

Rio de Janeiro, 06 de Janeiro de 2015

Carta nº: 6053768

A/C: CARLOS AUGUSTO FARIAS DE LIMA

Sinistro: 3150014063
Vitima: CARLOS AUGUSTO FARIAS DE LIMA
Data Acidente: 22/11/2013
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à ARUANA SEGUROS S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 14 de Janeiro de 2015

Carta nº: 6112646

A/C: CARLOS AUGUSTO FARIAS DE LIMA

Sinistro: 3150014063
Vítima: CARLOS AUGUSTO FARIAS DE LIMA
Data Acidente: 22/11/2013
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

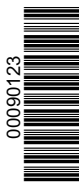
Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): Carlos Augusto Farias de Lima
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Severino Bernardo, 317 A
Bodocongó Campina Grande PB CEP: 58430-445
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PB] 3584704
Data local do exame: [21/01/2015] Campina Grande [PB]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

A vítima sofreu fratura na tuberosidade do fêmur direito com lesão de ligamento do joelho direito. Encontra-se com marcha claudicante, edema na perna e joelho direito, tem cicatriz cirúrgica na face anterior da perna, edema e um pouco de limitação dos movimentos do tornozelo direito e instabilidade no joelho direito.

- a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

(X) Sim () Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

- b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

(X) Sim () Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

- II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.

A vítima foi operada, sendo colocado parafusos na fratura e fez 10 sessões de fisioterapia.

- III. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

(X) Sim () Não

Existindo seqüela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

A vítima ficou com limitação funcional grave no membro inferior direito.

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

- IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

() "Sem seqüela permanente"

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Seqüela):

membro inferior direito

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio (X) 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Seqüela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Seqüela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Seqüela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

- c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

- V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Dr. Jozomere B. de Sousa
CRM 3401
Médico

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: DOC / TED

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 28/01/2015

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 7.087,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CARLOS AUGUSTO FARIAS DE LIMA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00737

CONTA: 000000042500-0

Nr. da Autenticação 23A67B5B6CB324CD

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3150014063 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CARLOS AUGUSTO FARIAS DE LIMA **Data do acidente:** 22/11/2013 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/01/2015

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: Contusão em joelho esquerdo

Resultados terapêuticos: Documentação não apresenta registro médico que permita conclusão

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: O exame deverá apurar a existência de dano permanente indenizável

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

IBMES INST.BRASDE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: RAFAEL OLIVEIRA SANTOS

CRM do médico: 52.90638-7

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3150014063 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CARLOS AUGUSTO FARIAS DE LIMA **Data do acidente:** 22/11/2013 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: A vítima sofreu fratura na tuberosidade do fêmur direito com lesão de ligamento do joelho direito. Encontra-se com marcha claudicante, edema na perna e joelho direito, tem cicatriz cirúrgica na face anterior da perna, edema e um pouco de limitação dos movimentos do tornozelo direito e instabilidade no joelho direito

Descrição do exame médico pericial: A vítima ficou com limitação funcional grave no membro inferior direito

Resultados terapêuticos: A vítima foi operada, sendo colocado parafusos na fratura e fez 10 sessões de fisioterapia

Sequelas permanentes: DANO GRAVE EM MID

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 21/01/2015

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: João Merez Bandeira de Sousa

CRM do médico: 5401

UF do CRM do médico: PB

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 intenso - 75 %	52,5%	R\$ 7.087,50
Total			52,5 %	R\$ 7.087,50

PRESTADOR


SAUDESEG Sistemas de Saude Ltda.

Médico revisor: LUIZ DE LIMA CASANOVA NETO

CRM do médico: 17761

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Carlos Augusto Xavier de Lima, EXPEDIDO POR det. xav pb EM 09/09/13 E PORTADOR(A) DO RG Nº 3584704, PROFISSÃO locuente CPF 108605804-66 / CNPJ 00000000-0000-00, E RENDA MENSAL DE R\$ locuente NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA o mesmo, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

1 Para evitar a reprogramação de um pagamento, lembre-se:

1) Os seguintes documentos não devem, de forma nenhuma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício;
- Conta pessoa jurídica;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL: atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta-POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidades Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$2000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (não será aceita proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);

2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL - www.receita.fazenda.gov.br);

3) O CPF da conta informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistro.

- ☐ CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)
BANCO _____ AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE _____
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO
BANCO 237 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL
BANCO 001 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ
BANCO 341 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____
- ☒ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
BANCO 104 • AGÊNCIA 0937 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA 42.500-0

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

ARTIANA

LOCAL Campina Grande - PB DATA 10/12/14

06 JAN 2015

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A) Carlos Augusto Xavier de Lima

Ass.



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



ARIANA

06 JAN 2015

Ass. _____



BOLETIM DE OCORRENCIA

1004026



30/22



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
2ª Superintendência Regional de Polícia Civil
10ª Delegacia Seccional de Polícia Civil
Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos
Rua Raimundo Nonato, S/n – Catolé – C. Grande/PB, fone: 3310.9319

BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL, VERSANDO SOBRE ACIDENTE DE TRÂNSITO

DATA, HORA E LOCAL DO FATO: 22.11.2013, por volta das 19h30min, na Rua Antônio Cavalcante, próximo ao Canal de Bodocongó, Bairro de Bodocongó, Campina Grande /PB.

