

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANÇA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 27/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

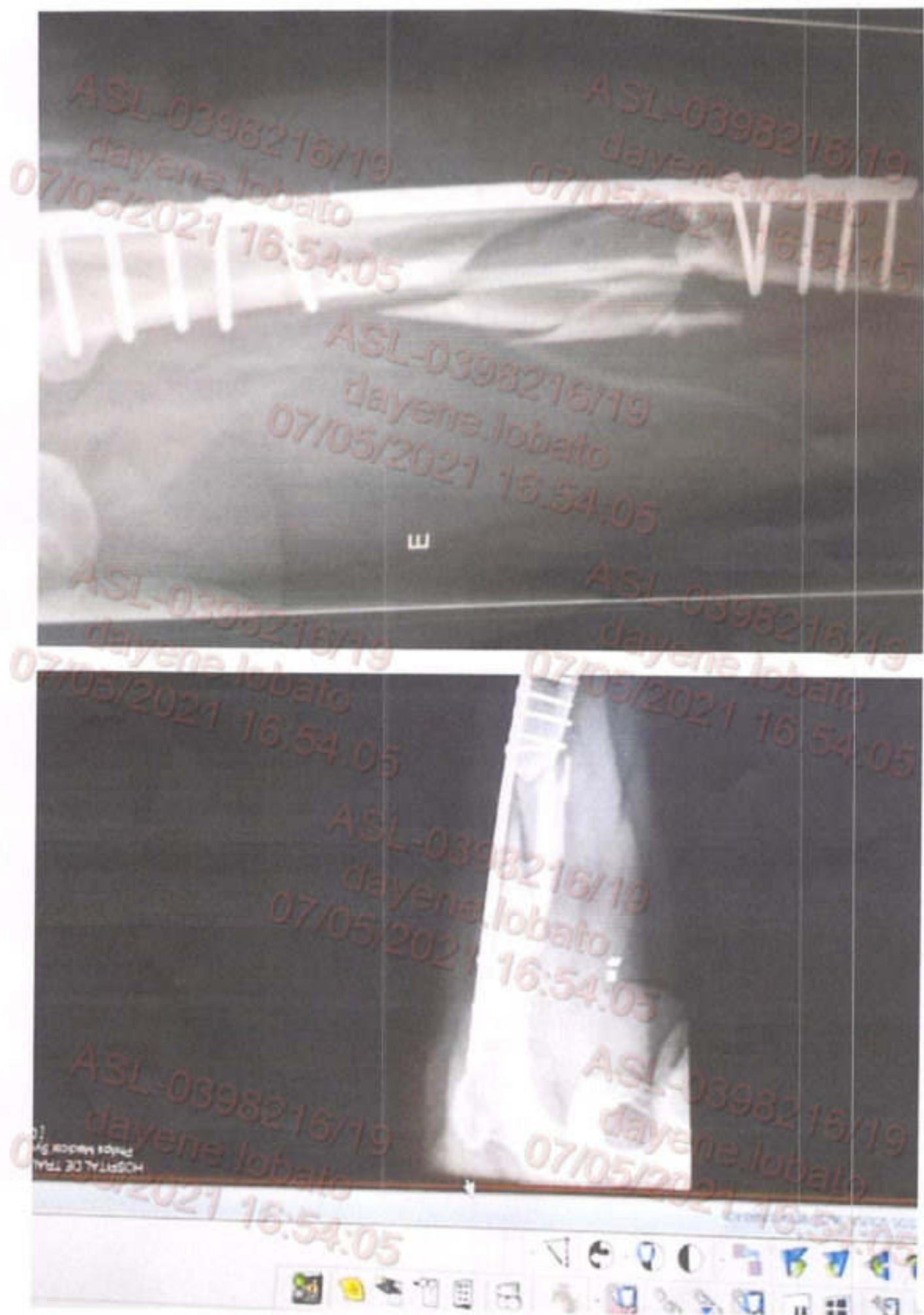
CLIENTE: NAILSON PROCOPIO DA SILVA

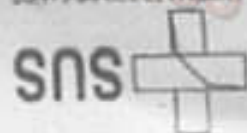
BANCO: 001

AGÊNCIA: 01149-5

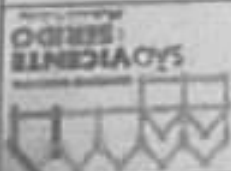
CONTA: 000010025399-7

Nr. da Autenticação F7D718B45CE58711





SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
REQUISIÇÃO DE EXAMES



(BPA-C / BPA-I)

UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇO (UPS):

NOME: UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE - PSF III - SÉRIOD

CNPJ: 08.916.124/0001-23

BAIRRO: CENTRO

CEP: 58158-000

UF: PB

MUNICÍPIO: SÃO VICENTE DO SÉRIOD

ENDEREÇO: RUA SÉRIOD

CODIGO DA UNIDADE: 236144

PACIENTE:

IDADE:

DOCUMENTO:

CEP:

BAIRRO:

UF:

ESTADO:

CNS:

DATA DO ATENDIMENTO:

SEXO:

RACA/COR:

CARATER DO ATENDIMENTO:

DADOS CLÍNICOS

MATERIAL A EXAMINAR

EXAMES SOLICITADOS

PROFISSIONAL

CARIMBO E ASSINATURA DO PROFISSIONAL

CNS

CBO

ASSINATURA DO PACIENTE

CARIMBO E ASSINATURA DO PACIENTE

ASS DO REVISOR TÉCNICO - carimbo

ASS DO REVISOR ADMINISTRATIVO - carimbo

NECESSARIO
CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS
07/05/2019
dayene.lopes
0398216/19
SORIA
REGUROS

