () Praticante () Não praticante. Observações: | | | | | | | | | | | |
| INTERCORRÊNCIAS | | | | | | | | | | | |
| <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">COMPREV</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">COMPREV PREVIDÊNCIA S/A</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">19 MAIO 2018</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">PROTOCOLO</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">AG. JOÃO PESSOA</td> </tr> </table> | | COMPREV | | COMPREV PREVIDÊNCIA S/A | | 19 MAIO 2018 | | PROTOCOLO | | AG. JOÃO PESSOA | |
| COMPREV | | | | | | | | | | | |
| COMPREV PREVIDÊNCIA S/A | | | | | | | | | | | |
| 19 MAIO 2018 | | | | | | | | | | | |
| PROTOCOLO | | | | | | | | | | | |
| AG. JOÃO PESSOA | | | | | | | | | | | |
| Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:  DATA: <i>30/05/17</i> HORA: _____ h | | | | | | | | | | | |

FONTE: BORDINHÃO, R.C; Coleta de dados por meio de grupo focal. Porto Alegre (2009).



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: MARCELO DESUZO | Registro: 6 | Leito: 4 | Setor Atual:

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: irpm; PA: mmHg; FC: bpm; SPO2: %
HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm | Dor: () Local: Obs.:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:



3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: Consciente Orientado Confuso Letárgico Torporoso Comatoso Outro

GLASGOW(3-15): Drogas (Sedação/Analgesia):

Pupilas: Isocônicas Anisocônicas D>E E>D Fotorreagentes Mióticas MidriáticasMobilidade Física: Preservada Paresia Plegia Parestesia Local:Linguagem: (). Qual? Disfonia Afasia Disfasia Disartria.

Obs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: Espontânea Cateter Nasal Venturi % l/min Traqueostomia Ayre/Tubo T
() VMNI () VMI TOT nº Comissura labial nº FiO2 % PEEP cmH₂O Eupnêia: Taquipnêia Bradipnêia Dispnéia Outros:Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: Diminuídos D ERuidos adventícios: Roncos Sibilos Estridor Outros:Tosse: Improdutiva Produtiva | Expectoração: Quantidade e aspecto:Aspiração: Quantidade e aspecto: | Dreno de tórax: D E Selo d'água:

Data da inserção do dreno / / Aspecto da drenagem torácica:

Gasometria arterial: PH PCO₂ PO₂ HCO₃ EB SpO₂ Data: / / Hora:

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração: Visão Audição Tato Olfato Paladar Observação:

SEGURANÇA FÍSICA

 Tranquilo Agitado Agressivo. Risco de queda. Observação:

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

Pulso: Regular Irregular Impalpável Filiforme Cheio.