DATA E HORA EM QUE A DELEGACIA TOMOU CONHECIMENTO: 25.11.2014, às 15h20min.

COMUNICANTE/VÍTIMA: CARLOS AUGUSTO FARIAS DE LIMA, Brasileiro, natural de Campina Grande/PB, solteiro, estudante, com ensino fundamental incompleto, de 21 anos de idade, nascido aos 14.08.1993, filho de Maria Rosângela Farias de Lima, portador da cédula de identidade nº 3.584.704 – SSP/PB, residente à Rua Severino Bernardo, 317-A, Bairro de Bodocongó, Campina Grande/PB, fone: não informado.

DAS TESTEMUNHAS: EDNA SUILY FERREIRA DE LIMA, brasileira, solteira, vendedora, com ensino médio completo, com 44 anos de idade, filha de Pedro Ferreira de Lima e Maria Carneiro de Lima, residente à Rua Juvêncio Arruda, nº 240, Bairro Novo Bodocongó, Campina Grande/PB, fone: não tem, e SUÊNIA TEIXEIRA DE MEDEIROS, Brasileira, natural de Campina Grande/PB, divorciada, supervisora de operações, com 37 anos de idade, filha de Francisco Medeiros de Souza e Mirian Lúcia Teixeira de Barros, residente à Rua João Maurício de Medeiros, nº 54, Bairro do Monte Santo, Campina Grande/PB, fone 8640.3833.

DO ACUSADO: NÃO HÁ.

ARUANA SEGUROS

30 DEZ 2014

DA NARRATIVA DO FATO: Informa o comunicante, que no dia, hora e local já descritos, estava se deslocando para a sua residência, conduzindo a motocicleta HONDA/CG 125 FAN KS, ano/modelo 2010/2010, cor preta, chassi 9C2JC4110AR611356, de placa MOV-6253/PB, licenciada em nome de Eduardo Lopes Rodrigues, quando perdeu o controle de

José Alberto do Nascimento
Escritório de Polícia



direção e caiu ao solo, após passar em alta velocidade por um quebra-molas não sinalizado, sofrendo ferimentos graves, sendo socorrido por populares e encaminhado para o hospital Regional de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes, nesta cidade, onde foi submetido a tratamentos médicos, conforme prontuário médico em anexo. Informa ainda que não ficou completamente curado da lesão no joelho e alguns meses depois foi submetido a cirurgia no hospital João XXIII, também nesta cidade. Ao local não compareceram os Policiais Militares da CPTran, razão pela qual não foi elaborado o Boletim de Acidente de Trânsito. No momento do acidente o tempo apresentava-se bom, com via seca e o local é pouco iluminado, não encontrando-se o comunicante sob a influência de bebidas alcoólicas. As testemunhas arroladas não presenciaram o acidente, entretanto tomaram conhecimento de acordo com o que foi descrito. Ciente o comunicante do que dispõe o Artigo 299 do CPB, encerramos o presente Boletim de Ocorrência.

DELEGADA:

[Assinatura]
Bel^a. Josefa Alves de Assis
Delegada de Polícia Civil

COMUNICANTE:

Carlos Augusto prior de Lima

TESTEMUNHA:

Edna SUELY F. DE Lima

TESTEMUNHA:

Guênia Teixeira de Medeiros

ESCRIVÃO:

[Assinatura]
José Alberto do Nascimento

ARUANA SEGUROS

30 DEZ 2014



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Carlos Augusto de LimaPortador do RG nº 3584704 expedido pelo SSP/PB em 04/09/13CPF nº 308605804-66 na qualidade de favorecido (a) /beneficiário (a), venho perante a este instrumento, declarar que não possuo comprovante de residência em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito **segundo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:**

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua: Serejo Bernardo</u>
Número	<u>317 - A</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>3000compó</u>
Cidade	<u>Campina Grande</u>
Estado	<u>PB</u>
CEP	<u>58430 - 445</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 8640.3833 / 8894.0004 / 9364.1629</u>
E-mail	<u>miuamzequeacq1@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Campina Grande, PB10/12/2014

LOCAL / DATA

Carlos Augusto de Lima
 ASSINATURA DO DECLARANTE

ARIANA

06 JAN 2015

Ass:

**CAGEPA**

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTO DA PIAUÍ

Rua Feliciano Cirne, s/n - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87PARA CONTATO COM A CAGEPA,
INFORME ESTE NÚMERO**MATRÍCULA**

11902051

N. OSP

34006112

JOSE ARQUILINO BARBOSA

RUA SEVERINO BERNARDO, 317-A

BODOCONGO

58430-445

CAMPINA GRANDE

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Pública	
010 43 170 0210	000	1	0	0	0	J
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
804X040005	05/07/2009	4	LIGADO	LIGADO		

Consta(■) em nosso(s) registro(s) pendência(s) de pagamento de conta(s) anterior(es). Conforme previsto na Lei Federal 11.445, essa(s) pendência(s) sujeita(■) o imóvel a suspensão do fornecimento de água. Se o débito já estiver sido pago, há mais de 5 dias, desconsidere este aviso.

Para demais informações, entre em contato com a CAGEPA pelas lojas de atendimento ou call center (115) gratuito.

