

# 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

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





PRESCRIGÃO MÉDICA

GOVERNO DA PARAÍBA



Volume 05-05-2019  
Formato 00-03-16  
Matrizco (a) Dantista : Turner Gomes De Moraes

HTCG-Painful Adhesions

6102/50/50

E

VCA

ALISON PROCOPIO DA SILVIA

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



## 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:

Anestesista: 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 EGESSOS 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  
**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  
**NAILSON PROCOPIO DA SILVA**

6 - N° DO FRONTUÁRIO  
**1889529**

7 - CARTÃO DO SUS  
**1606217272900000**

8 - DATA DE NASCIMENTO  
**15/06/1981**

9 - SEXO  
Masculino  Feminino

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL  
**MARIA TEREZA EVANGELISTA SILVA**

11 - TELEFONE DE CONTATO  
DDD **83** N° DE TELEFONE **999618218**

12 - ENDEREÇO (RUA, N°,BAIRRO)  
**PROJETADA , 0 , CENTRO**

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA  
**Seridó**

14 - CÓDIGO MUNICIPAL-15 - UF  
**251540**      **PB**      16 - CEP  
**58158000**

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

## 17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

*Dor e limitação funcional p/m (E)  
Rx - Rx oras da p/m (E)*

## 18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

*Neossin. de fto envij*

## 19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DE DIAGNÓSTICO (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

*Exame Física + Rx*

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

*Rx oras da p/m. (E)*

## 24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

## 25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA  
*ort.*

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO  
**02**

28 - DOCUMENTO  
( CNS) ( CPF)

29 - N° DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE  
**980016294174142**

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE  
**TAMMER GOMES DE MORAIS**

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO  
**04/05/2019**

32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)  
*Ortoped*

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNRE DA EMPRESA

41 - CBO

35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA  
[ ] EMPREGADO    [ ] EMPREGADOR

43 - AUTÔNOMO

44 - DESEMPREGADO

45 - APOSENTADO

46 - NÃO SEGURO

## AUTORIZAÇÃO

47 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - COD. CRGÃO EMISSOR

49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

50 - DOCUMENTO

51 - N° DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

52 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

53 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

ASL-039B218/19  
dayenu Jobato  
07/05/2021 16:54 05

estudio: Tibia/Fibula  
séne: Tibia/Fibula  
0398216/19  
yene lobato  
2021 16:54 n-5

DOC

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

NAILSON PROCESO DA SILVA  
M 1966172  
SI 2

Desc do estudo: Tibio/Fibula

Desc da série: Tibio/Fibula

<1-2>

Foto exp rel 7805 X 743

**HOSPITAL EMERGENCIA TRAUMA DE CAMPINA GRANDE**

Nome do Paciente: NAILSON PROCOPIO			Data da Cirurgia 09/05/2019
CNS	Enfermaria 1	Lelto 4	Prontuário
Cirurgião: Dr. ELDIMAN		1º Auxiliar : DR EVERLAN	
2º Auxiliar DR WAGNER		Instrumentador THIAGO	
Anestesista: DRA ANA DULCE		Anestesia :	
Diagnóstico Pnô-operatório : FX TIBIA E			
Tipo de Cirurgia : OSTEOSINTSE			
Diagnóstico Pós-operatório : O MESMO			
Relatório Imediato do Patologista NÃO HOUVE			
Exame Radiológico no Atto: SIM			
Acidentes Durante a Cirurgia: NÃO HOUVE			

**DESCRIÇÃO DA CIRURGIA**

- 01- PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB ANESTESIA
- 02- ASSEPSIA E ANTISSEPSIA MIE
- 03- COLOCAÇÃO DE CAMPOS CIRURGICOS ESTÉREIS
- 04- LIMPEZA E DESBRIDAMENTO CIRURGICOS
- 05- REDUÇÃO INCRUENTA + FIXACAO FIXADOR EXTERNO LINEAR
- 06- SF0.9% + DESBRIDAMENTO
- 07- CURATIVOS

Eduardo Góes  
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA  
CRM-PB: 6560 TEOT: 11502





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

EVOLUÇÃO FISIOTERAPÉUTICA



#### **DESCRÍCÃO DE PRODUTOS UTILIZADOS**

Paciente: \_\_\_\_\_ Data da Cirurgia: 01/06/1999 N° protocolo: 4389594  
Convenio: \_\_\_\_\_ Cognição: \_\_\_\_\_ Reproposta: \_\_\_\_\_ Cruralgia: \_\_\_\_\_ Causa Protraída: \_\_\_\_\_

Procedimento: Cód. Procedimento: Códigos: Códigos:

