



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
38368653	13/01/2021 15:52	<a href="#">2775600_CONTESTACAO_Anexo_02</a>	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**  
Vítima: **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

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.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **[www.seguradoralider.com.br](http://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**

Pag. 01073/01074 - carta\_03 - INVALIDEZ



Carta nº 12822215



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](http://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](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente.

**Seguradora Líder-DPVAT**

Pag. 01199/01200 - carta\_25 - INVALIDEZ



---

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](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente.

**Seguradora Líder-DPVAT**

Pag. 00573/00574 - carta\_25 - INVALIDEZ

00020287



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](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00631/00632 - carta\_15R - INVALIDEZ

00020316







**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: 701-271-124-80 CPF da Vítima: 701-271-124-80 Nome completo da vítima: MARCELO ARAUJO DABOSA VITOR

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo: MARCELO ARAUJO DABOSA VITOR CPF titular da conta: 701-271-124-80 Profissão: DECUZO  
Endereço: SÍTIO ANANÁGI Número: S/N Complemento:  
Bairro: ÁREA RURAL Cidade: LAGOA SECA Estado: PI CEP: 58.170-000  
Email: REV98558526 Telefone (DDD): 98558526

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

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

☒ RECURSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ☐ 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)

☒ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

**BANCO**  
Nome: BRASIL NFO: 0000

**AGÊNCIA**  
NFO: 2244X Q/V: 193724 B/V: 0000

(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 <sup>RS</sup> 24 de ABRIL de 2018  
Local e Data

MARCELO ARAUJO DABOSA VITOR  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

V001/2017







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 Araújo, SN - Catolé - Campina Grande - 58100-000 - 83-310-9319



OCORRÊNCIA Nº 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 Nº 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 Nº 2.813.619, expedido pela SSP-PB, com C.P.F. de Nº 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 caíram 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 BPTTran 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*

FERNANDO FERNANDES ARAÚJO

Declarante

*José Alberto do Nascimento*  
Escrivão de Polícia

JOSÉ ALBERTO DO NASCIMENTO

Escrivão



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 interdita 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 MARAJO DANTOS VITOR CPF da Vítima 701-271-124-80 Data do Acidente 26-08-2017

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome Completo do Representante Legal MARCELO MARAJO DANTOS VITOR CPF do Representante legal 701-271-124-80  
E-mail  Telefone (DDD) 83-99855856

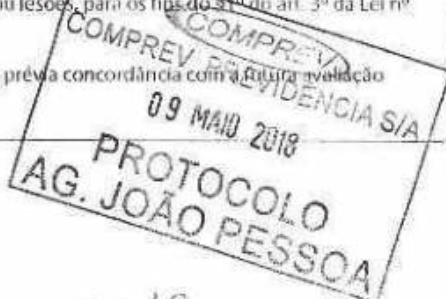
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

**Assinalar uma das opções abaixo:**

- ☒ Não há estabelecimento do IML que atenda 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 a 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 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.



LAUDA SEXTA 24 de Maio de 2018  
Local e Data

MARCELO MARAJO DANTOS 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 (tíbia). SSVV normais. Imobilização conforme protocolo, feito acesso feito AVP. Após regulação, QRD ao HTCG.

*Lucimara Alves Bento*

*Lucimara Alves Bento*

**COORDENAÇÃO DO SAMU MUNICIPAL**

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



**JOAO DE ARAUJO FILHO**  
SIT AMAPARA, S/N, LACOA SECA - AREA RURAL  
LACOA SECA/PB CEP: 58117002 (AQ-401)



Energisa BONEFERRA (DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A)  
Energisa BONEFERRA - Agência de Atendimento - Telêneas - Energia Grande PB - CEP 58420-700  
C. Assessoria RURAL / AGROPECUARIA RURAL MONOFASICA  
C/PAN 82856000196 - Ins. EM 18.003.895-1  
R. Xeré 10 - 402 - 265 - 3150 - N.º de cadastro: 51073154819  
Nota Fiscal Conto de Energia Eletr. nº 000 332-550  
Cod. para Det. Automática: 00000181823

Atendimento ao Cliente ENERGISA **0800 023 0196** Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/CNPJ/RANI
Fev / 2018	16/02/2018	19/03/2018	49756982420 Ins. Est.

**UC (Unidade Consumidora): 4/91918-3**

**Canal de contato**

- Ligar o choque no chuveiro? Hora de tomar um banho de água quente?  
- Não arrisque a sua segurança. Deixar o banho de segurança.  
- Chamar os vizinhos e amigos e avisar no condomínio as medidas  
transmissoras de dengue, Zika e Chikungunya. Ministério da Saúde.  
Governo Federal

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
15/01/18	34765	16/02/18	34870		105	30