REFERENCIA CONTRA

MAR/2014

VENCIMENTO

23/03/2014

VALOR(R\$)

51,25

EMISSÃO:

10/04/2014

Total a Pagar:

R\$ 51,25



MATRÍCULA

N. OSP

EMISSÃO

TOTAL A PAGAR

11902051

34006112

10/04/2014

R\$ 51,25

82670000000-1 51250010900-8 11902051034-1 00611200000-2



CAGEPA

MATRÍCULA

N. OSP

EMISSÃO

TOTAL A PAGAR

11902051

34006112

10/04/2014

R\$ 51,25

RECEBI A NOTIFICAÇÃO REFERENTE AO(S) DÉBITO(S) ACIMA RELACIONADO(S)

JOSE ARQUILINO BARBOSA DATA: 10/04/2014

RUA SEVERINO BERNARDO, 317-A HORA: 7:44:17

INSCRIÇÃO 010.43.170.0210 ASS: _____

ARUANA

06 JAN 2015

Ass. _____



Hospital João XXIII (SAS)

Data: 01/04/2014

Paciente : Carlos Augusto Farias de Lima

Convenio: bradesco

Cirurgião: Fabio Gondim Nepomuceno

Auxiliar : Ericson Marques

Segundo : Eldiman soares

Anestesista: Bernardo arruda

Instrumentadora: Waleska

Circulante: Fernandinha

Diagnostico : ruptura lca + condropatia + meniscose + transposi tendao

Cirurgia: Artroscopia do joelho para instabilidade joelho + sinovectomia + instabilidade patelar + condroplastia

Acidentes durante a cirurgia: no laudo previo comprovando lux patelar e lesão do lca com o paciente anestesiado optamos em primeiro realizar a cirurgia do lca e tratar o patelo femoral medial conservador.

Descrição cirúrgica:

- 1 Decubito dorsal sob raquianestesia
- 2 Instalação de infusor com fluxometro e equipo utilizado soro fisiológico 10 litros
- 3 assepsia e antissepsia e aposição de campos estéreis
- 4 Abertura dos portais artroscopicos
- 5 Retirada tendões semitendíneo e gracilis para reconstruir lca
- 6 utilizado **lamina de shaver** sinovector para sinovectomia e meniscectomia e **ponteira** para condroplastia.
- 7 Tunnels ósseos em fêmur e tíbia com **fio guia** e **fio broca**
- 8 Subida do enxerto e fixado no fêmur com endobouton 2,0 cm e fixado em tíbia com **interferência absorvível e agrafe**
- 9 **dreno 3.2** aspirativo em sistema fechado
- 10 sutura com nylon
- 11 curativo

Fabio gondim Nepomuceno

CRM 5429

ARIJANA
5102 MAR 9 01
FABIO GONDIM NEPOMUCENO
CRM-PB: 5429
CPF: 872.375.204-15

Ass. _____

FICHA DE INTERNAÇÃO

Paciente: CARLOS AUGUSTO FARIAS DE LIMA RG: 3564704
Nasc.: 14/08/1993 Idade: 20 Ano(s) Sexo: Masculino R.I. Nº: 9503
Leito: 220.02 POSTO - 200 U.I.: PARAIBA Data: 1/04/2014
FAA Nº: Data/Hora: Operador: HELEN Hora: 15:06:10
Tipo de Atend.: ELETIVA *Braduco*
Dados Pessoais DOC:
Telefone: CEP: 58430-445
End.: Rua Severino Bernardo Nº 317A UF: PB
Bairro: Bodocongó COR: PARDA
Cidade: Campina Grande
Est. Civil:
Pai:
Mãe: MARIA ROSANGELA FARIAS DE LIMA
Dados Médicos CPF: 872.375.204-15 CNS: 201.5610.1410.001E
Solicitante: FABIO GONDIM NEPONUCENO
Diag. Inicial: Z00 A ESCLARECER

Alta: 02/04/14 Horas: Assinatura:
Documento:
Funcionário: CID:
Diagnóstico principal: CID:
Código do procedimento: CID:
Diagnóstico secundário: CID:
Código do procedimento: CID:
Outros diagnósticos:
Código(s) do(s) procedimento(s):
Tipo de Saída: Alta: Curado () Melhorado () A Pedido () Inalterado ()
Evasão () Óbito () Transf. Ext ()
Tipo de Tratamento: Cirurgia suspensa: () Sim () Não
Clínico: () Cirúrgico: ()
Motivo da suspensão:

Se a causa desta internação for resultante de trauma, acidente ou intoxicação, indique causa

Nome do Médico: CRM: ARIJANA
Funcionário do Setor de Internação:
É obrigatória a apresentação do Cartão SUS do paciente em até 48 horas.

