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

Rio de Janeiro, 25 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190290408 **Vítima: AMADEU MANOEL**

Data do Acidente: 14/09/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), AMADEU MANOEL

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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

Rio de Janeiro, 25 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190290408
Vítima: AMADEU MANOEL
Data do Acidente: 14/09/2018
Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), AMADEU MANOEL

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Autorização de pagamento incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

Comprovante de residência incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

Declaração de Inexistência de IML incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

Documentos de identificação não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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

Rio de Janeiro, 19 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190290408
Vítima: AMADEU MANOEL
Data do Acidente: 14/09/2018
Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), AMADEU MANOEL

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentos de identificação não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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

Rio de Janeiro, 02 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190290408 **Vítima: AMADEU MANOEL**

Data do Acidente: 14/09/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), AMADEU MANOEL

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R$ 0,00
Juros:	R$ 0,00
Total creditado:	R$ 7.087,50

Dano Pessoal: Perda anatômica completa de um dos membros inferiores 70%
Graduação: Em grau intenso 75%
% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 70%) 52,50%
Valor a indenizar: 52,50% x 13.500,00 = R$ 7.087,50

Recebedor: **AMADEU MANOEL**
Valor: **R$ 7.087,50**
Banco: **001**
Agência: **000002224-1**
Conta: **0000019671-1**
Tipo: **CONTA CORRENTE**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190290408 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: AMADEU MANOEL **Data do acidente:** 14/09/2018 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO LEVE. P45
FRATURAS EXPOSTAS DO TORNOZELO E PÉ DIREITO COM ESMAGAMENTO. P36/51

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - AMPUTAÇÃO TRANSTIBIAL DO MEMBRO INFERIOR DIREITO. P36/51
ALTA.

Sequelas permanentes: DÉFICIT ANATÔMICO COMPLETO APÓS AMPUTAÇÃO TRANSTIBIAL DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: PERDA ANATÔMICA COMPLETA APÓS AMPUTAÇÃO TRANSTIBIAL DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 anatômica completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau intenso - 75 %	52,5%	R$ 7.087,50
		Total	**52,5 %**	**R$ 7.087,50**

Seguradora LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro DVI: | CPF da vítima: 790 291 324-34 | Nome completo da vítima: AMADEU MANOEL

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 405/2012

DADOS CADASTRAIS

Nome completo: AMADEU MANOEL | CPF: 790 291 324-34

Profissão: AGRICULTOR | Endereço: SÍTIO PEDRA D'ÁGUA | Número: -/- | Complemento: -/-

Bairro: ZONA RURAL | Cidade: JUAZEIRINHO | Estado: PB | CEP:

E-mail: -/- | Tel.(DDD): -/-

Declaro, para todos os fins de direito, inclusive na ordem judicial, que as informações acima, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:

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

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

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente bancos abaixo listados)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL S.A.

AGÊNCIA: ( ) ( ) (Informe o dígito se existir) CONTA: ( ) ( ) (Informe o dígito se existir)

AGÊNCIA: 2224 (1) (Informe o dígito se existir) CONTA: 13.671 (1) (Informe o dígito se existir)

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 30 (trinta) dias do pedido.

Por motivo essa razão, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, que acompanha, desde já, enviar solicitar a realização medidas no custo do Seguro-Garantia; para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância da Seguradora na realização, médica ou pericial, de direito de contestação, caso lhe seja conveniente.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE.

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

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

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

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

Local e Data, _____

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A RDGD

Assinatura da vítima/beneficiário (obrigatória)

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

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____ CPF: _____ Assinatura

2º | Nome: _____ CPF: _____ Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá assinar na sua presença alfabetizada, maior e capaz, para procederem a assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, mencionando seu nome e RG/CPF e do interessado, antes de prestar a assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001.0001/2018

Seguradora LIDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASI: | CPF da vítima: 790.291.324-34 | Nome completo da vítima: AMADEU MANOEL

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

DADOS CADASTRAIS

Nome completo: AMADEU MANOEL | CPF: 790.291.324-34

Profissão: AGRICULTOR | Endereço: SÍTIO PEDRA D'AGUA | Número: S/Nº | Complemento:

Bairro: AREA RURAL | Cidade: JUAZEIRINHO | Estado: PB | CEP: 58.

E-mail: — x — x — | Tel (DDD):

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

RENDA MENSAL:

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

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

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

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

AGÊNCIA: ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: ☐ (Informar o dígito se existir)

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

Nome do BANCO: 01

AGÊNCIA: 2224 1 (Informar o dígito se existir) CONTA: 19.671 1 (Informar o dígito se existir)

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não | Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: | Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não | Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: JUAZEIRINHO-PB 16/05/2019

Nome: AMADEU MANOEL

CPF: 790.291.324-34

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Amadeu Manoel

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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

TESTEMUNHAS

1º | Nome:

CPF:

Assinatura

2º | Nome:

CPF:

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, na sua presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo [illegible]

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

MAPFRE

FPS.001 V001/2018

16 JUL 2019

Ministério da Justiça e Segurança Pública
Polícia Rodoviária Federal

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito

PRF

Acidente nº 18053207B02

INFORMAÇÕES GERAIS

BR: 230 **KM:** 234,8 - Crescente **Município:** JUAZEIRINHO/PB

Data: 14/09/2018 **Hora:** 10:45

Policial responsável pelo atendimento: R. JORGE, matrícula 1504480

Relatório retificado com base no processo administrativo nº 08663009302201899

ASPECTOS DO LOCAL

Tipo de via: Principal **Tipo de pavimento:** Asfalto **Tipo de pista:** Simples

Condição da pista: Seca

Estrutura viária: Reta

Localidade urbanizada: ✗ **Acostamento:** ✓ **Canteiro central:** ✗

Condição meteorológica: Céu Claro **Fase do dia:** Pleno dia

NARRATIVA

No dia 14/09/2018, por volta das 10h45min, no km 234 da BR-230, em Juazeirinho-PB, ocorreu um acidente, do tipo colisão transversal, com 01(uma) vítima lesionada. Os veículos envolvidos foram a motocicleta HONDA/ CG 125 TITAN (V1), e o veículo FIAT/PALIO WEEK ELX FLEX (V2). Com base na análise dos vestígios materiais identificados, constatou-se que V2 trafegava na faixa de trânsito do sentido Soledade-PB / Juazeirinho-PB, quando V1 atravessou a pista de rolamento, no sentido da esquerda para a direita do sentido crescente. V1 foi atingido transversalmente na sua lateral direita por V2, sendo que os dois veículos pararam fora do leito carroçável. A dinâmica do acidente encontra-se representada no croqui. Conforme constatações em levantamento de local de acidente, concluiu-se que o fator principal do acidente foi a Falta de Atenção às Normas de Trânsito, por parte do condutor de V1. OBSERVAÇÕES: O local do acidente estava parcialmente preservado. O condutor de V1 foi socorrido por uma equipe do SAMU, e não mais se encontrava no local quando a equipe da PRF chegou ao acidente. Por isto, não foi realizado o teste de etilômetro com o condutor de V1, que foi conduzido para o Hospital de Trauma de Campina Grande, e submetido à cirurgia. Foram constatadas marcas de frenagem, do veículo V2, com 27 metros de comprimento. A via apresentava sinalização horizontal de proibição de ultrapassagem. A localidade é conhecida como Sítio Ilha Grande. O veículo V1 não estava licenciado e o condutor não era habilitado.

24 ABR. 2019

GRAU DE SEGURANÇA
RESTRITO

191

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito
Acidente nº 18053207802

Relatório retificado com base no processo administrativo nº 08650009302201890

PRF

EVENTOS SUCESSIVOS

Ordem	Tipo de Evento	Veículos Envolvidos
1	Colisão transversal	V2 ; V1

APOIO EXTERNO

Tipo de Órgão	Solicitação	Comparecimento
SAMU	14/09/2018 11:00	14/09/2018 11:30

IMAGENS PANORÂMICAS

SENTIDO CRESCENTE

SENTIDO DECRESCENTE

AMARRAÇÃO - COORDENADA CARTESIANA

Descrição do Ponto	X	Y
Centro da Colisão	0.0	0.0
Eixo Dianteiro Esquerdo de V2	29.8	3.2
Eixo Traseiro Esquerdo de V2	26.6	4.0
Eixo Traseiro de V1	30.5	5.2
Eixo Dianteiro de V1	30.7	5.0
Início da Frenagem de V2	-8.0	0.0
Final da Frenagem de V2	19.0	2.6

CROQUI DA CENA DO ACIDENTE

Documento assinado eletronicamente por A. JORGE, matrícula 1504480, Policial Rodoviário Federal, em 29/09/2018, às 16:38, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 01-DG, de 13 de novembro de 2015.

Assinatura eletrônica

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://www.prf.gov.br/ocorrencias/autenticar, informando o protocolo 18053207802 e o número de controle CF7F607FD75336BD8FD684C77300019

191

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito

Acidente nº 18053207B02

Relatório retificado com base no processo administrativo nº 08663009302201699

PRF

Local cadastrado pelo usuário

[redacted]

Relação de fato

[redacted]

SOCORRO

JUNTA FINAL

191

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito
Acidente nº 18053207802

Relatório retificado com base no processo administrativo nº 08663009302201899

PRF

V1 TRACIONADOR **KIR2362**

Placa: KIR2362 - Registro Nacional

Marca/modelo/ano fabricação: HONDA/CG 125 TITAN/1996

Renavam: 00650084373 **Chassi:** 9C2JC250TTR003479

Tipo de Veículo: Motocicleta **Espécie/categoria:** Passageiro/Particular

Manobra no momento do acidente: Cruzando a pista

PROPRIETÁRIO

Nome: PAULO JOSE DA CRUZ FERREIRA **CPF/CNPJ:** 866.269.814-04

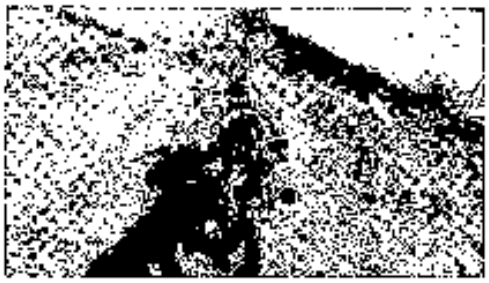
Endereço: R JOSE HENRIQUE CAVACANTI 0016 - CS, TIMBAUBA/PE

Telefone/email: NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO

ENCAMINHAMENTO

Motivo: Outros **Tipo de receptor:** Depósito credenciado

Informações complementares: Veículo não licenciado



191

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA

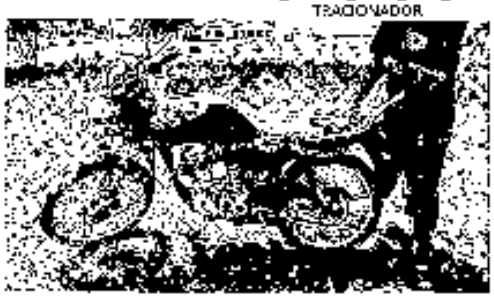
Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito

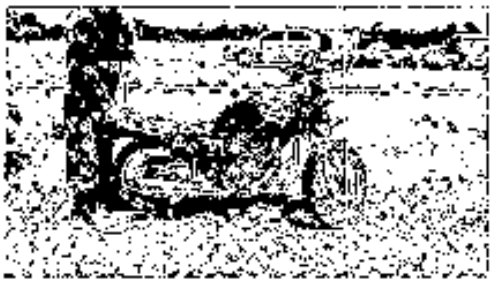
Acidente nº 18053207B02

Relatório retificado com base no processo administrativo nº 08663000302201900

PRF

V1 TRACIONADOR **KIR2362**





191

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito
Acidente nº 18053207B02

Relatório retificado com base no processo administrativo nº 08663009302201899

PRF

V2 [redacted] TRACIONADOR **KLO2792**

Placa: KLO2792 - Registro Nacional

Marca/modelo/ano fabricação: FIAT/PALIO WEEK ELX FLEX/2009

Renavam: 00125055994 **Chassi:** 9BD17301M94266315

Tipo de Veículo: Automóvel **Espécie/categoria:** Passageiro/Particular

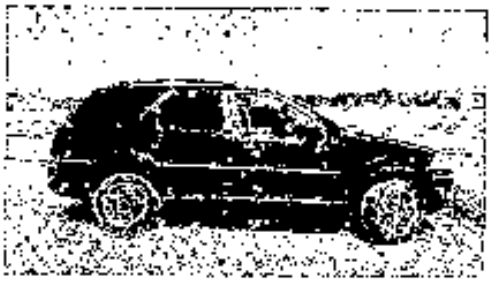
Manobra no momento do acidente: Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento

PROPRIETÁRIO

Nome: ALUIZIO HERCULANO DA SILVA **CPF/CNPJ:** 853.908.798-72

Endereço: RUA JOSE SEVERINO DO NASCIMENT, 54 - CASA, TABIRA/PE

Telefone/email: (83) 99803 0410/NÃO INFORMADO



Documento assinado eletronicamente por R. JORGE, matrícula 1884460, Policial Rodoviário Federal, em 28/09/2018, às 16:38, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 5º da Instrução Normativa Nº 67-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://www.sigpc.prf.gov.br/validarautenticar, informando o protocolo 18053207B02 e o número de controle CF76907FDD5509DD8F-E994C7736618

191

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito

Acidente nº 18053207B02

Relatório retificado com base no processo administrativo nº 08663009302201899

PRF

V1 CONDUTOR AMADEU MANOEL

Placa do veículo: KIR2362 **Marca/modelo:** HONDA/CG 125 TITAN

Envolvimento: Condutor **Nome:** AMADEU MANOEL

CPF: 790.291.324-34 **Data de nascimento:** 08/05/1950

Estado civil: Casado(a) **Sexo:** Masculino **Estado físico:** Lesões Graves

Usava cinto de segurança: NÃO APLICÁVEL **Usava capacete:** Ignorado

DADOS DA HABILITAÇÃO PARA CONDUZIR VEÍCULO AUTOMOTOR

Tipo: Não Habilitado

ALTERAÇÕES DA CAPACIDADE PSICOMOTORA

Foi possível realizar teste do etilômetro: Não

Visíveis sinais de embriaguez: Não **Sinais de uso de substâncias psicoativas:** Não

DADOS DE CONTATO

Endereço: SÍTIO PEDRA DA AGUA, ZONA RURAL, JUAZEIRINHO/PB

Telefone/email: 99670 3159/NÃO INFORMADO

ENCAMINHAMENTO

Motivo: Socorro médico **Tipo de receptor:** SAMU

Informações complementares: Hospital de Trauma de Campina Grande

Documento assinado eletronicamente por R. JORGE, matrícula 1504490, Policial Rodoviário Federal, em 29/05/2018, às 18:09, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso V do art. 2º da Instrução Normativa Nº 81-DG, de 13 de novembro de 2016.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://www.prf.gov.br/ronvalidar/validar, informando o protocolo 18053207B02 e o número de controle CF76307FDD5335BD8E2894C72BB18

191

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito
Acidente nº 18053207802

Relatório retificado com base no processo administrativo nº 08600009302201899

PRF

V2 CONDUTOR ALUIZIO HERCULANO DA SILVA

Placa do veículo: KLO2792 **Marca/modelo:** FIAT/PALIO WEEK ELX FLEX

Envolvimento: Condutor **Nome:** ALUIZIO HERCULANO DA SILVA

CPF: 853.908.798-72 **Data de nascimento:** 01/12/1953

Estado civil: Casado(a) **Sexo:** Masculino **Estado físico:** Ileso

Usava cinto de segurança: Ignorado **Usava capacete:** NÃO APLICÁVEL

DADOS DA HABILITAÇÃO PARA CONDUZIR VEÍCULO AUTOMOTOR

Tipo: Habilitação Nacional **Categoria:** D **Data primeira habilitação:** 23/12/1977

Nº Registro: 00955442186 **UF:** PB **Data de vencimento da habilitação:** 17/12/2019

Motorista Profissional: Não **Observações CNH:** A

ALTERAÇÕES DA CAPACIDADE PSICOMOTORA

Foi possível realizar teste do etilômetro: Sim

Condutor se recusou a realizar o teste: Não **Resultado:** 0

Visíveis sinais de embriaguez: Não **Sinais de uso de substâncias psicoativas:** Não

DADOS DE CONTATO

Endereço: RUA SEVERINO SALES, 219 - CASA, CENTRO, AGUA BRANCA/PB

Telefone/email: 99803 0410/NÃO INFORMADO

191

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito
Acidente nº 18053207B02

Relatório retificado com base no processo administrativo nº 08663009302201893

PRF

RELATÓRIO DE AVARIAS - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V1 / HONDA/CG 125 TITAN **Placa:** KIR2362

Nome do agente: R. JORGE **Nº BOAT:** 18053207B02

Matrícula do agente: 1504480 **Data:** 14/09/2018

Item	Descrição do Item	Item danificado no acidente		
		SIM*	NÃO**	NA***
1	Garfo dianteiro		X	
2	Mesa superior da suspensão dianteira		X	
3	Mesa inferior da suspensão dianteira		X	
4	Coluna de direção		X	
5	Chassi		X	
6	Garfo traseiro		X	
7	Eixo traseiro (triciclos)		X	

Total geral (SIM + NA): 0

Dimensão da monta: Pequena

*Item danificado no acidente.
**Item não danificado no acidente ou não existente.
***Impossível avaliar se o componente foi ou não danificado no acidente

191

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito
Acidente nº 18053207B02

Relatório retificado com base no processo administrativo nº 08663009302201899

PRF

RELATÓRIO DE AVARIAS - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V2 / FIAT/PALIO WEEK ELX FLEX **Placa:** KLO2792

Nome do agente: R. JORGE **Nº BOAT:** 18053207B02

Matrícula do agente: 1504480 **Data:** 14/09/2018

Item	Descrição do Item	Item danificado no acidente		
		SIM*	NÃO**	NA***
1	Painel corta-fogo		X	
2	Longarina dianteira esquerda		X	
3	Caixa de roda dianteira esquerda		X	
4	Estrutura da soleira esquerda		X	
5	Air Bags Frontais		X	
6	Air Bags Laterais		X	
7	Estrutura da coluna dianteira esquerda		X	
8	Estrutura da coluna central esquerda		X	
9	Estrutura da coluna traseira esquerda		X	
10	Caixa de roda traseira esquerda		X	
11	Assoalho central esquerdo		X	
12	Longarina traseira esquerda		X	
13	Assoalho porta-malas ou caçamba		X	
14	Longarina traseira direita		X	
15	Caixa de roda traseira direita		X	
16	Estrutura da coluna traseira direita		X	
17	Estrutura da soleira direita		X	
18	Estrutura da coluna central direita		X	
19	Estrutura da coluna dianteira direita		X	

*Item danificado no acidente.