 Bioimplants | 1605 | MATERIAL UTILIZADO EM CIRURGIA | Rastreamento

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL



SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE

## HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

BOLETIM DE ENFERMAGEM					
NOOME:	<i>Nelson Protólio da Silveira</i>				
IDADE:	37	SEXO:	M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	DATA DE NASCIMENTO:	
SETOR:	<i>Cirurgia P.R.</i>		LEITO:		às 01:54 h
DIAGNÓSTICO MÉDICO:					
ALERGIAS:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	QUAIS:		
MEDICAÇÃO CONTÍNUA:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	QUAIS:		
DOENÇA CRÔNICA:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	QUAIS:		
PRESENÇA DE ESCARA:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	LOCAL:		
PRESSÃO ARTERIAL:	HIPOTENSO <input type="checkbox"/>	NORMOPOTENSO <input checked="" type="checkbox"/>	HIPERTENSO <input type="checkbox"/>		
SISTEMA NEUROLÓGICO:	CONSCIENTE <input checked="" type="checkbox"/>	INCONSCIENTE <input type="checkbox"/>	ORIENTADO <input type="checkbox"/>		
SISTEMA RESPIRATÓRIO:	DISPÉNICO <input type="checkbox"/>	TAQUIPÊNICO <input type="checkbox"/>	EUPNÉICO <input type="checkbox"/>	BRADIPNÉICO <input type="checkbox"/>	
SIST. GENITOURINÁRIO (DIURESE)	NORMAL <input checked="" type="checkbox"/>	POLÚRIA <input type="checkbox"/>	OLIGURIA <input type="checkbox"/>	SVD <input type="checkbox"/>	
DUSURIA <input type="checkbox"/>	CISTOSTOMIA <input type="checkbox"/>	ANÚRIA <input type="checkbox"/>			
MOBILIDADE:	DEAMBULA <input type="checkbox"/>	DEAMBULA C/ APOIO <input type="checkbox"/>	ACAMADO <input type="checkbox"/>	S/ DEFICITE MOTOR <input type="checkbox"/>	
TETRAPLEGIA <input type="checkbox"/>	HEMIAPLEGIA <input type="checkbox"/>	PARESIA <input type="checkbox"/>	RESTRITO NO PEITO <input type="checkbox"/>		
EST. GAS. RONENTEALINAL: (QUIETA)	VO <input type="checkbox"/>	SNG <input type="checkbox"/>	SNE <input type="checkbox"/>		
ESTADO NUTRICIONAL:	NUTRIDO <input type="checkbox"/>	DESNUTRIDO <input type="checkbox"/>	OBESO <input type="checkbox"/>	CAQUÉTICO <input type="checkbox"/>	
DADOS VITAIS:	PA:	T:	FR:	FC:	PESO:

- |   |  |
|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> RISCO DE QUEDA                      | CD/FR:   |
| <input type="checkbox"/> RISCO DE ASPIRAÇÃO                             | CD/FR:   |
| <input checked="" type="checkbox"/> RISCO DE INFECÇÃO                   | CD/FR:   |
| <input type="checkbox"/> RISCO DE DESEQUILÍBrio DA TEMPERATURA CORPORAL | CD/FR:   |
| <input type="checkbox"/> RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL                     | CD/FR:   |
| <input checked="" type="checkbox"/> RISCO DE RETENÇÃO URINARIA          | CD/FR:   |
| <input type="checkbox"/> RISCO DE SANGRAMENTO                           | CD/FR:   |
| <input type="checkbox"/> NÁUSEA   | CD/FR:   |
| <input type="checkbox"/> DOR AGUDA                                      | <input checked="" type="checkbox"/> DOR CRÔNICA  |
| <input type="checkbox"/> PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ                   | CD/FR:   |
| <input type="checkbox"/> MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA                | CD/FR:   |
| <input checked="" type="checkbox"/> DÉFICIT NO AUTO CUIDADO             | <input checked="" type="checkbox"/> ALIMENTAR-SE |
| <input type="checkbox"/> INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA                | <input checked="" type="checkbox"/> PARA BANHO   |
| <input type="checkbox"/> RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA               | CD/FR:   |
| <input type="checkbox"/> RISCO DE SÍNDROME DO DESUSO                    | CD/FR:   |
| <input type="checkbox"/>  | CD/FR:   |

#### **CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA**

## FR: FATOR RELACIONADO

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

- MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS.
  - REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR.
  - ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA.
  - INSTALAR CATETER DE D2 A DL/MIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA.
  - AVALIAR SINAIS DE INSUFICIENCIA RESPIRATÓRIA (RUIDOS, ESTERTORES E BATIMENTOS DA ASA DO NARIZ).
  - ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS.
  - POSICIONAR O PACIENTE EM DECUBITO DE 45°.
  - MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA, QUANDO RECOMENDADO.
  - MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO (EDMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR, HIPEREMIA).
  - ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO.
  - REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE
  - RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, ÁS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E AS REPÓSITAS DO PACIENTE.