Ass. *[assinatura]*

06 JAN 2015



Centro Hospitalar João XXIII

SISTEMA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E DE SAÚDE - SAS

NOTA DE SALA DE CIRURGIA GERAL



RI N° 9503

Paciente: Carlos Augusto Farias de Lima Idade: 20
Registro: 166357 Quarto: 217 Leito: 02 Sala: 3 Convênio: Brasão
Cirurgião: Dr. Fabio Gondim Anestesiato: Dr. Bernardo
Cirurgia: Histoscopia + ligamento pedículo direito
Instrumentador: Waleska F. M. F. M. F. Anestesia: Ventilação
Data: 01/04/14 Início: 19:30 Término: 20:00

QTD.	MED. ANESTÉSICAS	QTD.	MATERIAIS / SOLUÇÕES	QTD.	POMADAS
	Clonidin amp.		Agulha Descartável 25x7		Epitezan
	Dimorf amp. 1mg	2	Agulha Descartável 40x12		Kolagenase
1	Dimorf amp. 0.9mg	1	Agulha Descartável 13x4,5		Nebacetim
1	Dormonid amp.		Agulha Peridural n° 17		Xilocaína Geléia
	Esmeron amp.		Agulha Raqui n° 25		
1	Pentanil amp. 2 ml	1	Agulha Raqui n° 27		
	Pentanil amp. 10 ml	4	Atadura de Crepom n° 20 (15f)		
	Hypnomidate		Atadura Gessada n°		
	Ketalar fr/amp.		Bolsa Colostomia		
1	Mercaina fr. Pesada	9	Borracha Silicone		
	Narcan amp.		Cateter p/08		
	Nitperidol amp.		Cateter Peridural		
	Nimblum	100	Clorhexedina Alcoólica 0.1%	QTD.	FIOS
	Propofol amp.		Clorhexedina Aquosa	1	Mononylon 2-0 1251
	Sevorane	50	Clorhexidina Degermante 4% unid.		Mononylon
	Tramal amp.	15	Compressa Grande (45x50 - 13f)		Catgut cromado
	Tracrium	1	Dreno Biduro 3.2		Polycot
	Rapifen	5	Eletrodo		Polycot
		1	Equiplo Macrogotas c/injetor		Prolene
			Equiplo Microgotas c/injetor		Prolene
			Equiplo 4 vias	4	Vicril 7 (3353H)
			Espadrado mt.		Vicril
			Filtro p/ Respirador 100ml		Cromado
		13	Gases com 10 (13f)		Cromado
		1	Geico n° 20		Simplex
			Intracath Adulto		Simplex
		1	Lâmina de Bisturi n° 11	1	Ethibond 5 MB46
			Lâmina de Bisturi n° 15		Ethibond
		1	Lâmina de Bisturi n° 25	QTD.	SOROS
		1	Luva Proced. Kriss	3	SF 100ml 100ml
		1	Luva n° 6.5 (estéril)	2	SF Normotermicos fr. 500ml
		1	Luva n° 7 (estéril)		SF Gelado fr. 500ml
		3	Luva n° 7.5 (estéril)		SF Hipertermico fr. 500ml
		3	Luva n° 8 (estéril)	3	Soro Ringer fr. 500ml
		2	Luva n° 8.5 (estéril)		SG fr. 500ml
			Micropore		SG fr. 100ml
		2	Oxigênio 1/m	QTD.	ORTESE E PRÓTESE
			PVPI Degermate		
			Seringa Descartável 1ml (c/ag)		
		1	Seringa Descartável 3ml (c/ag)		
		2	Seringa Descartável 5ml (c/ag)		
		2	Seringa Descartável 10ml (c/ag)		
		2	Seringa Descartável 20ml (c/ag)		
			Seringa Descartável 60ml (bico curto)		
			Seringa Descartável 60ml (bico longo)		
			Sonda Endotraqueal n°		
			Sonda Foley °		

ORTOSE E PRÓTESE	
ARIANA	
06 JAN 2015	
EQUIPAMENTOS	
1) Oxímetro de Pulso	1) Foco Auxiliar
() Serra	1) Electrocardiômetro
() Desfibrilador	() Oxímetro digital
() Foco Frontal	1) Cardiomonitor

④ COROWTUM 26 + TONGGOC 32



Centro Hospitalar João XXIII
SISTEMA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E DE SAÚDE



Dr. Fábio Gondim

TRATAMENTO E EVOLUÇÃO MÉDICA

DATA

11/04/14

PRESCRIÇÃO MÉDICA

165 gr

PACIENTE

Carlos Augusto Farias de Lima

LEITO

217

PRONTUÁRIO

166357

CONVÊNIO

Bradesco

HORÁRIO

EVOLUÇÃO MÉDICA

(1) Dieta Lúris A 21:00
(2) RL 1000ml + SF 0.9% 1500ml
(3) Insulina 16 + 40 @ 6/6h 20cc
(4) Ceftriaxona 40Kg @ 10/12h 20cc
(5) Paracetamol 50mg + 40mg @ 8/8h 20cc
(6) Paracetamol 20mg + 20mg @ 6/6h 20cc
(7) Paracetamol 40mg + 40mg @ 8/8h 20cc
(8) Paracetamol 100mg + 60mg
SF 0.9%
(9) Oxalato 40mg + 40mg 10/12h
(10) Glicose 2/24 P/W
(11) Vitamins Gora
(12) Sinais em

fula alar
pla Anse de
Dr JCA

Dr. Fábio Gondim Nepomuceno

Cirurgia do Joelho - CRM-PB 5429

Av. Walfrado Macedo Brandão, 1011 - (83) 3235-4348

Jardim Cidade Universitária

Assessoria João Pessoa-PB

CEP: 58052-200

ARIANA

06 JAN 2015

Dr. Fábio Gondim Nepomuceno
Cirurgia do Joelho - CRM-PB 5429
Av. Walfrado Macedo Brandão, 1011 - (83) 3235-4348
Jardim Cidade Universitária
CEP: 58052-200 João Pessoa-PB