DIA 05/05/2019
MEDICO(A): Tannier Gomes De Moraes /

Nome da Mãe: MARIA TEREZA EVANGELISTA SILVA
Data de Nascimento: 15/06/1981
Sexo: M

Nº do prontuário: 1889529 Paciente: NAILSON PROCOPIO DA SILVA Idade: 037

DADOS DO PACIENTE:

PRESCRIÇÃO MÉDICA

GOVERNO
DA PARAIBA

Medico (a) Dentista : Tammier Gomes De Moraes

VCA

AILSON PROCÓPIO DA SILVA, 11/06/2019 (UNREAD)

ASL-0398216/19
dayene lobato
07/05/2021 16:54:05

ASL-0398216/19
dayene lobato
07/05/2021 16:54:05

ASL-0398216/19
dayene lobato
07/05/2021 16:54:05

ASL-0398216/19
dayene lobato
07/05/2021 16:54:05

ASL-0398216/19
dayene lobato
07/05/2021 16:54:05

ASL-0398216/19
dayene lobato
07/05/2021 16:54:05

ASL-0398216/19
dayene lobato
07/05/2021 16:54:05

ASL-0398216/19
dayene lobato
07/05/2021 16:54:05





ASL-0398216/19
dayene.lobato
07/05/2021 16:54:05

ASL-0398216/19
dayene.lobato
07/05/2021 16:54:05

ASL-0398216/19
dayene.lobato
07/05/2021 16:54:05

ASL-0398216/19
dayene.lobato
07/05/2021 16:54:05

ASL-0398216/19
dayene.lobato
07/05/2021 16:54:05





LIBERAÇÃO DE LEITO

Nome do Paciente: NAILSON PROCOPIO DA SILVA

Data da Internação: 04/05/2019

Data da Alta: 12/05/2019

Registro: 1889529

Tempo de Permanência: -18021

Diagnóstico Inicial: 0408050500

Diagnóstico Final:

Principais Exames: EXAME CLINICO + RADIOLOGICO

Cirurgia: OSTEOSINTESE

Data: 09/05/2019

Equipe:

Cirurgião: ELDIMAN SOARES DE ARAUJO

Aux 1: EVERLAN DA SILVA MEIRA

Aux 2: WAGNER LUIZ

Aux 3:

Aux 4:

Anestesiista: ANA DULCE DE SOUZA LIMA

Medicamentos: CEFTRIAXONA

Infecção F.O: NAO

Coleta de Material: NAO

Bacteriologia: NAO

Anatomopatológico: NAO

Resumo Clínico (História, Evolução, Terapêutica e Complicações): PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO, COM FRATURA DOS OSSOS DA PERNA, ADMITIDO PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO.

Orientações: - PRESCREVO CIPROFLOXACINO + DEOCIL SL + ARFLEX RETARD. - ENCAMINHO À FISIOTERAPIA. - ENCAMINHO AO AMBULATÓRIO DE EGRESSOS PARA RETORNO. - FORNEÇO ATESTADO MÉDICO. - ORIENTAÇÕES GERAIS + ORIENTO RETORNO IMEDIATO SE INTERCORRÊNCIAS. - ALTA HOSPITALAR.


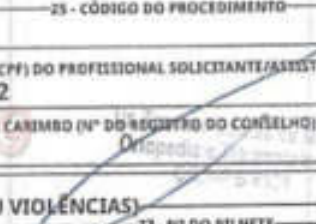
Dieta:

Medicações para Casa:

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

Retorno ao Ambulatório de : em : para retirada de pontos

Data da internação: 04/05/2019 Hora: 23:50:45

 SUS		Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
Identificação do Estabelecimento de Saúde					
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE				2 - CNES	
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES				2362856	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE				4 - CNES	
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES				2362856	
Identificação do Paciente					
5 - NOME DO PACIENTE				6 - Nº DO PRONTUÁRIO	
NAILSON PROCOPIO DA SILVA				1889529	
7 - CARTÃO DO SUS		8 - DATA DE NASCIMENTO		9 - SEXO	
160621727900000		15/06/1981		Masc <input checked="" type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/>	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL				11 - TELEFONE DE CONTATO	
MARIA TEREZA EVANGELISTA SILVA				Nº DE TELEFONE 83 999618218	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)				13 - CID 10E MUNICIPAL - 15 - UF	
PROJETADA, 0, CENTRO				251540 PB	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA				16 - CEP	
Seridó				58158000	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS					
Dor e limitação funcional perna @ Rx Fx ossos da perna @					
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO					
Neurite de Hto envj					
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)					
Exame físico + Rx					
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL		21 - CID 10 PRINCIPAL		22 - CID 10 SECUNDÁRIO	
Fx ossos da perna @					
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS					
PROCEDIMENTO SOLICITADO					
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO				25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
26 - CLÍNICA		27 - CARATER DA INTERNAÇÃO		28 - DOCUMENTO	
at.		02		(X) CNS () CPF	
29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE				30 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	
980016294174142				980016294174142	
31 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE				32 - DATA DA SOLICITAÇÃO	
TAMMER GOMES DE MORAIS				04/05/2019	
33 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)				34 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
					
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)					
35 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO		36 - CNPJ DA SEGURADORA		37 - Nº DO BILHETE	
38 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO					
39 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		39 - CNPJ EMPRESA		40 - CNAE DA EMPRESA	
				41 - CBOR	
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA		() AUTÔNOMO		() DESEMPREGADO	
() EMPREGADO		() EMPREGADOR		() APOSENTADO	
				() NÃO SEGURADO	
AUTORIZAÇÃO					
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - COD. ORGÃO EMISSOR		45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
46 - DOCUMENTO		47 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
() CNS () CPF					
49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)		50 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)		51 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	