| | | | | | | | | | | | |
|---|--------------|----------------|--|-------------------------|--|-------------|--|------------------|--|------------------------|--|
| Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Corada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Sudorese <input type="checkbox"/> Fria <input type="checkbox"/> Aquecida. | | | | | | | | | | | |
| Tempo de enchimento capilar: <input type="checkbox"/> ≤3 segundos; <input type="checkbox"/> >3 segundos. <input type="checkbox"/> Turgência jugular: <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | |
| Drogas vasoativas: <input type="checkbox"/> Quais? <input type="checkbox"/> Precordialgia <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | |
| Ausculta cardíaca: <input type="checkbox"/> Ritmica <input type="checkbox"/> Aritmica <input type="checkbox"/> Sopro <input type="checkbox"/> Outro. Marcapasso: <input type="checkbox"/> Transitório <input type="checkbox"/> Definitivo | | | | | | | | | | | |
| Cateter vascular: <input checked="" type="checkbox"/> Periférico <input type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> Dissecção. Localização: <u>MSC</u> Data da punção <u>29/03/12</u> | | | | | | | | | | | |
| Edema: <input type="checkbox"/> MMSS <input checked="" type="checkbox"/> MMII <input type="checkbox"/> Face <input type="checkbox"/> Anasarca. Observações: | | | | | | | | | | | |
| ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA) | | | | | | | | | | | |
| Tipo somático: <input checked="" type="checkbox"/> Nutrido <input type="checkbox"/> Emagrecido <input type="checkbox"/> Caquético <input type="checkbox"/> Obeso. | | | | | | | | | | | |
| Dentição: <input checked="" type="checkbox"/> Completa <input type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/> Prótese. | | | | | | | | | | | |
| Alimentação: <input checked="" type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> Gastronomia <input type="checkbox"/> Jejunostomia <input type="checkbox"/> NPT; Hora: _____ Data: _____ | | | | | | | | | | | |
| Alterações: <input type="checkbox"/> Inapetência <input type="checkbox"/> Disfagia <input type="checkbox"/> Intolerância alimentar <input type="checkbox"/> Vômito <input type="checkbox"/> Pirose <input type="checkbox"/> Outros: | | | | | | | | | | | |
| Abdômen: <input checked="" type="checkbox"/> Normoleno <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Tenso <input type="checkbox"/> Ascítico <input type="checkbox"/> Outros: | | | | | | | | | | | |
| RHA: <input type="checkbox"/> Normoativos <input type="checkbox"/> Ausentes <input type="checkbox"/> Diminuidos <input type="checkbox"/> Aumentados | | | | | | | | | | | |
| Eliminação intestinal: <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Constipado há _____ dias <input type="checkbox"/> Outros: | | | | | | | | | | | |
| Eliminação urinária: <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Retenção <input type="checkbox"/> Incontinência <input type="checkbox"/> Hematúria <input type="checkbox"/> SVD: Débito _____ ml/h; | | | | | | | | | | | |
| Aspecto: <input type="checkbox"/> Outros: _____ | Observações: | | | | | | | | | | |
| INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA | | | | | | | | | | | |
| Condição da pele: <input type="checkbox"/> Integra <input type="checkbox"/> Resssecada <input type="checkbox"/> Equimoses <input type="checkbox"/> Hematomas <input checked="" type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Outro: | | | | | | | | | | | |
| Coloração da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Normocorada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Ictérica <input type="checkbox"/> Cianótica Turgor da pele: <input type="checkbox"/> Preservado | | | | | | | | | | | |
| Condições das mucosas: <input checked="" type="checkbox"/> Úmidas <input type="checkbox"/> Secas Manifestações de sede: <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | |
| Incisão cirúrgica: <input checked="" type="checkbox"/> Local/Aspecto: <u>MSC</u> Curativo em: _____ / _____ / _____ | | | | | | | | | | | |
| Dreno: <input type="checkbox"/> Tipo/Aspecto: _____ Débito: _____ Retirado em: _____ / _____ / _____ | | | | | | | | | | | |
| Úlcera de pressão: <input type="checkbox"/> Estágio: _____ Local: _____ Descrição: _____ Curativo: _____ / _____ / _____ | | | | | | | | | | | |
| CUIDADO CORPORAL | | | | | | | | | | | |
| Cuidado corporal: <input type="checkbox"/> Independente <input checked="" type="checkbox"/> Dependente <input type="checkbox"/> Parcialmente dependente. Observações: | | | | | | | | | | | |
| Higiene corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória <input type="checkbox"/> Insatisfatória Higiene Corporal: <input type="checkbox"/> Satisfatória <input type="checkbox"/> Insatisfatória. | | | | | | | | | | | |
| Limitação física: <input type="checkbox"/> Acelerado <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Outro: | | | | | | | | | | | |
| SONO E REPOUZO | | | | | | | | | | | |
| Preservado <input type="checkbox"/> Insônia <input checked="" type="checkbox"/> Dorme durante o dia <input type="checkbox"/> Sono interrompido. Observações: | | | | | | | | | | | |
| 4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS | | | | | | | | | | | |
| COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL | | | | | | | | | | | |
| Comunicação: <input checked="" type="checkbox"/> Preservada <input type="checkbox"/> Prejudicada Sentimentos e comportamentos: <input checked="" type="checkbox"/> Cooperativo <input type="checkbox"/> Medo: <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Ansiedade <input type="checkbox"/> Ausência de familiares/visita <input type="checkbox"/> Outros: | | | | | | | | | | | |
| 5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS | | | | | | | | | | | |
| RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE | | | | | | | | | | | |
| Tipo: <input type="checkbox"/> Praticante <input type="checkbox"/> Não praticante. Observações: | | | | | | | | | | | |
| INTERCORRÊNCIAS | | | | | | | | | | | |
| <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">COMPREV</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">COMPREV PREVIDÊNCIA S/A</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">19 MAI 2013</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">PROTOCOLO</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">AG. JOÃO PESSOA</td> </tr> </table> | | COMPREV | | COMPREV PREVIDÊNCIA S/A | | 19 MAI 2013 | | PROTOCOLO | | AG. JOÃO PESSOA | |
| COMPREV | | | | | | | | | | | |
| COMPREV PREVIDÊNCIA S/A | | | | | | | | | | | |
| 19 MAI 2013 | | | | | | | | | | | |
| PROTOCOLO | | | | | | | | | | | |
| AG. JOÃO PESSOA | | | | | | | | | | | |
| Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: Bruna Telles dos Santos Motta Enfermeira COREN-PB 506401 | | | | | | | | | | | |
| DATA: <u>29/03/12</u> HORA: <u>09:00</u> h | | | | | | | | | | | |

