

Rio de Janeiro, 29 de Novembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200389482

Vítima: EWERSON OLEGARIO FERREIRA

Data do Acidente: 25/07/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), EWERSON OLEGARIO FERREIRA

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: EWERSON OLEGARIO FERREIRA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 237

Agência: 000003445-2

Conta: 000000005869-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel (DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECLUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☒ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3445 2 CONTA: 0005869 6 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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.

22 - 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 (Lei nº 5.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 5.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou netos/netas? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - 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.

34

Impressão digital ou assinatura beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, _____

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS



DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
5ª Delegacia Seccional de Polícia Civil
Delegacia de Comarca de Lucena



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



**GOVERNO
DA PARAÍBA**
Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00334.01.2020.1.05.101

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00334.01.2020.1.05.101, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 08:03 horas do dia 14 de outubro de 2020, na cidade de Lucena, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia de Comarca de Lucena, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Rubenita da Nóbrega Regis, matrícula 1356062, e lavrado por Alexandre José Nunes de Souto Lima, Agente de Investigação, matrícula 1573560, ao final assinado, compareceu **Ewerson Olegário Ferreira**, conhecido(a) por Ewerson, CPF nº 700.441.254-70, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Funcionário de Empresa Privada, filho(a) de Ana Maria Tolentino Olegário Ferreira e Alemberg Ferreira, natural de Campina Grande/PB, nascido(a) em 01/07/1998 (22 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Poeta Antônio Barbosa, Nº 56, complemento CASA, bairro Malvinas, tendo como ponto de referência Próximo da Escola Carlos Dumont, na cidade de Campina Grande/PB, telefone(s) para contato (83) 98805-6654.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua Manoel de Freitas Ramos, nº S/N, Via Pública, Próximo Ao Mercado Henrique, Campina Grande/PB, bairro Cruzeiro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 25/07/20 15:20h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.


Objeto(s) Envolvido(s):

(1) **Moto**, modelo CG 125 TITAN MIX KS, marca HONDA, tipo de veículo MOTOCICLETA, cor PRETA, ano 2010/2010, UF: PB, placa NPR-9484, chassi 9C2KC1610AR036072, renavam 20855645-1, características gerais: Demais Dados do Veículo No C.r.l.v.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUANDO ESTAVA PILOTANDO O VEÍCULO E NO LOCAL JÁ AMBOS DESCRITOS ANTERIORMENTE ACIMA, O VEÍCULO EM QUE ESTAVA FOI ATINGIDO POR UM FIO DA REDE ELÉTRICA QUE FOI ROMPIDO POR UM OUTRO VEÍCULO DO TIPO CAMINHÃO MUITO ALTO QUE NÃO IDENTIFICADO E NEM O CONDUTOR DO MESMO E QUE AMBOS SE EVADIRAM DO LOCAL DO ACIDENTE SEM PRESTAR QUALQUER TIPO DE ASSISTÊNCIA A VÍTIMA, E VEIO A CAIR E SE MACHUCAR SERIAMENTE, SENDO QUE FOI SOCORRIDO POR TERCEIROS PARA O HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES DA CIDADE DE CAMPINA GRANDE/PB, ONDE DEU ENTRADA PARA OS PRIMEIROS ATENDIMENTOS MÉDICOS EMERGENCIAIS E POSTERIORES PROCEDIMENTOS MÉDICOS CIRÚRGICOS PERTINENTES AO CASO, CONFORME LAUDO MÉDICO APRESENTADO NESTA DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL, POR ESTE MOTIVO VEIO ATÉ ESTA DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL PARA PODER REGISTRAR ESTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL PARA PODER TOMAR AS DEVIDAS PROVIDÊNCIAS LEGAIS JUNTO AOS ÓRGÃOS COMPETENTES DENTRO DAS NORMAS DA LEI. OBSERVAÇÃO: ESTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL TEM APENAS A VALIDADE DE TRINTA (30) DIAS A CONTAR DESTA DATA, PORÉM O MESMO PODERÁ SER REVALIDADO POR APENAS MAIS DUAS (02) VEZES EM QUALQUER DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DESTA ESTADO.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.


Governo do Estado da Paraíba
Sec. de Segurança Pública
Alexandre J. N. de Souto Lima
Comissão - *** 157 11.04.20

Procedimento Policial: 00334.01.2020.1.05.101

DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
5ª Delegacia Seccional de Polícia Civil
Delegacia de Comarca de Lucena



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

Lucena/PB, 14 de outubro de 2020.

ALEXANDRE JOSÉ NUNES DE SOUTO LIMA

Agente de Investigação

Governo do Estado da Paraíba
Sec. de Segurança Pública
Alexandre J. N. de Souto Lima
Comissário - Mat. 157.356-0

EWERSON OLEGÁRIO FERREIRA

Noticiante



CIVIL
PARAÍBA

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel (DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECLUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☒ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3445 2 CONTA: 0005869 6 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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.

22 - 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 (Lei nº 5.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 5.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou netos/netas? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - 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.