NAILSON PROCOPIO DA SILVA
M.1966172
SI:2

Desc. do estudo: Tibia/Fíbula
Desc. da série: Tibia/Fíbula

31-21

ASL-0398216/19
dayene lobato
07/05/2021 16:54:05

ASL-0398216/19
dayene lobato
07/05/2021 16:54:05

ASL-0398216/19
dayene lobato
07/05/2021 16:54:05

ASL-0398216/19
dayene lobato
07/05/2021 16:54:05

ASL-0398216/19
dayene lobato
07/05/2021 16:54:05

ASL-0398216/19
dayene lobato
07/05/2021 16:54:05

ASL-0398216/19
dayene lobato
07/05/2021 16:54:05

ASL-0398216/19
dayene lobato
07/05/2021 16:54:05

PRODUTOS E SERVIÇOS DA SILVA 13/08/2019 (UNIFREAD)

NAILSON PROCCPIO DA SILVA
M.1986172
SI:2
Desc. do estudo: Tibia/Fíbula
Desc. da série: Tibia/Fíbula
<1-2>

ASL-0398216/19
dayene lobato
07/05/2021 16:54:05

ASL-0398216/19
dayene lobato
07/05/2021 16:54:05

ASL-0398216/19
dayene lobato
07/05/2021 16:54:05

ASL-0398216/19
dayene lobato
07/05/2021 16:54:05

ASL-0398216/19
dayene lobato
07/05/2021 16:54:05

ASL-0398216/19
dayene lobato
07/05/2021 16:54:05

ASL-0398216/19
dayene lobato
07/05/2021 16:54:05

Rel exp rel raio X 743

70C

HOSPITAL EMERGENCIA TRAUMA DE CAMPINA GRANDE

Nome do Paciente: NAILSON PROCOPIO

Data da Cirurgia 09/05/2019

CNS

Enfermaria 1

Leito 4

Prontuário

Cirurgião: Dr. ELDIMAN

1º Auxiliar: DR EVERLAN

2º Auxiliar DR WAGNER

Instrumentador THIAGO

Anestesiologista: DRA ANA DULCE

Anestesia:

Diagnóstico Pré-operatório: FX TIBIA E

Tipo de Cirurgia: OSTEOSINTESE

Diagnóstico Pós-operatório: O MESMO

Relatório Imediato do Patologista NÃO HOUVE

Exame Radiológico no Ato: SIM

Acidentes Durante a Cirurgia: NÃO HOUVE

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

- 01- PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB ANESTESIA
- 02- ASEPSIA E ANTISEPSIA MIE
- 03- COLOCAÇÃO DE CAMPOS CIRURGICOS ESTÉREIS
- 04- LIMPEZA E DESBRIDAMENTO CIRURGICOS
- 05- REDUÇÃO INCRUENTA + FIXACAO FIXADOR EXTERNO LINEAR
- 06- SFD.9% + DESBRIDAMENTO
- 07- CURATIVOS

ELDIMAN FORTES DE ARAUJO
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
CRM-PB. 6960 TEOT: 11502





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



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº-1889501 CLASS. DE RISCO: VERMELHO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52 Data: 04/05/2019
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-009
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Alcadente: TIGIANA VERNICA SILVA Coutinho

PACIENTE: NAILSON PROCOPIO DA CEPE-58158000 Nascimento: 15/06/1981

SILVA Telefone: 999518218

Endereço: PROJETADA Bairro: CENTRO

Cidade: Seridó N°0

Nome da Mãe: MARIA TEIHEZA EVANGELISTA Profissão:

SILVA CPF:

Responsável: Data de

Estado Civil: Casado(a) Atend: 04/05/2019

Motivo: ACIDENTE DE CARRO Hora: 22:49:49

Médico: CRM:

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

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

1. Abração 19. Fratura óssea fechada

2. Amputação 20. Fratura óssea aberta

3. Anúlio 21. Hematoma

4. Contusão 22. Injúria de Vencido

5. Crepitação 23. Laceração

6. Dor 24. Lesão tendinosa

7. Edema 25. Luxação

8. Empalme 26. Mordedura

9. Enfisema subcutâneo 27. Movimento torácico paradoxal

10. Emagrecimento 28. Objeto Enfiado

11. Equimose 29. Otiorragia

12. F. Alma branca 30. Paralisia

13. F. Alma de fogo 31. Parestia

14. F. Coriúzo 32. Parestia

15. F. Cortante 33. Queimadura

16. F. Corto-contato 34. Rinorréia

17. F. Perfuro-contato 35. Sinais de infecção

18. F. Perfuro-cortante 36.

OBS:

QUEIMADURA:

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

DIGNOSTICO / CID:

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

10.1.1.145/projetohctg/impurgencia.php?contar=1889501

1/2

EXAME PRIMÁRIO - DADOS - ANICOS

Paciente vítima de colisão carro-carro por volta de 7h de manhã, sem uso de cinto de segurança. Batida na lateral do acidente. Equipe do SAM que estava no local.