卷之八

八百四十一



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

EVOLUÇÃO FISIOTERAPÉUTICA

Paciente	Prontuário			Ala	Lado	Un	Enfermaria
	Data	Hora		Ortopédica	5	4	2
Naierson Diococonde Silva 10/05/19, Manhã	Malária - Paciente na H.O.P. e hifilofobia - Gorzilho, higistico, friozinho dos gl- oscos de perna, superede: H.H.H.: Poco q solvinha escaldante e um suor balaústre que calava o bicho pelo S.M.D., ver ligão curv qdo e rijo com fator extenso. Gang lino: Palma e. com excesso de hidrofobia, e ficiar de estreito no mie. Malária - General: Adm preservada num quadro de velho esgotado e dividindo os torna- hos e o queixo, com frequente edema no tornozelo e sacavado. Conduito: Dor síntese - -flebas bilat (3x6) na mtc e exa- de quadril, esquerda sem resistência (3x6) elongação de tricópss para direita (3x6) Fuercaio alto de tripli flecos no mid (3x10). Exercícios ativo de dor: flexão e flexão lateral contra resistân- cia no mid (3x10). Acad unidorsa. Tela Câm. Dors. Injor 2						

1920 Kriegsministerium

ESTATE PLANNING



Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: Nubem Inscricao da silva Idade: 37 anos  
Convênio: SUS Data: 09/05/2015  
Procedimento: colocação de fixador externo M.L.F.

Hora	PA	Pulso	SAT 02	Responsável	A. Motoria	Conciênciā
12:50	112x75	65	98	Madalena	++	Consciente
14:00	112x33	52	300/7	Mig	++	4

Medicamentos/Materiais	Quantidade

#### **Observações:**

Pode concordar e orientado, mas mantendo voluntariamente  
os seus critérios. Ofício de S. PAU

Assinatura Anestesista

Circulante

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

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

Assinatura do anestesiota

Critério para alta de sala de recuperação pós-anestésico	Hora entrada	Hora saída
Nenhum movimento = 0		
Movimenta 2 membros = 1		
Movimenta 4 membros = 2		
Apneia = 0		
Respiração limitada, Disnéia = 1		
Respiração profunda e lenta = 2		
PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0		
PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1		
PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2		
Sat O2 < 90 com oxigênio = 0		
Sat O2 > 90 com oxigênio = 1		
Sat O2 > 92% sem oxigênio = 2		
Não responde ao chamado = 0		
Desperdiçado ao chamado = 1		
Completemente acordado = 2		
<b>TOTAL DE PONTOS:</b>		



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



GOVERNO

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

DA PARANÁ

PRESCRICAO MEDICA

Meldeza (a) Diarien : Ann Maria Da Silva Andrade  
Hörsaal 09:45-10:00  
Datum 07/05/2019  
CNPJ: 10.848.190/0001-55

L'880 GOVERNATURA DA MARINELLA

HPM-Project Administration

010Z/50/10

PRESCRICAO MEDICA

CNPJ: 10.848.190/0001-55  
Data: 06/05/2019  
Horas: 09:22:45  
Medicó (a) Difícil: Ana Maria Da Silva Andrade

Онлайн-школы Юниверситета



Marcelo Tadeu da Silva  
Mestrado em Enfermagem  
Mestrado em Enfermagem  
Mestrado em Enfermagem

DATA: 08/05/19

HORA: 09:00

Carimbo de Assinatura do Enfermeiro:



*Parceria entre Mário Vargas Lacerda e Getúlio Vargas*

## INTERCORRÊNCIAS

Type:  Praticante  Não praticante. Observações:

## RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E OU ESPIRITUALIDADE

Comunicação:  Preservada  Prefereida Sentimentos e comportamentos:  Cooperativo  Medo.

AVULVACAO DAS HABITUADES PSICOSOCIAIS

Preservado  Insolida  Domine durante o dia  Sono interrompido. Observações:

## SONO E REPOUSO

Habitos corporais:  Sedentária  Parcialmente dependente. Observações:

Cuidado corporal:  Independente  Dependente  Parcialmente dependente. Observações:

Limpeza corporal:  Acamado  Cadela de roupas  Outro:

CUIDADO CORPORAL

Uso de pressão:  Estágio: Local: Descrção: Curativo:

Dreno:  Tipos/Aspecto: Ddito: Relação em:

Inchaço clínico:  Local/Aspecto:  Umidas  Inflamações de sede: ( ).