**Item não danificado no acidente ou não existente.

*** Impossível avaliar se o componente foi ou não danificado no acidente

Documento assinado eletronicamente por R. JORGE, matrícula 1504480, Policial Rodoviário Federal, em 28/09/2018, às 18:36, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 81-DG, de 13 de novembro de 2018.

Assinatura eletrônica

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://www.prf.gov.br/ocorrencias/autenticar, informando o protocolo 18053207B02 e o número de controle CF766079FD75398BD8FE884C77a9018

191

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito

Acidente nº 18053207B02

Relatório retificado com base no processo administrativo nº 08600009302201899

PRF

Item	Descrição do Item	SIM*	NÃO**	NA***
20	Assoalho central direito		X	
21	Caixa de roda dianteira direita		X	
22	Longarina dianteira direita		X	

Total geral (SIM + NA): 0

Dimensão da monta: Pequena

*Item danificado no acidente.
**Item não danificado no acidente ou não existente.
*** Impossível avaliar se o componente foi ou não danificado no acidente

PAGO
24 ABR. 2019
ARRECADADOR
BANESE

Documento assinado eletronicamente por R. JORGE, matrícula 1504460, Policial Rodoviário Federal, em 23/08/2018, às 15:28, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 7º da Instrução Normativa Nº 81, DG, de 12 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://www.prf.gov.br/ocorrencia/autenticar, informando o protocolo 18053207B02 e o número de controle CF76507F0D5336BD8FE88C7738618

191

GOVERNO DO ESTADO DA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE
Rua Prefeito Inácio Claudino, nº 82 - Centro - Soledade - 58155-000 83-3383-1561

OCORRÊNCIA Nº 000366/19

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada,que revendo os Registros de Ocorrências Policiais deste Órgão, encontrei a Ocorrência de Nº 000366/19 registrada em 21/02/2019, que passo a transcrever na íntegra: Aos vinte e um dias do mês de fevereiro do ano de 2019, nesta cidade de Soledade, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE SOLEDADE, quando encontrava-se presente o Bel. DURVAL BARROS, Delegado de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, aí, por volta das 15:18 horas, compareceu o Sr. AMADEU MANOEL, com 66 anos de idade, filho de PAI NÃO DECLARADO e ANA VICENCIA DE OLIVEIRA, de nacionalidade BRASILEIRA,natural de JUAZEIRINHO - PB, Casado, escolaridade Fundamental Incompleta, profissão AGRICULTOR, portador de Cédula de Identidade Nº 1.523.154, expedida pela SSP-PB, com C.P.F. de Nº 79029132434, residindo à rua SÍTIO PEDRA DÁGUA, bairro ZONA RURAL na cidade de JUAZEIRINHO - PB.

Declarou que:

QUE NO DIA 14 DE SETEMBRO DE 2018, POR VOLTA DAS 10:45 MIN, NA BR 230 ALTURA DO KM 234,8, MUNICÍPIO DE JUAZEIRINHO/PB, OCORREU UM GRAVE ACIDENTE COM COLISÃO TRANSVERSAL QUANDO O COMUNICANTE VINHA EM SUA MOTOCICLETA (HONDA TITAN /CG 125, COR VERMELHA, ANO FAB. /MOD. 1996, RENAVAM 00650084373, PLACA KIK2362, CHASSI 9C2JC2507TR003479, PROPRIETÁRIO PAULO JOSÉ DA CRUZ FERREIRA), NO MOMENTO EM QUE TENTAVA ATRAVESSAR A FAIXA CONTRÁRIA DA PISTA PARA ENTRAR NUMA ESTRADA DECHÃO COM DIREÇÃO AO SÍTIO ILHA GRANDE, ZONA RURAL DESTE MOMENTO A SUA MOTOCICLETA APAGOU, VINDO EM SUA DIREÇÃO UM VEÍCULO EM ALTA VELOCIDADE (VEÍCULO TIPO FIAT PALIO WEEK FLEX 2009, RENAVAM 00125055994, PLACA KLO2792, CHASSI 9BD17301M94266315, PROPRIETÁRIO ALUIZIO HERCULANO DA SILVA, , O QUAL VINHA NO SENTIDO SOLEDADE/JUAZEIRINHO, QUANDO O COMUNICANTE NA MOTOCICLETA ATRAVESSOU A PISTA DE ROLAMENTO NO SENTIDO ESQUERDA PARA A DIREITA FOI ATINGIDO TRANSVERSALMENTE NA SUA LATERAL, CUJOS VEÍCULOS PARARAM FORA DO LEITO VIÁRIO; TENDO SIDO O COMUNICANTE (AMADEU MANOEL) SOCORRIDO PELO SAMU, TENDO EM VISTA QUE TEVE SUA PERNA DIREITA ESMAGADA, SENDO SOCORRIDO E TRANSPORTADO PARA O HOSPITAL REGIONAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES DE CAMPINA GRANDE, ONDE AO PASSAR POR CIRURGIA RESULTOU PERDA DE MEMBRO INFERIOR (PERNA DIREITA); QUE NÃO REPRESENTA CONTRA O CONDUTOR DO VEÍCULO RETRO MENCIONADO. 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.

Soledade, Quinta-feira, 21 de Fevereiro de 2019

AMADEU MANOEL
Declarante

HELDER L. HENRIQUES - MAT. 135145-9
Escrivão

RECEBIDO
24 ABR. 1999

Seguradora LIDER

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: ANADELE MANOEL

CPF da Vítima: 790.291.324-34

Data do Acidente: 14/09/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal: HELDER LUIS HENRIQUES

CPF do Representante Legal: 550.384.424-34

Email: heldernhenriques@hotmail.com

Telefone (DDD): 83 988486068

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 à perícia médica a ser feita pela 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 de seu conteúdo.

RECEBIDO
24 ABR. 2019
GRUPO SEGURI
SOMAPE

Guarabira, 15 de MARÇO de 2019
Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

04.LIDER.V001/2017

Seguradora LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: | CPF da vítima: 790.291.324-34 | Nome completo da vítima: AMADEU MANOEL

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

DADOS CADASTRAIS

Nome completo: AMADEU MANOEL | CPF: 790.291.324-34

Profissão: AGRICULTOR | Endereço: SÍTIO PEDRA D'AGUA | Número: S/Nº | Complemento:

Bairro: ÁREA RURAL | Cidade: JUAZEIRINHO | Estado: PB | CEP: 58.

E-mail: — x — x — | Tel.(DDD):

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

RENDA MENSAL:

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

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

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

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

AGÊNCIA: ☐ (informar o dígito se existir) CONTA: ☐ (informar o dígito se existir)

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

Nome do BANCO: 01

AGÊNCIA: 2224 1 (informar o dígito se existir) CONTA: 19.671 1 (informar o dígito se existir)

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não | Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: | Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não | Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: JUAZEIRINHO-PB 16/05/2019

Nome: AMADEU MANOEL

CPF: 790.291.324-34

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Amadeu Manoel

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome:

CPF:

Assinatura

2ª | Nome:

CPF:

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário a rogo, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar lhe ciência do inteiro teor do conteúdo [illegible]

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

MAPFRE

FPS 001 V001/2018

16 JUL 2019

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: 25/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 7.087,50

*******TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: AMADEU MANOEL

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02224-1

CONTA: 000000019671-1

Nr. da Autenticação 467EBD3503168576

Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social
Delegacia Geral de Polícia Civil
2ª Delegacia Regional de Polícia Civil
12ª Delegacia Seccional de Polícia Civil
Delegacia de Polícia Civil de Juazeirinho

GOVERNO DA PARAÍBA

ATESTADO DE RESIDÊNCIA

EU, **AMADEU MANOEL**, PORTADOR DO RG Nº: 1.523.154-SSP/PB E CPF Nº 790.291.324-34, nacionalidade brasileira, casado, agricultor, natural de **JUAZEIRINHO/PB**, nascido em /04/1962, com 56 anos de idade, filha| (a) de Antônio Severino da Silva e de Maria Do Carmo Rodrigues, residente No Sítio PEDRA DÁGUA, ZONA RURAL, MUNICÍPIO **DE** JUAZEIRINHO /PB.

DECLARO, com base na **LEI Nº 7.115/83**, e para os devidos fins que **VIVO E RESIDO NO ENDEREÇO ACIMA CITADO**, para constar foi lavrado este termo. Nada mais havendo a constar encerramos estes termos que vai devidamente assinado por mim declarante.

JUAZEIRINHO- PB,13 de MARÇO de 2019

Amadeu Manoel
DECLARANTE

RECEBIDO
24 MAR. 2019
SEUPO SECRETADOR

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, HELDER LUIS HENRIQUES

RG nº 1.146.062, data de expedição __/__/__, Orgão SES DS-PB

CPF nº 550.584.42434, 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)	RUA LUIZA BEZERRA MOTTA
Número	950 - BLOCO F
Apto / Complemento	APT: 201
Bairro	CATOLÉ
Cidade	CAMPINA GRANDE
Estado	PARAIBA
CEP	58.410-410
Telefone de Contato	(83) 993050520
E-mail	helderhenriques@hotmail.com

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Campina grande-PB, 20/03/2019

Assinatura do Declarante: Helder Luís Henriques

RECEBIDO

14 JUN 2019

COORDENADOR

ÔMEGA

Ômega - Gestão de Empresas e Condomínios

Recibo do Pagador
03/2019

Beneficiário
PJBank (18.191.228/0001-71) de CONDOMÍNIO DO EDIFÍCIO RESIDENCIAL ROCHA CAVALCANTE II (014788770001155) Rua Luiza Bezerra Motta, 950 - Campina Grande

Unidade
201 F

Problemas ao pagar o boleto?

Uma grande mudança nos boletos bancários está acontecendo. Se você não conseguir pagar, use a linha digitável original.
03399.69925 58700.004748 03717.701019 1 78520000020066

Composição da cobrança

Cotas do Mês	93,48
Água	68,24
TAXA EXTRAORDINÁRIA Parcelamento da Fatura da CAGEPA (1/10)	25,08
Fundo de Reserva	5,00
Energia	4,69

Vencimento
07/04/2019
Agência/Cod. beneficiário
4378-056952587
Nosso número
000047403717 7
(=) Valor do documento
200,66
(-) Desconto
(-)Outras deduções/Abat.
(+) Moral/Multa/Juros
(+) Outros acréscimos
(=) Valor cobrado

Pagador
Helder Luis Henriques (55058442434) E/OU Inquilino

N. Doc
14712

Banco e Agd

Autenticação mecânica/ recibo

033-7 03399.69925 58700.004748 03717.701019 8 78520000020066

Local para pagamento: Pagável preferencialmente no banco Santander	Vencimento: 07/04/2019
Beneficiário: PJBank (18.191.228/0001-71) de CONDOMÍNIO DO EDIFÍCIO RESIDENCIAL ROCHA CAVALCANTE II (014788770001155) Rua Luiza Bezerra Motta, 950 - Campina Grande 58410-410	Agência/Cod. beneficiário: 4378-056952587
Data do documento: 01/04/2019; Nº do Documento: 14712; Espécie DOC; Aceite: N; Data processamento: 07/04/2019	Nosso número: 000047403717 7
Uso do banco; Carteira: 101; Moeda: R$; Quantidade; (x) Valor	(=) Valor do documento: 200,66
Instruções (Todas as informações deste bloqueto são de exclusiva responsabilidade do beneficiário)	(-) Desconto
Não receber após vencimento. Caro cliente, para sua conveniência este boleto teve o vencimento original (06/04/2019) alterado com a inclusão dos acréscimos legais. (Multa 2,00% * R$106,73= R$2,13, Juros 0,0333 a.d.= R$0,06/dia * 2 (dias em atraso) = R$0,12)	(-) Outras deduções/Abatimentos
	(+) Moral/Multa/Juros
	(+) Outros acréscimos
	(=) Valor cobrado

Pagador: Helder Luis Henriques (55058442434) E/OU Inquilino
Rua Luiza Bezerra Motta, 950 Casa
58410-410 Campina Grande-PB

Código de baixa:

Sacador/Avalista: CONDOMÍNIO DO EDIFÍCIO RESIDENCIAL ROCHA CAVALCANTE II 014788770001155

Autenticação mecânica - Ficha de compensação

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, AMADEU MANOEL,

RG nº 1.523.154, data de expedição 02/10/98, Órgão SSP/PB,

CPF nº 790.291.324-34, 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)	SÍTIO PEDRA D'AGUA
Número	S/Nº
Apto / Complemento	
Bairro	ÁREA RURAL
Cidade	JUAZEIRINHO
Estado	PARAÍBA
CEP	58.
Telefone de Contato	
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Juazeirinho-PB, 16/05/2019.

Assinatura do Declarante: Amadeu Manoel

MAPFRE

16 JUL 2019

FRANCISCO DE ASSIS ANDRADE MANOEL
SIT PEDRA DAGUA, S/N - AREA RURAL
JUAZEIRINHO / PB CEP [illegible]

energisa

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Av. [illegible] 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-900
CNPJ 09.049.518/0001-40 Insc Est 16.015.320-0

Ligação: MONOFASICO
Classificação: RURAL TC 02 / RURAL - [illegible]
Roteiro: 11 - 08 - [illegible]
Medidor: [illegible]
Referência: Abr / 2019
Em 3030: 17/04/20 [illegible]

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica [illegible]
Cód. para Débito Automático: [illegible]

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Abr / 2019	17/04/2019	17/05/2019	079.316.144-26 Insc Est

UC (Unidade Consumidora): 5/506593-3

Canal de contato

Declaração de Quitação Anual de Débitos

[illegible] de janeiro de 2019 [illegible] de janeiro de 2020 [illegible] pendentes junto [illegible] serviços regulares de energia elétrica [illegible] unidade consumidora [illegible] no ano de 2019 e nos anos anteriores. Esta declaração [illegible] a comprovação do cumprimento das obrigações do consumidor, de quitações dos financiamentos [illegible] aos débitos do ano que se refere, e dos anos anteriores.

Já conhece os nossos perfis nas redes sociais? Siga a gente no Facebook, Twitter, Instagram, LinkedIn e YouTube para acompanhar as nossas novidades, como dicas de economia e segurança, orientações sobre serviços, informações sobre investimentos, oportunidades [illegible] muito mais!