34

Impressão digital ou assinatura beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

BRABESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA:	25/11/2020
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	1.687,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EWERSON OLEGARIO FERREIRA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 03445-2

CONTA: 000000005869-6

Nr. Autenticação

BRABESCO2511202005000000000023703445000000005869168750 PAGO

desteto para simples pagamento a vista
fiscal conta de energia elétrica N° 007.618.952

Campina Grande / PB - CEP 58423-700
CNPJ 06.820.566/0001-05 Insc. Est. 16.003.833-1

DADOS DO CLIENTE:

JOSEFA GOMES DE FARIAS

RUA POE ANTONIO BARBOSA 56 58433-492
CAMPINA GRANDE



N° DA CONTA/UNIDADE CONSUMIDORA
4/83406-9

www.energisa.com.br @energisa



REFERÊNCIA
SET/2020



APRESENTAÇÃO
18/09/2020



CONSUMO
128 kWh



VENCIMENTO
25/09/2020



TOTAL A PAGAR
R\$ 105,61

BANCO DO BRASIL		001-9	00190.00009 03269.641001 00299.859173 1 83890000010561		
LOCAL DE PAGAMENTO PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL			VENCIMENTO 25/09/2020		
BENEFICIÁRIO ENERGISA BOREBOREMA DISTRIB DE ENERGIA SA ENDEREÇO AV DEPUTADO RAIMUNDO ASFORA, 4799 - TRES IRMAS - CAMPINA GRANDE / PB - CEP 58423-700			CPF 06.820.566/0001-05		
DATA DO DOCUMENTO 18/09/2020			Nº DOCUMENTO 000000000-2020-09-6	ESPECIE DO DS	ACRÉDITO N
			QUANTIDADE 17	ESPECIE R\$	QUANTIDADE N
INSTRUÇÕES: OS VALORES DA MULTA JUROS DE MORA POR ATRASO SÓ SERÃO COBRADOS NA PRIMEIRA FATURA APÓS O PAGAMENTO DESTA. TÍTULO SUJEITO A PROTESTO APÓS O VENCIMENTO. NÃO ACEITAMOS DEPÓSITO EM CONTA CORRENTE. CASO OCORRA, O MESMO NÃO QUITARÁ ESTA FATURA.			DATA DO PROCESSAMENTO 18/09/2020		
			VALOR 105,61		
PAGADOR JOSEFA GOMES DE FARIAS RUA POE ANTONIO BARBOSA 56 58433-492 BACARORQUILITA			CPF 031.746.814-64 CAMPINA GRANDE (AG: 401)		
			LUGAR DE EMISSÃO		



Ficha de Compensação



Estado da Paraíba
Prefeitura Municipal de Campina Grande - PB
Secretaria de Saúde do Município
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAMU Regional CG - 192



DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Declaramos para os devidos fins de direito que o **SAMU REGIONAL CG - 192** foi solicitado para prestar atendimento médico pré-hospitalar de urgência ao paciente conforme dados a seguir:

DATA:	22/07/2020	HORA:	15:16 HRS	ID Nº:	250106
NOME:	EMERSON OLIVEIRA FERREIRA				
OCORRÊNCIA:	ACIDENTE DE TRÂNSITO				
LOCAL:	RUA MANOEL DE FREITAS RAMOS - CRUZEIRO				
COMPLEMENTO:	PRÓXIMO AO NO. 400 - ALDEIA NOVA				
CIDADE:	CAMPINA GRANDE / PB				

DADOS DA REMOÇÃO

Paciente removido para o Hospital de Emergência e Trauma

Campina Grande, 31 de julho de 2020

Declarante e Assinatura
Coordenação Administrativa
SAMU REGIONAL CG - 192

01/08/2020

HTCG-Paraná Administrativo



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 56432-909
Data de Emissão: 01/08/2020 (R.E.) - Modelo 03

CNPJ: 08.778.268/0018-52

Data: 01/08/2020

NOME: Nattan Santos Rozendo De Oliveira



PARAÍBA
Governos de Estado

RESUMO DE ALTA

Nome do Paciente: EWERSON OLEGARIO FERREIRA

Data da Internação: 25/07/2020

Data da Alta: 01/08/2020

Registro: 2193753

Tempo de Permanência: -18469

Diagnóstico Inicial: FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA

Diagnóstico Final:

Principais Exames: NÃO

Cirurgia: OSTEOSSINTESE

Data:

Equipe:

Cirurgião: AMARO JORGE PINTO NETO

Aux 1: NATTAN ROZENDO

Aux 2: WAGNER LUIZ E DE ARAUJO

Aux 3:

Aux 4:

Anestesista:

Medicamentos: NÃO

Infecção F.O: NAO

Coleta de Material: NAO

Bacteriologia: NÃO

Anatomopatológico: NÃO

Resumo Clínico (História, Evolução, Terapêutica e Complicações): PACIENTE EM BEG, SEM ITNERCORRENCIAS

Orientações: ORIENTO A LAVAR BEM A FERIDA OPERATÓRIA, RETIRAR PONTOS COM 15 DIAS, EVITAR CARGA COM O MEMBRO CIRURGIADO, DADO CARTÃO DE RETORNO, DADO ATESTADO MPEDICO

Medicações para Casa: CIPROFLOXACINO, ARFLEX RETARD

Condições de Alta: Melhorado

Data: 01/08/2020

Assinatura/Carimbo
Nattan Santos Rozendo De Oliveira

RESPONSÁVEL: Nattan Santos Rozendo De Oliveira



SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

ATENDIMENTO URGÊNCIA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES - CNPJ: 08.778.268/0038-52