Gordilhos das mucosas:  Normocórdas  Hematomas  Escorragões ( ).

Coloração da pele:  Normocórdas  Hipocródas  Cyanótica  Turgor da pele: ( ).

Gordilho da pele:  Integra  Ressecada  Equimoses  Hematomas  Escorragões ( ).

INTERRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA

Aspectos: ( ) Outros: Observações:

Eliminação urinária:  Esportânea  Retenção  Incontinência  Hematuria ( ) SVD: Débito ml/h:

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

RHA:  Normotônico  Ausentes  Diminudos  Aumentados

Abdome:  Normotônico  Distendido  Tensos  Ascítico ( ) Outros:

Alimentação:  VVO  ISNG  Gastrostomia  Jejunostomia  NFT: Hora: Data: ( ).

Dentição:  Completa  incompleta  Protésica.

Tipo somático:  Nutrido  Emagrecido  Obeso.

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)

Edema:  MMS ( ) MMII ( ) Face ( ) Anasarcia. Observações:

Catec. vasculares:  Periférico ( ) Central ( ) Dissecção. Localização:  Definitivo

Auscultar: cardíaca:  Aritmica  Arritmia ( ) Outro. Marcapasso: ( ) Transistor ( ) Definitivo

Drogas vasoatívas: ( ) Quais?

Tempo de enchimento capilar: ( ) 3 segundos: ( ) 3 segundos. ( ) Turbidez jugular: ( )

Pele: ( ) Gorda ( ) Hipocôrada ( ) Clavosse ( ) Sudorese ( ) Fria ( ) Aquedida.

Carimbo de Assinatura do Enfermeiro:

CARMO:

DATA:

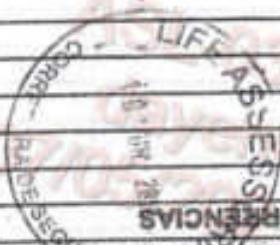
06/05/2019

HORA:

Carmo é Assinatura do Enfermeiro  
Dr. Valéria Lira da Cunha  
ENFERMEIRA  
CREF-00 366.090

CARMO

CARMO



## INTERCORRENCIAS

Praticante  NSO Praticante  Observadores:

## RELIGIAO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE

Ansiedade  Ausência de familiarística  Outros:

Gomunicação:  Preservada  Pseudocida Sentimentos e comportamentos:  Cooperativo  Medo:

COMUNICAÇÃO, GRECRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL

Preservado  Insensível  Dorme durante o dia  Sono interrompido. Observadores:

## AVULGACAO DAS NECESSIDADES PSICOSOCIAIS

SONO E REPOUSO

Higiene corporal:  Satisfeita  Insatisfatória Higiene Corporal:  Satisfatória  Insatisfatória.

Condade corporal:  Independente  Dependente  Parcialmente dependente. Observadores:

Condade de pressão:  Estágio: Local: Descrção: Curativo: / /

Dreno:  Tipo/Apects: Local/Apects: Debilo: Retirado em: / /

Inchaço crural:  Local/Apects: Umidas  Secas Manfrestações de sede: / /

Condigões das mucosas:  Umidas  Secas Manfrestações de sede: / /

Coloração da pele:  Normocroda  Hipocroda  Glanófica Turgor da pele:  Preservado

Condilgao da pele:  Integra  Ressecada  Equimoses  Hematomas  Escorragões  Outro:

INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA

Aspecos:  Outros: Observadores:

Eliminação urinária:  Espontânea  Retenção  Incontinência  Hematuria  Debilo milh:

Eliminação intestinal:  Normal  Líquida  Constipado há dias  Outros:

RHA:  Normotávios  Ausentes  Diminudos  Aumentados

Abdome:  Normotônico  Distendido  Tensão  Ascítico  Outros:

Allergias:  Inapetência  Dragão  Intolerância alimentar  Vômito  Prisse  Outros:

Alimentação:  VDO  SNG  SNE  Gastrocnomia  Jejunostomia  NPT: Hora: Data: / /

Dorrigão:  Completa  incompleta  Protese.