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
[illegible]	13.399	17/04/19	13481	1	82	30

Demonstrativo

CO	Descrição	Quantidade Total	Valor Bruto Total(R$)	Base Calc ICMS(R$)	Alíq ICMS	Icms(R$)	Base Calc Pis/Cofins(R$)	Pis(R$) (1,0948%)	Cofins(R$) (4,9602%)
0001	Consumo em kWh	82,000 0,601730	38,00	38,00	25	9,50	39,00	0,39	1,78
0810	Subsídio		0,42	12,42	25	3,05	19,42	0,18	0,77
	LANÇAMENTOS E SERVIÇOS								
3801	CONTRIBUIÇÃO ILUM PUBLICA		0,42	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
3804	JUROS DE MORA 03/2019		[illegible]	[illegible]	[illegible]	0,00	0,00	0,00	0,00
[illegible]	[illegible]		0,78	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
3806	ATUALIZAÇÃO MONETARIA 03/2019		0,07	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0808	Devolução Subsídio		-10,63	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
CO: Código de Classificação de Item		TOTAL	51,23	51,42		12,55	51,42	0,55	2,55

Tarifa/ Tributos 0,4002x0

Média últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
63	25/04/2019	R$ 51,23

Histórico de Consumo (kWh)

53	55	60	53	55	53	53	64	54	58	79	80
Abr/18	Mai/18	Jun/18	Jul/18	Ago/18	Set/18	Out/18	Nov/18	Dez/18	Jan/19	Fev/19	Mar/19

RESERVADO AO FISCO
cb3e.5bf9.c7b8.fa55.48cf.098d.e7e5.b214

Indicadores de Qualidade

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	
DIC MENSAL	31,74	0,00		
DIC TRIMESTRAL	23,40		NOMINAL	220
DIC ANUAL	46,80			
FIC MENSAL	1,87	0,00	CONTRATADA	
FIC TRIMESTRAL	16,24		LIMITE INFERIOR	202
FIC ANUAL	32,50		LIMITE SUPERIOR	231
DMIC	8,49	0,00		
DICRI	16,82			

Composição do Consumo

Discriminação	Valor (R$)	%
Serviços de Distribuição Energia R$	8,81	17,20
Compra de Energia	12,57	24,54
Serviços Transmissão	1,37	2,67
Encargos Setoriais	2,09	4,08
Impostos Custos x Encargos	26,40	51,53
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	**51,23**	**100,00**

Valor de ENSD (Ref 2/2019) R$ 15,71

ATENÇÃO

Subvenção DEC 7.891/13 R$ 10,63
Aari Verde #ChegaDeAdiarasVidaTrabalho

Faturas em atraso

MAPFRE

16 JUL 2019

2ª via 22/05/2019 09:22

ÔMEGA

Ômega - Gestão de Empresas e Condomínios

Recibo do Pagador
03/2019

Beneficiário
PJBank (18.191.228/0001-71) de CONDOMÍNIO DO EDIFÍCIO RESIDENCIAL ROCHA CAVALCANTE II (01478877000155) Rua Luiza Bezerra Motta, 950 - Campina Grande

Unidade
201 F

Problemas ao pagar o boleto?

Uma grande mudança nos boletos bancários está acontecendo. Se você não conseguir pagar, use a linha digitável original
03399.69925 58700.004748 03717.701019 1 78500000019661

Composição de cobrança

Cotas do Mês	93,48
Água	68,24
TAXA EXTRAORDINÁRIA Parcelamento da fatura da CAGEPA (1/10)	25,00
Fundo de Reserva	5,00
Energia	4,89

Vencimento	22/05/2019
Agência/Cod. beneficiário	4378-0/6992587
Nosso número	000047403717 7
(=) Valor do documento	203,42
(-) Desconto	
(-) Outras deduções/Abat.	
(+) Mora/Multa/Juros	
(+) Outros acréscimos	
(=) Valor cobrado	

Pagador
Helder Luis Henriques (55058442434) E/OU Inquilino

N. Doc
14712

Destaque Aqui

Autenticação mecânica no verso

033-7 03399.69925 58700.004748 03717.701019 8 78970000020342

Local para pagamento Pagável preferencialmente no banco Santander					**Vencimento** 22/05/2019
Beneficiário PJBank (18.191.228/0001-71) de CONDOMINIO DO EDIFICIO RESIDENCIAL ROCHA CAVALCANTE II (01478877000155) Rua Luiza Bezerra Motta, 950 - Campina Grande 58410-410					Agência/Cod. beneficiario 4378-0/6992587
Data do documento 01/04/2019	Nº do Documento 14712	Especie DOC	Aceite N	Data processamento 22/05/2019	Nosso número 000047403717 7
Uso do banco	Carteira 101	Moeda R$	Quantidade	(x) valor	**(=) Valor do documento** 203,42

Instruções (Todas as informações deste bloqueto são de exclusiva responsabilidade do beneficiário)

Não receber após vencimento. Caro cliente, para sua conveniencia este boleto teve o vencimento original (05/04/2019) alterado com a inclusão dos acréscimos legais. (Multa 2,00% * R$199,43= R$3,99, Juros 0,033% a.d.= R$0,06/dia * 47 (dias em atraso) = R$2,82)

(-) Desconto
(-) Outras deduções/Abatimentos
(+) Mora/Multa/Juros
(+) Outros acréscimos
(=) Valor cobrado

Pagador: **Helder Luis Henriques (55058442434) E/OU Inquilino**
Rua Luiza Bezerra Motta, 950 Catolé
58410-410 Campina Grande-PB

Código de baixa:

Sacador/Avalista: CONDOMINIO DO EDIFICIO RESIDENCIAL ROCHA CAVALCANTE II 01478877000155

Autenticação mecânica - Ficha de compensação

MAPFRE

16 JUL 2019

Seguradora LÍDER

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
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 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=29696

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

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

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

[2] Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu HELDER LUÍS HENRIQUES inscrito (a) no CPF/CNPJ 550.584.424,34 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário AMADEU MANOEL inscrito (a) no CPF sob o Nº 790.291.324,34, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima AMADEU MANOEL, inscrito (a) no CPF sob o Nº 790.291.324,34, conforme determinação da Circular Susep 445/12,

[X] Declaro Profissão SERVIÇOS PÚBLICOS Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios

[ ] Recusa 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: LUIZA BEZERRA MOTTA		Número: 950	Complemento: BLOCO E
Bairro: CATOLÉ	Cidade: CAMPINA GRANDE	Estado: PB	CEP: 58410-440
E-mail: helderlhenriques@hotmail.com	Telefone comercial (DDD): (83) 9337-2733	Telefone celular (DDD): (83) 99205520	

C. grande 20 de março de 2019.
Local e Data

Helder Luís Henriques
Assinatura do Declarante

RECEBIDO
24 MAR. 2019
GRUPO SEGURADOR SAMSUPRE

OLDRI.DCI.V001/2017

GOVERNO DA PARAÍBA

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

ATESTADO

ATESTAMOS PARA OS DEVIDOS FINS QUE O(A) SR. (A): Aparecida Manoel _____ PORTADOR(A) DA CARTEIRA PROFISSIONAL Nº. _____ SÉRIE _____ ESTEVE INTERNADO(A) NESTA UNIDADE HOSPITALAR SUBMETENDO-SE A TRATAMENTO ESPECIALIZADO DE ENTIDADE NOSOLÓGICA DE Nº: S82 _____ NO CID. DURANTE O PERÍODO DE 14 / 07 / 18 A 18 / 07 / 18 NECESSITANDO DE 60 (sessenta) _____ DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES.

Campina Grande 18 / 07 / 18

Ass. do Médico - Nº. do CRM

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____ autorizo o Dr., _____ a registrar o diagnóstico codificado CID ou por extenso neste atestado médico.

Ass. do Paciente ou Responsável

NDO. 000

FERNANDA VIEIRA DE ALMEIDA
ESCRIVÃ E OFICIAL DO REGISTRO DE IMÓVEIS SORET.
JUAZEIRINHO-PARAÍBA

Selo Digital: AAE27701-1029
Lei Estadual nº 10.132 de 05 de Novembro de 2013
Consulte a autenticidade em https://selodigital.tjpb.jus.br

JUAZEIRINHO CARTÓRIO DO REGISTRO DE IMÓVEIS
Rua Vereador Pedro Gomes de Oliveira, 02
Centro - Juazeirinho - Paraíba
AUTENTICO ESTA FOTOCÓPIA, REPRODUÇÃO FIEL DO ORIGINAL DOU FÉ.
JUAZEIRINHO, 20 DE Julho DE 2018.
Tabelia Pública

RECEBIDO
24 ABR 2019
SEGURADOR
BEMAFRE

GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

ATENDIMENTO URGENTE

PRONT (S.E) Nº 1793352 — CLASS. DE RISCO: VERMELHO

PACIENTE: AMADEU MANDEL

Endereço: SITIO PEDRA DADIA

Bairro: ZONA RURAL

Nome da mãe: MARIA ITAZIAN

Data de Nascimento:

Sexo: M

Telefone:

CPF:

RG:

CTPS:

Profissão:

CNS: 706 0045 9580 0011

Convênio: SUS

Especialidade:

Nome: 22/01/04

UBS:

UBS ORIGEM:

RECONHECIMENTO DA LESÃO

Local: (A) (B) (C) (D) (E) (F) (G) (H) (I) (J) (K) (L) (M) (N) (O) (P) (Q) (R) (S) (T) (U) (V) (W) (X) (Y) (Z)

1 - Amarelo
2 - Azul
3 - Azul claro
4 - Cinza
5 - Cinza claro
6 - Dourado
7 - Laranja
8 - Marrom
9 - Preto
10 - Rosa
11 - Vermelho
12 - Verde claro
13 - Verde escuro
14 - Violeta
15 - Branco
16 - Pele
17 - Prata
18 - Bronze
19 - Cobre
20 - Mandíbula
21 - Olho esquerdo
22 - Olho direito
23 - Boca
24 - Nariz
25 - Testa
26 - Pescoço
27 - Ombro
28 - Braço
29 - Cotovelo
30 - Antebraço
31 - Mão
32 - Dedo
33 - Coxa
34 - Joelho
35 - Perna
36 - Tornozelo
37 - Pé
38 - Dedo do pé
39 - Costas
40 - Nádega
41 - Quadril
42 - Virilha
43 - Genitália
44 - Ânus
45 - Coluna
46 - Costela
47 - Ombro
48 - Axila
49 - Peito
50 - Mamilo
51 - Barriga
52 - Umbigo
53 - Cintura
54 - Braço esquerdo
55 - Braço direito
56 - Perna esquerda
57 - Perna direita
58 - Pé esquerdo
59 - Pé direito
60 - Mão esquerda
61 - Mão direita

OCS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal queimada: % Grau: ( ) 1º Grau ( ) 2º Grau ( ) 3º Grau

DIAGNÓSTICO / CID:

PRONTUÁRIO - PROCEDIMENTOS

VISITA CIRURGIÃO:

DIAGNÓSTICO:

TOMOGRAFIA REALIZADA

EXAME FÍSICO

PULSOS ( ) Normais ( ) Ausentes ( ) Diminuídos

Glasgow: AV: RCV: RCR:

EXAMES SOLICITADOS:

( ) Laboratoriais
( ) Gasometria arterial
( ) Ultrassonografia
( ) Radiografias

SOLICITAÇÃO DE ATENDIMENTO VASCULAR

Especialista: Cirurgia vascular / Hr: / Dia: / /

Especialista: Hiperdia / Hr: / Dia: / /

MÉDICO RESPONSÁVEL:

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	SRL Jantar AV	
2	Tabela Dieta AV	
3		
4		
5		

REALIZADO

Hospital Municipal Clementino Fraga
Cirurgião Geral
CRM-PB 7983

HTCD-Painel Administrativo

SGVE gerenciamento FRANCISCO NÉRICO

Aut. c/ amicocorte e
erise consultivos solicita
Manutenção de HCR

CD: S. certifica co-
o HCR indicado. Vara TC.

PERÍODO DE MONITORAMENTO

( ) Não iniciado ( ) Não aceito / ( ) Aceito
( ) Interrompido ( ) Concluído
( ) Outro

Nome, título e assinatura
(no caso de parecer de comparecimento quando necessário)

PROCESSOS VERIFICADOS

CÓDIGO DO DOCUMENTO	FAD	VALE

http://sd.tcdf.tc.df.gov.br/sgdocs/sgdocs.aspx?pageid=pg_Painel_Administrativo&pkid=700352

GOVERNO DA PARAÍBA

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

Ficha de Acolhimento

Nome: Amadeu Juarez
End: Sítio Pedra Dágua Bairro: Puxinhanha
Data de Nascimento: 69 anos Documento de Identificação:
Queixa: Acs Juarez Data do Atend.: 14.out.20 Hora: 12:35 Documento:
Acidente de trabalho? ( ) Sim ( ) Não

Classificação de Risco

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

Estratificação

(x) Vermelho - atendimento imediato
( ) Verde - atendimento até 4 horas
( ) Amarelo - atendimento até 1 hora
( ) Azul - atendimento ambulatorial

Assinatura e carimbo do profissional

MOD. 110

Pele: ( ) Corada ( ) Hipocorada ( ) Cianose ( ) Sudorese ( ) Fria ( ) Aquecida.
Tempo de enchimento capilar: ( ) < 3 segundos ( ) > 3 segundos ( ) Turgência jugular: ( )
Drogas vasoativas: ( ) Outra?
Ausculta cardíaca: ( ) Rítmica ( ) Arrítmica ( ) Sopro ( ) Outro. Marcapasso: ( ) Transitório ( ) Definitivo
Cateter vascular: (X) Periférico ( ) Central ( ) Observação. Localização: M. S. D. Data da punção: 12/09/08 Precordialgia ( )
Edema: ( ) MMSS ( ) MMII ( ) Face ( ) Anasarca. Observações:

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)

Tipo somático: ( ) Nutrido ( ) Emagrecido (-) Caquético ( ) Obeso.
Dentição: ( ) Completa ( ) Incompleta ( ) Prótese.
Alimentação: (X) VO ( ) SNG ( ) SNE ( ) Gastrostomia ( ) Jejunostomia ( ) NPT. Hora: Data
Alterações: ( ) Inapetência ( ) Disfagia ( ) Náusea ( ) Intolerância alimentar ( ) Vômito ( ) Pirose ( ) Outros:
Abdômen: ( ) Normotenso ( ) Distendido ( ) Tenso ( ) Ascítico ( ) Outros.
RHA: ( ) Normativos ( ) Ausentes ( ) Diminuídos (-) Aumentados
Eliminação intestinal: (X) Normal ( ) Líquida ( ) Constipado há dias ( ) Outros:
Eliminação urinária: ( ) Espontânea ( ) Retenção ( ) Incontinência ( ) Hematúria ( ) SVD: Débito: mlh.
Aspecto: ( ) Outros. Observações:

INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA

Condição da pele: ( ) Íntegra ( ) Ressecada ( ) Equimoses ( ) Hematomas ( ) Escoriações. ( ) Outro:
Coloração da pele: (X) Normocorada ( ) Hipocorada ( ) Icterícia ( ) Cianótica Turgor da pele: ( ) Preservado
Condições das mucosas: ( ) Úmidas ( ) Secas Manifestações de sede: ( ).
Incisão cirúrgica: ( ) Local/Aspecto. Curativo em: / /
Dreno: ( ) Tipo/Aspecto: Local: Débito: Retirado em: / /
Ulcera de pressão: ( ) Estágio: Descrição: Curativo: / /

CUIDADO CORPORAL

Cuidado corporal: ( ) Independente (X) Dependente ( ) Parcialmente dependente. Observações:
Higiene corporal: (X) Satisfatória ( ) Insatisfatória Higiene Corporal: ( ) Satisfatória ( ) Insatisfatória.
Limitação física: (X) Acamado ( ) Cadeira de rodas ( ) Outro:

SONO E REPOUSO

(X) Preservado ( ) Insônia ( ) Dorme durante o dia ( ) Sono interrompido. Observações:

AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL

Comunicação: (X) Preservada ( ) Prejudicada Sentimentos e comportamentos: ( ) Cooperativo ( ) Medo:
( ) Ansiedade ( ) Ausência de familiares/visita ( ) Outros:

5. NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS

RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE

Tipo: ( ) Praticante ( ) Não praticante. Observações:

INTERCORRÊNCIAS

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: Valusia Leite de Carvalho COREN-RS 350080-ENF 12/09/2008 HORA: ____

FONTE: BORDINHÃO, R.C. Coleta de dados por meio de enf. Porto Alegre (2008).