Dr. Fábio Gondim Nepomuceno

CRM

JUSTIFICATIVA (EM CASO DE USO DE ANTIBIÓTICOS)



Campimagem

Diagnóstico por Imagem
Imagens para Vida

PACIENTE: CARLOS AUGUSTO FARIAS DE LIMA
IDADE: 20A
MÉDICO SOLICIT: DR. ELDIMAN SOARES ARAÚJO
EXAME: TC ARTICULAÇÃO (JOELHO DIREITO)

Nº DO EXAME: 234313
DATA DO EXAME: 17/02/2014

RESSONÂNCIA
MAGNÉTICA 1.5 T
(Alto Campo)
TOMOGRAFIA
COMPUTADORIZADA
MULTISLICE
ULTRASSONOGRAFIA
3D E 4D
DOPPLER COLORIDO
MAMOGRAFIA
DIGITAL
ESTEREOTAXIA
MAMÁRIA
RADIOLOGIA
DIGITAL
RADIOLOGIA
INTERVENCIÓNISTA
ANGIOGRAFIA
DIGITAL
DENSITOMETRIA
ÓSSEA
PUNÇÃO-BIÓPSIA
ECOCARDIOGRAFIA
ELETRONEUROMIOGRAFIA
LABORATÓRIO DE
ANÁLISES CLÍNICAS

CLÍNICA: Paciente de 20 anos de idade, apresentando quadro de instabilidade patelar.

TÉCNICA: Exame realizado em aparelho de tomografia computadorizada multislice, com obtenção de cortes axiais de 3.0mm de espessura, espaçados de 5.0mm, interessando a região dos joelho direito.

RELATÓRIO:

- Estruturas ósseas identificadas apresentam-se com morfologia e espessura cortical preservada, sem evidências de lesões osteolíticas, osteoblásticas ou traço de fratura atual.
- Os espaços e superfícies articulares focais tem amplitude normal.
- Distância TAGT (tuberosidade anterior da tibia à goteira tróclea na fôvea patelar do fêmur), medindo cerca 23.3mm (normal até 15.0mm), representando lateralização na tuberosidade anterior da tibia.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

- SINAIS DE LATERALIZAÇÃO DA TUBEROSIDADE ANTERIOR DA TÍBIA DIREITA.

en/r

Nota: As informações contidas neste resultado representam a impressão diagnóstica através da interpretação realizada pelo médico radiologista do exame atual. Este laudo não deve ser considerado como absoluto e definitivo, já que as patologias são evolutivas e a identificação das mesmas pode se modificar de acordo com a história natural da doença ou investigação mais profunda.

ARIANA

06 JAN 2015

Ass.

Dr. Belchior de M. Lucena

Dr. Carolina Sydow Camy

Dr. Grazielo José de C. Lima

Dr. Kádima A. Dutra Helen

Dr. Laudino Amor Loureiro

Dr. Loury Alessandra Cunha

Dr. Luanne de C. Silva Mendes

[Assinatura]



Campimagem

Diagnóstico por Imagem
Imagem para Vida

PACIENTE: CARLOS AUGUSTO FARIAS DE LIMA
IDADE: 20A
MÉDICO SOLICIT: DR. ELDIMAN SOARES ARAÚJO
EXAME: RX JOELHO DIREITO

Nº DO EXAME: 234313
DATA DO EXAME: 17/02/2014

RESSONÂNCIA
MAGNÉTICA 1.5 T
(Alto Campo)
TOMOGRAFIA
COMPUTADORIZADA
MULTISLICE
ULTRASSONOGRAFIA
3D E 4D
DOPPLER COLORIDO
MAMOGRAFIA
DIGITAL
ESTEREOTAXIA
MAMÁRIA
RADIOLOGIA
DIGITAL
RADIOLOGIA
INTERVENCIONISTA
ANGIOGRAFIA
DIGITAL
DENSITOMETRIA
ÓSSEA
PUNÇÃO-BIÓPSIA
ECOCARDIOGRAFIA
ELETRONEUROMIOGRAFIA
LABORATÓRIO DE
ANÁLISES CLÍNICAS

RELATÓRIO:

- Estruturas ósseas visualizadas íntegras.
- Espaços e superfícies articulares preservados.
- Partes moles sem alterações.
- Ausência de sinais evidentes de fratura ou luxação.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

RADIOGRAFIA DO JOELHO DIREITO DENTRO DOS PADRÕES DA NORMALIDADE.

OBS.: EXAME RADIOGRÁFICO DIGITAL DE ALTA RESOLUÇÃO.

e/

Nota: As informações contidas neste resultado representam a impressão diagnóstica através da interpretação realizada pelo médico radiologista do exame atual. Este laudo não deve ser considerado como absoluto e definitivo, já que as patologias são evolutivas e a identificação das mesmas pode se modificar de acordo com a história natural da doença ou investigação mais profunda.