Tipo somação:  Nutrido  Emagradido  Quadúlico  Outro:

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)

Edema:  MMS  MMII  Face  Anasarca. Observadores:

Caterer vesicular:  Peritônico  Central  Dissággo. Localização: HSE Data da punção: 09/05/19

Auscultar cardíacas:  Ritmica  Arritmica  Sopro  Outro. Marcapasso:  Transistônio  Definitivo

Drogas vasoatíveas:  Quais?  3 segundos:  >3 segundos.  Turgência jugular:  Precoordialgia:

Pele:  Corada  Hipocroda  Glanóse  Sudorese  Fria  Aquedida.



PACIENTE SEGURO EM LESTO DE ENFERMARIA, CONSCIENTE E ORIENTADO, EM 1º DPO, SEM QUERIXAS, SÓ NO PRESERVADO, NÃO ACETICAGO DA DIETA, DIFERENÇAS E VACUAGOGES PRESENTES, HEMODINAMICA MUITO ESTÁVEL.

AO EXAME: BEG, AÇIATÓICO, ANGITERÍCO, EUNÉTICO, NORMOCORABDO, HIDRATADO, AFERRIL.

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

# CONDUITA: - VPM.

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

EVOLUÇÃO:

Item	Dietas	Prescrição	Apresentação
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML EV. IFESSCO, 12/12h	CETRAXONA SODICA 500 MG/ML 2ML EV. IFRA AMP, 12/12h	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2ML EV. IFRA AMP, 12/12h
3	Recomendar 10 ML ABD.	Recomendar 100 ML SF	TENOXICAM 30 MG SEM DILUIR EV. IFRA AMP, 12/12h
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2ML EV. IFRA AMP, 12/12h	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2ML EV. IFRA AMP, 12/12h	RECOMENDAR 2ML ABD.
5	Recomendar 2ML ABD.	RECOMENDAR 2ML ABD.	RANTIDINA CLORIDRATO 150 MG VO, ICONF, 12/12h
6	RANTIDINA CLORIDRATO 150 MG VO, ICONF, 12/12h	ACIDO ACETIL SALICÍLICO 100 MG/ML 2ML EV. IAMPOL, FAZER SE NECESSARIO	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/ML 2ML EV. IAMPOL, FAZER SE NECESSARIO
7	ACIDO ACETIL SALICÍLICO 100 MG VO, ICONF, 12/12h	ESTOTERAPIA MOTORA	ESTOTERAPIA MOTORA
8	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/ML 2ML EV. IAMPOL, FAZER SE NECESSARIO	CUDADOS GUTAIS + SINUS VITIS	CURATIVOS 12/12h
9	ESTOTERAPIA MOTORA	COM DESSENE	-
10	CUDADOS GUTAIS + SINUS VITIS	CURATIVOS 12/12h	-
11	COM DESSENE	CURATIVOS 12/12h	-

DATA: 10/05/2019

MEDICOS(A) ASSISTENTE: Edimara Soares De Araujo / MEDICO(A) ASSISTENTE: Ana Maria Da Silva Andrade /

## PRESCRITO MEDICA

Nº do protocolo: 1889529 - Paciente: NATHSON PROCOPIO DA SILVA - Idade: 037 - Sexo: M  
Medico (a) Dietista: Ana Maria Da Silva Andrade  
Horas: 08:04:24  
Data: 10/05/2019

HPL Administração

Governo do Paraná





## PRESCRITO MEDICO

Item	Preferência	Apresentamento	COM DRESSANE
1	DIETA LIVRE APÓS RPA	Dietas	CURATIVOS 12h/12h
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML	EV, IFRASO, 12h/12h	FISIOTERAPIA MOTORA
3	CETIRAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSA/INTERMUSCULAR	EV, IFRASO, 12h/12h	NECESSARIO
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML	EV, LANPOLA, 6h/6h	TRAMADOL, CLORIDRATO 100 MG/ML 2 ML
5	RANTIDINA CLORIDRATO 150 MG	VO, ICONF, 12h/12h	ACIDO ACETIL SALICÍLICO 100 MG VO, ICONF, 24h/24h (ADM AS 22h)
6	RECONSTITUIR 10 ML ABD.	EV, LANPOLA, FAZER SE	TRAMADOL, CLORIDRATO 100 MG/ML 2 ML
7	TENOXICAM 20 MG SEM DIULINTE	EV, IFRASO, 12h/12h	ACIDO ACETIL SALICÍLICO 100 MG VO, ICONF, 24h/24h (ADM AS 22h)
8	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML	EV, LANPOLA, 6h/6h	RECONSTITUIR 10 ML ABD.
9	RECONSTITUIR 100 ML SF	EV, IFRASO, 12h/12h	RECONSTITUIR 10 ML ABD.
10	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML	EV, LANPOLA, 6h/6h	RECONSTITUIR 10 ML ABD.
11	RECONSTITUIR 10 ML ABD.	EV, IFRASO, 12h/12h	CUIDADOS GERAIS + SINAS VITais
12			CURATIVOS 12h/12h