GOVERNO DA PARAÍBA

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

Ficha de Acolhimento

Nome: [illegible]
End: Sítio Pedra Dágua Bairro: Pereiro
Data de Nascimento: 6 a 6 anos Documento de Identificação:
Queixa: [illegible] Data do Atend.: 14.04.10 Hora: 12:43 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

Estratificação

MOD. 110

(X) Vermelho - atendimento imediato
( ) Verde - atendimento até 4 horas
( ) Amarelo - atendimento até 1 hora
( ) Azul - atendimento ambulatorial

Maria Nazaré S. Cavalcanti
COREN-PB 141.575-Enf

Assinatura e carimbo do profissional

GOVERNO DA PARAÍBA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES'

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Amadeu Manoel | Registro: | Leito: 09 / 04 | Setor Atual: Enfermaria

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: (X) Consciente (X) Orientado ( ) Confuso ( ) Letárgico ( ) Torporoso ( ) Comatoso ( ) Outro

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

Pupilas: (X) 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: (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:

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 de inserção do dreno / / Aspecto da drenagem torácica:

Gasometria arterial: PH PCO_2 PO_2 HCO_3 EB SpO_2 Data: / / Hora:

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS 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.

ANOTAÇÕES DOS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM - DIURNO	ANOTAÇÕES DOS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM - NOTURNO
	[illegible]
TÉCNICO DE ENFERMAGEM:	TÉCNICO DE ENFERMAGEM: [illegible]

SONDAS, CATETERES E DRENOS

SVD	AVP	AVC	PIA	PAM	TOT	TQT	SNE	SNG	DRENOS

ULTIMA EVACUAÇÃO:	ASPECTO:	BALANÇO HÍDRICO ATUAL:	BALANÇO HÍDRICO ANTERIOR:	BALANÇO HÍDRICO ACUMULADO:

PERDAS / LESÕES:	CURATIVOS / COBERTURAS / PRODUTOS UTILIZADOS:
ENFERMEIRO:	ENFERMEIRO:

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

FOLHA DE CONTROLE E BALANÇO HÍDRICO

NOME: AMADEU MANOEL
HD: POLITRAUMA/TCE
SETOR: UTI ROSA
LEITO: 12
DATA: [illegible]

P. ARTERIAL	[illegible]
PULSO/FC	[illegible]
TEMPERATURA	[illegible]
RESPIRAÇÃO	[illegible]
SAT. O2	[illegible]
PVC	
P.A.	
HGT	[illegible]
SF 0,9%	500 … 1000
SR	
SG 5%	
SORO EXTRA	[illegible]
SEDAÇÃO	
ANALGESIA	
MEDICAÇÕES	140
NORA	
DOPA	
HEMODERIVADOS	
NPT	
DIETA	
ÁGUA	
MEDICAÇÕES	
SNG/VÔMITOS	
FEZES	
DIURESE	[illegible]
HEMODIÁLISE	
DRENO TÓRAX D	
DRENO TÓRAX E	
P.CAVITÁRIO	
DRENO SUCÇÃO	
PAE	

GANHOS 12H DIA =
PERDAS 12H DIA =
BH DIA =
GANHOS 12H NOITE = 3640
PERDAS 12H NOITE = [illegible]
BH NOITE = 1940
GANHOS 24H =
PERDAS 24H + 1000ml =
BH 24H =
ASSINATURA :
ASSINATURA:

Sala - 04 Ortopedia

GOVERNO DA PARAÍBA

14/09/2018

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

Versão: 01
10/X-00

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA (CHECKLIST)

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE: Amadeu Manoel Ou 14/09/1950 IDADE: 68 anos PRONTUÁRIO: 173352

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA ►►

[illegible]

☒ CONFIRMAÇÃO SOBRE O PACIENTE
- IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE
- SÍTIO CIRÚRGICO
- PROCEDIMENTO A SER REALIZADO
- CONSENTIMENTO

☒ VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA

☒ OXÍMETRO DE PULSO INSTALADO E FUNCIONANDO

☒ O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA?
NÃO ☒
SIM

VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE BRONCOASPIRAÇÃO?
NÃO ☒
SIM, CHAMAR EQUIPAMENTO DISPONÍVEL

RISCO DE PERDA SANGUÍNEA > 500 ml (7 ml/kg em crianças)?
NÃO ☒
SIM, E HA ACESSO VENOSO ADEQUADO E EQUIPAMENTO PARA REPOSIÇÃO

ANTES DA INCISÃO ►►►►►►►►►►

PAUSA CIRÚRGICA

☒ CIRURGIÃO, ANESTESISTA E ENFERMEIRO CONFIRMAM VERBALMENTE
- IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE
- SÍTIO CIRÚRGICO
- PROCEDIMENTO

EVENTOS CRÍTICOS PREVISTOS

☒ REVISÃO DO CIRURGIÃO: HÁ PASSOS CRÍTICOS NA CIRURGIA? DURAÇÃO? PERDA SANGUÍNEA? PEDIDOS CARDÍACOS?

☒ REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA: HÁ ALGUMA PREOCUPAÇÃO ESPECÍFICA EM RELAÇÃO AO PACIENTE?

☒ REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM: [illegible] ALUGUEIS CIRÚRGICOS, COMO INSTRUMENTAIS, PRÓTESES E OUTROS ESTÃO PRESENTES E DENTRO DA VALIDADE DE ESTERILIZAÇÃO? (INCLUINDO RESULTADOS DO INDICADOR)
HÁ QUESTÕES RELACIONADAS A EQUIPAMENTOS OU CHAMADOR PREOCUPAÇÕES?

A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS?
SIM ☒
NÃO SE APLICA

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS?
SIM ☒
NÃO SE APLICA

ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA CIRÚRGICA

SAÍDA

O PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM DA EQUIPE MÉDICA CONFIRMA (ESPECIALMENTE COM A EQUIPE):

☒ O NOME DO PROCEDIMENTO REALIZADO

☒ A CONTAGEM DE INSTRUMENTAL CIRÚRGICO, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS OU NÃO SE APLICAM

☒ ESPÉCIMES ESTÃO IDENTIFICADOS E COM O NOME DO PACIENTE

☒ HOUVE ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTOS PARA SER RESOLVIDO

O CIRURGIÃO, O ANESTESISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTE PACIENTE

[illegible]

GOVERNO DA PARAÍBA

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

Evolução Psicológica

Nome: Amadeu Manoel

Setor: UTI Rosa Leito: 12

Data	
14/09/18 10:30	Paciente no 1º DPO, consciente, orientado, receptivo ao atendimento, humor entristecido. Foi vítima de acidente de moto, tendo como consequência amputação de MMII Embasa fragilizado, apresenta recursos positivos de enfrentamento da situação vivenciada. Realizado escuta e suporte emocional.

Glauber M. S. Figueiredo
Psicólogo
CRP 13/5272

FOO-100

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY

FICHA DE EVOLUÇÃO - FISIOTERAPIA - UTI ADULTO

NOME:
DATA: SETOR: LEITO:
HD: DATA: 6 a Agosto DIAGNÓSTICO:

EXAME	DATA	HORA	RESULTADO				

Observações

PEDIDO DE PRORROGAÇÃO DO CTI
DATA 17/09/18
Solicito Prorrogação da Internação Hospitalar
Por: **UM** (**0 1**) dia pelos seguintes Motivos:

Assinatura e Carimbo Médico (a)

PEDIDO DE PRORROGAÇÃO DO CTI
DATA / /
Solicito Prorrogação da Internação Hospitalar
Por: **UM** (**0 1**) dia pelos seguintes Motivos:

Assinatura e Carimbo Médico (a)

PEDIDO DE PRORROGAÇÃO DO CTI
DATA / /
Solicito Prorrogação da Internação Hospitalar
Por: **UM** (**0 1**) dia pelos seguintes Motivos:

Assinatura e Carimbo Médico (a)

PEDIDO DE PRORROGAÇÃO DO CTI
DATA / /
Solicito Prorrogação da Internação Hospitalar
Por: **UM** (**0 1**) dia pelos seguintes Motivos:

Assinatura e Carimbo Médico (a)

PEDIDO DE PRORROGAÇÃO DO CTI
DATA / /
Solicito Prorrogação da Internação Hospitalar
Por: **UM** (**0 1**) dia pelos seguintes Motivos:

Assinatura e Carimbo Médico (a)

PEDIDO DE PRORROGAÇÃO DO CTI
DATA / /
Solicito Prorrogação da Internação Hospitalar
Por: **UM** (**0 1**) dia pelos seguintes Motivos:

Assinatura e Carimbo Médico (a)

PEDIDO DE PRORROGAÇÃO DO CTI
DATA / /
Solicito Prorrogação da Internação Hospitalar
Por: **UM** (**0 1**) dia pelos seguintes Motivos:

Assinatura e Carimbo Médico (a)

PEDIDO DE PRORROGAÇÃO DO CTI
DATA / /
Solicito Prorrogação da Internação Hospitalar
Por: **UM** (**0 1**) dia pelos seguintes Motivos:

Assinatura e Carimbo Médico (a)

PEDIDO DE PRORROGAÇÃO DO CTI
DATA / /
Solicito Prorrogação da Internação Hospitalar
Por: **UM** (**0 1**) dia pelos seguintes Motivos:

Assinatura e Carimbo Médico (a)

PEDIDO DE PRORROGAÇÃO DO CTI
DATA / /
Solicito Prorrogação da Internação Hospitalar
Por: **UM** (**0 1**) dia pelos seguintes Motivos:

Assinatura e Carimbo Médico (a)

PEDIDO DE PRORROGAÇÃO DO CTI
DATA / /
Solicito Prorrogação da Internação Hospitalar
Por: **UM** (**0 1**) dia pelos seguintes Motivos:

Assinatura e Carimbo Médico (a)

PEDIDO DE PRORROGAÇÃO DO CTI
DATA / /
Solicito Prorrogação da Internação Hospitalar
Por: **UM** (**0 1**) dia pelos seguintes Motivos:

Assinatura e Carimbo Médico (a)

GOVERNO DA PARAÍBA

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

SUS Sistema Único de Saúde — Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

Folha 1/2

Identificação do Estabelecimento de Saúde

Identificação do Paciente

AMADEU MANOEL

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

POLITRAUMATISMO

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

POLITRAUMATISMO

DIÁRIA DE ACOMPANHANTE — DIÁRIA DE UTI TIPO 2 — DIÁRIA DE UTI TIPO 3

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

* PACIENTE COM NECESSIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

PROFISSIONAL SOLICITANTE

ARTURO FERNANDO PEREZ NOGALES

14/09/2018

2275083800

AUTORIZAÇÃO

MOD. 017

GOVERNO DA PARAÍBA

ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIS GONZAGA FERNANDES
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

SUS Sistema Único de Saúde

Sr(a):	AMADEU MANOEL	Protocolo:	000M25769	RG:	NÃO INFORMADO
Dr(a):	ARTURO F. PEREZ	Data:	16-09-2016 08:52	Origem:	UTI ROSA
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade:	68 anos	Quarto:	Leito-13

SÓDIO ..... 150 mmol/l

Resultados anteriores: 15/09/16: 145 14/09/16: 150 |

[DATA DE COLETA: 16/09/2016 07:52]
Material: Soro
Método: Eletrodo Seletivo VEDA PAX 2005

Valores de Referência:
Adultos.....: 135 a 148 mmol/l
Crianças.....: 134 a 146 mmol/l
Valor Crítico: menor que 120 mmol/l ou maior que 160 mmol/l

POTÁSSIO ..... 3.7 mmol/l

Resultados anteriores: 15/09/16: 4.3 | 14/09/16: 4.7 |

[DATA DE COLETA: 16/09/2016 07:52]
Material: Soro
Método: Eletrodo Seletivo VEDA PAX2005

Valores de Referência:
Adultos.....: 3.5 a 5.5 mmol/l
Crianças.....: 3.4 a 5.0 mmol/l
Valor crítico (adultos).....: menor que 2.5 mmol/l
maior que 6,5 mmol/l
Valor crítico (recém-nascido): menor que 2,5 mmol/l
maior que 0,7 mmol/l

Geraldo Ramalho de Fonseca Neto
Biomédico
CRBM - 0010

Emissão : 16/09/2016 07:19 - Página 2 de 3

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: 45C2-6D85-7471-0790-7653-B05D-E9BC-1EEB

Laboratório Newlab

PNCQ Programa Nacional de Controle de Qualidade

GOVERNO DA PARAÍBA

ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIS GONZAGA FERNANDES
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

SUS Sistema Único de Saúde

S(a):	AMADEU MANOEL	Protocolo:	0006425789	RG:	SÃO INFORMADO
Dr(r):	ALTURO F. PEREZ	Data:	16-09-2018 05:52	Origem:	UTI/UNA-I
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade:	68 anos	Quarto:	Leito-13

GLICOSE (OZJSM)..... ..... 76 mg/dl

Resultado anterior: 15/03/18: 102 |

Data da Coleta: 16/09/2018 05:52 .
Material: Plasma
Método: Automatizado CR 201 N.Ref

Valores de Referência:
Pré-Escolar....: 20 a 60 mg/dl - Crianças.....: 60 a 100 mg/dl
Jovens.....: 30 a 60 mg/dl - Adultos.....: 50 a 105 mg/dl
1 a 5 dias....: 40 a 50 mg/dl - 60 anos e mais: 50 a 115 mg/dl
NOVA CATEGORIA - Glicemia alterada em jejum....:100 a 125 mg/dl
Diabetes Mellitus: Maior ou igual que 126 mg/dl.
NOTA: Para crianças jejum a nova classificação para hipoglicemia proposta da Associação Americana de Diabetes - Adolescentes 15a1, e em alterado deve ser confirmada em uma nova coleta.

URÉIA

Data da Coleta: 16/09/2018 Total |

Resultado..... 22 mg/dl — De 15 A 45 mg/dl

Resultados anteriores: 15/09/18: 31 | 12/09/18: 22 |
Material: Soro
Método: Enzimático Automatizado

Observações

CREATININA

Data da Coleta: 15/09/2018 09:12 |

Resultado..... ..... 1,0 mg/dl

Novos valores: 1,3 a 1,0 mg/dl
Criança...: 1,2 a 1,0 mg/dl
Adultos....: 1,4 a 1,3 mg/dl
Fonte: Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia
NOTA: O nível de creatinina contendo dipiridamol e pode alterar a creatinina deste teste.

Resultados anteriores: 15/04/18: 1,0 14/09/18: 1,2 |
Material: Soro
Método: Automatizado CR 201 YERES

Benedito Ramalho de Fonseca Neto
Biomédico
CRBM-5010

Página: 1 de 3

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: 8B0D-4789-A766-CCEA-D343-D495-1513-3D59

Laboratório Newlab

PNCQ Programa Nacional de Controle de Qualidade

GOVERNO DA PARAÍBA

ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIS GONZAGA FERNANDES
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

SUS Sistema Único de Saúde

Sr(a):	AMADEU MANUEL	Prontuário:	0000-129789	RG:	NÃO INFORMADO
Dr(a):	ARTURO F. PEREZ	Data:	16-09-2018 05:52	Origem:	UTI ROSA
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade:	68 anos	Destino:	Leito - 12

HEMOGRAMA
(DATA DA COLETA: 16/09/2018 05:51)

	Resultados		Valores de Referência
SÉRIE VERMELHA			
Eritrócitos	2,8 milhões/mm³		4,2 a 6,0 milhões/mm³
Hemoglobina	8,6 g/dL		13,5 a 18,0 g/dL
Hematócrito	25,8 %		40,0 a 52,0 %
V.C.M.	92 fL		82,0 a 92,0 fL
H.C.M.	31 pg		27,0 a 31,0 pg
C.H.C.M.	33 g/dL		32,0 a 36,0 g/dL
SÉRIE BRANCA			
Leucócitos	5.400 /mm³		5.000 a 11.000 /mm³
	(%)	(/mm³)	
Neutrófilos			
Promielócitos	0	0	
Mielócitos	0	0	
Metamielócitos	0	0	
Bastonetes	3,0	162	
Segmentados	71,0	3.834	40 a 70 % - 2.000 a 7.000 / mm³
Eosinófilos	0	0	1,0 a 6,0 % - 100 a 600 / mm³
Basófilos	0	0	0 a 1,0 % - 0 a 100 / mm³
Linfócitos			
Típicos	25,0	1.350	20 a 45 % - 1.000 a 4.500 / mm³
Atípicos	0	0	
Monócitos	1,0	54	2,0 a 10 % - 100 a 1.000 / mm³
CONTAGEM DE PLAQUETAS	76.000 mm³		150.000 a 450.000 mm³

OBSERVAÇÕES ..... Contagens repetidas e confirmadas.