Demonstrativo									
Código Descrição		Quantidade	Tarifa	Valor Base	Cat. Ant. (m)	R\$ Base	Cat. (m)	R\$ Base	Cat. (m)
		TARIFAS		TARIFAS		TARIFAS		TARIFAS	
		TARIFAS		TARIFAS		TARIFAS		TARIFAS	
		TARIFAS		TARIFAS		TARIFAS		TARIFAS	
		TARIFAS		TARIFAS		TARIFAS		TARIFAS	
		TARIFAS		TARIFAS		TARIFAS		TARIFAS	
		TARIFAS		TARIFAS		TARIFAS		TARIFAS	
		TARIFAS		TARIFAS		TARIFAS		TARIFAS	
		TARIFAS		TARIFAS		TARIFAS		TARIFAS	
		TARIFAS		TARIFAS		TARIFAS		TARIFAS	
		TARIFAS		TARIFAS		TARIFAS		TARIFAS	
		TARIFAS		TARIFAS		TARIFAS		TARIFAS	
		TARIFAS		TARIFAS		TARIFAS		TARIFAS	
		TARIFAS		TARIFAS		TARIFAS		TARIFAS	
		TARIFAS		TARIFAS		TARIFAS		TARIFAS	
		TARIFAS		TARIFAS		TARIFAS		TARIFAS	
		TARIFAS		TARIFAS		TARIFAS		TARIFAS	
		TARIFAS		TARIFAS		TARIFAS		TARIFAS	
		TARIFAS		TARIFAS		TARIFAS		TARIFAS	
		TARIFAS		TARIFAS		TARIFAS		TARIFAS	
		TARIFAS		TARIFAS		TARIFAS		TARIFAS	
		TARIFAS		TARIFAS		TARIFAS		TARIFAS	
		TARIFAS		TARIFAS		TARIFAS		TARIFAS	
		TARIFAS		TARIFAS		TARIFAS		TARIFAS	
		TARIFAS		TARIFAS		TARIFAS		TARIFAS	
		TARIFAS		TARIFAS		TARIFAS		TARIFAS	
		TARIFAS		TARIFAS		TARIFAS		TARIFAS	
		TARIFAS		TARIFAS		TARIFAS		TARIFAS	
		TARIFAS		TARIFAS		TARIFAS		TARIFAS	
		TARIFAS		TARIFAS		TARIFAS		TARIFAS	
		TARIFAS		TARIFAS		TARIFAS		TARIFAS	
		TARIFAS		TARIFAS		TARIFAS		TARIFAS	
		TARIFAS		TARIFAS		TARIFAS		TARIFAS	
		TARIFAS		TARIFAS		TARIFAS		TARIFAS	
		TARIFAS		TARIFAS		TARIFAS		TARIFAS	
		TARIFAS		TARIFAS		TARIFAS		TARIFAS	
		TARIFAS		TARIFAS		TARIFAS		TARIFAS	
		TARIFAS		TARIFAS		TARIFAS		TARIFAS	
		TARIFAS		TARIFAS		TARIFAS		TARIFAS	
		TARIFAS		TARIFAS		TARIFAS		TARIFAS	
		TARIFAS		TARIFAS		TARIFAS		TARIFAS	
		TARIFAS		TARIFAS		TARIFAS		TARIFAS	
		TARIFAS		TARIFAS		TARIFAS		TARIFAS	
		TARIFAS		TARIFAS		TARIFAS		TARIFAS	
		TARIFAS		TARIFAS		TARIFAS		TARIFAS	
		TARIFAS		TARIFAS		TARIFAS		TARIFAS	
		TARIFAS		TARIFAS		TARIFAS		TARIFAS	
		TARIFAS		TARIFAS		TARIFAS		TARIFAS	
		TARIFAS		TARIFAS		TARIFAS		TARIFAS	
		TARIFAS		TARIFAS		TARIFAS		TARIFAS	
		TARIFAS		TARIFAS		TARIFAS		TARIFAS	
		TARIFAS		TARIFAS		TARIFAS		TARIFAS	
		TARIFAS		TARIFAS		TARIFAS		TARIFAS	
		TARIFAS		TARIFAS		TARIFAS		TARIFAS	
		TARIFAS		TARIFAS		TARIFAS		TARIFAS	
		TARIFAS		TARIFAS		TARIFAS		TARIFAS	
		TARIFAS		TARIFAS		TARIFAS		TARIFAS	
		TARIFAS		TARIFAS		TARIFAS		TARIFAS	
		TARIFAS		TARIFAS		TARIFAS		TARIFAS	
		TARIFAS		TARIFAS		TARIFAS		TARIFAS	
		TARIFAS		TARIFAS		TARIFAS		TARIFAS	
		TARIFAS		TARIFAS		TARIFAS		TARIFAS	
		TARIFAS		TARIFAS		TARIFAS		TARIFAS	
		TARIFAS		TARIFAS		TARIFAS		TARIFAS	
		TARIFAS		TARIFAS		TARIFAS		TARIFAS	
		TARIFAS		TARIFAS		TARIFAS		TARIFAS	
		TARIFAS		TARIFAS		TARIFAS		TARIFAS	
		TARIFAS		TARIFAS		TARIFAS		TARIFAS	
		TARIFAS		TARIFAS		TARIFAS		TARIFAS	
		TARIFAS		TARIFAS		TARIFAS		TARIFAS	
		TARIFAS		TARIFAS		TARIFAS		TARIFAS	
		TARIFAS		TARIFAS		TARIFAS		TARIFAS	
		TARIFAS		TARIFAS		TARIFAS		TARIFAS	
		TARIFAS		TARIFAS		TARIFAS		TARIFAS	
		TARIFAS		TARIFAS		TARIFAS		TARIFAS	
		TARIFAS		TARIFAS		TARIFAS		TARIFAS	
		TARIFAS		TARIFAS		TARIFAS		TARIFAS	
		TARIFAS		TARIFAS		TARIFAS		TARIFAS	
		TARIFAS		TARIFAS		TARIFAS		TARIFAS	
		TARIFAS		TARIFAS		TARIFAS		TARIFAS	
		TARIFAS		TARIFAS		TARIFAS		TARIFAS	
		TARIFAS		TARIFAS		TARIFAS		TARIFAS	
		TARIFAS		TARIFAS		TARIFAS		TARIFAS	
		TARIFAS		TARIFAS		TARIFAS			

## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, MARCELO ANANJO DANTOS VITOR

RG nº 4.603-066, data de expedição 26/10/2011 Órgão SJF-PJ

CPF nº 701-271-124-80, 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>Av. A. NUNAL</u>
Número	<u>514</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>SÍTIO AMANAJI</u>
Cidade	<u>LACON SÊCA</u>
Estado	<u>PANAJÁ</u>
CEP	<u>58-117 000</u>
Telefone de Contato	<u>83. 998 55 8526</u>
E-mail	



Por ser verdadeira, firmo-me.

Local e Data: LACON SÊCA - PI 24/04/2018

Assinatura do Declarante: MARCELO ANANJO DANTOS 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 SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> 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 FERNANDO ARAUJO inscrito (a) no CPF 096-775-274/144 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário MARCELO AUGUSTO BARBOSA inscrito (a) no CPF sob o Nº 701-271-124/80 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima MARCELO AUGUSTO BARBOSA inscrito (a) no CPF sob o Nº 701-271-124/80 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: RECUSO Renda: RECUSO e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>SÍTIO - AMANGI</u>		Número <u>514</u>	Complemento
Bairro <u>ÁREA RURAL</u>	Cidade <u>LAGOA SECA</u>	Estado <u>PI</u>	CEP <u>58.117-000</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)
			<u>82-99855 8520</u>

LAGOA SECA, 24 de MAIO de 2018  
Local e Data

Fernando Fernando Araújo  
Assinatura do Declarante





## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, FERNANDO FERNANDES ARAUJO,  
RG nº 28.13.619, data de expedição 12/09/2000  
Órgão SSP-PB, portador do CPF nº 096-775-24-44 com  
domicílio na cidade de LAGOA SECA, no Estado de  
PARAIBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
0110 MANAÇI ANA NUNAL, nº 516,  
complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima MARCELO ARAUJO DA SILVA cujo o condutor era  
FERNANDO FERNANDES ARAUJO

Veículo: PA>MOTOCICLETA/NAO APIC  
Modelo: HONDA/CG 150 TITAN H3  
Ano: 2008 2008  
Placa: MOJ 9064/PB  
Chassi: 9C2 KCO810 8N314506  
Data do Acidente: 26-08-2017  
Local e Data: LAGOA SECA PB 25/04/2018