No exame, EG regular, consciente e orientado, eupneico, albolado; no trato do

ALERGIA: - A: via aérea patológica; com ceto cetona

MEDICAMENTOS: - B: m (+) em 111, 51/12

PAILOGIAS: - C: sem sinais de sangramento ativo

EXAME FÍSICO: - D: cianótico, orientado, alcoolizado

PUPILAS: - E: MIE imobilizado

Glasgow 15 PA HGT: 5a102

Observações: plano de emergência, indolente

ULTRASSONOGRAFIA

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais () Ultrassonografia:

() Gasometria arterial () Radiografias:

() Tomografia Computadorizada ()

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: NCR, ortopedias 23:50 Dia 04/05/19

Especialista: 1 às 1 Dia 1/1

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

PRESCRIÇÕES E CONDUTAS

HORÁRIO REALIZADO

1 SRL 500ml EV

2 Iplaga - 2 amp + 40 EV

3 Tilatil 40 - 1 amp + 40 EV

5

6

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

1/2



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

EVOLUÇÃO FISIOTERAPÊUTICA

Paciente	Prontuário	Ala	Leito	Enfermeira
Nubem Pires da Silva	1889528	Clinico 1	4	2
Data	Hora	Data	Hora	
07/05/19		08/05/19	14:40	
<p>Paciente relata acidente automobilístico em 04/05, com diagnóstico de fratura das omes da perna e do tornozelo esquerdo (imobilização por tala gipsada em tornozelo, perna e fêmur Esg. & fraca musculação de quadriceps e gnao 4. Conduta: Fletão de ombros (3x10), tuerça glab de MTD (3x10) elevação da perna estendida ativa-variada (45°) (3x10) e orientação para mobilidade funcional. T+T</p> <p>Paciente colaborativo, sem queixas e Con- cluta, realignada em internações.</p> <p>Atb Danuila Firmine _____</p>				
<p>Marina Medeiros Fisioterapeuta CREFIO 20153-1</p> <p>Yago Gomes de Farias Fisioterapeuta CREFIO 20143-1</p>				



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

[illegible]

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

[illegible]



GOVERNO
DA PARÁ

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

EVOLUÇÃO FISIOTERAPÊUTICA

Paciente	Prontuário	Ala	Leito	Enfermaria
Nailson Procopio de Silva		Ortopedia 5	4	2
Data	Hora	Data	Hora	
10/05/19	Manhã			
<p>Análises: Paciente em FOP e Tilióide boretila diagnóstica fratura dos ossos da perna esquerda: HIA: Paciente sobre um gesso e antitrombotico encontrado pelo SPMD, repizem cirurgia e isto com fixador externo. Gase Pino: Paciente com acesso venoso e fixador externo na MIF. Análises funoral: ANA apresentando em quadril e perna esquerda e diminuindo no tomo do e esquerda, com rigidez adensa no tomo do e esquerda. Conduta: Desinfecção e flexão plantar (3x6) na MIF, flexão de quadril esquerda sem resistência (3x6) alongamento triângulo supra direito (3x6) exercício a tito de tríplex flexão no MID (3x10) exercício a tito de dorso plantar e flexão plantar contra resistência na MIF (3x10). Red. unificação: Julo Cesar Dias Santos</p>				





Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: <i>Mulheres Protopio da Silva</i>	Idade: <i>37 anos</i>
Convênio: <i>SUS</i>	Data: <i>09/05/2019</i>
Procedimento: <i>colocação de fixador externo M.L.F.</i>	
Cirurgião: <i>Eudemom</i>	Auxiliar: <i>Dr. Evulam</i>
	Anestesista: <i>Dr. Roberto</i>
Início: <i>11:30</i>	Término: <i>12:15</i>
	Anestesia: <i>Rafin</i>

[illegible][illegible]

Observações:

Paciente com comorbidade e síndrome, mas não necessariamente voluntariamente
em estado de saúde. Opc de S KPA

dayene.lobato
07/05/2021 16:54:05

Assinatura Anestesiista 7553

Circulante

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 07/05/2019

Hora: 09:44:00

Médico (a) Diarista: Ana Maria Da Silva Anselmo

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 1889529

Paciente: NAILSON PROCOPIO DA SILVA

Idade: 037

Sexo: M

Data de Nascimento: 15/06/1981

Admissão: 04/05/2019

Nome da Mãe: MARIA TEREZA EVANGELISTA SILVA

Clínica: ORTOPEDIA 1

Enfermaria: 2

Leito: 4

Diagnóstico: FRATURA OSSOS DA PERNA E

DIA 07/05/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE: Ana Maria Da Silva Anselmo /

Item	Prescrição	Aparamento
1	DIETA LIVRE	cinza
2	SORO FISIOLÓGICO 0.9% 500ML E.V. IFRASCO, 12h/12h	X
3	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	X
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. IFRA AMP, 12h/12h	X
5	RANITIDINA CLORIDRATO 150 MG V.D. 1COMP, 12h/12h	X
6	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO	5h
7	FISIOTERAPIA MOTORA	cinza
8	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	cinza

EVOLUÇÃO

DATA: 07/05/2019 HORA: 09:43:39

PACIENTE SEGUE EM LEITO DE ENFERMARIA, CONSCIENTE E ORIENTADO, SEM QUEIXAS, SONO PRESERVADO, BOA ACEITAÇÃO DA DIETA, DIURSE E EVACUAÇÕES PRESENTES, HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL.

AO EXAME: BEG, ACIANOTICO, ANICTÉRICO, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, AFEBRIL.

EXTREMIDADES: PELE ÍNTEGRA.

CONDTA:

- VPM.

- AGUARDA CIRURGIA.