ARIANA

06 JAN 2015

Ass. _____



Centro Hospitalar João XXIII

Sistema de Assistência Social e de Saúde

SAS

NOME DO PACIENTE: CARLOS AUGUSTO FARIAS DE LIMA

DATA DO EXAME: 02/04/2014

CONVÊNIO: BRADESCO

RADIOGRAFIA DO JOELHO DIREITO

Ossos de morfologia e textura conservadas.

Espaços articulares preservados.

Lateralização patelar.

Presença de âncora metálica cirúrgica na topografia da inserção do tendão patelar.

Dr. Ítalo Miranda Pereira
Médico Radiologista
CRM - PB 5806

ARIANA

06 JAN 2015

Ass. _____



HOSPITAL MUNICIPAL PEDRO I

RUA PEDRO I, 605 - SÃO JOSÉ - CEP. 58400-414
PABX: (83) 3315-7700 FAX: (83) 3315-7734
CAMPINA GRANDE - PB

CONVÊNIO COM SUS

ATESTADO MÉDICO

ATESTO que o segurado Carlos Augusto
Arriana de Lima portador da Carteira Profissional
Nº Série....., necessita de 30 (trinta)
.....) dias de afastamento do trabalho, a partir desta data,
por motivo de doença.

CID: S. 85

Campina Grande - PB, 16 de 12 de 13


Assinatura do Médico - CRM Nº

NOTA: Este atestado é válido para as finalidades previstas no Art. 88 do R.G.P.S., aprovado pelo Decreto nº 60.501 de 14/03/1967, e será expedido para justificativa de 1 à 15 dias de afastamento do trabalho.

ARIANA

06 JAN 2015

Ass.



CTO
ATESTADO MEDICO:

Clínica de Trauma
e Ortopedia

Atesto para os devidos fins que o paciente **CARLOS AUGUSTO FARIAS DE LIMA**, foi atendido nesta e necessita de 60 (sessenta) dias de afastamento do trabalho, a partir desta data.

CID: M 23.5

Dr. Amaro Jorge Pinto
CRM - 5258
Cirurgia de Trauma

Dr. Erivaldo Araruna
CRM - 1366
Cirurgia do Quadril

Dr. Fábio Gondim
CRM - 5429
Cirurgia do Joelho

Dr. Schubert Costa
CRM - 5523
Cirurgia da Coluna

Dr. Luciano Guedes Borges
CRM - 3451
Cirurgia do Quadril

Dr. Eldiman Soares de Araújo
CRM - 6960
Cirurgia do Quadril

Dr. Waerson José Sousa
CRM - 5277
Ortopedia Pediátrica

ARIANA

06 JAN 2015

Rua Chateaubriand, 206 - São José - PABX: (83) 3341.2566
CEP: 58107-625 - Campina Grande - PB
(Em frente ao HU - antigo Ipase)

Centro Hospitalar João XXIII

SISTEMA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E DE SAÚDE

SA

ATESTADO

ATESTO para os devidos fins de DIREITO que

o(a) Sr.(a)

Carlos Augusto Farias de Lima

estive internado(a) neste Nosocômio, durante o período de

a

11/11/2014, tendo sido submetido(a) tratamento

CID M23.5, necessitando porém de

120 dias de afastamento de suas atividades habituais para repouso e recuperação.

Dr. Fábio Gondim Nepomuceno

Cirurgião do Joelho - CRM-PB 5429
W. Walterio Macedo Branco, 100 - Jd. Primavera
Jardim Primavera - CEP: 58052-200 - Campina Grande - PB

CRM-PB 5429

João Pessoa - PB

A Vida é a nossa maior especialidade.

Rua Nilo Peçanha, 83 - Prata - Fone (83) 2102.3323 - Fax (83) 3321-8758
Cep 58400-515 - Campina Grande - PB
Insc. Municipal 043.704-0 / CNPJ 07.679950/0001-19



CTO
Clínica de Trauma e Ortopedia

Dr. Amaro Jorge Pinto
CRM - 5258
Cirurgia de Trauma

Dr. Erivaldo Araruna
CRM - 1366
Cirurgia do Quadril

Dr. Fábio Gondim
CRM - 5429
Cirurgia do Joelho

Dr. Schubert Costa
CRM - 5523
Cirurgia da Coluna

Dr. Luciano Guedes Borges
CRM - 3451
Cirurgia do Quadril

Dr. Eldiman Soares de Araujo
CRM - 6960
Cirurgia do Quadril

Dr. Waerson José Sousa
CRM - 5277
Ortopedia Pediátrica

Atesto para os devidos fins que o paciente **CARLOS AUGUSTO FARIAS DE LIMA** foi atendido nesta clinica necessita 30 (trinta) dias de afastamento do trabalho, a partir desta data.

CID: M 23.5

Dr.º Eldiman Soares de Araujo
CRM: 1366

Campina Grande, 17 de Janeiro de 2014.

ARIANA

06 JAN 2015

Ass.