Fernando Fernando Araujo  
Assinatura do Declarante

Fernando Fernando Araujo

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



26/08/2017

HTCG-Portal Administrativo

GOVERNO  
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



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  
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: Mercia De Sousa Melo

PACIENTE: MARCELO ARAUJO

CEP: 58117000

Nascimento: 31/12/1999

BARBOSA VITOR

Sexo: M

Telefone: 98070506

Endereço: SÍTIO AMARAJI

Idade: 017

Bairro: ZONA RURAL

Cidade: Lagoa Seca

RG: 4003066

NºD

Nome da Mãe: MIRIAN ARAUJO

CPF: 70127112480

Profissão: ESTUDANTE

Responsável: MIRIAN ARAUJO

Data de

CNS: 702704072914660

Estado Civil: Solteiro(a)

Atend: 26/08/2017

CONVÊNIO: SUS

Motivo: ACIDENTE DE MOTO

Hora: 04:38:52

Especialidade:

Médico:

CRM:

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

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



- |                          |                                  |
|--------------------------|----------------------------------|
| 1. Abrasão               | 19. Fratura simples fechada      |
| 2. Amputação             | 20. Fratura simples aberta       |
| 3. Avulsão               | 21. Hematoma                     |
| 4. Contusão              | 22. Ingestão de veneno           |
| 5. Crepitação            | 23. Laceração                    |
| 6. Dor                   | 24. Lesão tendão                 |
| 7. Edema                 | 25. Luxação                      |
| 8. Empalhamento          | 26. Mordedura                    |
| 9. Enfiamento subcutâneo | 27. Movimento torácico paradoxal |
| 10. Enfiamento           | 28. Objeto encaixado             |
| 11. Equimose             | 29. Queimadura                   |
| 12. F. Arma branca       | 30. Paralisia                    |
| 13. F. Arma de fogo      | 31. Perforação                   |
| 14. F. Cortante          | 32. Parestesia                   |
| 15. F. Cortante          | 33. Queimadura                   |
| 16. F. Cortocontuso      | 34. Rinite                       |
| 17. F. Perfurocontuso    | 35. Sinal de Iliowicz            |
| 18. F. Perfurocontuso    | 36.                              |

OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada = 10% Grau ( ) 1º Grau ( ) 2º Grau ( ) 3º Grau

DIAGNÓSTICO / CID:

Lesão leve x moto

## EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

*Resposta obtida de idoso curio x moto,  
grupos 14, deslocado, pulso,  
desloque para, pleuro, inala.*

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS ( ) Fotorreagentes ( ) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( )

Glasgow

PA

HGT:

EXAMES SOLICITADOS:

( ) Laboratoriais

( ) Ultrassonografia:

( ) Gasometria arterial

( ) Radiografias:

( ) Tomografia Computadorizada

( )

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: Ortopedia / 1 às 1 Dia 1 / 1Especialista: Não / 1 às 1 Dia 1 / 1

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	SPR 4% 100ml c	
2	DIP 10ml 1g cv agona	05:45
3		
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

*Suelio Moreira Torres*  
CRM: 101177

<http://10.1.1.148/projetohcg/merurgencia.php?contar=1493412>

1/2



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. 16





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

## Diagnóstico

fracture exparte ossu perine t

lesão do Nervo Fibular (comum?)

## FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Marcelo	Prontuário	B. VI-01	Alojamento	Leito	Convênio	Evolução Médica
26/05/17	1	Dieta Lact Livre após RPA	500 500 500 500				
27/05/17	2	Sf 091 2.000mg EV em 2 tubos	18 06				
28/05/17	3	Ceftriaxona 1g EV 12/12hs.	18 06				
29/05/17	4	Dipirona 1g EV 6/6hs	18 06				
30/05/17	5	Ticlidil 400mg EV 12/12hs	18 06				
31/05/17	6	Tramadol 100mg + Paracet 500mg EV 8/8hs	18 06				
01/06/17	7	Quinapril 400mg EV 12/12hs	18 06				
02/06/17	8	Cloxacilina 400mg EV 5/5hs	18 06				
03/06/17	9	Warfarina 5mg EV 5/5hs	18 06				
04/06/17	10	Warfarina 5mg EV 5/5hs	18 06				
05/06/17	11	AT 5.000mg EV 8/8hs	18 06				
06/06/17	12	Flagyl 500mg EV 8/8hs	18 06				

COMPREV  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
09 MAI 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

1998

COMPREV  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
09 MAR 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA





Nome do Paciente <b>Marcelo Araújo Barbosa Vitor.</b>		Nº Prontuário	
Data da Operação <b>26/08/17</b>	Enf.	Leito	
Operador <b>Dr. Lennay Gomes</b>		1º Auxiliar <b>Dr. Fylla.</b>	
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador <b>Wagner Costa</b>	
Anestesia	Tipo de Anestesia		
Diagnóstico Pré-Operatório <b>Fratura exposta da Tibia e Fíbula proximal com extensa lesão de partes moles da perna (E).</b>			
Tipo de Operação <b>Limpeza cirúrgica + Tenorrafia do ínterlea + fixação da fratura com fio kirshner.</b>			
Diagnóstico Pós-Operatório			
Relatório Imediato da Patologia			
Exame Radiológico no Ato			
Acidente Durante a Operação			

### DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado	Aspecto Visceras
<p>- Paciente em SDH sob anestesia <b>facial</b>.</p> <p>- Assepsia + Antimicrobiana</p> <p>- Paciente apresentando lesão extensa da pele exposta e descolamento em toda extensão da perna esquerda com fratura da Tibia proximal e Fíbula proximal com alto grau de contaminação grosseira.</p> <p>- Realizada a limpeza cirúrgica aprofundada e abundante com debridamento de tecidos desvitalizados.</p> <p>- Redução da fratura da fíbula e fixação proprias com fio de Kirshner como intramedular.</p> <p>- Não foi possível identificar integridade do nervo fibular comum e seus ramos devido a grave lesão em sua topografia.</p> <p>- Realiza a redução e fixação do fragmento ósseo da Tibia proximal (E) e fixação com 02 fios de 2.0mm.</p>	

### RELATÓRIO DE OPERAÇÃO



- Realizada a tenossotomia do tendão patelar após identificação da lesão parcial da banda lateral do tendão patelar, com fio Nylon 2 mm.
- Realizada a redução da cabeça da fíbula para sua articulação com a tíbia proximal e fixação provisória com fio Kirschner 2.0mm.
- Realizada a limpeza do ferimento de coxa esquerd. e desbridamento com posterior sutura com fio Nylon 2.0mm.
- Realizada a sutura de pele do ferimento de perna com adequada cobertura vascular e óssea.
- Curativo estéril

Dr. José Renha Gomes  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PE 21437  
RST 16282



## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO





## SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		ENFERMARIA	LEITO	NP PRONTUÁRIO	
FOLHA DE ANESTESIA		NOME <i>Marcos Antonio</i>			IDADE	SEXO	COR
DATA <i>26/8/17</i>	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	
TIPO SANGÜÍNEO	HEMACIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLUCEMIA	URÉIA	OUTROS	
	UREIA						
AP. RESPIRATÓRIO					ASMA		
					BRONQUITE		
AP. CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA		
AP. DIGESTIVO			DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIO		
ESTADO MENTAL			ATAKAXICOS	CORTICOIDES	ALERGIA		HIPOTENSORES
DIAGNÓSTICO PRE-OPERATÓRIO					ESTADO FÍSICO		RISCO
ANESTESIAS ANTERIORES							
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA				APLICADA	AS	EFEITO	
AGENTES ANESTÉSICOS							INDUÇÃO
LIQUIDOS							Satisf.: _____ Excit.: _____ Tosse: _____
CÓDIGOS VP - ARTERIAL - O - PULSO - O - RESPIRAÇÃO AX - ANESTESIA - O - OPERAÇÃO							Laringo: esparmo: _____ Lenta: _____
							Náuseas: _____ Vômitos: _____
							Outros: _____
							MANUTENÇÃO
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES							<i>Cefalos</i> <i>Derodious</i> <i>mesed</i> <i>Diprso</i>
							ANESTESIA SATISF.: Sim _____ Não _____
							Não, por quê? _____
							DESPERTAR
POSICÃO							Reflexos na SO:
AGENTES							Orel: _____ Co: _____ Excit: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Paro e Leito: _____ Não _____
TECNICA							
OPERAÇÃO							CÂNULAS
CIRURGIÕES							
ANESTESISTAS							
OBSERVAÇÕES							
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS							PERDA SANGÜÍNEA

FOLHA DE ANESTESIA - SRPB





**COMPREV**  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
09 MAIO 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



[illegible]

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





Num. 38368653 - Pág. 24



## Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: <i>Marcos Antonio Barbosa Vitor</i>	Idade: <i>17</i>
Convênio: <i>Sup</i>	Data: <i>26/08/17</i>
Procedimento: <i>Ho cirurgias e/fixação de fratura de fíbula MLE</i>	
Cirurgião: <i>Dr. Renan</i>	Auxiliar:
	Anestesista: <i>Dr. Ygor</i>
Início: <i>07:50</i>	Término: <i>09:20</i>
	Anestesia: <i>Rapina</i>

[illegible][illegible]

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

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

*[Handwritten signature]*

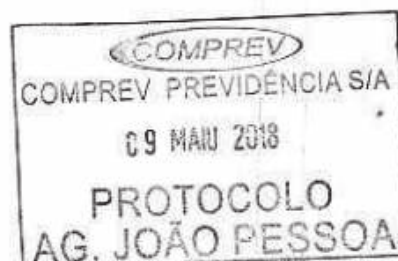


**TABELA DE ALDRETE E KROULIK MODIFICADA**  
( Critérios para altas da SRPA)

<b>Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico</b>	<b>Hora entrada</b>	<b>Hora saída</b>
Nenhum Movimento = 0 Movimenta 2 membros = 1 Movimenta 4 membros = 2		2
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispneia = 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 O <sub>2</sub> < 90 com oxigênio = 0 Sat O <sub>2</sub> > 90 com oxigênio = 1 Sat O <sub>2</sub> > 92% sem oxigênio = 2		2
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		2
<b>TOTAL DE PONTOS:</b>		6

*Assinatura do Anestesiologista*  
ANESTESIOLOGISTA  
CRM-PB 7985, RQE 4583

Assinatura do anestesiologista





## DIAGNÓSTICO

DPO 7x exp

€

COMPREV  
COMPREV PREVIDENCIA S/A  
09 MAI 2008  
PROTÓCOLO  
AGUICAO PRESSA

*Agnostola aruzjē*

02/05/77

Resumo no 1º pp de Fratura  
Exposta da Tibia @ + Provável  
lesão do N. fibular Comum -

Ap excit e Augm de dorsoflexão  
de tornozelo ativa - (dor? leve?).  
Membros edemaciados.

- Troler Angiotensin + Elevate renin
- Monitor ATP

- Reakcija na neurologičnu pt N  
Fibula osu postero medialis

Dr. José Rómulo González  
Onofre Díaz, Columnista  
CRM-78312, CRM-PE 2  
TEOT 15222



Data 27.08.2017. Hora 08:00 PA. 130X 80

Paciente a seguir detalhado. Condição orientada  
M.C.P. M. Realizado curativo no M.S.E. e.  
resgates aos cuidados da enfermeira.

Guarã choroso

28/08/2017 (MOR Aguardando  
MOR 23 (MOR 23) 23/08/2017  
MOR 23 (MOR 23) 23/08/2017

COMPREV  
COMPREV PREVIDÊNCIA  
09 MAIO 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

Ana Rita Ricardo da Silva  
Téc. Enfermagem  
COREN/PB 432.194





Marcelo

CH

7x tip. para (E)  
Lpcc RM

DIAGNÓSTICO

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Alojamento:	Leito	Convênio
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
28	1. Dieta	CT	2º DPO
	2. SRL 1500ml EV/24h	12	
	3. Dipirona 02ML + AD EV 06/06h	12	
	4. Tilatil 20mg + AD EV 12/12h	12	
	5. Omeprazol 40mg EV/jejum	12	
	6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN	12	
	7. Nauseadron 01 FA + AD EV 8/8h SN	12	
	8. Clexane 40mg SC/dia	12	
	9. SSVV + CCGG	12	
	10. ...	12	
	11. ...	12	
	12. ...	12	
	13. ...	12	
	14. ...	12	
	15. ...	12	
	16. ...	12	
	17. ...	12	
	18. ...	12	
	19. ...	12	
	20. ...	12	
	21. ...	12	
	22. ...	12	
	23. ...	12	
	24. ...	12	
	25. ...	12	
	26. ...	12	
	27. ...	12	
	28. ...	12	
	29. ...	12	
	30. ...	12	
	31. ...	12	
	32. ...	12	
	33. ...	12	
	34. ...	12	
	35. ...	12	
	36. ...	12	
	37. ...	12	
	38. ...	12	
	39. ...	12	
	40. ...	12	
	41. ...	12	
	42. ...	12	
	43. ...	12	
	44. ...	12	
	45. ...	12	
	46. ...	12	
	47. ...	12	
	48. ...	12	
	49. ...	12	
	50. ...	12	
	51. ...	12	
	52. ...	12	
	53. ...	12	
	54. ...	12	
	55. ...	12	
	56. ...	12	
	57. ...	12	
	58. ...	12	
	59. ...	12	
	60. ...	12	
	61. ...	12	
	62. ...	12	
	63. ...	12	
	64. ...	12	
	65. ...	12	
	66. ...	12	
	67. ...	12	
	68. ...	12	
	69. ...	12	
	70. ...	12	
	71. ...	12	
	72. ...	12	
	73. ...	12	
	74. ...	12	
	75. ...	12	
	76. ...	12	
	77. ...	12	
	78. ...	12	
	79. ...	12	
	80. ...	12	
	81. ...	12	
	82. ...	12	
	83. ...	12	
	84. ...	12	
	85. ...	12	
	86. ...	12	
	87. ...	12	
	88. ...	12	
	89. ...	12	
	90. ...	12	
	91. ...	12	
	92. ...	12	
	93. ...	12	
	94. ...	12	
	95. ...	12	
	96. ...	12	
	97. ...	12	
	98. ...	12	
	99. ...	12	
	100. ...	12	