ASSINATURA: CARLAHIO
Ana Maria Da Silva Anselmo
1889529/2019



CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 06/05/2019

Hora: 09:22:45

Médico (a) Diarista: Ana Maria Da Silva Anselmo



GOVERNO DO PARANÁ

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 1889529 Paciente: NATHAN PROCOPIO DA SILVA

Idade: 037

Sexo: M

Data de Nascimento: 15/06/1981

Admissão: 04/05/2019



Dia 06/05/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE: Ana Maria Da Silva Anselmo /

EVOLUÇÃO

DATA: 06/05/2019 HORA: 09:21:32

EXTREMIDADES:

CONDUTA:

- SOLICITO RADIOGRAFIA DA PERNA (AP + PERFIL).

ASSINATURA + CARIMBO
 Dra. Maria Da Silva Anselmo
 MR. Ortopedia - Traumatologia
 CRM-PR 7925

PACIENTE SEGUE EM LEITO DE ENFERMARIA, CONSCIENTE E ORIENTADO, SEM QUEIXAS, SONO PRESERVADO, BOA ACEITAÇÃO DA DIETA, DIURSE E EVACUAÇÕES PRESENTES, HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL.

AO EXAME: REG. ACIANOTICO, ANICTÉRICO, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, AFEBRIL.

Item	Prescrição	Aparamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. FRASCO, 12h/12h	12-24
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	12-24
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FERA AMP, 12h/12h	12-24
5	RANITIDINA CLORIDRATO 150 MG V.O. ICAMP, 12h/12h	12-24
6	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO	12-24
7	FISIOTERAPIA MOTORA	
8	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:
 Inês Fontes de Oliveira
 CRP-RS 100.322

DATA: 08/05/19 HORA: 09:00



paciente, magro, consciente, estado de consciência, agitação, segue sem queixas.

INTERCORRÊNCIAS

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

RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE

5. NECESSIDADES PSICOSPIRITUAIS

() Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:

Comunicação: (X) Preservada () Prejudicada Sentimentos e comportamentos: (X) Cooperativo () Medo:

COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL

4. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

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

SONO E REPOUSO

Limitação física: (X) Acamado () Cadeira de rodas () Outro:

Higiene corporal: (X) Satisfatória () Insatisfatória Higiene corporal: (X) Satisfatória () Insatisfatória.

Estado corporal: () Independente () Dependente (X) Parcialmente dependente. Observações:

CUIDADO CORPORAL

Úlcera de pressão: () Estágio: Local: Descrição:

Dreno: () Tipo/Aspecto: Débil:

Início cirúrgica: () Local/Aspecto: Curativo em: 08/05/19

Condições das mucosas: (X) Úmidas () Secas Manifestações de sede: ()

Coloração da pele: (X) Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica Turgor da pele: () Preservado

Condição da pele: (X) Íntegra () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outro:

INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA

Aspecto: () Outros: Observações:

Eliminação urinária: (X) Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematuria () SVD: Débil ml/h:

Eliminação intestinal: () Normal () Líquida () Constipado há dias () Outros:

RHA: (X) Normoativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados

Abdômen: (X) Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:

Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:

Alimentação: (X) VO () SNG () SNE () Jejunostomia () NPT. Hora: Data: / /

Dentição: () Completa (X) Incompleta () Prótese.

Tipo somático: () Nutrido (X) Emagrecido () Caquético () Obeso.

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)

Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:

Cateter vascular: (X) Periférico () Central () Dissecção. Localização: Data da punção: 08/05/19

Ausculta cardíaca: (X) Rítmica () Arritmica () Sopros () Outros. Marcapasso: () Transitório () Definitivo

Drogas vasoativas: () Quais?

Tempo de enchimento capilar: (X) ≤ 3 segundos () > 3 segundos () Turgência jugular: ()

Pele: (X) Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquedra.

Pele: () Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.	Tempo de enchimento capilar: () ≤ 3 segundos; () > 3 segundos; () Turgência jugular: ()	Preordialgia ()	Drugs vasoativas: () Quais?	Ausculta cardíaca: () Rítmica () Arritmica () Sopro () Outro. Marcapasso: () Transitório () Definitivo	Cateter vascular: () Periférico () Central () Dissociação. Localização: H56	Data da punção: 09/05/19
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA) Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações: Tipo somático: () Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso. Dentição: () Completa () Incompleta () Prótese. Alimentação: () VO () SNG () SNE () Jejunostomia () NPT. Hora: Data: / / Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Prisão () Outros: Abdomen: () Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros: RHA: () Normotivos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados Eliminação intestinal: () Normal () Líquida () Constipado há dias () Outros: Eliminação urinária: () Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematúria () SVD: Débito ml/h:						
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA Aspecto: () Outros: Observações: Condição da pele: () Integra () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outro: Coloração da pele: () Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica Turgor da pele: () Preservado Condições das mucosas: () Umidas () Secas Manifestações de sede: () Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto: Dreno: () Tipo/Aspecto: Úlcera de pressão: () Estágio: Local: Descrição: Curativo em: / / Retirado em: / /						
CUIDADO CORPORAL Cuidado corporal: () Independente () Parcialmente dependente. Observações: Higiene corporal: () Satisfatória () Insatisfatória Higiene Corporal: () Satisfatória () Insatisfatória. Limitação física: () Acamado () Cadeira de rodas () Outro: Sono e repouso () Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono interrompido. Observações:						
4. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL Comunicação: () Preservada () Prejudicada Sentimentos e comportamentos: () Cooperativo () Medo: 5. NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS Religião / religiosidade e/ou espiritualidade Tipo: () Praticante () Não praticante. Observações:						
INTERCORRÊNCIAS 07/05/2021 16:54:03						
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: Dr. Valéria de Carvalho ENFERMEIRA COREN-RS 358.090 DATA: 06/05/2019 HORA:						