FONTE: BORDINHÃO, R.C; Coleta de dados por meio de grupo focal. Porto Alegre (2009)





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



Ficha de Acolhimento

| | | | |
|-----------------------|--|-----------------------------|---------------------------------|
| Nome: | Marcelo Araújo Barros Júnior | | Bairro: |
| End: | S. Luis Braga | | |
| Data de Nascimento: | 31-17-99 | Documento de Identificação: | |
| Queixa: | Acid. de moto | Data do Atend.: | 26-08-01 Hora: 14:42 Documento: |
| Acidente de trabalho? | <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não | | |

Classificação de Risco

| | |
|---|---|
| Nível de consciência: <input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Baixo | Aspecto: <input type="checkbox"/> Calmo <input type="checkbox"/> Fáceis de dor <input type="checkbox"/> Gemente |
| Frequência respiratória: | Frequência cardíaca: |
| Pressão arterial: | Temperatura axilar: |
| Dosagem de HGT: | Mucosas: <input type="checkbox"/> Normocorada <input type="checkbox"/> Pálida |
| Deambulação: <input type="checkbox"/> Livre <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Maca | |

Cinza

Estratificação

MOD. 110

Vermelho - atendimento imediato
 Verde - atendimento até 4 horas

Amarelo - atendimento até 1 hora
 Azul - atendimento ambulatorial

*co. Agente de Limpeza
CORPO DE FOGO
P1834*

Assinatura e carimbo do profissional





EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

26/08/2017 - 6:50

Traum produzido, na nuca, de
roboto pelo traga, que no momento

do. Pto. de cruga prof. co
mecido do ombro e nra

Paulo

Zaul C. M. Quintino
CRM-PB 8737
Neurocirurgião
09/05/1967 09/04/40

end: *Almanor*



| DESTINO DO PACIENTE | 1 | 1 | as | : | hs. |
|--|---|------------------------------|----|---|-----|
| SERVIÇOS REALIZADOS: | | | | | |
| CÓDIGO/PROCEDIMENTO | CBO | IDADE | | | |
| <input type="checkbox"/> Centro cirúrgico | <input type="checkbox"/> Alta hospitalar / <input type="checkbox"/> Internação / <input type="checkbox"/> Transferência a outro SEFOR ou HOSPITAL | <input type="checkbox"/> 100 | | | |
| <input type="checkbox"/> Internação (setor) | <input type="checkbox"/> 100 | <input type="checkbox"/> 100 | | | |
| <input type="checkbox"/> Transferência a outro SEFOR ou HOSPITAL | <input type="checkbox"/> 100 | <input type="checkbox"/> 100 | | | |
| <input type="checkbox"/> Ass. do paciente ou responsável (quando necessário) | <input type="checkbox"/> 100 | <input type="checkbox"/> 100 | | | |



Manoel Araújo B. Vitor

Laudo Médico

Pt vítima de traume por moto há +
10 meses c/ fratura exposte seu reg. S
maxímf de fêmur associado à exten-
sas lesões de partes moles; evolução c/ -
perda de função, neumotórax no
túnel de nervo fibular com
c/ deficit de caráter definitivo no
extenso de pé (E) c/ consequente
alteração na marcha e diminuição de
força no referido pé.

CID: T93.4
S 82.0

Hallisson Barros de Almeida
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Lsg 210618

Fones: - (83) 99863.1167 / 99147.7132 - Rua João Otaviano Pequeno, 331, Centro - Lagoa Seca/PB

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
25 JUN. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/01/2021 15:52:03
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2101131552021230000036591490>
Número do documento: 2101131552021230000036591490