CLASS. DE RISCO: VERMELHO

Data: 25/07/2020

Atendente: acolhimento

Data: 25/07/2020

PACIENTE: EWERSON OLEGARIO

Nascimento: 01/07/1998

CEP: 58400002

SOLTEIRO

Sexo: M

Telefone: 99175906

Endereço: RUA RIACHUELO

Bairro: Campina Grande

Bairro: JARDIM PAULISTANO

Idade: 022

Bairro: JARDIM PAULISTANO

Nome da Mãe: ANA MARIA TOLENTINO

GABRIEL FERREIRA

CPF:

Profissão: ESTUDANTE

Identificador: MAE

Data de

CNS: 706908158252538

do Civil: Solteiro(a)

Atende: 25/07/2020

CONVÊNIO: SUS

Hora: 15:56:51

ACIDENTE DE MOTO QUEDA DE MOTO

Mecanismos do Trauma

Local da Lesão (identifique o local com o número correspondente ao lado)

1. Cabeça

2. Braço direito

3. Braço esquerdo

4. Pernas

5. Torço

6. Pescoço

7. Ombros

8. Mãos

9. Pernas

10. Cabeça

11. Braço direito

12. Braço esquerdo

13. Pernas

14. Torço

15. Pescoço

16. Ombros

17. Mãos

18. Pernas

19. Cabeça

20. Braço direito

21. Braço esquerdo

22. Pernas

23. Torço

24. Pescoço

25. Ombros

26. Mãos

27. Pernas

28. Cabeça

29. Braço direito

30. Braço esquerdo

31. Pernas

32. Torço

33. Pescoço

34. Ombros

35. Mãos

36. Pernas

37. Cabeça

38. Braço direito

39. Braço esquerdo

40. Pernas

41. Torço

42. Pescoço

43. Ombros

44. Mãos

45. Pernas

46. Cabeça

47. Braço direito

48. Braço esquerdo

49. Pernas

50. Torço

51. Pescoço

52. Ombros

53. Mãos

54. Pernas

55. Cabeça

56. Braço direito

57. Braço esquerdo

58. Pernas

59. Torço

60. Pescoço

61. Ombros

62. Mãos

63. Pernas

64. Cabeça

65. Braço direito

66. Braço esquerdo

67. Pernas

68. Torço

69. Pescoço

70. Ombros

71. Mãos

72. Pernas

73. Cabeça

74. Braço direito

75. Braço esquerdo

76. Pernas

77. Torço

78. Pescoço

79. Ombros

80. Mãos

81. Pernas

82. Cabeça

83. Braço direito

84. Braço esquerdo

85. Pernas

86. Torço

87. Pescoço

88. Ombros

89. Mãos

90. Pernas

91. Cabeça

92. Braço direito

93. Braço esquerdo

94. Pernas

95. Torço

96. Pescoço

97. Ombros

98. Mãos

99. Pernas

100. Cabeça

101. Braço direito

102. Braço esquerdo

103. Pernas

104. Torço

105. Pescoço

106. Ombros

107. Mãos

108. Pernas

109. Cabeça

110. Braço direito

111. Braço esquerdo

112. Pernas

113. Torço

114. Pescoço

115. Ombros

116. Mãos

117. Pernas

118. Cabeça

119. Braço direito

120. Braço esquerdo

121. Pernas

122. Torço

123. Pescoço

124. Ombros

125. Mãos

126. Pernas

127. Cabeça

128. Braço direito

129. Braço esquerdo

130. Pernas

131. Torço

132. Pescoço

133. Ombros

134. Mãos

135. Pernas

136. Cabeça

137. Braço direito

138. Braço esquerdo

139. Pernas

140. Torço

141. Pescoço

142. Ombros

143. Mãos

144. Pernas

145. Cabeça

146. Braço direito

147. Braço esquerdo

148. Pernas

149. Torço

150. Pescoço

151. Ombros

152. Mãos

153. Pernas

154. Cabeça

155. Braço direito

156. Braço esquerdo

157. Pernas

158. Torço

159. Pescoço

160. Ombros

161. Mãos

162. Pernas

163. Cabeça

164. Braço direito

165. Braço esquerdo

166. Pernas

167. Torço

168. Pescoço

169. Ombros

170. Mãos

171. Pernas

172. Cabeça

173. Braço direito

174. Braço esquerdo

175. Pernas

176. Torço

177. Pescoço

178. Ombros

179. Mãos

180. Pernas

181. Cabeça

182. Braço direito

183. Braço esquerdo

184. Pernas

185. Torço

186. Pescoço

187. Ombros

188. Mãos

189. Pernas

190. Cabeça

191. Braço direito

192. Braço esquerdo

193. Pernas

194. Torço

195. Pescoço

196. Ombros

197. Mãos

198. Pernas

199. Cabeça

200. Braço direito

201. Braço esquerdo

202. Pernas

203. Torço

204. Pescoço

205. Ombros

206. Mãos

207. Pernas

208. Cabeça

209. Braço direito

210. Braço esquerdo

211. Pernas

212. Torço

213. Pescoço

214. Ombros

215. Mãos

216. Pernas

217. Cabeça

218. Braço direito

219. Braço esquerdo

220. Pernas

221. Torço

222. Pescoço

223. Ombros

224. Mãos

225. Pernas

226. Cabeça

227. Braço direito

228. Braço esquerdo

229. Pernas

230. Torço

231. Pescoço

232. Ombros

233. Mãos

234. Pernas

235. Cabeça

236. Braço direito

237. Braço esquerdo

238. Pernas

239. Torço

240. Pescoço

241. Ombros

242. Mãos

243. Pernas

244. Cabeça

245. Braço direito

246. Braço esquerdo

247. Pernas

248. Torço

249. Pescoço

250. Ombros

251. Mãos

252. Pernas

253. Cabeça

254. Braço direito

255. Braço esquerdo

256. Pernas

257. Torço

258. Pescoço

259. Ombros

260. Mãos

261. Pernas

262. Cabeça

263. Braço direito

264. Braço esquerdo

265. Pernas

266. Torço

267. Pescoço

268. Ombros

269. Mãos

270. Pernas

271. Cabeça

272. Braço direito

273. Braço esquerdo

274. Pernas

275. Torço

276. Pescoço

277. Ombros

278. Mãos

279. Pernas

280. Cabeça

281. Braço direito

282. Braço esquerdo

283. Pernas

284. Torço

285. Pescoço

286. Ombros

287. Mãos

288. Pernas

289. Cabeça

290. Braço direito

291. Braço esquerdo

292. Pernas

293. Torço

294. Pescoço

Data da internação: 25/07/2020 Hora: 16:21:12

SUSSistema Ministério
Único de de