Geraldo Barcelho da Fonseca Neto
Biomédico
CRBM - 8010

Emissão : 16/09/2018 07:19 - Página 2 de 3

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: 8154-7C05-9166-A9BA-C552-0635-6137-5CF1

Laboratório Newlab

PNCQ Programa Nacional de Controle de Qualidade

GOVERNO DA PARAÍBA — SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO
Hospital de Emergência e Trauma Dom Luis Gonzaga Fernandes

AVALIAÇÃO CARDIOLÓGICA COM RISCO CIRÚRGICO

NOME: Amaciu Amaral IDADE: 67 SEXO: M

INIC: _____ PROCEDÊNCIA: _____ PROFISSÃO: _____ DATA: 17/09/17

1 - SINTOMATOLOGIA CARDIOVASCULAR:

(X) Assintomática ( ) Sintomática ( ) Oligossintomática

SINTOMAS:

( ) Cefaléia ( ) Tontura ( ) Sincopes
( ) Dispnéia de esforço ( ) Grande ( ) Pequena
( ) Média ( ) Ortopnéia
( ) Palpitações ( ) Tosse Seca ( ) Expectoração
( ) Dor Precordial ( ) Típica ( ) Atípica
Relacionada: ( ) Esforço ( ) Emoções ( ) Frio ( ) Pós-prandial

Comentários: _____

2 - PATOLOGIAS EM CURSO: pós-infarto agudo do miocárdio

( ) Hipertensão Arterial Sistêmica ? ( ) Hipertensão Pulmonar ( ) DPOC ( ) Outros
( ) Diabetes Mellitus N ( ) Insuf. Cardíaca Congestiva N ( ) Insuficiência Coronariana
( ) Arritmias ( ) Insuf. Renal ( ) Aguda ( ) Crônica

3 - ANTECEDENTES PESSOAIS:

( ) Alergia a Medicamentos: _____ (X) Tabagismo
(X) Etilismo ( ) Sedentarismo
( ) Dislipidemia (X) Cirúrgico Angioplastia ( ) Outros
IAM

Medicamentos em uso: (X) Não ( ) Sim _____

4 - EXAME FÍSICO:

( ) Estado Geral ( ) Bom (X) Regular ( ) Comprometido ( ) Precário ( ) Altura ( ) Peso

Ap. Cardiovascular - Comentários: Ritmo, sem sopros

FC: 75 b.p.m P.A.: 130 x 80 mmHg

Ap. Respiratório - Comentários: _____

Abdômen - Comentários: _____

Membros Inferiores - Comentários: _____

5 - E.C.G.: Normal

Ex. Laboratoriais: _____

6 - CONCLUSÃO - RISCO CIRÚRGICO:

( ) Grau I - AVC e ECG - normais (Risco Cirúrgico Normal)
(X) Grau II - AVC e ECG - anormais (Risco Cirúrgico Normal)
( ) Grau III - AVC e ECG - anormais (Indicado Monitorização Cardíaca)
( ) Grau IV - AVC e ECG - com graves alterações (Alto Risco Cirúrgico - se possível evitar)

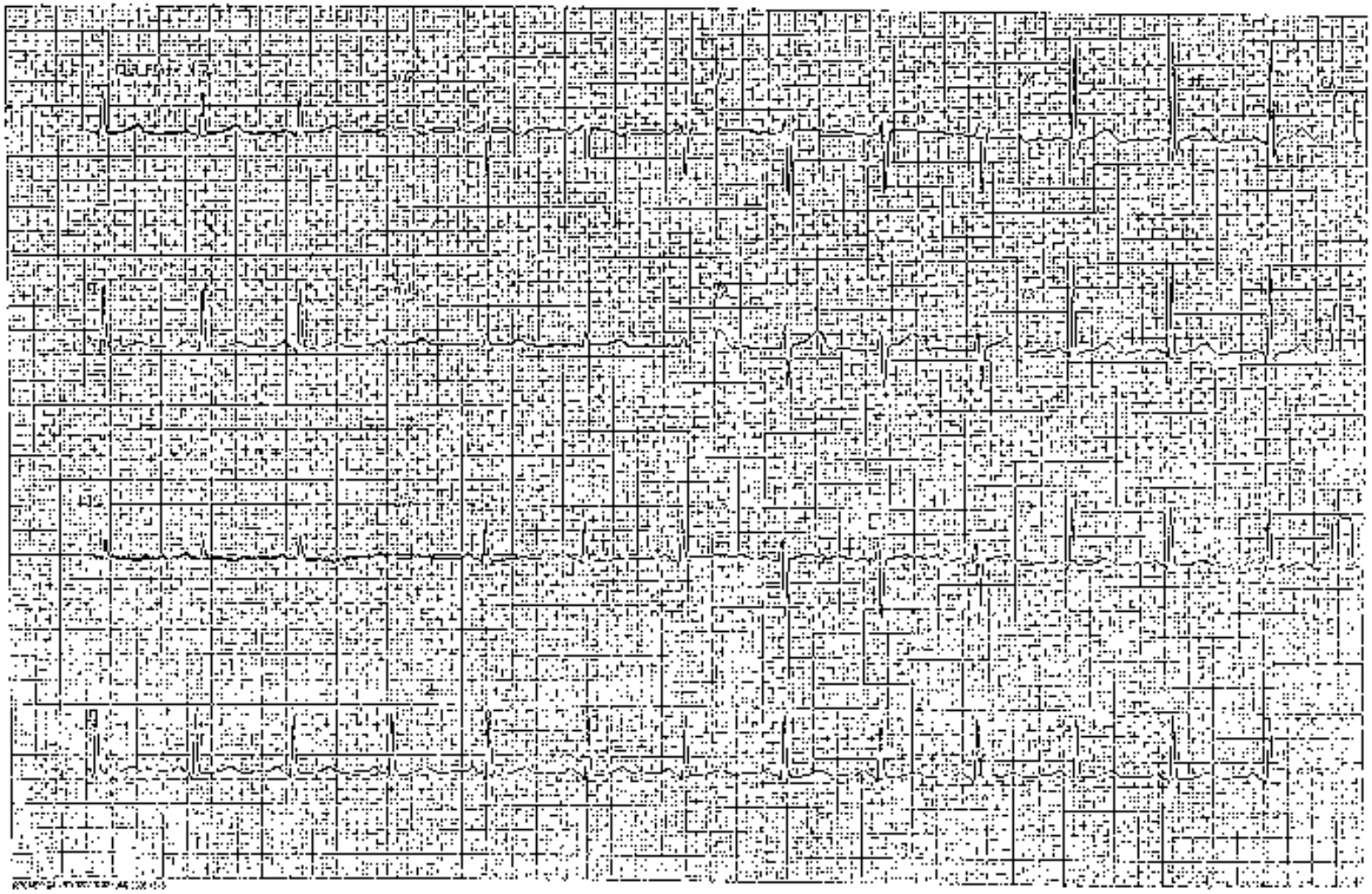
Obs.:

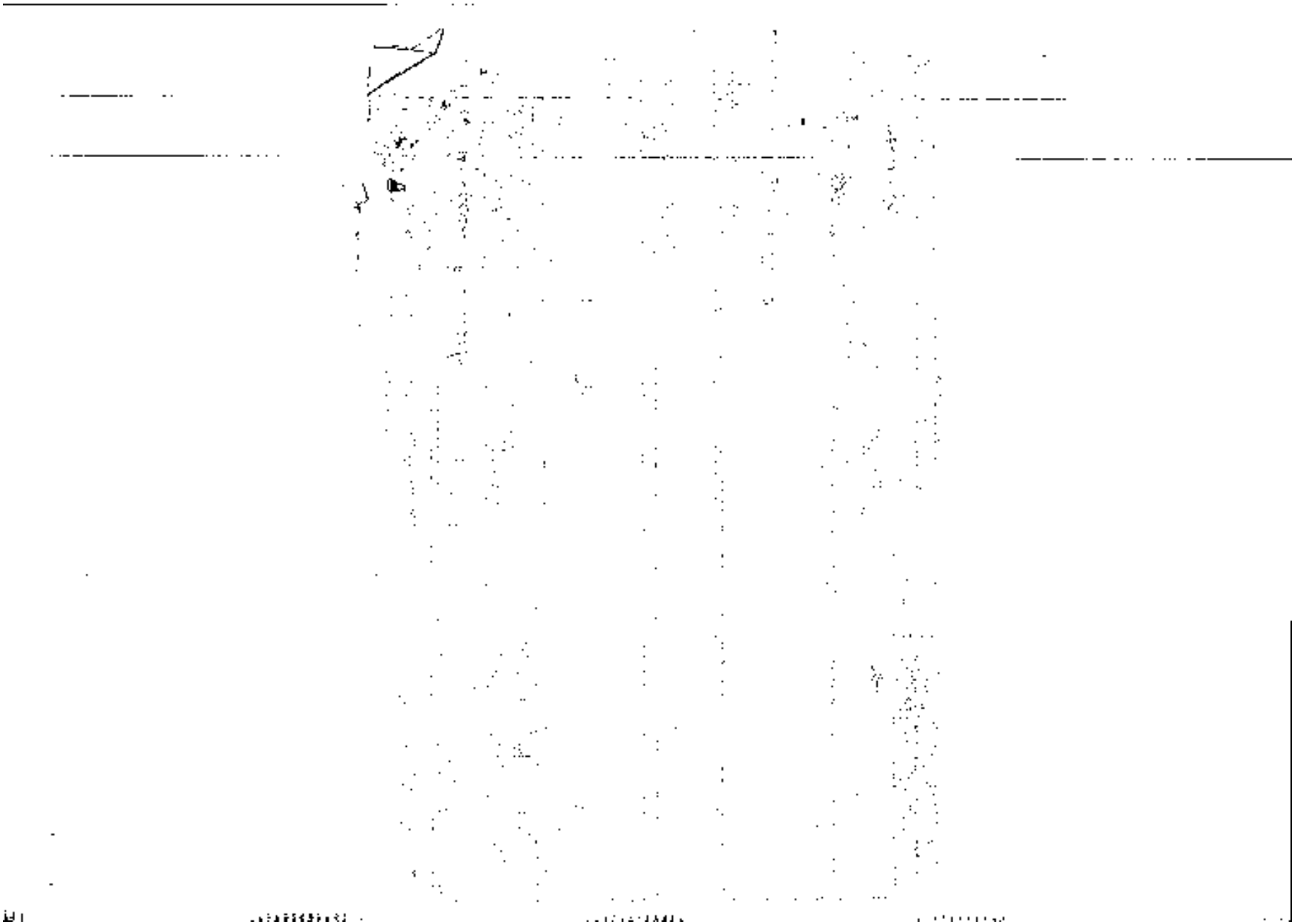
CRM-PB 5123

Ass. do Médico

VDA 04

Anéden manoel
68 ans 17/09/2018 9-12





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

REQUISIÇÃO DE EXAMES

NOME:												PRONTUÁRIO:
IDADE: 02	SEXO M ☐ F ☐	COR: B ☐ P ☐ A ☐	PESO:	ALTURA:	CLÍNICA: Ortopedia	ENF.: 9	LEITO: 4					

DADOS CLÍNICOS:

Pós-Op

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

BCG + Pólio

URGÊNCIA: ☒	ROTINA: ☐	Dr. Elder Fabrício A. Cruz Ortopedia-Traumatologia CRM-PB 9907
DATA: 17.09.18	HORA DA SOLICITAÇÃO:	Carimbo e Assinatura do Médico

KOD 002

GOVERNO DA PARAÍBA

ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIS GONZAGA FERNANDES
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

SUS Sistema Único de Saúde

Sr(a):	AMADEU MANUEL	Prontuário:	1000425484	RG:	NÃO INFORMADO
Dr(a):	SEM IDENTIFICAÇÃO MÉDICA	Data:	24-09-2018 21:13	Origem:	UTI ROSA
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade:	63 anos	Quarto:	NEWLAB

POTÁSSIO 4.7 mmol/1

Data da Coleta: 24/09/2018 21:12 |
Material: soro
Método: Eletrodo Seletivo Íons (ISE)

Valores de Referência:
Adulto..... 3.5 a 5.5 mmol/l
Criança..... 3.4 a 5.6 mmol/l
Valor crítico (pânico): menor que 2.5 mmol/l
maior que 6.0 mmol/l
Valor crítico recém-nascidos: menor que 2.5 mmol/l
maior que 6.0 mmol/l

SÓDIO 150 mmol/1

Data da Coleta: 24/09/2018 21:12 |
Material: Soro
Método: Eletrodo Seletivo Íons (ISE)

Valores de Referência:
Adulto..... 134 a 145 mmol/l
Criança..... 134 a 145 mmol/l
Valor Crítico: menor que 120 ou maior que 160 mmol/l

Carlos Felipe Soares de Albuquerque
Farmacêutico
CRF-PB

Documento : 17/09/2019 20:59 - Página 1 de 1

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: 1810-6265-0389-E5B7-9263-25BA-987C-0061X

Laboratório NewLab

SELO DE QUALIDADE

PNCQ Programa Nacional de Controle de Qualidade

GOVERNO DA PARAIBA

ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIS GONZAGA FERNANDES
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

SUS Sistema Único de Saúde

Sr(a):	AMADEU SIANOSE	Prontuário:	900425184	HC:	NÃO INFORMADO
Dr(a):	SEM IDENTIFICAÇÃO MÉDICA	Data:	14-09-2018 21:13	Origem:	UTI ROXA
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade:	68 anos	Sexo:	MASCULINO

UREIA
(DATA DA COLETA: 14/09/2018 21:12)
Resultado..... 22 mg/dl
Resultado calculado:
Material: Soro
Método: Kinetic Reactivated KEDICHA

Observação:

CREATININA
(DATA DA COLETA: 14/09/2018 21:12)
Resultado..... 1,2 mg/dl

Referência: 0,3 a 1,0 mg/dl
crianças... 0,3 a 1,0 mg/dl
adultos.... 0,4 a 1,2 mg/dl
ESTÁGIO RELACIONADOS: Uréia, Depuração da Creatinina
a Amostra do
Nota: O uso de radioterapia contendo iódo e
vitamina C pode alterar o resultado deste exame.

Resultado anterior:
Material: Soro
Método: Automatizado CV 20% VITROS

Carlos Felipe Gonçalo Alcântara Batista
Biomédico
CRBM 3494

Emissão : 14/09/2018 20:59 - Página 1 de 1

Esta lauda foi assinada digitalmente sob o número: 2468-d2CF-6980-D062-A1A7-2DBD-AB62-3210

Laboratório Newlab

SELO DE QUALIDADE

PNCQ Programa Nacional de Controle de Qualidade

GOVERNO DA PARAÍBA

ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIS GONZAGA FERNANDES
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

SUS Sistema Único de Saúde

Sr(a):	AMADEU MANOEL	Protocolo:	0100425484	RG:	NÃO INFORMADO
Dr(a):	SEM IDENTIFICAÇÃO MÉDICA	Data:	14-09-2016 21:12	Origem:	CITROSA
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade:	68 anos	Destino:	NEWLAB

HEMOGRAMA
(DATA DA COLETA: 14/09/2016 21:11)

	Resultados		Valores de Referência
SÉRIE VERMELHA			
Eritrócitos	3,84	milhões/mm³	4,2 a 6,0 milhões/mm³
Hemoglobina	12,0	g/dL	13,5 a 16,5 g/dL
Hematócrito	36,0	%	40,0 a 52,0 %
V.C.M.	91	fL	82,0 a 98,0 fL
H.C.M.	30	pg	26,0 a 32,0 pg
C.H.C.M.	33	g/dL	32,0 a 36,0 g/dL
SÉRIE BRANCA			
Leucócitos	8.400 /mm³		5.000 a 10.000 /mm³
	(%)	(/mm³)	
Neutrófilos			
Promielócitos	0	0	
Mielócitos	0	0	
Metamielócitos	0	0	
Bastonetes	4,0	336	
Segmentados	86,0	7.224	40 a 70 % — 2.000 a 7.000 /mm³
Eosinófilos	2,0	84	1,0 a 5,0 % — 100 a 500 /mm³
Basófilos	0	0	0 a 1,0 % — até 100 /mm³
Linfócitos			
Típicos	6,0	504	20 a 50 % — 1.000 a 3.000 /mm³
Atípicos	0	0	
Monócitos	3,0	252	2,0 a 12 % — 200 a 1.000 /mm³
CONTAGEM DE PLAQUETAS	97.000 mm³		150.000 a 400.000 /mm³

OBSERVAÇÕES ..... Contagens repetidas e confirmadas.