Num. 38368653 - Pág. 52

| | | | |
|---|--|--|--|
| REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES | | SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, O J. POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT | |
| DETAN - PB CERTIFICADO DE REGISTRO E PLACAR DE VEÍCULO 1 0011997235-2 0070000000 2017 | | PB Nº 013221381866 BILHETE DE SEGURO DPVAT | |
| DESPACHANTE FERNANDO FERNANDES ARAUJO | | ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA www.seguradoralider.com.br SAC DPVAT 0800 022 1204 | |
| PLACA/CHP/CPV 09677527444 MOJ9064/PB NOVO PB 9C2KC08108R314806 | | EXERCÍCIO 2017 DATA DE EMISSÃO 20/07/2017 | |
| PAS/MOTOCICLETA/NAO APLIC HONDA/CG 150 TITAN KS CAPACIDADE 2 P/149 /CI | | ANO FABR. 2008 ANO MODELO 2008 CATEGORIA PARTIC PRETA | |
| DATA FOLHA 00/00/0000 IPVA 2008 VAT 2008 A 16730 | | VERE - LESTA 00/00/0000 1º 00/00/0000 2º 00/00/0000 3º | |
| PERÍODO DE VIGÊNCIA DO SEU SEGURO DPVAT 20/07/2017 | | | |
| SEM RESERVA DE DOMÍNIO DOCUMENTO DE PONTE OBRIGATÓRIO NAO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA | | | |
| LAGOA SECA - PB  16250 | | | |
| PRÉMIO TARIFÁRIO SEGURADORALIDER - DPVAT CHPJ 08.240.500.0001-04 16250-1440402-20170720 | | | |

PROTÓCOLO
COMPREV PREVIDENCIA S/A
19 MAIO 2019
AG. JOÃO PESSOA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180211964 **Cidade:** Lagoa Seca **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCELO ARAUJO BARBOSA VITOR **Data do acidente:** 26/08/2017 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/07/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA TÍBIA E FÍBULA PROXIMAL COM EXTENSA LESÃO DE PARTES MOLES

Resultados terapêuticos: LIMPEZA CIRÚRGICA, TENORRAFIA DO PATELAR E FIXAÇÃO DA FRATURA

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO JOELHO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: PERDA MODERADA DA MOBILIDADE DO JOELHO ESQUERDO

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|---|--|--|---------------|-----------------------|
| Perda completa da mobilidade de um joelho | 25 % | Em grau médio - 50 % | 12,5% | R\$ 1.687,50 |
| Total | | | 12,5 % | R\$ 1.687,50 |

PRESTADOR

Líder- Serviços AMD

Nome do médico: RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

CRM do médico: 52.90233-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/01/2021 15:52:03
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011315520212300000036591490>
Número do documento: 21011315520212300000036591490

Num. 38368653 - Pág. 54



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de **titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja **assistido por seu "Representante Legal"** (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL
3180 3119 64

CPF da Vítima
701.271.124-80

Nome completo da vítima
MARCELO ANAÚJO BANDEIRA

VÍTIMA

| DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL | | | |
|--|----------------------|--|--------------------------------|
| Nome completo MARCELO ANAÚJO BANDEIRA | VÍTIMA | CPF titular da conta 701.271.124-80 | Profissão RECLUSO |
| Endereço SITIO MINCINHO | | Número 311 | Complemento |
| Bairro Cora NUNAL | Cidade LACRE SÉCA | Estado RJ | CEP 28.117-000 |
| Email | | | Telefone (DDD) 83 998558526 |

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

| FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS | |
|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> SEM RENDA |
| <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 |
| <input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Escolha uma opção) | |
| <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) | |
| <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (004) | |
| AGÊNCIA NRO. 00000000000000000000 | CONTA NRO. 00000000000000000000 |
| (Informar dígito se existir) | |
| COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA S/A 2018 | |
| <input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos) | |
| BANCO | |
| Nome BANCO DO Brasil | NRO. |
| AGÊNCIA NRO. 00000000000000000000 | CONTA NRO. 19-272-4 |
| (Informar dígito se existir) | |

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

LACRE SÉCA RJ, 7 de AGOSTO de 2018

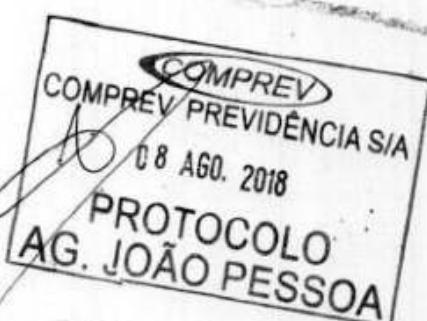
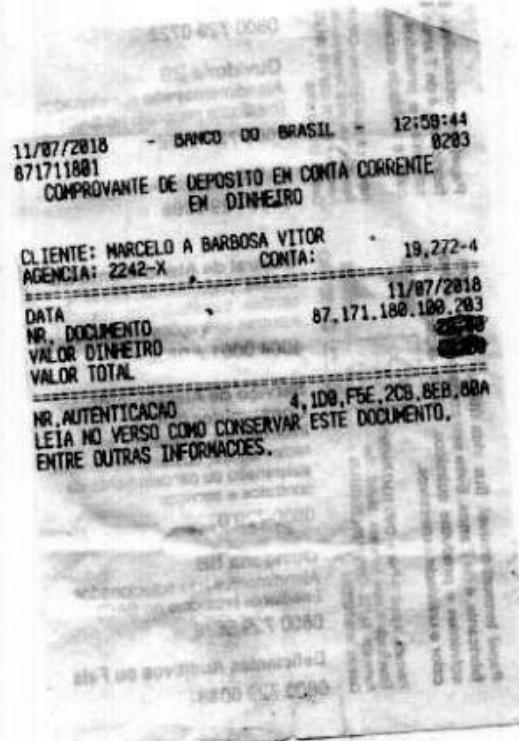
Local e Data