COMPROVANTE DE PREVENÇÃO SIA  
19 MAR 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=21011315520212300000036591490  
Número do documento: 21011315520212300000036591490



28/08 - PA = 120x70 - paciente evolui estável  
Realizados curativos, mult. medicado conforme prescrição  
medica.

Flamora (G) Santos  
Téc. de Enfermagem  
COREN-PA 107105

28/08/17 16:00

Paciente segue sem alterações  
feito outro acesso venoso. *SB*



FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

DIAGNÓSTICO

Mohelo

6.4

OK

OK 7x para 0.1500 mm

Paciente	Alojamento:	Leito	Convênio	Evolução Médica
Data	Prescrição Médica	Horário		
29	1. Dieta			3. Dpa
	2. SRL 1500ml EV/24h	14	20	Deu
8	3. Dipirona 02ml + AD EV 06/06h	14	20	Amo
	4. Tilatil 20mg + AD EV 12/12h	14	20	Libe
	5. Omeprazol 40mg EV/jejum	14	20	Amo
	6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN	14	20	Amo
	7. Nauseadron 01 FA + AD EV 8/8h SN	14	20	Amo
	8. Clexane 40mg SC/dia	14	20	Amo
	9. SSVV + CCGG	14	20	Amo
	→ Rutina 2/dia	14	20	Amo
	Capitane 1g IV 12/12h	14	20	Amo
	Mopri 100mg IV 8/8h	14	20	Amo

COMPREV  
COMPREV PREVIDENCIA S/A  
09 MAR 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



20/05  
08  
57

23h

120  
80

20 80

→ Paciente foi realizado  
O 2º curativo, medicado  
conforme prescrição  
médica. Segue  
as curadas da  
equipe.

Obs: curativos sem  
odor.

*(assinatura)*

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





FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

DIAGNÓSTICO

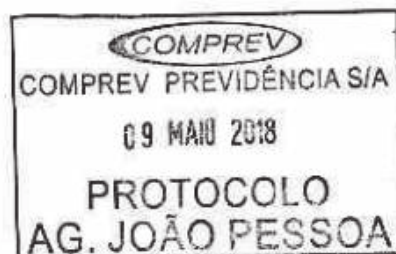
LNH  
Fe p/mo. ① (G, D)

Paciente	Alojamento:	Leito	Convênio
<p><b>Data</b></p> <p><b>Prescrição Médica</b></p> <p>1. Dieta <i>hiposódica</i></p> <p>2. SRL 1500ml EV/24h</p> <p>3. Dipirona 02ML + AD EV 06/06h</p> <p>4. Tildil 20mg + AD EV 12/12h <i>SM</i></p> <p>5. Omeprazol 40mg EV/jejum</p> <p>6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h <i>SM</i></p> <p>7. Nauseadron 01 FA + AD EV 8/8h <i>SM</i></p> <p>8. Clexane 40mg SC/dia</p> <p>9. SSVV + CCGG</p> <p><i>Ceftriaxona 2.10g</i></p> <p><i>Insul. NPH</i></p> <p><i>Dequimodona 1FA + AD EV 8/8h</i></p> <p><i>Inte. Hendo</i></p> <p><i>Ceftriaxona 1g IV 12/12h</i></p> <p><i>Fluox. 500g IV 08/08h</i></p>	<p><b>Horário</b></p> <p>14 22 06</p> <p>12 18 24 06</p> <p>06</p> <p>18 06</p> <p>14 22 06</p> <p>18 06</p> <p>14 22 06</p>	<p><b>Evolução Médica</b></p> <p>4- DPO</p> <p><i>Estável</i></p> <p><i>Don. 174h</i></p> <p><i>Inte. Hendo</i></p> <p><i>Dequimodona 1FA</i></p> <p><i>Insul. NPH</i></p> <p><i>Fluox. 500g</i></p>	

COMPREV  
PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

30/08/17.  
Paciente comorbida com diabetes mellitus e  
hipertensão arterial sistólica e diastólica.  
P.A.: 120x70 P.F.: 18 36/8.

*[Handwritten signature]*

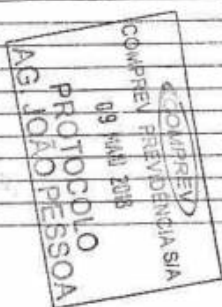


FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

DIAGNÓSTICO

Paciente: Monso Alojamento: 64 Leito: 14 Convênio: 1a trip. pma (E)

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
3	1. Dieta livre	clb	
	2. SRL 1500ml EV/24h	clb	
	3. Dipirona 02ML + AD EV 06/06h	clb	
8	4. Tilatil 20mg + AD EV 12/12h (SM)	clb	ESTOM
	5. Omeprazol 40mg EV/jejum	clb	DM
	6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN	clb	Libe
	7. Nauseadron 01 FA + AD EV 8/8h SN	clb	fo. Epinefrina
	8. Clexane 40mg SC/dia	clb	
	9. SSVV + CCGG	clb	
	Carbamato 2x/dia	clb	
	Carbamato 1g 12/12h	clb	
	Flopid 50mg 12/12h	clb	
	Fisio. KOTON	clb	
			OTOR
			OPR. Hospitalar





31/08/17 — horas — 108:00 — P.A. = 120x80. Realizado  
curativo. medicado conforme prescrição médica.

Marlene C. Santos  
Téc. de Enfermagem  
CRP 115

31/08/17 16:00 segue sem alteração  
feito curativo.





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

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 ocas, não havendo critérios ecográficos seguros para indicação de alta hospitalar baseando-se apenas no resultado negativo da ultrassonografia.