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 10/05/2019

Hora: 08:04:24

Médico (a): Ana Maria Da Silva Anselmo

GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 1889529

Paciente: NATILSON PROCÓPIO DA SILVA

Idade: 037 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA TEREZA EVANGELISTA SILVA

Data de Nascimento: 15/06/1981

Admissão: 04/05/2019

Clínica: ORTOPEDIA I Enfermaria: 2 Leito: 4 Diagnóstico: FRATURA OSSOS DA PERNA E

DIA 10/05/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE: Edilman Soares De Araujo / MÉDICO(A) ASSISTENTE: Ana Maria Da Silva Anselmo /

Item	Prescrição	Apresentação
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLÓGICO 0.9% 500ML E.V. IFRASCO, 12h/12h	
3	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. IFRA AMP, 12h/12h	
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. IAMPOLA, 6h/6h	
5	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. IFRA AMP, 12h/12h	
6	Reconstituir 2ML ABD,	
7	RANITIDINA CLORIDRATO 150 MG V.O. ICOMP, 12h/12h	
8	ACIDO ACETIL SALICILICO 100 MG V.O. ICOMP, 24h/24h (ADM AS 12h)	
9	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. IAMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	
10	FISIOTERAPIA MOTORA	
11	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
12	CURATIVOS 12h/12h	
13	COM DESSANE	

EVOLUÇÃO

DATA: 10/05/2019 HORA: 08:03:27

PACIENTE SEGUE EM LEITO DE ENFERMARIA, CONSCIENTE E ORIENTADO, EM 1º DPO, SEM QUEIXAS, SONO PRESERVADO, BOA ACEITAÇÃO DA DIETA, DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES, HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL.

AO EXAME: BEG, ACIA NOTÍCIO, ANICTÉRICO, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, AFEBRIL.

EXTREMIDADES: PRESENÇA DE DISCRETO SANGRAMENTO EM REGIÃO DE FIXADOR EXTERNO.

CONDTA: - VPM

ASSINATURA: CARLAIBO

Ana Maria Da Silva Anselmo



Data: 09/05/2019
Hora: 12:19:34

Médico (a): Eldiman Soares De Araujo

GOVERNO
DA PARAIBA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 1889529 Paciente: NAILSON PROCOPIO DA SILVA Idade: 037

Nome da Mãe: MARIA TEREZA EVANGELISTA SILVA Data de Nascimento: 15/06/1981 Sexo: M

Clínica: ORTOPEDIA I Enfermária: 2 Leito: 4 Diagnóstico: FRATURA OSSOS DA PERNA E

DIA 09/05/2019

MÉDICO(A): Eldiman Soares De Araujo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE APÓS RPA	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. IFRASCO, 12h/12h	18
3	CETIRIAZONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. IFRA AMP, 12h/12h OD/5D	18
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML, 2 ML E.V. IAMPOLA, 6h/6h	18
5	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. IFRA AMP, 12h/12h	18
6	RANITIDINA CLORIDRATO 150 MG V.O. ICOMP, 12h/12h	18
7	ACIDO ACETIL SALICILICO 100 MG V.O. ICOMP, 24h/24h (ADM AS 22h)	18
8	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. IAMPOLA, FAZER SE	18
9	NECESSARIO	
10	FISIOTERAPIA MOTORA	
11	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
11	COM DESSANE	

Presença de lesões em partes molles
Operado por glândulas extensas

Eldiman Soares de Araujo
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 522 TS03: 11502

ao Ambulatório de : em: para revisão Repouso0dias

Condições de Alta::Melhorado

Data12/05/2019

Assinatura: 
Ana Maria Da Silva Anselmo

OBS:LIBERAÇÃO CONFERIDA NO RESUMO DE ALTA! RESPONSÁVEL : Ana Maria Da Silva Anselmo



ASL-0398216/19
dayene.lobato
07/05/2021 16:54:05

ASL-0398216/19
dayene.lobato
07/05/2021 16:54:05

ASL-0398216/19
dayene.lobato
07/05/2021 16:54:05

ASL-0398216/19
dayene.lobato
07/05/2021 16:54:05

ASL-0398216/19
dayene.lobato
07/05/2021 16:54:05

LIBERAÇÃO DE LEITO

Nome do Paciente: NAILSON PROCOPIO DA SILVA

Data da Internação: 04/05/2019 Data da Alta: 12/05/2019

Registro: 1889529

Tempo de Permanência: -18021

Diagnóstico Inicial: 0408050500

Diagnóstico Final:

Principais Exames: EXAME CLINICO + RADIOLOGICO

Cirurgia: OSTEOSSINTESE Data: 09/05/2019

Equipe:

Cirurgião: ELIDIMAN SOARES DE ARAUJO
 Aux 1: EVERLAN DA SILVA MEIRA
 Aux 2: WAGNER LUIZ
 Aux 3:
 Aux 4:

Anestesia: ANA DULCE DE SOUZA LIMA

Medicamentos: CEFTRIAXONA

Infecção F.O: NAO

Coleta de Material: NAO

Bacteriologia: NAO

Anatomopatológico: NAO

Resumo Clínico (História, Evolução, Terapêutica e Complicações): PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO, COM FRATURA DOS OSSOS DA PERNA, ADMITIDO PARA TRATAMENTO CIRURGICO.