Marcelo Anaujo Bandeira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: MARCELO ARAÚJO BARBOSA VITOR, brasileiro(a), estado civil: sócio
Profissão: NECESSO, portador(a) do RG 4.003.066, órgão expedidor SSP-PB
e do CPF: 301-271-124-80, residente no(a) SITIO AMANALI
nº S/N, bairro: ÁREA RURAL, município: LAGOA SECA 142.

OUTORGADO:

Nome: ENILVA VIZO FERREIRA, brasileiro(a), estado civil: Sócio
Profissão: NECESSO, portador(a) do RG 28-13-619, órgão expedidor SSP-PB
e do CPF: 096-775-274-44, residente no(a) SITIO AMANALI
nº 314, bairro: ÁREA RURAL, município: LAGOA SECA 142.

PODERES: pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, a fim de que o outorgado dê entrada em meu pedido de indenização do seguro DPVAT a ser creditada em conta bancária de minha titularidade conforme ficha de Autorização de Pagamento e poderes para acompanhar toda a tramitação do referido processo junto a esta seguradora, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar, enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandaio, da vítima MARCELO ARAÚJO BARBOSA VITOR
Local e Data: LAGOA SECA 25-04-2018

MARCELO ARAÚJO BARBOSA VITOR
Assinatura do outorgante
(Reconhecer firma por autenticidade)





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou **INCORRETOS** impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de **titularidade do BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal".

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL CPF da Vítima Nome completo da vítima
701-271-124-80 MARCELO ANAÚJO VITÓRIA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

| | | | | | |
|---------------|---|----------------------|-------------------------------------|-------------|------------------------------|
| Nome completo | <input type="text"/> MARCELO ANAÚJO VITÓRIA | CPF titular da conta | <input type="text"/> 701-271-124-80 | Profissão | <input type="text"/> RECLUSO |
| Endereço | <input type="text"/> Sítio Amâncio | Número | <input type="text"/> 514 | Complemento | <input type="text"/> |
| Bairro | <input type="text"/> ÁREA RURAL | Cidade | <input type="text"/> LAGOA SECA | Estado | <input type="text"/> 23 |
| Email | <input type="text"/> 58.117.000 | | | | |
| | Telefone (DDD) <input type="text"/> 52-99555-8526 | | | | |

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. 2721 D/V 039252-8 CONTA NRO.
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

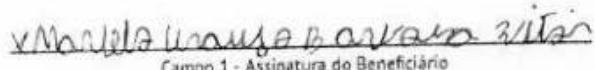
CONTA CORRENTE (todos os bancos)

| | | | |
|--------------|----------------------|------|----------------------|
| BANCO | <input type="text"/> | NRO. | <input type="text"/> |
| AGÊNCIA NRO. | <input type="text"/> | D/V | <input type="text"/> |
| CONTA NRO. | <input type="text"/> | D/V | <input type="text"/> |

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

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Lagoa Seca PR, 19 de Setembro de 2015
Local e Data


Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

LOTERIAS CAIXA
C/ Loterias CAIXA

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
TRAB: sorteios de segunda-feira a sábado, 4098
241-57743273-3
29/AGO/2018 HORA DE 10:35:03
100. 11.111151-1 TERM 968830
ENDERÉS: LAGOA SECA
AG. VINCULADA: 2221 CONTORE: 24140053
COMPROVANTE DE ABERTURA DE POUP CAIXA FÁCIL
NOME: MARCELO ARAUJO BARBOSA VITÓR
AGÊNCIA: 2221
OPERAÇÃO: 813
CONTA UV: 0000 0000 0000 283-6
DATA DA ABERTURA: 29/08/2018
LOTERIAS CAIXA
241-57743273-3
1a VIA

