

Rio de Janeiro, 20 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200370214 Vítima: MAURICIO DA SILVA

Data do Acidente: 22/05/2020 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MAURICIO DA SILVA

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

Boletim de ocorrência	Apresentar Registro de Ocorrência Policial, em cópia simples, emitido por órgão policial competente (Polícia Civil, Polícia Militar, Polícia Rodoviária Federal, Polícia Federal ou Corpo de Bombeiros Militar), pois o entregue não está adequado.
-----------------------	---

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

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

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

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 24 de Novembro de 2020

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200370214**

Vítima: MAURICIO DA SILVA

Data do Acidente: 22/05/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), MAURICIO DA SILVA

Comunicamos que o prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido do Seguro DPVAT foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais e sua contagem será reiniciada imediatamente após a conclusão das verificações para esclarecimentos dos fatos.
Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder-DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 04 de Fevereiro de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200370214

Vítima: MAURICIO DA SILVA

Data do Acidente: 22/05/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MAURICIO DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 14,14
Total creditado:	R\$ 2.376,64

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: MAURICIO DA SILVA

Valor: R\$ 2.376,64

Banco: 104

Agência: 000000041

Conta: 00000528067-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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: 28/01/2021

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.376,64

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MAURICIO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00041

CONTA: 000000528067-8

Nr. da Autenticação C6127898A9F0F0E1

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200370214 **Cidade:** Puxinanã **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MAURICIO DA SILVA **Data do acidente:** 22/05/2020 **Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/01/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (HASTE INTRAMEDULAR E PARAFUSOS). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS 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 DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG.2/5_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

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 029.2498/20 3 - CPF da vítima: 016.290.164-03 4 - Nome completo da vítima: MAURICIO DA SILVA

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

5 - Nome completo: MAURICIO DA SILVA 6 - CPF: 016.290.164-03
7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: SITIO VARZEA DA BARRIGUOA 9 - Número: SIN 10 - Complemento:
11 - Bairro: ÁREA RURAL 12 - Cidade: POXIMANA 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58115000
15 - E-mail: (83) 986132528

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)

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

AGÊNCIA: 0041 03 CONTA: 00528067 8
(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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou 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 nasoturo (vaidasor)? ☐ 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.

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

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

40 - Local e Data, para Pessoa PB 05/10/20

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 044643.01.2020.0.00.704

A Delegacia Online CERTIFICA a requerimento escrito, via Internet, de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial nº 044643.01.2020.0.00.704 analisado pelo policial civil Anderson Wagner Silva Tavares, matrícula 1824210 cujo teor passo a transcrever na íntegra: às 08:10 min do dia 10/07/2020, na Delegacia Online, **Maurício da Silva**, nacionalidade Brasileiro(a), profissão Agricultor, natural de Puxinanã, nascido(a) em 30/09/1988, idade 31, estado civil Solteiro (a), de cor Branca, filho(a) de Avaniza Federalina da Silva e Luiz Heleno Da Silva, CPF 016.290.164-03, residente e domiciliado(a) no(a) sítio, bairro Área Rural, na cidade de Puxinanã/PB. CEP: 58115000, telefone(s) 83986132528, registrou o seguinte:

Dados do(s) Fato(s):

Data/Hora do fato: 22/05/2020 06:30h; Tipificação: **Acidente de trânsito sem vítima**; Tipo do Local: Via Aberta; Local do Fato: rua, centro, Puxinanã/PB.

Veículo(s) Envolvido(s)

Veículo - Montadora: Honda. Modelo: CG150 FAN ESDI. Cor: PRATA. Placa: OEV-4832. Chassi: 9C.2K.C1680.F.R.558988.

Condutor - Nome: MAURICIO DA SILVA. Telefone: 83986132528. Estado: Paraíba. Cidade: Puxinanã. Bairro: ÁREA RURAL. Logradouro: SÍTIO..

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Trafegava na motocicleta acima descrita, com destino a cidade de Puxinanã, momento que derrapou a sua motocicleta, perdendo o controle de direção do veículo. Quando o pneu da moto estourou, causando a derrapagem da motocicleta. Não houve colisão.

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

Maurício da Silva

Maurício da Silva

A1179F7C1789C4AB92A8BB548D13415B

Código de Controle

ATENÇÃO: Esse Boletim só é válido com a assinatura do declarante. A veracidade do mesmo pode ser checada no site da Delegacia Online através do código de controle. www.delegaciaonline.pb.gov.br. Tel. (83) 3612-8612 (8h-18). E-mail: delegaciaonline@seds.pb.gov.br.