Orientações: - PRESCREVO CIPROFLOXACINO + DECIL SL + ARFLEX RETARD. - ENCAMINHO A FISIOTERAPIA. - ENCAMINHO AO AMBULATÓRIO DE EGRESSOS PARA RETORNO. - FORNEÇO ATESTADO MÉDICO. - ORIENTAÇÕES GERAIS + ORIENTO RETORNO IMEDIATO SE INTERCORRÊNCIAS. - ALTA HOSPITALAR.

Dietas:

Medicações para Casa:

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

Retorno ao Ambulatório de : em : para retirada de pontos



GOVERNO DO ESTADO DA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA
DELEGACIA DE SOLEDADE
Rua Prefeito Inácio Claudino nº 82 - Centro - Soledade - 58155-000 - 83-33831551

OCORRÊNCIA Nº 000174/19

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Registros de Ocorrências Policiais deste Órgão, encontrei a Ocorrência de Nº 000174/19 registrada em 17/06/2019, que passo a transcrever na íntegra: Aos dezessete dias do mês de junho do ano de 2019, nesta cidade de Soledade, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DE SOLEDADE, quando encontrava-se presente o Bel. DURVAL SANTOS BARROS, Delegado de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, ai, por volta das 10:29 horas, compareceu o Sr. NAILSON PROCÓPIO DA SILVA, com 38 anos de idade, filho de MANOEL PROCÓPIO DA SILVA e TEREZA EVANGELISTA DA SILVA, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de SÃO VICENTE DO SERIDÓ - PB, União Estável, escolaridade Fundamental Incompleta, profissão AGRICULTOR, portador da Cédula de Identidade Nº 3167730, expedido pela SSP-PB, com C.P.F. de Nº 06275263490, residindo à rua SÍTIO CARDEIRO, bairro ZONA RURAL, na cidade de Soledade - PB, celular 988607985.

Declarou que:

Que no dia 04 de Maio do corrente ano, o declarante saiu de sua residência com destino ao Sítio Santa Luzia para deixar um pessoal; Que vinha conduzindo o veículo FIAT/UNO MILLE EX ANO/MODELO 1998/1999, PLACAS KLK 9058/PB, CHASSI 98D158068W4008637, RENAVAM 0070394046-5, DE COR CINZA, LICENCIADO EM NOME DE SEVERINO AMARO DA SILVA; Que nas imediações do Sítio Santa Luzia um carro não identificado invadiu a pista contrária e colidiu frontalmente com o veículo do comunicante; Que o condutor do veículo contrário evadiu do local e não foi possível identificá-lo; Que o comunicante quebrou o osso da perna do lado esquerdo em duas partes e foi socorrido pela equipe do SAMU da cidade de Soledade e foi encaminhado para o Hospital de Emergência e Traumas da cidade de Campina Grande; Que foi submetido a uma cirurgia e ficou internado 16 dias; Que teve perda total do seu veículo. 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, Segunda-feira, 17 de Junho de 2019

Nailson Procópio da Silva
NAILSON PROCÓPIO DA SILVA

Declarante

Romilson Alves

ROMILSON ALVES

Escrivão



VENTRILIN

Nº 9924887810

504635989 / 2

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

PRT 20130100000353_8

0070114048-5	00700000000
--------------	-------------

● 每日练习 10 分钟

LEVERINO AMARO DA SILVA

RUA MANOEL DE BARROS 61

CAVITY

584104-11 AMPINA GRANDE-PR

— 日 本 行 業

TRACE

2574198044

9658/4B

[illegible]

MARTINA BAKERS HILLER

Supp. Acc. #PT-138

100

KLEINMAN 15

9BD15801824004063

— 2004/05 年 12 月 1 日

02/20/2014

1245/841TCM62974

250 9.14 1424

MADICA, M. C. H. L. O.

AND FALL INCOME

E-DATE/LING: M/F, 18, F33

- **CALL PROTOCOL**

CATEGORIA

—COH. HEDICUMAYTE

b. P/58 /GV

PARTIC

CINZA

opstevanje

SEM RESERVA DE DENTISTO

K.MoLox : 00009999000000000000

CHINA'S POLITICAL ECONOMY

2008

32305

267046201

7003951

18 JUN 2019

EM BRANCO

AUTORIZAÇÃO PARA TRANSFERÊNCIA DE PROPRIEDADE DE VEÍCULO ATPV
AUTORIZO O DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO DE PERNAMBUCO
TRANSFERIR O REGISTRO DESTE VEÍCULO, PARA:

VALORES

NOME DO COMPRADOR ANDRE PEREIRA DA COSTA
RG 25.256.36 CPF 037.955.534-40
ENDEREÇO SOLON DE LUCENA 298
ESPERANÇA - PARAIBA
LOCAL E DATA CARIMÁ GRANDE 15/01/2018

Perseu Amaro da Silva
ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO (VENDEDOR)

40 O vendedor tem a obrigação legal de comunicar a venda do veículo ao DETRAN no prazo máximo de 30 dias, sob pena de ser considerado responsável solidariamente pelos penalizados impostos e suas consequências, até a data da comunicação (Lei Federal nº 8.500 - Art. 134 - Código de Trânsito Brasileiro - CTB).
41 O comprador terá prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da data de aquisição para providenciar a transferência do veículo para o seu nome, sob pena de incorrer em infração de trânsito (Art. 233 do CTB).
42 O reconhecimento de firma do comprador e do vendedor, exclusivamente na modalidade digital, é obrigatório.