Biomédica - 13/09/2016 20:58 - Página 2 de 3

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: 0061-5144-8900-1557-5270-3685-5327-6328

Laboratório Newlab

PNCQ Programa Nacional de Controle de Qualidade

GOVERNO DA PARAÍBA

ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIS GONZAGA FERNANDES
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

SUS Sistema Único de Saúde

Sr(a):	AMADEU MANOEL	Prontuário:	0000425706	RG:	NÃO INFORMADO
Dr(a):	VERONICA CESARINO DE SOUZA	Data:	15-09-2018 00:50	Origem:	ENFERMARIA
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade:	64 anos	Quarto:	[illegible]

SÓDIO ..... 146 mmol/l

Resultado anterior: 14/09/18: 150 .

DATA DA COLETA: 15/09/2018 [illegible]
Material: Soro
Método: Eletrodo Seletivo [illegible]

Valores de Referência:
Adulto: 137 a 145 mmol/l
Idosos: 136 a 146 mmol/l
Valor Crítico: menor que 120 e/ou maior que 160 mmol/l

POTÁSSIO ..... 4,3 mmol/l

Resultado anterior: 14/09/18: 4,7 .

DATA DA COLETA: 15/09/2018 [illegible]
Material: Soro
Método: Eletrodo Seletivo [illegible]

Valores de Referência:
Adulto: 3,5 a 5,5 mmol/l
Crianças: 3,4 a 5,0 mmol/l
Valor crítico (adulto): menor que 2,5 e/ou maior que 6,0 mmol/l
Valor crítico (recém nascido): menor que 2,7 mmol/l maior que 6,1 mmol/l

Emissão: 19/09/2018 07:43 - Página 1 de 1

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: 3051-2530-0488-8378-4026-0100-2728-A151

Laboratório Newlab

SELO DE QUALIDADE

PNCQ Programa Nacional de Controle de Qualidade

GOVERNO DA PARAÍBA

ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIS GONZAGA FERNANDES
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

SUS Sistema Único de Saúde

Sr(a):	AMADEU MANOEL	Prontuário:	6000425706	Sex:	NÃO INFORMADO
Dr(a):	VERONICA CESARINO DE SOUZA	Data:	15-09-2018 05:50	Origem:	UTI ROSA
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade:	68 anos	Quarto:	Leito - 13

GLICOSE (URINA) ..... 131 mg/dl

[DATA DA COLETA: 15/09/2018 05:50]
Material: Urina
Método: Automatizado CK 201 QUIMEX

Valores de Referência:
Pré-Termo..... 33 a 50 mg/dl - Crianças..... 60 a 200 mg/dl
Termo..... 30 a 50 mg/dl - Adultos..... 60 a 205 mg/dl
1 a 5 dias..... 40 a 90 mg/dl - 60 anos e mais: 60 a 225 mg/dl
SEMA CRISÁRIA - gl.jejum elevada de jejum.....110 a 125 mg/dl.
Diabetes Mellitus: jejum ou ao longo que 126 mg/dl.
Nota: Essas colerâncias dizem à nova classificação para Diabetes Mellitus da Associação Americana de Diabetes - Outubro 1997, e as diretrizes devem ser confirmadas com uma nova coleta.

URÉIA

[DATA DA COLETA: 15/09/2018 05:50]
Resultado..... 26 mg/dl — De 15 A 43 mg/dl.
Resultados anteriores: [14/09/18: 22]
Material: Soro
Método: Enzima cinética cinética

Observação:

CREATININA

[DATA DA COLETA: 15/09/2018 05:50]
Resultado..... 1,0 mg/dl

Masculino: 0,5 a 1,0 mg/dl
Feminino: 0,4 a 1,0 mg/dl
Adultos: 0,4 a 1,3 mg/dl
Fonte: Henry, Clinical Diagnosis & Management by Laboratory Methods, 20th ed. 2001.
Nota: O uso de medicamentos contendo digitálicos e diuretos, e pelos atrasos o resultado deste exame.

Resultados anteriores: [14/09/18: 1,2]
Material: Soro
Método: Automatizado CK 200 MEDIDA

Emissão : 15/09/2018 07:42 - Página 1 de 1

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: 74C1-7F1A-2DCC-85CA-8E3B-9519-71A0-2858

Laboratório Newlab

PNCQ Programa Nacional de Controle de Qualidade

GOVERNO DA PARAÍBA

ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIS GONZAGA FERNANDES
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

SUS Sistema Único de Saúde

Si(a):	AMADEU MANOEL	Prontuário:	000042570G	HGI:	NÃO INFORMADO
Dr(a):	VERONICA CESARINO DE SOUZA	Data:	15-09-2018 08:00	Origem:	UTI ROSA
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade:	68 anos	Quarto:	Leito - 32

HEMOGRAMA
(DATA DA COLETA: 15/09/2018 08:49)

	Resultados		Valores de Referência
SÉRIE VERMELHA			
Eritrócitos	3,62 milhões/mm³		4,2 a 7,0 milhões/mm³
Hemoglobina	11,0 g/dL		13,5 a 18,0 g/dL
Hematócrito	33,0 %		40,0 a 52,5 %
V.C.M.	91 fL		82,0 a 98,0 fL
H.C.M.	30 pg		27,0 a 35,0 pg
C.H.C.M.	33 g/dL		32,0 a 36,0 g/dL
SÉRIE BRANCA			
Leucócitos	8.500 /mm³		5.000 a 10.000 /mm³
	(%)	(/mm³)	
Neutrófilos			
Promielócitos	0	0	
Mielócitos	0	0	
Metamielócitos	0	0	
Bastonetes	3,0	255	
Segmentados	82,0	6.970	55 a 70 % - 1.800 a 8.000 / mm³
Eosinófilos	2,0	170	0,5 a 5,0 % - até 500 / mm³
Basófilos	0	0	0 a 2,0 % - até 100 / mm³
Linfócitos			
Típicos	10,0	850	20 a 40 % - 1.000 a 4.800 / mm³
Atípicos	0	0	
Monócitos	3,0	255	2,0 a 10 % - até 1.000 / mm³
CONTAGEM DE PLAQUETAS	95.000 mm³		140.000 a 400,000 µm³

OBSERVAÇÕES ..... Contagens repetidas e confirmadas.

Leandro de Araújo Costa
Biomédico
CRBM 2ª Região 6139

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: 6778-0214-2870-60m3-6A29-DDDA-9434-0000

Laboratório Newlab

PNCQ Programa Nacional de Controle de Qualidade

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO

HOSPITAL DE ORTOPEDIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

REQUISIÇÃO DE EXAME

NOME:			PRONTUÁRIO
IDADE:	SEXO M ☐ F ☐	COR: B ☐ P ☐ A ☐	PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF.:	LEITO

DADOS CLÍNICOS:

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

URGÊNCIA: ☐ ROTINA: ☐

DATA: 14/9/18 HORA DA SOLICITAÇÃO:

Carimbo e Assinatura do Médico

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

PACIENTE:	**Amadeu Manoel**
DATA DO EXAME:	**14/09/2018**

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, derrame pleural ou pericárdico no presente estudo.

Ausência de lesões ecográficas relacionadas ao trauma no fígado, baço, pâncreas, rins e bexiga identificáveis no método.

Observação: Resaltamos a baixa sensibilidade da ultrassonografia na detecção de lesões em órgãos sólidos abdominais, assim como de hemoperitônio, não havendo critérios ecográficos seguros para indicação de alta hospitalar baseando-se apenas no resultado negativo da ultrassonografia.

Segundo orientação do Colégio Americano de Radiologia, pacientes com USG FAST negativo devem permanecer em observação intrahospitalar.

Observação: Salientamos ainda que o método considerado padrão-ouro para avaliação de pacientes vítimas de trauma abdominal fechado, estáveis hemodinamicamente, é a tomografia computadorizada de abdômen com contraste, ficando a necessidade de sua solicitação a cargo do médico assistente.

Dr. Henrique Guedes Nobre
Médico Radiologista – Membro Titular do CBR
CRM/PB 5410

GOVERNO
DA PARAÍBA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA

"DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES"

UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS (UTI)

NOME: AMADEU MANOEL SEXO: M IDADE: 68 ANOS

DATA NASCIMENTO: 14/09/50 PRONTUÁRIO: 1733352 ADMISSÃO UTI: 14/09/18

LEITO: 12 ADMISSÃO HOSPITAL: 14/09/2018

HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS

1. POLITARUMA → ACIDENTE DE MOTO
2. TCE
3. FRATURA EXPOSTA DE PÉ E TORNOZELO DIREITOS
4. PO CIR ORTOPÉDICA → AMPUTAÇÃO EM 1/3 MÉDIO DE PERNA DIREITA
5. PÓS PCR
6.
7.
8.
9.
10.
11.
12.

CONTROLE MEDICAÇÕES

Medicação	Via Administração	Dose	Início	Término
GENTAMICINA	EV	240MG	14/09/18	
OXACILINA	EV	2G	14/09/18	

RECEBIDO
24 JUL 2018
GRUPO SEGURADORA SEMAEPL

BRASÃO GOVERNO SEDE PARAÍBA

REGISTRO TRANSFUSIONAL

NOME DO PACIENTE Amadeu manoel

PRONTUÁRIO 1783392

DATA DE NASC. 14 / 09 / 50 G.S/Rh O+

SETOR: Obs I ENF: 9 LEITO: 4

Nº DOADOR:	HEMOCOMPONENTE				DATA: 11/09/17	ABO Rh	TESTES			
	CH	PF	CP	CR	VOLUME:		PC	PAI I	PAI II	CD
1425180915095	X				384	O+	Comp	N	N	N
1425181415064	X				228	O+	Comp	N	N	N

LEGENDA: CH- CONCENTRADO DE HEMÁCIAS

/ PF- PLASMA FRESCO/

CP- CONCENTRADO DE PLAQUETAS/

CR-CRIOPRECIPITADO

/PC- PROVA CRUZADA/PAI- PESQUISA DE ANTICORPOS IRREGULARES/

CD-COOMBS DIRETO.

RESPONSÁVEL: Vânia Alexandre

OBSERVAÇÃO:

GOVERNO DA PARAÍBA

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

Nome: A. Maria Manoel
Idade:
Data de Nascimento: / /
Telefone:

Unidade de Tratamento Intensivo
CONTROLE GERAL

	15/09	16/09
Evolução		
Gotejos		
Perdas		
Balanço		
Pol. Oragl.		
Sangue		
Diurese		
Perdas SNG		
Drenos		
Temp. máxima		
Hemácias	3,62	2,8
Hematócrito	33,9	23,9
Hemoglobina	11,0	8,6
Leucócitos	9.100	3.400
Bastonetes	03	3
Segmentados	82	71
Eosinófilos	02	0
Eosifilos	0	0
Linfócitos	10	25
Monócitos	03	1
Plaquetas	95.000	75.000
TP		
TTPa		
RI		
PaO_2		
$PaCO_2$		
$Sat\ O_2$		

	15/09	16/09
BE		
HCO_3		
EtO_2		
Lactato		
Glicose	131	78
Uréia	22	22
Creatinina	1,0	1,0
Sódio	144	150
Potássio	4,3	3,7
Cloro		
Cálcio		
Fósforo		
Magnésio		
Proteína		
Albumina		
Globulina		
Bilir. Tot.		
B. Direta		
B. Indireta		
Fosf. Alcal.		
Amilase		
TGO		
TGP		
GHT		
CPK		
CK - MB		

NGO. 818

GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

Campina Grande, 14 de Setembro de 2018

A

ADMINISTRAÇÃO DO CEMITÉRIO Arará

ATT. SR.

Solicitamos o sepultamento deste Membro pertecente a Amadeu Manoel (MEO)

Residente na

Dr. Julio Cesar Castro
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PB 9555

PACIENTE (OU FAMILIAR RESPONSÁVEL)

MÉDICO RESPONSÁVEL

MOD. 080

GOVERNO DA MADEIRA — SECRETARIA REGIONAL DE SAÚDE — HOSPITAL DR. FERNANDO FERNANDES

FICHA DE AVALIAÇÃO - FISIOTERAPIA - UTI ADULTO

PROCEDÊNCIA:

DIAG. SINDRÓMICO:

DIAG. FISIOTERAPÊUTICO:

MOTIVO INTERVENÇÃO:

ANTECEDENTES:

HDA:

RX:

SVA: FC FR PA PAV T

ESTADO GERAL:

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:

NÍVEL DE SEDAÇÃO: Dose:

SISTEMA NEUROMUSCULAR E OSTEOARTICULAR

SISTEMA RESPIRATÓRIO E CARDIOVASCULAR

SUPORTE VENTILATÓRIO:

CÁNULA:

CO SUPLEMENTAR:

DESCONFORTO VENTILATÓRIO:

CIRURGIA DE TÓRAX:

PADRÃO VENTILATÓRIO:

RITMO VENTILATÓRIO:

EXPANSÃO DA CAIXA TORÁCICA:

TOSSE:

SECREÇÃO: QUANTIDADE:

CONSISTÊNCIA:

COR SECREÇÃO:

HOJE:

CAMA: UTI: LEITO:

H.U.: ADMISSÃO: HORA:

PATOLOGIA:

PERÍODO PÓS:

APOIO:

ACESSO VENOSO:

DIÂMETRO:

DOR:

SINAIS CONTEMPORÂNEOS

	PAS	PAD	FC	FR	SpO2
GASOMETRIA					
HEMOGRAMA					
BIOQUÍMICA					
RADIOGRAFIA					

VEIA DE ACESSO VASCULAR - PARÂMETROS VITAIS E MONITORIZAÇÃO

VMC: VOLUME CORRENTE: PEEP: PI: PS:

TI: TE: FIO2: SERIE: FR: VM:

Data: Cam: PAV: Pinça:

AVALIAÇÃO GASOMETRIA:

CONDUTA MÉDICA / FISIOTERAPÊUTICA

DESCRIÇÃO:

DESCRIÇÃO DE ALTA: DATA: HORA:

DIÁREA REDIVERSÃO: TOPOLOGIA: SINAIS VITAIS: COMPORTAMENTO:

Assinatura:

Carimbo:

Data e Hora:

Página 1

ORTOPEDIA 3

LEITO 9-3

[redacted] 173390

[redacted]

[redacted]

1 DIETA LIVRE

2 JEJUO SOLUBIDADE , SOL 500 ml IV 8/8H

3 DEXTROSA 1G + ABO EV 12/12H SN

4 NAUSEDRON 4mg/ml 1ML + ABO EV 8/8H SN

5 TRAMAL 100mg + SOROS 100ml EV 8/8H SN

6 TILATIL 20MG + ABO EV 12/12H SN

7 ONDANZOL 40MG + DIL EV 8/8H ALCMTELA MANHA

8 FEBO NOTURA

9 SSVV+DCBD

10 [illegible] 40mg IV 2/2H

11 [illegible] 500mg IV [illegible]

12 Vonco [illegible] IV [illegible]

13 Concepção de [illegible]

Dr. Sidney Ribeiro A. Dias

[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]		
[illegible]	[illegible]	
[illegible]		TEMP.
[illegible]	[illegible]	
[illegible]	[illegible]	TEMP.

[illegible]

LEITO 9-4

[illegible]

Dr. Sidney Ribeiro A. Dias

[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]			
[illegible]		[illegible]	
[illegible]			
[illegible]		[illegible]	
[illegible]			

10/04/18
[illegible]
Pk - 130 x 97

[illegible] [illegible] [illegible] [illegible] com seu [illegible] [illegible]
[illegible] [illegible] [illegible] [illegible] [illegible] [illegible] a [illegible].