Saúde SaúdeLAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

2 - CNES

2362856

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

4 - CNES

2362856

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
EWERSON OLEGARIO FERREIRA

6 - Nº DA PRONTUÁRIO

2193753

7 - CARTÃO DO SUS
7069081582525388 - DATA DE NASCIMENTO
01/07/1998

9 - SEXO

Masculino ☒ Feminino ☐10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL
ANA MARIA TOLENTINO OLEGARIO FERREIRA

11 - ID

83

12 - Nº DE IDENTIFICAÇÃO

99175906

13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)
RUA RIACHUELO, 1552, JARDIM PAULISTANO14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
Campina Grande

15 - UF

PB

16 - CEP

58400002

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
DOR + LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM MSD18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
NECESSIDADE DE CIRURGIA19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)
RADIOGRAFIAS - EXAME FÍSICO20 - DIAGNÓSTICO INICIAL
FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIA

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARACTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO
(X) SUS () COPE29 - Nº DOCUMENTOS SUS DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
70430451462889630 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
FABIO MARCOS CRISPIM LIMA31 - DATA DE SOLICITAÇÃO
25/07/2020

32 - ASSINATURA E RUBRICA DO MEMBRO DO CONSELHO

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJECTO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - CNPJ EMPRESA

38 - Nº DO ROLHETE

39 - SÉRIE

40 - CNPJ DA EMPRESA

41 - CHOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESACOMPANHADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

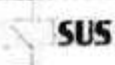
44 - CÓDIGO DE PROFISSIONAL

45 - Nº de AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

47 - Nº DOCUMENTOS SUS DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

Data da Internação: 25/07/2020 Hora: 16:21:12

 Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
Identificação do Estabelecimento de Saúde 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES		2 - CNES: 2362856	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES		4 - CNES: 2362856	
Identificação do Paciente 5 - NOME DO PACIENTE: EVERSON OLEGARIO FERREIRA		6 - N.º DO PRONTUÁRIO: 2193753	
7 - CARTÃO DO SUS: 706908158252538	8 - DATA DE NASCIMENTO: 01/07/1998	9 - SEXO: Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/>	
10 - NOME DA MÃE DE RESPONSÁVEL: ANA MARIA TOLENTINO OLEGARIO FERREIRA		11 - TELEFONE DE CONTATO: DDD 83 N.º 99175906	
12 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO): RUA RIACHUELO, 1552, JARDIM PAULISTANO			
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: Campina Grande		14 - CEP: 58400002	15 - UF: PB
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: DOR + LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM MSD			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: NECESSIDADE DE CIRURGIA			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): RADIOGRAFIAS + EXAME FÍSICO			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA		21 - CID 10 PRINCIPAL: 	22 - CID 10 SECUNDÁRIO:
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS: 			
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: 		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: 	
26 - CLÍNICA: 	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: URGÊNCIA	28 - DOCUMENTO (X) CNES () CPT: 	29 - N.º DOCUMENTO (CNES/CPT) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: 704304514628896
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: FABIO MARCOS CRISPIM LIMA		31 - DATA DO LAUDO: 25/07/2020	32 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DE REGISTRO DO CONSELHO):
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	36 - CNPJ DA SEGURADORA: 	37 - N.º DO BILHETE: 	38 - SÉRIE:
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	39 - CNPJ EMPRESA: 	40 - UNIDADE DA EMPRESA: 	41 - COOR:
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () EXPOSTO () NÃO SEGURO		
AUTORIZAÇÃO			
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 		44 - COD. ORGÃO EMISSOR: 	
45 - DOCUMENTO (X) CNES () CPT: 		46 - N.º DOCUMENTO (CNES/CPT) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 	
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 		48 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DE REGISTRO DO CONSELHO): 	
		49 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: 	

PEDIDO DE FATURAMENTO

NOME DO HOSPITAL

HOSPITAL DE TRIUNFO

CIDADE

C. GRANDE

TEL / FAX / E-MAIL

NOME DO PACIENTE

EMERSON OLIVEIRA FERREIRA

Nº DO PRONTUÁRIO

Nº AL. H

COD. PROCEDIMENTO

CONVÊNIO

373753

PROCEDIMENTO REALIZADO

TRAT. CIRUR. DE FRACT. DE CÂNDIDA ESQ

PRODUTO

REF.

QUANT.

COD. ROMP.