Rua Dr. Chateaubriand, 206 - São José - PABX: (83) 3341.2566
CEP: 58107-625 - Campina Grande - PB
(Em frente ao HU - antigo Ipase)



CTO
Clínica de Trauma e Ortopedia

Amaro Jorge Pinto
CRM - 5258
Cirurgia de Trauma

Erivaldo Araruna
CRM - 1366
Cirurgia do Quadril

Dr. Fábio Gondim
CRM - 5429
Cirurgia do Joelho

Dr. Schubert Costa
CRM - 5523
Cirurgia da Coluna

Luciano Guedes Borges
CRM - 3451
Cirurgia do Quadril

Eldiman Soares de Araujo
CRM - 6960
Cirurgia do Quadril

Waerson José Sousa
CRM - 5277
Ortopedia Pediátrica

Atestado Médico

Atesto para os devidos fins que o paciente **Carlos Augusto Farias de Lima** foi atendido nesta clinica e necessita de 60(sessenta) dias de afastamento do trabalho a partir desta data.

CID: M23.5

Dr.º Fabio Gondim Nepomuceno
(CRM: 5429)

Campina Grande, 17 de Fevereiro de 2014.

Rua Dr. Chateaubriand, 206 - São José - PABX: (83) 3341.2566
CEP: 58107-625 - Campina Grande - PB
(Em frente ao HU - antigo Ipase)

ATESTADO MÉDICO

ATESTO que

Carlos Augusto Fernandes
do

foi atendido(a) hoje, às ()

horas, necessitando de 10 (dez)

dias de afastamento do trabalho, a partir desta data.

DIAGNÓSTICO CID S. 35

Campina Grande, 04 / 12 / 2015

Dr. Palmério Augusto Fernandes
Médico - Radiologista
CREMEC - 12.015
CREMEPE - 21616
CRM - PB 79.61

Ass. _____

06 JAN 2015

ARIANA

Ass. do Médico - CRM N° _____



ATESTADO MÉDICO

ATESTO que

Carlos Augusto
Fernandes

foi atendido(a) hoje, às ()

horas, necessitando de 10 (dez)

dias de afastamento do trabalho, a partir desta data.

DIAGNÓSTICO CID S. 35

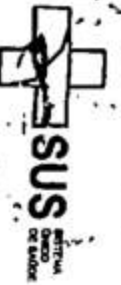
Campina Grande, 27 / 11 / 2015

Dr. Palmério Augusto Fernandes
Médico - Radiologista
CREMEC - 12.015
CREMEPE - 21616
CRM - PB 79.61

Ass. do Médico - CRM N° _____

ARIANA
Montador

28883-1
12883-1



ESTADO DA PARAÍBA - SECRETARIA DE SAÚDE
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

ENTIDADE PRESTADORA DO ATENDIMENTO

CÓDIGO DA UNIDADE: 0023671 CNPJ/CPF: 08.778.268/0001-60

NOME: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIS GONZAGA FERNANDES

END.: AV. FLORIANO PEIXOTO, 4700 - MALVINAS

MUNICÍPIO: CAMPINA GRANDE

ESTADO: PARAÍBA

UF: 25

PRONTUÁRIO Nº: 1060891

PACIENTE:

NOME: CARLOS AUGUSTO FARIAS DE LIMA

SEXO/MASCULINO, IDADE: 20,3

PROFISSÃO: ESTUDANTE - P

DOCUMENTO: 3584704

END.: RUA SEVERINO BERNARDO, 317A

BAIROBOBOCONGO

MUNICÍPIO: CAMPINA GRANDE

ESTADO: PB

CEP:

DATA ATENDIMENTO: 22/11/2013

RQ: 23h

CÓDIGO DO MUNICÍPIO: 250400

RACIA / COR: DTA. NASCIMENTO: 14/08/1993

() 1 - BRANCA

() 2 - PRETA

() 3 - PARDA

() 4 - AMARELA

() 5 - INDÍGENA

() 99 - SEM INFORMAÇÃO

ANAMNESE E EXAME FÍSICO SUMÁRIOS:

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE:

TIPOS

RESULTADOS

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS

DIAGNÓSTICO / CID:

NATUREZA DA CONSULTA

CONSULTA BÁSICA (PAB):

CONSULTA ESPECIALIZADA:

PROCEDIMENTO

TIPO DE ATENDIMENTO

01 - URGÊNCIA:

02 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA

03 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO

04 - OUTROS TIPOS DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

05 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS E FÍSICOS

MEDICAÇÃO

ENCAMINHAMENTO

1. PRESCRITA

OBSERVAÇÃO

2. APLICADA

OUTRO HOSPITAL

ÓBITO

OUTROS:

SERVIÇOS REALIZADOS:

CODIGO / PROCEDIMENTO

CSO

IDADE

0301010032

225220

11

0301010032

225220

11

ASS. DO(S) PROFISSIONAL(A)S ASSISTENTE(S) DE ENFERMAGEM

ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

ASS. DO REVISOR TÉCNICO (CARIMBO)

ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO

REVISOR

ASS. DO REVISOR

ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO

MOX



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO
Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

Ficha de Acolhimento

Nome:	Carlos Augusto Lemos de Lima		
End.:	R - Severino Bernardino 374	Bairro:	Bodocongo
Data de Nascimento:	14/08/93	Documento de Identificação:	
Queixa:	cloro Molo	Data do Atend.:	22/11/13
		Hora:	20:20
		Documento:	

Classificação de Risco

Nível de consciência: <input checked="" type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Baixo	Aspecto: <input checked="" type="checkbox"/> Calmo <input type="checkbox"/> Fácies de dor <input type="checkbox"/> Gemente
Frequência respiratória:	Frequência cardíaca:
Pressão arterial:	Temperatura axilar:
Dosagem de HGT:	Mucosas: <input checked="" type="checkbox"/> Normocorada <input type="checkbox"/> Pálida
Deambulação: <input type="checkbox"/> Livre <input checked="" type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Maca	

MOD. 110

Estratificação

- ☐ Vermelho - atendimento imediato
☐ Verde - atendimento até 4 horas

- ☒ Amarelo - atendimento até 1 hora
☐ Azul - atendimento ambulatorial

Wesley Pires de Sousa
Enfermeiro
COREN 176.980

Assinatura e carimbo do profissional

ARIANA

06 JAN 2015

Ass.