DIA 09/05/2019 MEDICO(A): Edilma Souza De Araújo /

Nome da MFC: MARIA TEREZA EVANGELISTA SILVA Data de Nascimento: 15/06/1981 Sexo: M  
Nº do protocolo: 1889529 Paciente: NATHALON PROCOPIO DA SILVA Idade: 037  
Clínica: ORTOPEDIA 1 Endereço: 2 Lote: 4 Diagnóstico: FRATURA OSSOS DA PERNAS E

Médico (a) Dairista : Edilma Souza De Araújo  
Data: 09/05/2019 Horas: 12:19:34

HTCD-Painel Administrativo



ao Ambulatório de : em: para revisão Repouso0dias

**Condições de Alta::Melhorado**

Data 12/05/2019

Assinatura/Cachimbo  
Ana Maria Da Silva Anselmo  
MR. SILVA ANSELMO

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



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

Relatório ao Ambulatório de : em : para rendição de Pontos

**LIBERACAO DE LEITO**

Nome do Paciente: NATHSON PROCOPIO DA SILVA

Data da Internação: 04/05/2019

Data da Alta:

Registro:

Diagnóstico Final:

Diagnóstico Inicial: 0408050500

Tempo de Permanência: 18021

Cirurgia: OSTEOSSINTSE

Data: 09/05/2019

Principais Exames: EXAME CLINICO + RADIODIAGNOSTICO

Anexos:

Equipe: Cirurgião: ELDIMAN SOARES DE ARRUDA

Anex 1: EVERLAN DA SILVA MEIRA

Anex 2: WAGNER LUIZ

Anex 3:

Anex 4:

Amostra: ANA DULCE DE SOUZA FIMA

Medicamentos: CEFTRIAXONA

Laudo F.O.: NAO

Coluna de Material: NAO

Bacteriologia: NAO

Anatomopatologia: 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:- PRESCRIVO CIPROFLOXACINO + DEOCOL SL + ARRELX RETARD. - ENCAMINHO A FISIOTERAPIA. - ENCAMINHO AO AMBULATÓRIO DE EGRESOS PARA RETORNO. - FORNEÇO ATESTADO MÉDICO. - ORIENTAÇÕES GERAIS + ORIENTO RETORNO IMEDIATO SE INTERCORRÊNCIAS. - ALTA HOSPITALAR.

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

Medicinas para Casa::

Dietas:





GOVERNO DO ESTADO DA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
2<sup>a</sup> DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA  
DELEGACIA DE SOLEDADE

Rua Prefeito Inácio Cláudio nº 82 - Centro - Soledade - 58155-000 - 83-33831551

OCORRÊNCIA N° 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 N° 000174/19 registrada em 17/06/2019, que passo a transcrever na Integra: 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 Estavel, escolaridade Fundamental Incompleta, profissão AGRICULTOR, portador da Cédula de Identidade N° 3167730, expedido pela SSP-PB, com C.P.F. de N° 06275263490, residindo à rua SITIO 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 MILÉ EX ANO/MODELO 1998/1999, PLACAS KLK 9058/PB, CHASSI 9BD158068W4008637, 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 Planilva

NAILSON PROCÓPIO DA SILVA

Declarante

  
ROMILSON ALVES

Escrivão





EM BRANCO



# 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: **03982136139** 3 - CPF da vítima: **062 775 634-90** 4 - Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP NR 445/2012

5 - Nome completo:	<b>NAILSON PROCOPIO DA SILVA</b>		6 - CPF:	<b>062-752-634-90</b>	
7 - Profissão:	<b>AGRICULTOR</b>	8 - Endereço:	<b>SITIO CORDEIRO</b>		
9 - Número:	<b>5/M</b>		10 - Complemento:	<b>IV CASA</b>	
11 - Bairro:	<b>ÁREA RURAL</b>	12 - Cidade:	<b>SOLEDADE</b>	13 - Estado:	<b>PB</b>
14 - CEP:	<b>58355-000</b>		15 - E-mail:	<b>(R3)198253-8367</b>	
16 - Tel. (DDD):	<b>(R3)198253-8367</b>				

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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1,00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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: **1149** CONTA: **25 399** 5 (Informar o dígito se existir) (Informar a sigla se existir)

CONTA CORRENTE (Bancos na lista)