PLACA RES. METAL 3.5 x 17 FIBRA

01

PARAF. CORTICIS 3.5 x 14

03

PARAF. CORTICIS 3.5 x 15

03

DATA DA UTILIZAÇÃO

DATA DA COMUNICAÇÃO

MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

01/07/2020

Dr. Wagner Luiz Egídio de Azevedo

OBSERVAÇÕES

+ Dr. Nilton

CX 3.5 17 FIBRA 11/02/20

Dr. Wagner Luiz Egídio de Azevedo
CRM - PE 8925

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

Wagner + Nilton

HUECCG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES		ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO	
FOLHA DE ANESTESIA		NOME <i>Ewerson Olegário Ferreira</i>			IDADE <i>72</i>	SEXO <i>M</i>	COR <i>-</i>
DATA <i>21/09/20</i>	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	
TIPO SANGÜINEO	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	URÉIA	OUTROS	
AP. RESPIRATÓRIO <i>MM + R - Ausc</i>					ASMA	BRONQUITE	
AP. CIRCULATORIO <i>mm r</i>					ELETROCARDIOGRAMA		
AP. DIGESTIVO <i>Igual</i>	DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIO				
ESTADO MENTAL	ATARÁXICOS	CORTICOIDES	ALERGIA	HIPOTENSORES			
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					ESTADO FÍSICO	RISCO	
ANESTESIAS ANTERIORES							
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA				APLICADA AS	EFEITO		
AGEFIZES							INDUÇÃO
LÍQUIDOS							Satisf.: _____ Excit.: _____ Tosse: _____
CÓDIGOS							Laringo espasmo: _____ Lenta: _____
							Náuseas: _____ Vômitos: _____
VP. AF. 2							Outros: _____
TUAL: 0 - RESPIRAÇÃO							MANUTENÇÃO
1 - ANESTESIA: 0 - OPERAÇÃO							<i>1) Ind. de g. d. em 25</i>
							<i>2) b. h. e. l. o. i. g.</i>
							<i>3) Cp. g. b. m. z.</i>
							<i>4) D. c. d. u. g.</i>
							ANESTESIA SATISF.: Sim _____ Não _____
							Não, por quê? _____
							<i>5) Despertar 42</i>
							DESPERTAR
							Reflexos na SO: _____
							Obst.: _____ Co.: _____ Excit.: _____
							Náuseas: _____ Vômitos: _____
							Outros: _____
							<i>6) l. d. o. 27. 15 p</i>
							Com cânula: _____
							Paro o Leito Sim _____ Não _____
							CONDIÇÕES:
							<i>7) B. g. s. 57. 15 p</i>
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES							
POSICÃO							
AGENTES							
TÉCNICA	<i>B. h. e. l. o. i. g. b. r. e. n. t. l. v. e. e. c. h. a. n. i. l. a. s.</i>						
OPERAÇÃO	<i>est. c. d. e. a. d. e. P. h. e. d. e. d. i. l. a. t. a. r.</i>						
CIRURGIÕES							
ANESTESISTAS	<i>Amberto</i>						
COADJUVANTES							

Humberto de Almeida L. Filho
 ANESTESIOLOGISTA
 17.07.1966 - RQE-4583

Handwritten text at the top left.

Handwritten text at the top center.

Handwritten text below the top center.

Handwritten text below the top center.

Handwritten text below the top center.

Handwritten text on the left side.

Handwritten text on the right side.

Handwritten text below the left side.

Handwritten text below the left side.

Handwritten text below the left side.

Handwritten text below the right side.

Handwritten text in the middle.

Handwritten text on the right side.

Handwritten text on the right side.

Handwritten text on the right side.

Handwritten text on the right side.

Handwritten text on the right side.

Handwritten text on the right side.

Handwritten text on the right side.

Handwritten text on the right side.

Handwritten text on the right side.

Handwritten text on the right side.

Handwritten text on the right side.

Handwritten text on the right side.

Handwritten text on the right side.

Handwritten text on the right side.

Handwritten text on the right side.

Handwritten text on the right side.

Handwritten text on the right side.

Handwritten text on the right side.

Handwritten text on the left side.

Handwritten text on the left side.

Handwritten text on the left side.

Handwritten text on the left side.

Handwritten text on the left side.

Handwritten text on the left side.

Handwritten text on the left side.

Handwritten text on the right side.

Handwritten text on the right side.

Handwritten text on the right side.

Handwritten text on the left side.

Handwritten text on the left side.

Handwritten text on the right side.

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE:

Ewerson Olegario Ferreira Dn. 01/07/1998

QI LEITE Sala 05 CONVÊNIO SUS IDADE 22 anos REGISTRO 219.3753

CIRURGIA TP aneur. brat. de clavícula (E)