Dr. Tiago Nepomuceno  
Médico Radiologista  
CRM-PB: 6723



COMPREV  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
19 MAIO 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA





NOME: <u>Marcos Vinícius Barbosa Azeite</u>		GOVERNO DA PARAIBA		SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE	
IDADE: <u>17a</u>		ENFERMARIA: <u>6</u>		Hospital de Emergência e Trauma Dom Luís Gonzaga Fernandes	
H. D.: <u>Px MIE</u>		ADMISSÃO:		LEITO: <u>4</u>	
				HORA:	

PROCEDÊNCIA:		diagnóstico: <input type="checkbox"/> Pleural <input type="checkbox"/> Pleural E <input type="checkbox"/> Mediastinal <input type="checkbox"/> Oscilante <input type="checkbox"/> Borbulhante. Débito	
MOTIVO INTERNAÇÃO: <input type="checkbox"/> DVM <input type="checkbox"/> IRPA <input type="checkbox"/> Choque <input type="checkbox"/> L. Renal <input type="checkbox"/> Coma Neuro <input type="checkbox"/> IGO <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> PNM		Perfusão: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Deficiente	
<input type="checkbox"/> Hemorragia <input type="checkbox"/> Outros:		<input type="checkbox"/> Edema Regiões: <input type="checkbox"/> Cefalot	
ANTECEDENTES: <input type="checkbox"/> DPOC <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> RM <input type="checkbox"/> IGO <input type="checkbox"/> Cirurgia		CONDUTA PROPOSTA INICIALMENTE	
HDA: <u>Prontidão em EGR em V.E. e O2. Abertura física da cefalot em Tabela esquerda, reposição da a descompressão de torax e ventilação da ADM</u>		CD: <input type="checkbox"/> THB <input type="checkbox"/> TEP <input type="checkbox"/> TEP <input type="checkbox"/> VNI <input type="checkbox"/> O2	
		<input type="checkbox"/> Aspiração <input type="checkbox"/> TMV <input type="checkbox"/> Deconulação <input type="checkbox"/> Cinesioterapia <input type="checkbox"/> MRP	
		<input type="checkbox"/> Treino de Marcha <input type="checkbox"/> Orientações <input type="checkbox"/> Treino equilíbrio <input type="checkbox"/> Transferências <input type="checkbox"/> Sedulação	
		<input type="checkbox"/> Oncofisiologia <input type="checkbox"/> Marcha <input type="checkbox"/> Estimulação sensorial	
		<input type="checkbox"/> Posicionamento: <input type="checkbox"/> Trilho M.C. Pré deconulação	
		Outros:	
		Observações:	

SV:	FC	FR	PA	SpO2	% T	% S
ESTADO GERAL: <input type="checkbox"/> Bom <input checked="" type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Grave <input type="checkbox"/> Gravíssimo						
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: <input checked="" type="checkbox"/> Acordado <input type="checkbox"/> Sonolento <input type="checkbox"/> Torporoso <input type="checkbox"/> Comatoso Glasgow						
Tônus: <input type="checkbox"/> Hipo <input type="checkbox"/> Hiper <input checked="" type="checkbox"/> Normal						
Reflexos: <input type="checkbox"/> Aumentados <input type="checkbox"/> Diminuídos <input checked="" 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						
Bloqueios Articulares (Região):						
SISTEMA RESPIRATÓRIO / CARDIOVASCULAR:						
<input checked="" type="checkbox"/> Espúrio <input type="checkbox"/> Sem alterações						
SUPPORTO VENTILATÓRIO: <input checked="" type="checkbox"/> Espontâneo <input type="checkbox"/> Com TQT <input type="checkbox"/> Sem TQT <input type="checkbox"/> VNI <input type="checkbox"/> VMI						
O2 SUPLEMENTAR: <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> CEN <input type="checkbox"/> Aerosol <input type="checkbox"/> Másc. Simples <input type="checkbox"/> Másc. Sistema de Venturi %						
<input type="checkbox"/> Másc. Reinalação parc. <input type="checkbox"/> Másc. não Reinalação <input type="checkbox"/> Másc. de Reservatório. Fluxo: ____ l/min						
DESCONFORTO VENTILATÓRIO: <input type="checkbox"/> IBAN <input type="checkbox"/> Tiragem supracostal <input type="checkbox"/> Tiragem intercostal <input type="checkbox"/> Tiragem subcostal						
<input type="checkbox"/> Uso de masc. acessórios Insp/Exp <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Bradipneia <input type="checkbox"/> Resp. paradoxal <input type="checkbox"/> Estidor ____ s/s						
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 checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Simétrica <input type="checkbox"/> Assimétrica						
Ausculta Pulmonar: <u>MMB em PTE e BCB em RA</u> Rale X Tórax:						
TOSSSE: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Produtiva <input type="checkbox"/> Não produtiva <input type="checkbox"/> Eficaz <input type="checkbox"/> Deglute <input type="checkbox"/> Expectora <input type="checkbox"/> Ineficaz						
SECREÇÃO: <input checked="" 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"/> Mucoide <input type="checkbox"/> Mucopurulenta <input type="checkbox"/> Purulenta <input type="checkbox"/> Sanguinolenta						
COR SECREÇÃO: <input type="checkbox"/> Incolor <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 FISIOTERAPÊUTICO:	
<u>Px MIE</u>	
Campina Grande, <u>31.08.2014</u>	Yuri Costa e Silva FISIOTERAPISTA CRÉDITO: 22.547 - P. Região





COMPREV  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
09 MAIO 2013  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



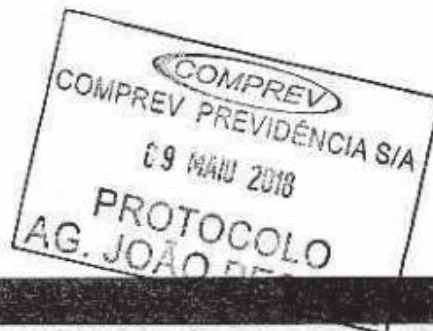


**EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM**

Nome: Marcelo Araújo Registro: 6 Leito: 4 Setor Atual: ORTI

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:**



**REGULAÇÃO NEUROLÓGICA**

Nível de consciência: (x) Consciente ( ) Orientado ( ) Confuso ( ) Letárgico ( ) Torporoso ( ) Comatoso ( ) Outro

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

Pupilas: (x) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( ) D>E ( ) E>D ( ) Fotorreagentes ( ) Mióticas ( ) Midríaticas

Mobilidade Física: (x) Preservada ( ) Paresia ( ) Plegia ( ) Parestesia Local:

Linguagem: ( ) Qual? ( ) Disfonia ( ) Afasia ( ) Disfasia ( ) Disartria.