GOVERNO DO ESTADO DA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA
DELEGACIA DO PLANTÃO CENTRALIZADO
Rua Raimundo Nonato de Araújo, S/N - Catolé - Campina Grande - 58410163 - (83) 3310-9319



OCORRÊNCIA Nº 000248/20

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 000248/20 registrada em 06/11/2020, que passo a transcrever na íntegra: Aos seis dias do mês de novembro do ano de 2020, nesta cidade de Campina Grande, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DO PLANTÃO CENTRALIZADO, quando encontrava-se presente a Bela. JOSEFA ALVES DE ASSIS, Delegada de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, ai, por volta das 09:15 horas, compareceu o Sr. MAURÍCIO DA SILVA, com 32 anos de idade, filho de LUIZ HELENO DA SILVA e AVANIZA FEDERALINA DA SILVA, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de CAMPINA GRANDE - PB, Solteiro, escolaridade Medio Completo, profissão, portador da Cédula de Identidade Nº 36613162ª VIA, expedido pela SSP-PB, com C.P.F. de Nº 01629016403, residindo à rua SÍTIO VÁRZEA DA BARRIGUDA, S/N, bairro ÁREA RURAL, na cidade de PUXINANÃ - PB.

Declarou que:

Informa o comunicante, que por volta das 06h30min do dia 22.05.2020, estava trafegando pela Rua Justino Alves, na área central da cidade de Puxinanã/PB, conduzindo a motocicleta HONDA/CG 150 FAN ESDI, ano/modelo 2014/2015, de cor prata, chassi nº 9C2KC1680FR558988, de placa OEV-4832/PB, licenciado em nome de Genilson da Silva, quando perdeu o controle de direção e caiu ao solo, após o pneu da moto estourar, sofrendo ferimentos graves, sendo socorrido pelo SAMU e encaminhado para o hospital de Emergência e Trauma de Campina Grande/PB, onde foi submetido a tratamentos médicos, conforme prontuário medico hospitalar em anexo; Que, no momento do acidente o tempo encontrava-se bom e com via seca, sendo o local pouco iluminado, não encontrando-se o comunicante sob a influência de bebida alcoólica, não sendo realizada perícia técnica no local por parte dos Policiais Militares da CPTran, pois não foram solicitados. 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.

Campina Grande, Sexta-feira, 6 de Novembro de 2020

Maurício da Silva

MAURÍCIO DA SILVA

Declarante

José Alberto do Nascimento
ESCRIVÃO DE POLÍCIA CIVIL
Mat. 090.241-1

JOSÉ ALBERTO DO NASCIMENTO

Escrivão

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 029.2498/20 3 - CPF da vítima: 016.290.164-03 4 - Nome completo da vítima: HAURICIO DA SILVA

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

5 - Nome completo: HAURICIO DA SILVA 6 - CPF: 016.290.164-03

7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: SITIO VARZEA DA BARRIGUDA 9 - Número: SIN 10 - Complemento:

11 - Bairro: ÁREA RURAL 12 - Cidade: PUXINANA 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58115000

15 - E-mail: (83) 986132528

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
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ 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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0041 43 CONTA: 00528067 9
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima teve filhos: ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ 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. Quando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não obrigatório

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Pará, Povoado PB 05/10/20

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 REGIONAL CG - 192** foi solicitado para prestar atendimento médico pré-hospitalar de urgência ao paciente conforme dados a seguir:

DATA: 22/5/2020	HORA: 07:13 HRS	ID Nº: 2005220023
NOME:	MAURÍCIO DA SILVA	
QUEIXA:	ACIDENTE DE TRÂNSITO	
LOCAL:	RUA JUSTINO ALVES - PUXINANÃ	
COMPLEMENTO:		
CIDADE:	CAMPINA GRANDE / PB	
DADOS DA REMOÇÃO		
Paciente removido para o Hospital de Emergencia e Trauma		

Campina Grande, 14 de julho de 2020.

P. F. Nascimento MAT. 14393

Deoclecio F Nascimento
Coordenação Administrativa
SAMU REGIONAL CG - 192

LUANA MARIA DA CONCEIÇÃO
SIT. VARZEADA BARRIGUDA, S/N - APEA RURAL,
PILUNIANA/PB CEP: 58115000 (AG. 71)

CPF/CNPJ/RAR: 050.085.884-26

Grupo: CONVENCIONAL BARRA TENSÃO / Subgrupo: B1
Classe: RES MTC B1 / Subclasse: BARRA RENDA BPC
Legenda: MONOFÁSICO
Roteiro: 17-79-841-820 Nº Medidor: 00008498711



UNIDADE CONSUMIDORA (UC)
5/1588937-1

CADASTRE SUA FATURA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZANDO O CÓDIGO: 90015889371