CIRURGIÃO Dr. Amaro + Dr. Wagner

ANESTESIA Bloqueio Plexo

ANESTESIA Dr. Humberto Dr. Natan

INSTRUMENTADORA

DATA

INÍCIO

FIM

31/07/2005 11:00 12:20

GOVERNO DA PARAIBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.	Calol. p/ Oxi.		Catgut cromado Serfix	
	Atropina amp.	Catet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Serfix	
	Diazepam amp.	Compressa Grande		Catgut cromado Serfix	
	Dimore amp.	Compressa Pequena		Catgut Simples	
	Dolanina amp.	Cotonóide		Catgut Simples Serfix	
	Efrane ml	Dreno		Catgut Simples Serfix	
	Fenegan amp.	Dreno Kerr nº		Catgut Simples Serfix	
	Fentanil ml	Dreno Penrose nº		Cera p/ osso	
	Inova ml	Dreno Pezzer nº		Ethibond	
	Ketalar ml	Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Mercalina 5/100 ml	Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Nubutina amp.	Equipo de Sangue		Fio de Algodão Serfix	
	Pavulon amp.	Equipo de PVC		Fio de Algodão Serfix	
	Protigmine amp.	Espandrapo Largo cm		Fio de Algodão Sutupak	
	Protóxido lfm	Furacim ml		Fio de Algodão Sutupak	
	Quelion ml	Gase Pacote c. 10 unidades		Fila cardiaca	
	Rapifen amp.	H.O. ml	02	Mononylon	2.0
	Thionembatal ml	Intracath Adulto		Mononylon	
	Tracrium amp.	Intracath Infantil		Prolene Serfix	
Qtd.	MEDICAÇÕES	Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Serfix	
02	Agua Destilada amp.	Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Serfix	
01	Decadron amp.	Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Serfix	
	Dipirona amp.	Luvas 7.0	01	Vicryl Serfix	01
	Flaxidol amp.	Luvas 7.5	01	Vicryl Serfix	03
	Flebocortid amp.	Luvas 8.0		Vicryl Serfix	
	Geramicina amp.	Luvas 8.5			
	Glicose amp.	Oxigênio lfm			
	Guçon de Cálcio amp.	Polifix			
	Haemacel ml	PVPi Degemante ml			
	Heparema ml	PVPi Topico ml	Qtd.	SOROS	
	Kanakion amp.	Sabão Antisséptico		SG Normotérmico fr 500 ml	
	Lasix amp.	Saco coletor		SG Gelado fr 500 ml	
	Metrohiazol	Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml	
	Pasli amp.	Seringa desc. 20 ml		SG Ring fr 500 ml	
	Prolamina	Seringa desc. 05 ml	01	SG fr 500 ml p/ lavar	
	Revivan amp.	Sonda			
	Stuptanon amp.	Sonda folley	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE	
	Cefalotina tg	Sonda Nasogátrica	01	Placa reconstrução c/ 3.5	
02	Clorpromazina	Sonda Uretral nº		+ Fim.	
02	Nubuprocaina	Sterydrem ml	05	Paraf. orbitais	
		Tomeirinha			
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES	Vaselina ml			
01	Agulha desc. 25x7	Gelcon 1.5			
	Agulha desc. 28 x 28	Latase			
	Agulha desc. 3 x 4.5	eletródios			
	Agulha p/ raque nº				
015	Alcool de Enfermagem				
	Alcool Iodado ml				
02	Ataduras de Crepon				
	Ataduras de Gessada				
	Azul metilado amp.				

EQUIPAMENTOS

- + Oxímetro de Pulso
- + Serra
- + Desfibrilador
- + Foco Frontal
- + Fonte de Luz
- + Foco Auxiliar
- + Eletrocautério
- + Oxícapnógrafo
- + Cardiomonitor
- + Perfurador Elétrico



FICHA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA () ELETIVA () URG/EME

E: Enfermagem Operatório Enfermagem IDADE: _____
 E CHEGADA NO CC: _____ HORA: _____
 GUA PROGRAMADA: _____ CIRURGIÃO RESPONSÁVEL: _____

ACOLHIMENTO

TADO GERAL: () GRAVE () COMPROMETIDO () REGULAR () BOM
 REPARO: () JEJUN TEMPO DE JEJUN: 12 h () RETIRADA DE PRÓTESES () RETIRADA DE ADORNOS
 ACESSO VENOSO: () SIM () NÃO () AVP () AVC LOCAL: A18C
 VENTILAÇÃO: () AR AMBIENTE () M.V. () INTUBADO () TQT
 ANTECEDENTES: () HIPERTENSÃO () DIABETES () DOENÇA RENAL () AVC () MARCAPASSO () CONVULSÃO
 () TABAGISTA
 () ISOLAMENTO DE: 11/80 DEVIDO À: _____
 MEDICAÇÕES DE USO CONTÍNUO: () SIM () NÃO NOMES: _____
 RESERVAS SANGÜÍNEAS: () SIM () NÃO () CONC. HEMÁCIAS () PLASMA () PLAQUETAS
 () CRIOPRECIPITADO
 CIRURGIAS ANTERIORES: _____ QUANDO: _____
 EXAMES: () RISCO CIRÚRGICO () EX. LAB. () HUAIO-X () USG HSC () TOMOGRAFIA
 PRE-OPERATÓRIOS: TERMO DE CONSENTIMENTO: () PARA CIRURGIA () NSA () OUTROS: _____
 NECESSITA DE MARCAÇÃO DE LATERALIDADE: () SIM () NÃO LOCAL: _____ () PACIENTE NÃO CONTACTUA OU NÃO CONSEGUE RESPONDER AS PERGUNTAS
PRIMEIRA ETAPA DO CHEKLIST DE CIRURGIA SEGURA
 O PACIENTE CONFIRMA: () IDENTIDADE () LOCAL DO PROCEDIMENTO
 () PROCEDIMENTO A SER REALIZADO ALERGIAS CONHECIDAS: () NÃO
 () SIM, DEVIDO A: diapirone
 () CHEGAGEM DE MATERIAL DE ANESTESIA RISCO DE VIA AÉREA DIFÍCIL: () NÃO () SIM
 () EQUIPAMENTOS DE MONITORIZAÇÃO MATERIAL NECESSÁRIO EM S.O.: () NÃO () SIM
 RISCO: PERDA SANGÜÍNEA > 500ML (7ML/KG EM CRIANÇA): () SIM () NÃO () MATERIAL DISPONÍVEL EM S.O DENTRO DAS NORMAS DE ESTERILIZAÇÃO
 OBSERVAÇÕES: ob. de q. a. Diapirone ACOLHIDO POR: Enfermagem 436735
 CIRURGIÃO: _____