DE ACORDO: Andre Pereira da Costa
ASSINATURA DO COMPRADOR



2º Cartório de Notas do Conselho Grande - PE
Técnicos: Maria do Socorro Lemos Cavalcanti
Praça do Comércio, 105 Centro - C. Grande - PE
(081) 3221-0099 - 3224-0099

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:

SEVERINO AMARO DA SILVA

Dono de: Carrocinha Grande - PB - 15/01/2018

Local: Carrocinha Grande - PB - 15/01/2018

Selo Digital: AGR1532914-P7K

Consulte a autenticidade em: <https://selodigital.tpb.jus.br>

Emol: R\$ 9,45 ISS R\$ 0,47 FAPEN R\$ 0,25 MP R\$ 0,15 FEP R\$ 1,71

Luciana L. L. Santos
Escritura Autorizada



SERVIÇO NOTARIAL MARTINS 2º OFÍCIO DE NOTAS

Rua Monsenhor Severiano, 24, Centro, Esperança - PB

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:

ANDRE PEREIRA DA COSTA

Dono de: Esperança - PB - 14/02/2018

Notário: ONO EM MANUEL LYRA

Selo Digital: AGR1532914-P7K

Consulte a autenticidade em: <https://selodigital.tpb.jus.br>

Emol R\$ 9,10 FAPEN R\$ 0,28 XP R\$ 0,15 FEP R\$ 2,27

2º Cartório de Notas do Conselho Grande - PE
Técnicos: Maria do Socorro Lemos Cavalcanti
Praça do Comércio, 105 Centro - C. Grande - PE
(081) 3221-0099 - 3224-0099

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 0398236139 3 - CPF da vítima: 062.725.634-90 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: NAILSON PROCOPIO DA SILVA 6 - CPF: 062.725.634-90
7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: SÍTIO CORDEIRO 9 - Número: 500 10 - Complemento: IV CASA
11 - Bairro: ÁREA RURAL 12 - Cidade: SOLEDADE 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58355-000
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): (83) 98851-8369

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:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ 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)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 1449 5 CONTA: 25399 5
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (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.

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 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.

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 nascituro (seu nascido)? ☐ 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 - Imposição legal de quem assina a roga/a pedido
35 - Nome legível de quem assina a roga/a pedido
36 - CPF legível de quem assina a roga/a pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a roga/a pedido

38 - 1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: João Pessoa 13/11/19.

x Nailson Procopio da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190635976 **Cidade:** Soledade **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: NAILSON PROCOPIO DA SILVA **Data do acidente:** 04/05/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA.

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

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE MEMBRO INFERIOR 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 LEVE DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: P.1,4,6(IMAGEM) P.2,7(BAM) P.11(CIRURGIA)

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 0398236139 3 - CPF da vítima: 062.725.634-90 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: NAILSON PROCOPIO DA SILVA 6 - CPF: 062.725.634-90
7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: SÍTIO CORDEIRO 9 - Número: 500 10 - Complemento: IV CASA
11 - Bairro: ÁREA RURAL 12 - Cidade: SOLEDADE 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58355-000
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): (83) 98851-8369

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:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ 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)
AGÊNCIA: 1449 5 CONTA: 25399 5
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) AGÊNCIA: 000 000 CONTA: 000 000
(Informar o dígito se existir) (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.

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinale 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.

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 nascituro (seu nascido)? ☐ 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 - Imposição legal de quem assina a roga/a pedido
35 - Nome legível de quem assina a roga/a pedido
36 - CPF legível de quem assina a roga/a pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a roga/a pedido

38 - 1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: João Pessoa 13/11/19.

x Nailson Procopio da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

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

DATA: 4/5/2019	HORA: 20:51	ID N°: 1772820 USB 31
NOME: NAILSON PROCOPIO DE SILVA		
QUEIXA: CORTAÇÃO CARIÓTIPO DE CARRO		
LOCAL: SÍTIO STA LUIZA		
COMPLEMENTO:		
CIDADE: SOLEDADE		
DADOS DA REMOÇÃO		
Paciente removido para: Hospital de Emergência e Trauma		

Soledade, 17 de Maio de 2019.

Gláucia Michaelle F. Costa
Coordenadora SAMU

GLAUCIA MICHAELLE F. COSTA
COREN 284.879

Coordenação
SAMU Soledade 192



BOLETO PARA PAGAMENTO



Documento sem valor fiscal.

Documento não é responsável pelo custo.

Recibo para comprovar pagamento. Mantenha este documento até a entrega da energia elétrica. Nº 033.297.600

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA
R. 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.385.183 / 0001-40 - Insc. Est. 16.815.823-0

DADOS DO CLIENTE

MANOEL PROCOPIO DA SILVA NETO
SIT CARDEIRO S/N IV
SOLEDADE

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1399966-9

REFERÊNCIA

OUT/2019

APRESENTAÇÃO

25/10/2019

CONSUMO

64

VENCIMENTO

01/11/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 48,61

Acesso: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00199.00009 02624.912008 07960.833171 5 80600000004861

Pagador: MANOEL PROCOPIO DA SILVA NETO CNPJ/CPP: 077.564.164-88

SIT CARDEIRO S/N IV - AREA RURAL - SOLEDADE / PB - CEP 00000-000

Nosso Número

26249120007960833

Nr Documento

001399966201910

Data Vencimento

01/11/2019

Valor do Documento

R\$ 48,61

Valor Pago

BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA

BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680

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

00.095.183/0001-40



ASL-0398216/19
dayene.lobato
07/05/2021 16:53:56

ASL-0398216/19
dayene.lobato
07/05/2021 16:53:56

ASL-0398216/19
dayene.lobato
07/05/2021 16:53:56

ASL-0398216/19
dayene.lobato
07/05/2021 16:53:56

ASL-0398216/19
dayene.lobato
07/05/2021 16:53:56