Data: 16/09/2018
Hora: 00:04:08
Médico (a) Diarista : Arturo Fernando Perez Nogales

GOVERNO DA PARAÍBA

9-4

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1733392 Paciente: [redacted] Idade: 068

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 14/09/1950 Sexo: M

Clínica: TERAPIA INTENSIVA Enfermaria: UTI ROSA [redacted] Diagnóstico:

DIA 16/09/2018
MÉDICO(A): Arturo Fernando Perez Nogales /

Item	Prescrição	Administração
1	DIETA LIVRE ORAL HIPOSSÓDICA	
2	SORO FISIOLOGICO 0,9% 500ML E.V. 1 FRASCO, 6Ub	10 16 22 04
3	GENTAMICINA SULPATO 80 MG/2 ML 2 ML E.V. USO IMEDIATO . DILUIR SF0,9% 200ml EV 1x/DIA em 3h (D0= 14/09/18)	22
4	MEROPENEM CLORIDRATO 500 MG E.V. OUTRA 500mg SF0,9% 100ml EV 12/12h em 1h (D0= 14/09/18)	18 06
5	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. OUTRA 1g ou 1 AMP EV 4/4h	10 14 18 22 02 06
6	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 4mg + ABD EV 8/8h [redacted]	
7	OMEPRAZOL INJ 40MG 1ºFRA AMP, 24h/34h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO	06
8	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 100mg + S.0,9% 100ml 8/8h	14 22 06
9	LOSARTANA POTASSICA 50 MG COMP 1comp. VO 12/12h	16 04
10	OXIMETRIA + CARDIOMONITORIZAÇÃO + PA CONTINUO	
11	CURATIVOS	
12	REALIZAR HGT 12h/12h	14 18 22 06
13	ADMINISTRAR IR CONFORME PROTOCOLO FAZER SE NECESSÁRIO 12h/12h	
14	ADMINISTRAR 5 FRA DE GLICOSE IV SE GLICEMIA < 70 FAZER SE NECESSÁRIO 12h/12h	

PCT 52 (194)
CR (161)

Arturo Fernando Perez Nogales
Medicina Intensiva
CRM-PB 9527

15 - Atenolol 01 FA EV se PAS ≥ 180 mmHg ou PAD ≥ 100 mmHg
16 - Anlodipino 10 mg VO 12/12h. 22

Dr. Antonio Carlos
CRM-PB

GOVERNO DA PARAÍBA

HOSPITAL REGIONAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS - CNEL FOB

NOME: AMADEU MANOEL			PRONTUÁRIO: 1733392		
UTI - ROSA	IDADE	68	DUTI	3º	LEITO: 12

DATA	EVOLUÇÃO MÉDICA
16/09/2018	
HD	▪ POLITRAUMATISMO → ACIDENTE DE MOTO ▪ TCE LEVE ▪ ALTERAÇÃO LEVE DA COMPLACÊNCIA ENCEFÁLICA ▪ FRATURA EXPOSTA PÉ DIREITO e TORNOZELO IPSILATERAL ▪ PÓS AMPUTAÇÃO 1/3 DISTAL MEMBRO INFERIOR DIREITO (14/09/18) ▪ PÓS – PCR (NA INDUÇÃO ANESTÉSICA → 1 CICLO) em 14/09/18 * GENTAMICINA (14/09/18) + VANCOMICINA (14/09/18)
DISPOSITIVOS	☐ RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA ☒ AVC ☐ DRENO ☒ SOG / SNE ☒ SVD ☐ OUTROS:

CONTROLES 24h

	PAS	PAD	FC	FR	SPO2	T°	PIC	HGT	DIURESE
MAX.	188	100	85	20	97	36,4	**	140	2600ml BH -120ML
MIN.	165	91	75	14	94	35,8	**	103	

EVOLUÇÃO DIÁRIA

PACIENTE SEGUE EM LEITO COMUM DE UTI, SEM SEDOANALGESIA, COM RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA, SEM AUXILIO DE O2, BEM ADAPTADO, MANTENDO BOM PADRÃO RESPIRATÓRIO, SEM DESSATURAÇÕES, SEM DISTERMIAS, SEM USO DE DROGAS VASOATIVAS, HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL. EVOLUINDO RESPONSIVO AOS ESTIMULOS VERBAIS E/OU DOLOROSOS, ACORDADO, COM NIVEIS PRESSÓRICOS E GLICÊMICOS NORMAIS, DIURESE PRESENTE COM VOLUME SATISFATÓRIO, BALANÇO HIDRICO NEGATIVO. LEUCOGRAMA NORMAL E FUNÇÃO RENAL PRESERVADA.

BC: RITMICOS, REGULARES, HIPOFONETICOS, SEM SOPROS

MV: CONSERVADO AUT.

ABDOMEM: RHA (+), DEPRESSÍVEL, SEM SINAIS DE IRRITAÇÃO PERITONEAL À PALPAÇÃO.

MMSS e II: SEM EDEMAS.

NEURO: GLASGOW 15. PUPILAS ANISOCÓRICAS E RFM +/-.

CONDUTA

1. CUIDADOS INTENSIVOS
2. OTIMIZAR HIDRATAÇÃO / DIURESE
3. INTENSIFICAR FISIOTERAPIA
4. ACOMPANHAMENTO COM A PSICOLOGIA
5. ALTA DA UTI
6. AGUARDANDO VAGA NA ENFERMARIA
7. VPM

Dr. Antonio Bidô Neto
CRM-PB 8108

ANTONIO BIDÔ NETO

CRM – PB 8108

Data: 15/09/2018
Hora: 00:33:49
Médico (a) Diarista : Ana Livia Dantas Balduino Silva

GOVERNO DA PARAÍBA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 103.839-2 Paciente: ANA ALEUSIANO Idade: 06

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 14/09/1950 Sexo: M

Clínica: TERAPIA INTENSIVA Enfermaria: UTI ROSA Leito: 01 Diagnóstico:

DIA 15/09/2018
MÉDICO(A): Ana Livia Dantas Balduino Silva /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA VIA ORAL LIQUIDA DE PROVA; PROGREDIR CONFORME ACEITAÇÃO	
2	SORO FISIOLOGICO 0,9% 500ML E.V, FRASCO, 6h/6h	10 16 22 04
3	GENTAMICINA SULFATO 80 MG/2 ML 2 ML E.V, 03 AMPOLA, USO IMEDIATO , 08/08 Diluir em 50 ML SF GENTAMICINA 240MG + SF0,9%100ML - 1XAO DIA (D0 14/09/18)	22
4	VANCOMICINA CLORIDRATO 500 MG E.V, 02FRA AMP, 12h/12h 08/08 Reconstituir 10 ML ABD. Diluir em 100 ML SF VANCOMICINA 1G + SF0,9%100ML - 12/12H, IV (D0 14/09/18)	04
5	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 4h/4h	10 14 18 22 02 06
6	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, ATE 08/08H	10 18 02
7	OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO	
8	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, TRAMAL 100MG + SF0,9%100ML, ATE DE 8/8H, IV	14 22 06
9	OXIMETRIA + CARDIOMONITORIZACAO + PA CONTINUO	
10	CURATIVOS	
11	ADMINISTRAR IR CONFORME PROTOCOLO FAZER SE NECESSARIO 12h/12h	
12	ADMINISTRAR 5 FA DE GLICOSE IV SE GLICEMIA < 70 FAZER SE NECESSARIO 12h/12h	
13	REALIZAR RCT 12h/12h	05

GOVERNO DA PARAÍBA

HOSPITAL REGIONAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
DOM JOÃO GONZAGA FERNANDES
UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS ANILLO B

NOME: AMADEU MANOEL			PRONTUÁRIO: 1733392		
UTI - ROSA	IDADE	68	DUTI	2ª	LEITO: 12

DATA	EVOLUÇÃO MÉDICA – NOTURNA
15/09/2018	
HD	• POLITRAUMATISMO → ACIDENTE DE MOTO • TCE LEVE → SEM LESÕES AGUDAS NA ADMISSÃO • ALTERAÇÃO LEVE DA COMPLACÊNCIA ENCEFÁLICA • FRATURA EXPOSTA PÉ DIREITO e TORNOZELO IPSILATERAL. • PO AMPUTAÇÃO 1/3 DISTAL MEMBRO INFERIOR DIREITO (14/09/18) • PÓS – PCR (NA INDUÇÃO ANESTÉSICA → 1 CICLO) em 14/09/18
	* GENTAMICINA (14/09/18) + VANCOMICINA (14/09/18)
EVOLUÇÃO	PACIENTE CONSCIENTE, ORIENTADO, GLASGOW 15/15pts, RESPIRANDO ESPONTANEAMENTE SEM O2 SUPLEMENTAR, EUPNEICO, AFEBRIL NO MOMENTO, CORADO, HIDRATADO, ANICTÉRICO, ACIANÓTICO, HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL SEM USO DE DVA. PUPILAS ANISOCÓRICAS (2/3), RFM (+/–) → CIRURGIA OFTALMOLÓGICA PRÉVIA. SEM INTERCORRÊNCIAS NO PERIODO DIURNO.
CONDUTA	1. MANTIDA 2. SOLICITO EXAMES DE ROTINA LABORATORIAL + RX DE TÓRAX

Arturo Fernando Pérez Nogales
Medicina Intensiva
CRM-PB 6520

ARTURO F. P. NOGALES

CRM – PB 6520

GOVERNO DA PARAÍBA

HOSPITAL REGIONAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
UNIDADE DE QUEIMADOS INTENSIVO ADULTO B

NOME: AMADEU MANOEL			PRONTUÁRIO: 1733392		
UTI - ROSA	IDADE	68	DUTI	2º	LEITO: 12

DATA	EVOLUÇÃO MÉDICA
15/09/2018	
HD	▪ POLITRAUMATISMO → ACIDENTE DE MOTO ▪ TCE LEVE ▪ ALTERAÇÃO LEVE DA COMPLACÊNCIA ENCEFÁLICA ▪ FRATURA EXPOSTA PÉ DIREITO c TORNOZELO IPSILATERAL ▪ PO AMPUTAÇÃO 1/3 DISTAL MEMBRO INFERIOR DIREITO (14/09/18) ▪ PÓS – PCR (NA INDUÇÃO ANESTÉSICA → 1 CICLO) em 14/09/18 * GENTAMICINA (14/09/18) + VANCOMICINA (14/09/18)
DISPOSITIVOS	☐ TOT ☒ AVC ☐ DRENO ☒ SOG / SNE ☒ SVD ☐ OUTROS:

CONTROLES 24h (ADMISSÃO ONTEM ÀS 18:24h)		PAS	PAD	FC	FR	SPO2	T°	PIC	HGT	DIURESE
	MAX.	173	95	94	26	99	37,3	***	151	800 ml
	MIN.	131	86	88	20	96	35,8	***	142	

EVOLUÇÃO DIÁRIA	PACIENTE CONSCIENTE, ORIENTADO, GLASGOW 15/15pts, RESPIRANDO ESPONTANEAMENTE SEM O_2 SUPLEMENTAR, EUPNEICO, AFEBRIL NO MOMENTO, CORADO, HIDRATADO, ANICTÉRICO, ACIANÓTICO. HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL SEM USO DE DVA. PUPILAS ANISOCÓRICAS (2/3), RFM (+/–) → CIRURGIA OFTALMOLÓGICA PRÉVIA. BC: RITMICOS, REGULARES, HIPOFONETICOS, SEM SOPROS MV: CONSERVADO AHT. ABDOMEM: RHA (+), DEPRESSÍVEL, SEM SINAIS DE IRRITAÇÃO PERITONEAL À PALPAÇÃO. MMSS e II: SEM EDEMAS.
CONDUTA	1. OTIMIZAR HIDRATAÇÃO / DIURESE 2. INTENSIFICAR FISIOTERAPIA 3. ACOMPANHAMENTO COM A PSICOLOGIA

EM TEMPO 8h

DEVIDO A PÓS – PCR DECIDO MANTER OBSERVAÇÃO NA UTI POR PELO MENOS MAIS 24h.

Arturo Fernando Pereira Gonçalves
Medicina Intensiva
CRM-PB 6520

ARTURO F. P. GONÇALES

CRM – PB 6520

Phoenix Insured 04-11/03/1990

— Hola 04 Sto 65-2005 123 3323
Julio Díaz Foulsham

Shopkeeper Roque y Graef

Andrés Ponce 11/03/13 14:00 15:42

04 14 04

04 — Yes
04 — Mrs
04 — Sunset
04 — Go

04 Lessons / trade

04 Football Boots 04 04

04 04 3-0 ....

04 04 3-0 ....

04 — Costa Tranquilo
04 Secrets de agua

.. Sto de Khaciamos ele •

04 04 El Lago

.. 15 El Mas ....

04 Examples

04

04 15 301 - 15 ca ..

04 — Lago X
04 — Otero X
04 Ya Commander X
04 Listados

Phoenix
Sion Gris Sonia
Cía Chilena de Vidrio

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: Amadeu Manoel DN - 14/09/1950

Qt	LEITO	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO
1	sala 04	SUS	68 anos	1733352

CIRURGIA: Mg: cirurgia amputação traumática MSD

CIRURGIÃO: Dr. João Paulo + Dr. Julio Cesar

ANESTESIA: Dr. Raoni

ANESTESIA: Raqui + geral

INSTRUMENTADOR: André (Barano)

DATA: 14/09/18

INÍCIO: 14:00

FIM: 15:42

GOVERNO DA PARAÍBA

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostomia	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.	01	Cateter p/ Ong.		Catgut cromado Sertix	
02	Atropina amp. + 4		Cateter Do Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix	
	Diazepan amp.	06	Compressa Grande		Catgut cromado Sertix	
01	Dipirona amp.		Compressa Pequena		Catgut Simples	
02	Cefalotina amp. Nova		Cotonóide		Catgut Simples Sertix	
02	Eritrina		Dreno		Catgut Simples Sertix	
02	Ketorolaco amp. Quinat		Dreno Kehr nº		Catgut Simples Sertix	
01	Tenoxicam Cus		Dreno Penrose nº		Cera p/ caso	
	Hove ml		Dreno Sucção nº		Ethibond	
	Ketalar ml	01	Equipo de Macrogotas		Ethibond	
01	Metronidazol 5 ml		Equipo de Microgotas		Ethibond	
	Nitroprusseto Pesada		Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix	
	Pavulon amp.	06	Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix	
	Propofol amp.	06	Esparadrapo Lanco cm		Fio de Algodão Suturak	
01	Protocaf	06	Furacin ml		Fio de Algodão Suturak	
02	Quetamina Cartesina	06	Gase Pacote c/ 10 unidades		Fio cadarço	
	Repilen amp.		Luva ml	04	Monocylon 2-0	
	Tiopentonal ml		Intracath Adulto		Monocylon	
	Tramum amp.		Intracath Infantil		Prolene Sertix	
Qtd.	MEDICAÇÕES	01	Lâmina de Bisturi nº 24		Prolene Sertix	
04	Água Destilada amp.		Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Sertix	
	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Sertix	
	Dipirona amp.		Luvas 7.0	05	Vicryl Sertix 1-0	
	Efedrina amp.	01	Luvas 7.5		Vicryl Sertix	
	Fenergan amp.	04	Luvas 8.0		Vicryl Sertix	
	Gentamicina amp.	01	Luvas 8.5	01	Fio de Khirchmner 2.5	
	Glucose amp.		Oxigênio lim			
02	Gluconato de sódio		Pediflx			
02	Omeprazol ácido tranexâmico		PVPI Degermante ml			
01	Hepamin		PVPI Tópico ml	Qtd.	SOROS	
01	Kefazol amp. Glucmazol		Sabão Antisséptico		SG Normotônico fr 500 ml	
01	Lasix amp. Dramopada	05	Sacos coletor p/ leito		SG Gelado fr 500 ml	
	Vecuronio	02	Seringa desc. 10 ml		SG Hipotônico fr 500 ml	
	Fast amp.	03	Seringa desc. 20 ml		SG Ringer fr 500 ml	
	Fentanil	02	Seringa desc. 35 ml		SG fr 500 ml	
01	Ranitidina		Sonda	04	SF p/ mesa	
	Etomidato amp.		Sonda Foley	Qtd.	ÓRTESE E PRÓTESE	
02	Cefalotina 1g		Sonda Nasogástrica			
01	Hexametasona		Sonda Oclusal nº			
			Stockinh ml			
		01	Torniquete			
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml			
	Agulha desc. 25 x 7		Gilbert 20			
	Agulha desc. 29 x 20		Luvas			
	Agulha desc. 3 x 4.5	05	eletrodo			
02	Agulha p/ raque nº 25	03	gel condutor			
03	Algodão de Enfermagem 201					
	Algodão Hidrofilo ml					
02	Algodão de Crepon 15 cm					
	Algodão de Gaze 8					
	Álcool metílico amp.					
	Benzina ml					

EQUIPAMENTOS

- (X) Oximetro de Pulso
- ( ) Siems
- ( ) Desfibrilador
- (X) Foco Frontal fixo
- ( ) Fonte de Luz
- ( ) Foco Auxiliar
- (X) Eletrocautério
- (X) Oxicapnógrafo
- (X) Cord Cirúrgico
- (X) Perfurador Eletrocirúrgico