TRANSOPERATÓRIO

CIRURGIÃO: Dr. Amara AUXILIAR: Dr. Amara (2º) + Dr. Nilton SALA: 03
 ANESTESIOLOGISTA: Dr. Humberto ANESTESIA: Diapirone
 CIRCULANTE: Enfermagem
 POSICIONAMENTO: () DECUBITO DORSAL () DECUBITO VENTRAL () DECUBITO LATERAL () LITOTÔMICA () GENUPEITORAL () OUTRAS: _____
 PLACA DE BISTURI: () SIM () NÃO LOCAL: Enfermagem
 EQUIPAMENTOS: () BISTURI ELÉTRICO () MICROSCÓPIO () TORRE VDL () ARCO CIRÚRGICO () LASER () OUTROS: _____
 USO DE COXINS: () SIM () NÃO LOCAL: _____
SEGUNDA ETAPA DO CHEKLIST DE CIRURGIA SEGURA
 () TODOS OS MEMBROS DA SALA SE CONHECEM () NOME DO PACIENTE
 () PASSOS CRÍTICOS DA CIRURGIA; DURAÇÃO ESTIMADA: 01h () CIRURGIA PROGRAMADA
 () PREOCUPAÇÕES EM RELAÇÃO A ANESTESIA () PROFILAXIA ANTIMICROBIANA COM
 () LOCAL DO PROCEDIMENTO () EXAMES ESSENCIAIS DISPONÍVEIS DA S.O.
MEDICAMENTOS ADMINISTRADOS PELO ANESTESISTA
 HORA: 11:00 Propofol 50 mg HORA: _____
 HORA: 11:00 Vena + Propofol 50 mg HORA: _____
 HORA: 11:00 Novorcion, Naloxon HORA: _____
 HORA: _____ HORA: _____

HORÁRIO	PA	F.C	SPO2
ADMISSÃO NA S.O.: <u>11:00</u>	<u>135 x 70</u>	<u>52</u>	<u>99%</u>
FIM DA CIRURGIA: <u>12:00</u>	<u>150 x 100</u>	<u>94</u>	<u>96</u>

PROCEDIMENTOS

REALIZADO POR:

DRENOS E CANULAS

() TOT n.º () JSG n.º () SNE n.º
 () ACESSO CENTRAL TIPO: _____ LOCAL: _____
 () AVP: _____ CATETER N.º _____
 () PAM CATETER N.º _____ LOCAL: _____
 () SVD n.º _____ BALÃO COM _____ ml ABD () JVA
 () PENROSE LATEX () PENROSE SILICONE
 () WATERMAN () BLAKE
 () GUEDEL () SUCCÃO
 () DRENO TORACICO () DRENO DE MEDIASTINO
 () IRRIGAÇÃO VESICAL

TERCEIRA ETAPA DO CHEKLIST DE CIRURGIA SEGURA

() NOME DO PROCEDIMENTO Tto. cirurg. Frot. clau. vena () CONTAGEM DE COMPRESSAS
 () ALGUMA PREOCUPAÇÃO EM RELAÇÃO A RECUPERAÇÃO DO PACIENTE. () MATERIAIS PARA EXAMES () NÃO () SIM
 QUAL: _____

CLEAN

Leito: 5-1

Date: 3/10/21/20

[illegible]



Somos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

Data da Impressão: 31/07/2020
Horas da Impressão: 12:15:19
Médico (a) Diarista: Nattan Santos Rozendo De Oliveira

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 2193753 Paciente: EWERSON OLEGARIO FERREIRA Idade: 022
Nome da Mãe: ANA MARIA TOLENTINO OLEGARIO FERREIRA Data de Nascimento: 01/07/1998 Sexo: M
Clínica: UCP Enfermaria: 5 Leito: 1 Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA

DIA 31/07/2020

Item	Prescrição	Apazamento
1	DIETA LIVRE	OK
2	SORO RINGER COM LACTATO 500ML E.V. 01 FRASCO 24/24 HORAS	OK
3	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. 01 FRA AMP. 12h/12h 00/20 Reconstituir 10 ML ABD. Diluir em 100 ML SF	OK OK
4	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 01 AMPOLA. 8h/8h	OK OK OK
5	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1 AMPOLA. 8h/8h	OK OK OK
6	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	OK
7	CURATIVOS 12h/12h	OK

9.