Obs:

**OXIGENAÇÃO**

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

( ) VMNI ( ) VMI TOT nº Comissura labial nº FIO2 % PEEP cmH2O

( ) Eupnéia; ( ) Taquipnéia ( ) Bradipnéia ( ) Dispnéia ( ) Outros:

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: ( ) Diminuídos ( ) D ( ) E

Ruídos 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 ÓRGÃOS DOS SENTIDOS**

Alteração: ( ) Visão ( ) Audição ( ) Tato ( ) Olfato ( ) Paladar Observação:

**SEGURANÇA FÍSICA**

( ) Tranquilo ( ) Agitado ( ) Agressivo. ( ) Risco de queda. Observação:

**REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR**

Pulso: (x) Regular ( ) Irregular ( ) Impalpável ( ) Filiforme ( ) Cheio.









EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

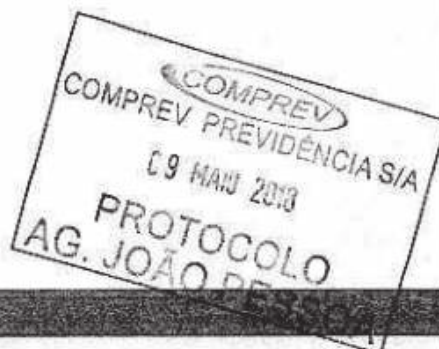
Nome: Moreira Registro: \_\_\_\_\_ Leito: 6-4 Setor Atual: Botão II

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 ESPECÍFICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: (X) Consciente ( ) Orientado ( ) Confuso ( ) Letárgico ( ) Torporoso ( ) Comatoso ( ) Outro

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

Pupilas: (X) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( ) D>E ( ) E>D ( ) Fotorreagentes ( ) Mióticas ( ) Midríaticas

Mobilidade Física: (X) Preservada ( ) Paresia ( ) Plegia ( ) Parestesia Local: \_\_\_\_\_

Linguagem: ( ) Qual? ( ) Disfonia ( ) Afasia ( ) Disfasia ( ) Disartria.

Obs: \_\_\_\_\_

OXIGENAÇÃO

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

( ) VMNI ( ) VMI TOT nº \_\_\_\_\_ Comissura labial nº \_\_\_\_\_ FiO2 % PEEP cmH2O

(X) Eupnéia ( ) Taquipnéia ( ) Bradipnéia ( ) Dispnéia ( ) Outros: \_\_\_\_\_

Ausulta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: ( ) Diminuídos ( ) D ( ) E

Ruídos 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 ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração: ( ) Visão ( ) Audição ( ) Tato ( ) Olfato ( ) Paladar Observação: \_\_\_\_\_

SEGURANÇA FÍSICA

(X) Tranquilo ( ) Agitado ( ) Agressivo. ( ) Risco de queda. Observação: \_\_\_\_\_

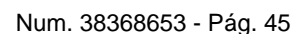
REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

Pulso: (X) Regular ( ) Irregular ( ) Impalpável ( ) Filiforme ( ) Cheio.





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





EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: MARCELO DE SOUZA Registro: 6 Leito: 4 Setor Atual:

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 PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: ☒ Consciente ☒ Orientado ( ) Confuso ( ) Letárgico ( ) Torporoso ( ) Comatoso ( ) Outro

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

Pupilas: ( ) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( ) 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

( ) Eupnéia: ( ) Taquipnéia ( ) Bradipnéia ( ) Dispnéia ( ) 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 ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração: ( ) Visão ( ) Audição ( ) Tato ( ) Olfato ( ) Paladar Observação:

SEGURANÇA FÍSICA

☒ Tranquilo ( ) Agitado ( ) Agressivo. ( ) Risco de queda. Observação:

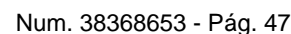
REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

Pulso: ( ) Regular ( ) Irregular ( ) Impalpável ( ) Filiforme ( ) Cheio.





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

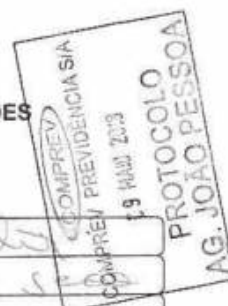






GOVERNO  
DA PARAÍBA

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



### Ficha de Acolhimento

Nome:	Marcelo Bruno Barbosa de Lencastre		
End:	S. Ilheus, P. Araújo, Bairro: P. Araújo		
Data de Nascimento:	31-17-99	Documento de Identificação:	
Queixa:	Acid.	Data do Atend.:	26-08-01 Hora: 4:42 Documento:
Acidente de trabalho?	( ) Sim ( ) Não		

### Classificação de Risco

Nível de consciência: ( ) Bom ( ) Regular ( ) Baixo	Aspecto: ( ) Calmo ( ) Fáceis de dor ( ) Gemente
Frequência respiratória:	Frequência cardíaca:
Pressão arterial:	Temperatura axilar:
Dosagem de HGT:	Mucosas: ( ) Normocorada ( ) Pálida
Deambulação: ( ) Livre ( ) Cadeira de rodas ( ) Maca	

*de moto*

### Estratificação

MOD. 110

- Cirurgião*
- ( ) Vermelho - atendimento imediato  
( ) Verde - atendimento até 4 horas

- ( ) Amarelo - atendimento até 1 hora  
( ) Azul - atendimento ambulatorial

*Dr. Ademar Lima*  
C.R.E.M. PB 71834

Assinatura e carimbo do profissional



COMPREV  
PREVIDÊNCIA S/A

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



HTCG-Painrel Adminstrating

## EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

James Earl

Count Leopoldo, the man of  
holiness and energy, just as he is

to: Alto de Nueva Cruz, por  
dentado de espaldas a pie

Chlorine

ed: Almaraz  
M. Quirino

Paul C. M. Quinno  
CRM-PB 8787  
Neuroscience  
Tel: 616 986-9440

COMPREV  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
19 MAIO 2013  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

26/08 wed - 6:50

$\pi_E$   $E_{2000}$   $NV$

$\frac{1}{2} \times \frac{1}{2} = \frac{1}{4}$

to keep & protect  
to recover

or end - ngn

DESTINO DO PACIENTE \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ às \_\_\_\_:\_\_\_\_ hs.

( Centro cirurgico

(1) Alta hospitalar / (1) A revella

( Internacional (setor) )

\ ( )Decisão Médica

( ) Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL

( )obito

Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO

CBO

IDADE



Manab Araujo B. Vitor

Laudos Médico

Por vitima de trauma por muito há +  
10 meses c/ fratura exposta em região  
proximal de fêmur associado à exten-  
sa lesão de partes moles; evolui c/  
perda de funco, neurológica no  
tombão de nervo fêmur com  
c/ déficit de caráter definitivo na  
extensão de pé (E) c/ consequente  
alteração na marcha e diminuição de  
força no membro pé.