CIRCULANTE RESPONSÁVEL: Vania Silva Santos

COREN-PB 121359

1000

GOVERNO DA PARAÍBA

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

Nome do Paciente: Amadeu Manoel	Nº Prontuário
Data da Operação: 14/09/18	Enf. / Leito
Operador: Dr João Paulo	1º Auxiliar: Dr Julio Cesar
2º Auxiliar / 3º Auxiliar	Instrumentador
Anestesia	Tipo de Anestesia
Diagnóstico Pré-Operatório: Fratura exposta pé e tornozelo D	
Tipo de Operação: Amputação transtibial	
Diagnóstico Pós-Operatório: O mesmo	
Relatório Imediato da Patologia: ø	
Exame Radiológico no Ato: Não	
Acidente Durante a Operação: Politraumatizado, grave, presença de esmagamento e amputação traumática de MSD	

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tórica e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras

1) Paciente em DDH sob anestesia
2) assepsia e antissepsia
3) campos estéreis
4) Realiza amputação à nível de terço médio de perna D
5) Isolamento de grandes vasos para hemostasia
6) Regularização do coto de amputação
7) Lavagem c/ soro exaustivo
8) Sutura por planos
9) Curativo

Dr. Julio Cesar Castro
Cirurgião e Traumatologia
CRM-PB 8888 / CRM-RN 6669

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

DIAGNÓSTICO

FICHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente		Atendimento	Leito	Nº	Convênio

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
	1. [illegible]		
	2. SR 15(10) EV/24h		
	3. [illegible]		
	4. [illegible] 70mg + 00 EV 12/12h		
	5. Omeprazol 40mg EV/[illegible]		
	6. [illegible]		
	7. [illegible]		
	8. Clexane 40mg SC/dia		
	9. [illegible]		

Data	EVOLUÇÃO	Rubrica
	[illegible] apresentou boa	
	evolução [illegible]	
	[illegible]	
	Cirurgia de RM, recebeu hemotransfusão durante a cirurgia.	
	[illegible]	
	[illegible]	
	[illegible]	
	[illegible]	
	[illegible]	
	[illegible]	
	[illegible] 10.	
	Cond.: [illegible]	
	[illegible]	
	[illegible]	
	[illegible]	
	[illegible]	
	[illegible]	

GOVERNO DA PARAÍBA

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

NOME: [illegible] ANOS	Nº PRONTUÁRIO: A33392
UTI	ENF: LEITO: 12

Notas sobre a Evolução da Doença, Complicações, Consultas, Mudança de Diagnóstico, condições ao ser dada Alta, instruções ao Paciente devendo toda anotação ser assinada pelo profissional que a fez.

Data	EVOLUÇÃO	Rubrica
14/[illegible]	Admissão às 18:20 h	
	- [illegible]	
	- [illegible]	
	[illegible]	
	- 20 [illegible] →	
	[illegible] em 1/3 [illegible] -	
	[illegible]	
	[illegible]	
	[illegible] UTIA em [illegible] -	
	[illegible] 1/3 [illegible]	
	[illegible]	
	[illegible]	
	[illegible]	
	[illegible]	
	[illegible]	
	[illegible] -	
	[illegible]	
	[illegible]	
	[illegible]	
	[illegible]	
	[illegible]	
	[illegible]	
	[illegible] (+)	
	[illegible] -	
	[illegible]	
	[illegible]	

MINISTÉRIO DA FAZENDA

SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL

CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

CPF

NÚMERO DE INSCRIÇÃO

790.241.324-00

NOME COMPLETO

AMADEU MANOEL.

NASCIMENTO

08.05.50.

SITUAÇÃO

Regular

DATA EMISSÃO

001/1644,6

25/10/89

BANCO DO BRASIL

PLANALTINA DO PARANÍ (PB)

42012,2025

RECEBIDO

24 ABR. 2010

GRUPO SOLUÇÕES

BENEFÍCIOS

MINISTÉRIO DA FAZENDA

SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL

CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

CPF

NÚMERO DE INSCRIÇÃO

790.241.324-00

NOME COMPLETO

AMADEU MANOEL.

NASCIMENTO

08.05.50.

SITUAÇÃO

Regular

DATA EMISSÃO

001/1644,6

25/10/89

BANCO DO BRASIL

PLANALTINA DO PARANÍ (PB)

42012,2025

RECEBIDO

24 ABR. 2010

GRUPO SOLUÇÕES

BENEFÍCIOS

Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **790.291.324-34**

Nome: **AMADEU MANOEL**

Data de Nascimento: **08/05/1950**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **30/01/1991**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **07:59:07** do dia **15/05/2019** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **34BC.B7A9.614D.3FA3**

Este documento não substitui o

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)

MAPFRE

16 JUL 2019

Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS – CPF, vedada a exigência por terceiros, salvo nos casos previstos na Legislação vigente.

Assinatura

HELDER LUIS HENRIQUES

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emitido em : 06/05/00

TEM FÉ PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 05133512

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

OAB

ASSINATURA DO PORTADOR

OBSERVAÇÕES

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

Nome
HELDER LUIS HENRIQUES

Nome
LUIS HENRIQUES
MARIA ALICE ALVES HENRIQUES

Naturalidade
CAMPINA GRANDE-PB

Data de Nascimento
03/11/1966

RG
1146062 - SSP/PB

CPF
550 584 124-34

Nome do pai
LUIS HENRIQUES

Nome da mãe
MARIA ALICE ALVES HENRIQUES

Data de Expedição
30/07/2014

UF
PB

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome
HELDER LUIS HENRIQUES

Nº de Inscrição
550584424-34

Data de Nascimento
03/11/66

16 JUL 2013

VALIDA EM TODO O TERRITORIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1.523.154 2ª via

DATA DE EXPEDIÇÃO 02 OUT 1996

NOME AMADEU MANOEL

FILIAÇÃO Anna Vicencia de Oliveira

NATURALIDADE Juazeirinho-PB.

DATA DE NASCIMENTO 08.05.1950

DOC ORIGEM Cert.Cas.nº2052.Fls.34.Liv.10
B.Cart. Juazeirinho-PB.

CPF 790291324-34.

São Paulo - PB

DIRETOR

LEI Nº 5.685 DE 20/08/71

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

DI/P.7

Não Doador de Orgãos e Tecidos

Amadeu Manoel

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MAPFRE

12 SET 2019

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

DATILOSCOPIA

RECEBIDO
24 ABR. 2018
CARTÓRIO REGISTRADOR
BANANEIRA

Gerado por Sinesp Infoseg
em 05/04/2019 08:57:22
Doc. Identificador: 2X037BEB-E272-4FF4-B755-9AF7FC35EC2A

Denatran - RENAVAM

Roubo/Furto
Não

Placa
KIR7362

Cor
VERMELHA

Renavam
00650084373

Combustível
GASOLINA

Situação do Veículo
CIRCULAÇÃO

Alarme
NÃO

Capacidade de Tração do Veículo
N/I

Potência do Veículo
0

Chassi - Nº Série
03479

Município - UF
TIMBAUBA - PE

Ano Fabricação/Ano Modelo
1996/1996

Cilindro
N/I

Capacidade de Passageiros
2

Espécie do Veículo
PASSAGEIRO

Quantidade de Eixos
N/I

Peso Bruto do Veículo
N/I

Cilindradas
124

Nº do Eixo Auxiliar Original
N/I

Marca/Modelo
HONDA/CG 125 TITAN

Chassi
9C2JC2500TR003479

Motor
JC25F-T003479

Tipo do Veículo
MOTOCICLETA

Categoria do Veículo
PARTICULAR

Capacidade de Carga do Veículo
N/I

Carroceria do Veículo
INEXISTENTE

Carroceria
N/I

Nº do Eixo Traseiro Original
N/I

Origem Possuidor 1	*Procedência* NACIONAL	*Registro Aduaneiro* N/I
Tipo de Documento do Proprietário FISICA	*Tipo de Documento do Proprietário Indicado* INEXISTENTE	*Tipo de Remarcação do Chassi* NORMAL
UF do Licenciamento PE	*UF do Faturado* PE	

Endereço do Possuidor

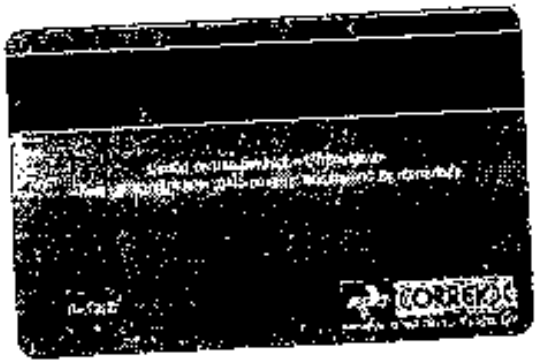
Nome PAULO JOSE DA CRUZ FERREIRA	*Origem Possuidor* PROPRIETARIO	*Documento Possuidor* FISICA
Nº Documento 06520981404	*Endereço nº* R JOSE HENRIQUE CAVACANTI 0016, N/I	*Complemento* CS
Bairro CENTRO	*Município - UF* LIMBALDA - PE	*CEP* 55970000

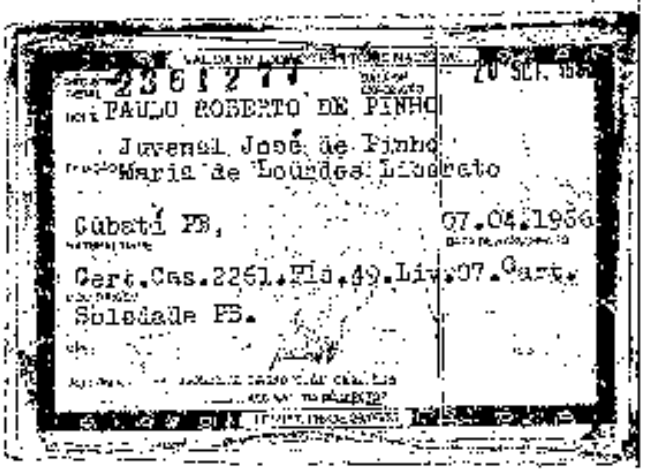
Documento do Veículo

Nome Proprietário PAULO JOSE DA CRUZ FERREIRA	*CPF/CNPJ do Proprietário* 86626981404	*Data da Baixa* N/I
Data da Declaração de Importação N/I	*Data da Última Atualização* 14/11/1996	*Data da Última Atualização MNL* N/I
Data de Emissão do Último CRV 14/11/1996	*Data Limite da Remição Tributária* N/I	*Nº Processo de Importação* N/I
Tipo Importação N/I	*Tipo Documento do Importador* INEXISTENTE	*Comunicação de Venda* Não
Leilão Não	*Multa RENAVAM* Sim	*Pendência de Emissão de CRV* Não
Restrições SEM RESTRICAO SEM RESTRICAO SEM RESTRICAO SEM RESTRICAO	*Restrição SFS* INEXISTENTE	*Recall* Não Não Não
Recall de Montadora Não	*Restrição RENAJUD* Não	*Gravame Financeiro* JURIDICA
Nº do Documento do Financiamento 40H648290001 57	*Nacionalidade do Importador* N/I	*Nº da Declaração de Importação* N/I
Nº do Documento do Arrendatário N/I	*Código de Declaração de Importação* INEXISTENTE	*Nome Arrendatário* N/I
Nº do Documento do Arrendatário N/I	*Nº de Identificação do Proprietário Indicado* N/I	*Origem do Proprietário Indicado* N/I
Data de Transferência INEXISTENTE	*Nome Possuidor* PAULO JOSE DA CRUZ FERREIRA	*Nº Documento Possuidor* 86626981404


CPF
053.956.334-05
PAULO ROBERTO DE PINHO


F.10.
Não Alfabetizado


CORREIOS


2361277
PAULO ROBERTO DE PINHO
Juvenal José de Pinho
Maria de Lourdes Lisboeto
Cubatí PB,
07.04.1956
Cert.Cas.2261.Fls.49.Liv.07.Cart.
Soledade PB.

Banco Postal

Extrato de Conta Corrente

Agencia : [illegible] JUAZEIRO-BA
Terminal : [illegible] Id.Trx. : 16571
Nro Aut : [illegible] Conta : [illegible]
Data : 13/03/2019 Hora : 10:58
(Horário de Brasília)

BANCO DO BRASIL S.A.

[illegible] 0324

EXTRATO CONTA CORRENTE PARA SIMPLES CONFERENCIA

AGENCIA: 2224-[illegible] CONTA [illegible]-[illegible]
CLIENTE: [illegible] PAUDEL

HISTORICO	DOCUM.	VALOR
27/02/2019		
Saldo Anterior		0,00C

NÃO HÁ LANÇAMENTOS

Saldo	0,00C
Juros *	0,00
Data de Debito de Juros	01/04/2019
IOF *	0,00
Data de Debito de IOF	01/04/2019

(*)Apurados de acordo com o somatório dos saldos devedores diários no mês anterior ao débito.

CREDITO BB-MELHOR IDADE*	15.981,00C

SALDO EM CONTA-SALARIO	0,00C
Linhas de Crédito	Credito*

Credito Novo

BB Crd Consig em Folha**	15.281,00
BB Crédito Benefício	2.711,00

Financiamentos de Bens/Serviços

BB Crediário/Construção	2.749,00

*VALORES DE REFERENCIA. Representam as melhores ofertas para você e estão sujeitas a confirmação no momento da contratação.
**Disponível após confirmação da margem pelo empregador.

ATENÇÃO
Pelo assinar o CONTRATO DE CDC. Voce pode fazer a adesão na INTERNET, nos CAIXAS ELETRONICOS ou em qualquer agencia BB.

OBSERVAÇÕES:

Serviço de Atendimento ao Consumidor - SAC
0800 729 0722

Correios

Correios

RECEBIDO

26 ABR. 20

SEMAFP

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190290408 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: AMADEU MANOEL **Data do acidente:** 14/09/2018 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO LEVE. P45
FRATURAS EXPOSTAS DO TORNOZELO E PÉ DIREITO COM ESMAGAMENTO. P36/51

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - AMPUTAÇÃO TRANSTIBIAL DO MEMBRO INFERIOR DIREITO. P36/51
ALTA.

Sequelas permanentes: DÉFICIT ANATÔMICO COMPLETO APÓS AMPUTAÇÃO TRANSTIBIAL DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: PERDA ANATÔMICA COMPLETA APÓS AMPUTAÇÃO TRANSTIBIAL DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 anatômica completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau intenso - 75 %	52,5%	R$ 7.087,50
		Total	**52,5 %**	**R$ 7.087,50**

PROCURAÇÃO

Outorgante: **AMADEU MANOEL**, brasileira, agricultora, com 68 anos, nascida em natural de Juazeirinho—PB,, filho de PAI NÃO DECLARADO e de ANA VICENCIA DE OLVIEIRA, RG Nº 1.523.154-SSP/PB, EXPEDIDA , CPF Nº 790.291.324-34 , Residente na no Sitio Pedra Dágua, zona rural - Juazeirinho-PB .

Outorgado: **HELDER LUIS HENRIQUES**, brasileiro(a), estado civil CASADO, profissão ADVOGADO, residente e domiciliado(a) à Rua LUIZA BEZERRA MOTTA., nº 950, bairro CATOLÉ, Município de CAMPINA GRANDE / PB, Estado de (o) PARAÍBA, CEP: 58.410.410, portador (a) do RG nº 1.146.062 - SSP/PB e CPF nº 550584424-34.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) **AMADEU MANOEL**, ocorrido em **14 de SETEMBRO de 2018**, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

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

JUAZEIRINHO - PB, 28 de FEVEREIRO de 2019.

Amadeu Manoel

Outorgante: **AMADEU MANOEL** CPF Nº **790.291.324-34**

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

Reconheço a Firma de Amadeu Manoel, Por semelhança e de
Em teste: E.R.B. da verdade dou fé
Juazeirinho, 14 de Março de 2019.
Tabelião Público
Selo Digital: [illegible]
Lei Estadual nº 10.132 de 06 de Novembro de 2013
Consulte a autenticidade em https://selodigital.tjpb.jus.br

FERNANDA PEREIRA DE ALBUQUERQUE
TABELIÃO DE NOTAS
JUAZEIRINHO-PARAÍBA

RECEBIDO
24 ABR. 2019
GRUPO SEGURADOR
BRASPREV