PACIENTE: CARLOS AUGUSTO F. DE LIMA

DATA DO EXAME: 22.11.2013

RADIOGRAFIA DE JOELHO DIREITO

- Ossos de morfologia e textura normais.
- Partes moles sem alterações.
- Relações articulares conservadas.

Dr. Arthur José Ventura
CRM/PB: 6481


Dra. Milena Veiga
CRM/PE 18270

Dra. Marcella Farias
CRM/PB 6550

Dr. Rafael Borges
CRM/PB: 6485

Dr. Ramoniê Miranda
CRM/PB: 8220

Dr. Roberto Maia
CRM/PB: 6101



ARIANA

06 JAN 2015

Ass. _____

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITAÇÃO
 CARTEIRA NACIONAL DE HABITAÇÃO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
 750500942

NOME
 CARLOS AUGUSTO FARIAS DE LIMA

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSÃO UF
 3584704 SSDS PB

CPF
 108.605.804-66 DATA NASCIMENTO
 14/08/1993

FUNÇÃO
 MARIA ROSANGELA FARIAS DE LIMA

PERMISSÃO
 PERMISSÃO

ADC
 A

EXATNA
 A

Nº REGISTRO
 05874084143

VIGÊNCIA
 09/09/2014

1ª HABILITAÇÃO
 09/09/2013

OBSERVAÇÕES

Carlos Augusto Farias de Lima
 ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
 CAMPINA GRANDE, PB

DATA EMISSÃO
 09/09/2013

Rodrigo Carvalho
 ASSINATURA DO EMISSOR

41118548156
 PB024964565

PROIBIDO PLASTIFICAR
 750500942

DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO

*1004037



ARIANA

06 JAN 2015

Ass.



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal

CPF

CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Número de inscrição

108.605.804-66

Nome

CARLOS AUGUSTO FARIAS DE LIMA

Nascimento

13/08/1993



REAL SERICARD

Cartão de uso pessoal e intransferível
Deve ser apresentado junto com um documento de identidade

Emissão
SET/2010



ARIANA

06 JAN 2015

Ass. _____

DUT

1004032

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADIAS

DENATRAN

CONTRAN

 DETRAN PB Nº 011461103171
 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
 COB. RES. DETRAN 2014-01-08 4480

00202638132 000000000000 2014

EDUARDO LOPES RODRIGUES

036214/B408

K19NOV6253/PB

NOVO

9C2JCG410AR611356

 FAS/MOTOCICLETA/NOVA/ABITIGS
 GASOLINA

 HONDA/CG125/STANIS
 2014

 CAP/NOT/OL
 2/B/124/C

 CATEGORIA
 PARAFIC

 COTA ÚNICA
 VENC. COTA ÚNICA

05/05/2014

 P
 PVA PAGO EM

05/05/2014

 V
 FAIXA PVA

0

 A
 P
 PVA PAGO EM

05/05/2014

 P
 PVA PAGO EM

05/05/2014

 P
 PVA PAGO EM

05/05/2014

 P
 PVA PAGO EM

05/05/2014

 P
 PVA PAGO EM

05/05/2014

 P
 PVA PAGO EM

05/05/2014

 SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS
 AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
 TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PB Nº 011461103171 - BILHETE DE SEGURO DPVAT

 ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
 PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
 AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
 www.dpvatsegurodotransito.com.br

SAC DPVAT: 0800 022 1204

036214/B408

K19NOV6253/PB

NOVO

9C2JCG410AR611356

FAS/MOTOCICLETA/NOVA/ABITIGS

GASOLINA

HONDA/CG125/STANIS

2014

CAP/NOT/OL

2/B/124/C

CATEGORIA

PARAFIC

COTA ÚNICA

VENC. COTA ÚNICA

05/05/2014

PVA PAGO EM

05/05/2014

FAIXA PVA

0

PVA PAGO EM

05/05/2014

PVA PAGO EM

05/05/2014

RUANA

JAN 2015



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Carlos Augusto Farias de Lima, portador da carteira de identidade nº 3594704 e inscrito no CPF/MF sob o nº 108605804-66, residente e domiciliado na Rua: Serejima Barroso, 317-A Bodoquena, Cidade Campina Grande, Estado PB, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- () Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
() O estabelecimento do IML localizado no Município em que residio não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
(☒) O estabelecimento do IML localizado no Município em que residio realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

* Carlos Augusto Farias de Lima

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Campina Grande, PB.

10/12/14

Local e data

ARIANA

06 JAN 2015

Ass. _____