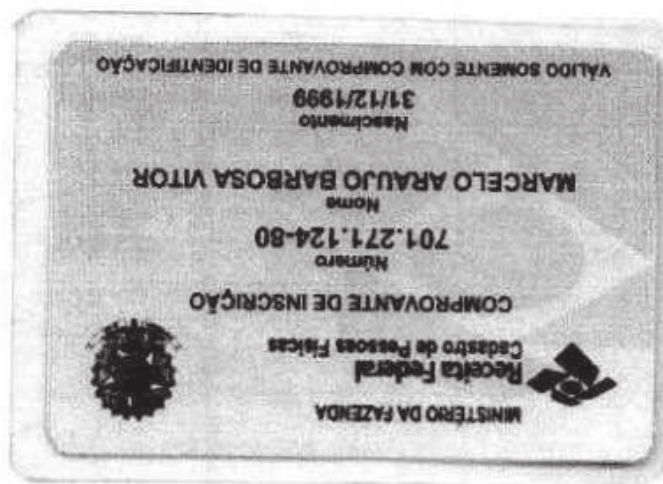
CID: T93.4  
S82.0

Hallison Barros de Almeida  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

LS 09 710618

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





REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES			
DETTRAN - PB Nº 013221381866 CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO			
1	0011997235-2	00/00000000	2017
FERNANDO FERNANDES ARAUJO			
09677527444		MOJ9064/PB	
NOVO	PB	9C2KC08108R314806	
PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC		GASOLINA	
HONDA/CG 150 TITAN KS		2008	
2 P/149 /CI	PARTIC	PRETA	
00/00/0000	1ª VENC. EXIST		
00/00/0000	2ª VENC. EXIST		
00/00/0000	3ª VENC. EXIST		
SEM RESERVA DE DOMÍNIO DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATORIO NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA II			
LAGOA SECA - PB	20/07/2017		16250

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OJ POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS DO NAJ - SEGURO DPVAT			
PB Nº 013221381866 BILHETE DE SEGURO DPVAT			
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA <a href="http://www.seguradoralider.com.br">www.seguradoralider.com.br</a> SAC DPVAT 0800 022 1204			
1	09677527444	MOJ9064/PB	
HONDA/CG 150 TITAN KS		2008	
9C2KC08108R314806	PRÊMIO TARIFÁRIO		
SEGURO	P A G O		
20/07/2017	16250-1440402-20170720		

COMPREV PREVIDENCIA S/A  
19 MAIO 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOAO 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:**





**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 MAURO DANDOS VITOR

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo	MARCELO MAURO DANDOS VITOR	CPF titular da conta	701.271.124-80	Profissão	MECUBO
Endereço	BITÃO MIRANDA	Número	31N	Complemento	
Bairro	ZONA RURAL	Cidade	LAJAS GÊS	Estado	PI
CEP	58.117-000	Telefone (DDD)	81	Telefone	99558526

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 checked="" 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
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Marque uma opção)		<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237)		<input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001)	
<input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input type="checkbox"/> ITAÚ (341)	
AGÊNCIA	DV	BANCO	NRO
19-272-4		BANCO DO BRASIL	
INFORMAR DÍGITO SE EXISTIR		AGÊNCIA	DV
		19-272-4	
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.

LAJAS GÊS, 7 de AGOSTO de 2018

Local e Data

MARCELO MAURO DANDOS VITOR

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPE.001 V001/2017



11/07/2018 - BANCO DO BRASIL - 12:59:44  
871711801 0203  
COMPROVANTE DE DEPOSITO EM CONTA CORRENTE  
EM DINHEIRO

CLIENTE: MARCELO A BARBOSA VITOR 19.272-4  
AGENCIA: 2242-X CONTA:  
DATA 11/07/2018  
NR. DOCUMENTO 87.171.180.180.203  
VALOR DINHEIRO  
VALOR TOTAL

NR. AUTENTICACAO 4, 1D9, F5E, 2CB, 8EB, 68A  
LEIA NO VERSO COMO CONSERVAR ESTE DOCUMENTO.  
ENTRE OUTRAS INFORMACOES.

COMPREV  
COMPREV PREVIDENCIA S/A  
08 AGO. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOAO PESSOA





## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### OUTORGANTE:

Nome: MARCELO ARAÚJO BARBOSA VITOR, brasileiro(a), estado civil: SOLTEIRO  
Profissão: NECULSO, portador(a) do RG 4.003.066, órgão expedidor SP-PB  
e do CPF: 701-271-124-80, residente no(a) SÍTIO AMANALI  
nº 5/N, bairro: ARCA RUINAL, município: LAGOA SECA - PB.

### OUTORGADO:

Nome: FERNANDO FERNANDES ARAÚJO, brasileiro(a), estado civil: SOLTEIRO  
Profissão: NECULSO, portador(a) do RG 28-13-619, órgão expedidor SP-PB  
e do CPF: 096-775-274-44, residente no(a) SÍTIO AMANALI  
nº 3/N, bairro: ARCA RUINAL, município: LAGOA SECA - PB.

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 mandato, 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)



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

Vitor Marcelo Araújo Bandeira

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo		CPF titular da conta		Profissão	
Vitor Marcelo Araújo Bandeira		701.271.124-80		Recuso	
Endereço		Número		Complemento	
Sítio Amanaji		S/N			
Bairro	Cidade	Estado	CEP	Telefone (DDD)	
Área Rural	Lagoa Seca	PE	58.117-000	52-99555-8526	
Email					

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**

- ☐ RECUSO INFORMAR
 ☐ SEM RENDA
 ☐ ATÉ R\$ 1.000,00
 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
 ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00
 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00
 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00
 ☐ 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 ECONOMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

Nº

2721

D/V

CONTA

Nº

039252-8

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

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

BANCO

Nome

Nº

AGÊNCIA

Nº

D/V

CONTA

Nº

D/V

(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 PE, 19 de Setembro de 2015

Local e Data

Vitor Marcelo Araújo Bandeira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

INA: sorteios de segunda-feira a sábado, às 08h

241-577243273-3

29/AGO/2018

HORA DE: 10:35:03

LOT. 13.010/61-1

LOCALIDADE: LAGOA SECA

AG. VINCULADA: 2221

CONTRATE: 241408531

COMPROVANTE DE ABERTURA DE PODER CAIXA FACIL

NUM: MARCELO APARECIDO BARBOSA VITOR

AGENCIA: 2221

OPERACAO: 013

CONTA OV: 0000 0000 0000 0000

DATA DA ABERTURA: 29/08/2018

LOTerias CAIXA

241-577243273-3

1ª VIA