Name do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_ (Informar o dígito se existir) (Informar a sigla se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 sempre 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 Lider 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)  Divorciado  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 (vai nascer)?  Sim  Não 31 - Vítima teve irmãos?  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/vôs vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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 Impresso Assinado Assinatura eletrônica	35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido	38 - 1º   Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha
	36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido	39 - 2º   Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha
	37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido	40 - Local e Data, _____  Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

**x nailson procopio da silva**

**João Passos 33/11/99.**

**x nailson procopio da silva**

**41- Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)**

# 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

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DIAFISÁRIA DE TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTSE) 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

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		<b>Total</b>	<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>

**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: **03982136139** 3 - CPF da vítima: **062 775 634-90** 4 - Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP NR 445/2012

5 - Nome completo:	<b>NAILSON PROCOPIO DA SILVA</b>		6 - CPF:	<b>062-752-634-90</b>	
7 - Profissão:	<b>AGRICULTOR</b>	8 - Endereço:	<b>SITIO CORDEIRO</b>		
9 - Número:	<b>5/M</b>		10 - Complemento:	<b>IV CASA</b>	
11 - Bairro:	<b>ÁREA RURAL</b>	12 - Cidade:	<b>SOLEDADE</b>	13 - Estado:	<b>PB</b>
14 - CEP:	<b>58355-000</b>		15 - E-mail:	<b>(R3)198253-8367</b>	
16 - Tel. (DDD):	<b>(R3)198253-8367</b>				

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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1,00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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: **1149** CONTA: **25 399** DIGITO: **5**

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Name do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 sempre 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 Lider 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)  Divorciado  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 (vai nascer)?  Sim  Não 31 - Vítima teve irmãos?  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/vôs vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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 Impresso Assinado Assinatura eletrônica	35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido	38 - 1º   Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha
	36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido	39 - 2º   Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha
	37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido	40 - Local e Data, _____ Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

**José Passos 33/11/99.  
x malhão 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: 07/05/2021	HORA: 20:51	ID Nº: 1772820 USB 31
NOME: NAILSON FERREIRA DA SILVA		
QUEIXA: COLETAÇÃO CARRO PELA BARRO		
LOCAL: SITIO STA LUCIA		
COMPLEMENTO:		
CIDADE: SOLEDADE		
DADOS DA REMOÇÃO		
Paciente removido para Hospital de Emergência e Trauma		

Soledade, 17 de 05 de 2019.

Glaucia Michaele F. Costa  
Coordenadora SAMU

GLAUCIA MICHAELLE F. COSTA  
COREN 284.878

Coordenação  
SAMU Soledade 192



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



## ATENDIMENTO URGÊNCIA

**PRONT (B.E) N°:1889501 CLASS. DE RISCO: VERMELHO**

HOSPTAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Mairinque, Campina Grande PB, CEP: 58437-800

Data: 04/05/2019

Boleto de Emergência (B.E) - Modelo 07

**PACIENTE: MAILSON PROCOPIO DACEP-S8158000**

Silva

Endereço:PROJETADA

0710/2019

Cidade: Seridó

0710/2019

Nome da Mãe: MARIA TEREZA EVANGELISTA SILVA

0710/2019

Atendente: Lújana Verônica Silva Coutinho

0710/2019

Nascimento:15/06/1981

0710/2019

Sexo:M

0710/2019

Idade:037

0710/2019

RG:

0710/2019

CPF:

0710/2019

Data de

0710/2019

Alento:04/05/2019

0710/2019

Motivo: ACIDENTE DE CARRO

0710/2019

Medico:

0710/2019

DRES FICHA:

0710/2019

MECANISMOS DO TRAUMA

0710/2019

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



DIAS FICHA:

0710/2019

MECANISMOS DO TRAUMA

0710/2019

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



DIAS FICHA:

0710/2019

MECANISMOS DO TRAUMA

0710/2019

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



DIAS FICHA:

0710/2019

MECANISMOS DO TRAUMA

0710/2019

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



DIAS FICHA:

0710/2019

MECANISMOS DO TRAUMA

0710/2019

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



DIAS FICHA:

0710/2019

MECANISMOS DO TRAUMA

0710/2019

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



DIAS FICHA:

0710/2019

MECANISMOS DO TRAUMA

0710/2019

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



DIAS FICHA:

0710/2019

MECANISMOS DO TRAUMA

0710/2019

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



DIAS FICHA:

0710/2019

MECANISMOS DO TRAUMA

0710/2019

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



DIAS FICHA:

0710/2019

MECANISMOS DO TRAUMA

0710/2019

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



DIAS FICHA:

0710/2019

MECANISMOS DO TRAUMA

0710/2019

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



DIAS FICHA:

0710/2019

MECANISMOS DO TRAUMA

0710/2019

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



DIAS FICHA:

0710/2019

MECANISMOS DO TRAUMA

0710/2019

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



DIAS FICHA:

0710/2019

MECANISMOS DO TRAUMA

0710/2019

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



DIAS FICHA:

0710/2019

MECANISMOS DO TRAUMA

0710/2019

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



DIAS FICHA:

0710/2019

MECANISMOS DO TRAUMA

0710/2019

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



DIAS FICHA:

0710/2019

MECANISMOS DO TRAUMA

0710/2019

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



DIAS FICHA:

0710/2019

MECANISMOS DO TRAUMA

0710/2019

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



DIAS FICHA:

0710/2019

MECANISMOS DO TRAUMA

0710/2019

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



DIAS FICHA:

0710/2019

MECANISMOS DO TRAUMA

0710/2019

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



DIAS FICHA:

0710/2019

MECANISMOS DO TRAUMA

0710/2019

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



DIAS FICHA:

0710/2019

MECANISMOS DO TRAUMA

0710/2019

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



DIAS FICHA:

0710/2019

MECANISMOS DO TRAUMA

0710/2019

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



DIAS FICHA:

0710/2019

MECANISMOS DO TRAUMA

0710/2019

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



DIAS FICHA:

0710/2019

MECANISMOS DO TRAUMA

0710/2019

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



DIAS FICHA:

0710/2019

MECANISMOS DO TRAUMA

0710/2019

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



DIAS FICHA:

0710/2019

MECANISMOS DO TRAUMA

0710/2019

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



DIAS FICHA:

0710/2019

MECANISMOS DO TRAUMA

0710/2019

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



DIAS FICHA:

0710/2019

MECANISMOS DO TRAUMA

0710/2019

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



DIAS FICHA:

0710/2019

MECANISMOS DO TRAUMA

0710/2019

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



DIAS FICHA:

0710/2019

MECANISMOS DO TRAUMA

0710/2019

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



DIAS FICHA:

0710/2019

MECANISMOS DO TRAUMA

0710/2019

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



DIAS FICHA:

0710/2019

MECANISMOS DO TRAUMA

0710/2019

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



DIAS FICHA:

0710/2019

MECANISMOS DO TRAUMA

0710/2019

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



DIAS FICHA:

0710/2019

MECANISMOS DO TRAUMA

0710/2019

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



DIAS FICHA:

0710/2019

MECANISMOS DO TRAUMA

0710/2019

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



DIAS FICHA:

0710/2019

MECANISMOS DO TRAUMA

0710/2019

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



DIAS FICHA:

0710/2019

MECANISMOS DO TRAUMA

0710/2019

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



DIAS FICHA:

0710/2019

MECANISMOS DO TRAUMA

0710/2019

LOCAL DA LESÃO (Identifique o local com o número correspondente ao lado)&lt;/div

# BOLETO PARA PAGAMENTO



Documento com valor fixo.  
Documento não é resgatável de conta.

Notas para seu próprio pagamento: Meu nome é Manoel Procópio da Silva Neto  
Nº 031.297.609

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 232, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-000  
CNPJ 09.385.163 / 0001-48 - E-mail: fax: 32.325.825-3

## DADOS DO CLIENTE

MANOEL PROCÓPIO DA SILVA NETO  
SIT CARDEIRO SIN IV  
SOLEDADE

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1399966-9

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
OUT/2019	25/10/2019	64	01/11/2019	R\$ 48,61

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

BANCO DO BRASIL, PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00100.000009 02624.912008 07960.833171 5 80600000004361

Pagador: MANOEL PROCÓPIO DA SILVA NETO CNPJ/CPF: 077.564.164-88

SIT CARDEIRO SIN IV - ÁREA RURAL - SOLEDADE / PB - CEP 00000-000

Nossa-Número	Nº Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120007960833	001399966201916	01/11/2019	R\$ 48,61	00.000.163/0001-40

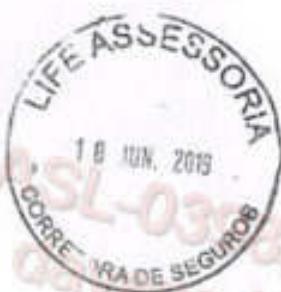
BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAÍBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA

BR230 KM 25, S/N - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-000

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



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



ASL-0398216/19  
dayene.lobato  
07/05/2021 16:53:34

ASL-0398216/19  
dayene.lobato  
07/05/2021 16:53:34