PARAÍBA
Universidade do Estado

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 01/08/2020

Horas: 09:41:06

Médico(a) Dentista: Nattan Santos Rozendo De Oliveira

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 2193753 Paciente: EWEYSON OLEGARIO FERREIRA Idade: 022 Sexo: M

Nome da Mãe: ANA MARIA TOLENTINO OLEGARIO FERREIRA Data de Nascimento: 01/07/1998 Admissão: 25/07/2020 DHI: 7

Clinica: UCP Enfermaria: 5 Leito: 1 Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA

DE 01/08/2020

MÉDICO(A): Nattan Santos Rozendo De Oliveira /

Item	Prescrição	Apresentação
1	DIETA LIVRE	
2	SORO RINGER COM LACTATO 500ML E.V. 01FRASCO 24/24HORAS CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. 01FRA AMP 12h 12h ID: 2D	
3	Reconstituir 10 ML ABID. Diluir em 100 ML SF	
4	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 01AMPOLA, 8h 8h	
5	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 8h 8h	
6	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
7	CURATIVOS 12h 12h	

EVOLUÇÃO

DATA: 01/08/2020 HORA: 09:40:19

PACIENTE SUBMETIDO A OSTEOSINTESE DEVIDO A FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA, SEM INTERCORRENCIAS
CD: ALTA HOSPITALAR VIDE RESUMO DE ALTA

ASSINATURA + CARIMBO

Nattan Santos Rozendo De Oliveira

L. J. ...

[illegible]

10/10/10

24 JUL 2020

1755

TÍTULO DO PACIENTE

Centro cirúrgico _____
 () Alta hospitalar / () A revelia
 X () Recisão Médica
 () Recisão Cirúrgica

Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL.

Don't know of C. pennsylv.

Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

1. 198/complete-math-class/du77w3a=21697428-tutorial-2020-07-25&homework=15147101

2/3

SERVICIOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEJIMENTO

093

LOAD

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100



MINISTÉRIO DO TRABALHO
E EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

153.15284.42-9

6390274

0050

PB

Ewerson Olegário Ferreira

ASSINATURA DO TITULAR



QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO



EWERSON OLEGÁRIO FERREIRA

FILIAÇÃO: ANA MARIA TOLENTINO OLEGÁRIO FERREIRA

NASCIMENTO: 03/07/1990

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

NATURALIDADE: CAMPINA GRANDE - PB

DOCUMENTO: R.O. - 3055187 - 13052000 - SSDS - PB

LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995

CPF: 700.441.254-70

TÍT. ELEITOR:

CMH: ZONA:

LOCAL DE EMISSÃO: SUE CAMPINA GRANDE - CAMPINA GRANDE

DATA DE EMISSÃO: 24/02/2017

[Assinatura]

ASSINATURA DO TITULAR

25/17 6390274 60-12

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETTRAN - PB
CERTIFICAÇÃO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

1 013713555574 2010

WILLIAN MESSIAS DA SILVA ARAUJO

FATOS - PB

06054882000154 NFR9484

NOVO / PB 9C2KC1610AR036072

2010 / 0149CL PARTIC PRETA

HONDA/CG 150 TITAN MIX RS 2010 2010

2010 / 0149CL PARTIC PRETA

12VA 2010 QUITADO

1 12VA 2010 QUITADO

2 12VA 2010 QUITADO

3 12VA 2010 QUITADO

AL FID. BANCO HONDA SA

26/04/10

Cherise Andrew Sobrinho Ribeiro

26/04/10

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETTRAN - PB
CERTIFICAÇÃO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

1 013713555574 2010

WILLIAN MESSIAS DA SILVA ARAUJO

FATOS - PB

06054882000154 NFR9484

NOVO / PB 9C2KC1610AR036072

2010 / 0149CL PARTIC PRETA

HONDA/CG 150 TITAN MIX RS 2010 2010

2010 / 0149CL PARTIC PRETA

12VA 2010 QUITADO

1 12VA 2010 QUITADO

2 12VA 2010 QUITADO

3 12VA 2010 QUITADO

AL FID. BANCO HONDA SA

26/04/10

Cherise Andrew Sobrinho Ribeiro

26/04/10

INFORMAÇÕES SOBRE O VEÍCULO

NPR9484**2010**

[Imprimir Consulta](#)**NPR9484****PASSA / MOTOCICLET****ALCO/GASOL****HONDA/CG 150 TITAN MIX
K****2010****2010****PARTICULAR PRETA****30/06/2020****ALIENACAO FIDUCIARIA****PATOS****16/10/2020**Último Licenciamento: **2010**

Proprietário: *****

Placa: **NPR9484**Combustível: **ALCO/GASOL**Marca/Modelo: **HONDA/CG 150 TITAN MIX K**Espécie/Tipo: **PASSA / MOTOCICLET**Ano de Fabricação: **2010**Ano Modelo: **2010**Categoria: **PARTICULAR**Cor Predominante: **PRETA**Vencimento Licenciamento: **30/06/2020**

Observação:

Restrição: **ALIENACAO FIDUCIARIA**

Financeira: #####

Município: **PATOS**Situação: **IMPEDIMENTO ADMINIST**Data da Consulta: **16/10/2020**

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200389482 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EWERSON OLEGARIO FERREIRA **Data do acidente:** 25/07/2020 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/11/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA À ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO ESQUERDO.

**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 completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200389482 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EWERSON OLEGARIO FERREIRA **Data do acidente:** 25/07/2020 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/11/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA À ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO ESQUERDO.

**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 completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0309195/20

Vítima: EWERSON OLEGARIO FERREIRA

CPF: 700.441.254-70

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

Data do acidente: 25/07/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: EWERSON OLEGARIO FERREIRA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

EWERSON OLEGARIO FERREIRA : 700.441.254-70

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 29/10/2020
Nome: EWERSON OLEGARIO FERREIRA
CPF: 700.441.254-70

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/10/2020
Nome: IVANEIDE DE PAIVA FREIRE
CPF: 930.630.914-72

EWERSON OLEGARIO FERREIRA

IVANEIDE DE PAIVA FREIRE