VALOR DA FATURA
R\$ 10,70



VENCIMENTO
03/07/2020



REFERÊNCIA
Jun / 2020



CONSUMO
61kWh

2,10 kWh
MÉDIA Diária
LEITURA
CONFIRMAÇÃO

SITUAÇÃO DE DÉBITOS

FATURAS EM ATRASO

Mar/20	R\$12,01
Mar/20	R\$10,11
Fev/20	R\$15,11
Nov/19	R\$35,11
Out/19	R\$48,11
+ S.C. ONTAJ	+ \$560,11

DESCRIPTIVO

CC	Descrição	Quant	Taxa de Tributos	Valor Base Calc. Total (R\$)	Alug. ICMS K.M.G. (R\$)	ICMS Base Calc. (R\$)	ICMS PGL (R\$)	FGT (R\$)	FGT 14% (R\$)	FGT 2% (R\$)
0601	Consumo de 20 kWh SR	20	0,000000	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0601	Consumo de 21 a 100 kWh SR	31	0,000000	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0610	Subsídio			32,38	0,00	0	0,00	32,38	0,00	0,00
0807	LANÇAMENTOS E SERVIÇOS			0,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0807	CONTRIBUIÇÃO PÚBLICA			0,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0906	Desconto Subsídio			-31,67	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00

CCT Código de Classificação do Item	TOTAL	10,70	0,00	0,00	32,38	0,00	0,00
Taxa de Tributos	Alug. 20 kWh	0,000000	Alug. 100 kWh	0,000000			

RESERVADO AO FISCO 1319.2247.9112.7902.137.7920.600 /mco

HISTÓRICO DE CONSUMO (KWH)

Jul/19	38
Agosto	112
Set/19	87
Out/19	81
Nov/19	88
Dez/19	84
Jan/20	78
Fev/20	79
Mar/20	54
Abr/20	41
Mai/20	57
Jun/20	61
Média	77

LEITURAS

Anterior 29/05/20	5718
Atual 26/06/20	5779
Consumo	61 kWh
Período	29 dias
Constante do medidor	1

PRÓXIMA LEITURA
27/07/2020

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Descrição	Valor (R\$)	%
Serviço de O&M da Energisa PB	0,01	0,09
Comp. de Energia	0,00	0,00
Serviço de Transmissão	0,00	0,00
Encargos Setoriais	0,00	0,00
Impostos Ovelos e Encargos	10,68	99,91
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	10,70	100,00

Encargos de Uso do Sistema de Distribuição (Art. 47, V, Lei 47.500/1997)

INDICADORES DE QUALIDADE

MÉDIA	MENSAL	ANUAL	TRIMESTRAL	ANUAL	LIMITE DE TENSÃO (V)
Horas que o cliente ficou sem energia - DCE	11,58	0,00	23,19	46,38	HOMENAL 220
Voltagem e cliente ficou sem energia - FIC	7,74	0,00	15,48	30,96	CONTRATUAL 220
Duração da maior interrupção de energia no período - DMC	6,39				LIMITE REFERENCIAL 202
Duração da interrupção individual em dia crítico - DDCR	16,80				LIMITE REFERENCIAL 221

ATENÇÃO

- A tarifa de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 9.990, de 24 de abril de 2000.
- Para preservar sua saúde, a Energisa está pronta para te atender pelos canais virtuais: site, App Energisa ONE e Whatsapp (83) 99136-5540.
- Além das faturas em atraso acima, existe(m) 4 fatura(s) no montante de R\$ 253,37 (relativa(s) à período(s) anterior(es)).
- REAVISO: Caso a(s) fatura(s) acima citada(s) em atraso, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 31/07/2020. Conforme Resolução 414/ANEEL. O pagamento após essa data não efetua a retomada do fornecimento, caso o mesmo não seja comunicado ou as contas pagas não estejam em dia. ESTE PRAZO NÃO VÁLID PARA AS FATURAS JÁ REAVISADAS, para estas a suspensão do fornecimento poderá ocorrer imediatamente após o fim do prazo conferido na Resolução 414/ANEEL. Fatura(s) em atraso em órgãos de proteção ao crédito no caso de inadimplência.
- Sua unidade foi faturada como Baixa Renda, tendo um desconto de R\$31,67.
- Leitura confirmada.



Somos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

Data da Impressão: 22/05/2020
Horas da Impressão: 13:00:59
Médico (a) Diarista : Joao Paulo Oliveira Nunes

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2158030 Paciente: MAURICIO DA SILVA Idade: 031

Nome da Mãe: AVANIZA PEDERALINA DA SILVA Data de Nascimento: 30/09/1988 Sexo: M

Clinica: CENTRO CIRURGICO Enfermaria: 2 Leito: 2 Diagnóstico:

DIA 22/05/2020

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA ZERO	
2	DIETA LIVRE A CRITERIO	
3	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V, 1FRASCO, 24h/24h (ADM AS 6h)	
4	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V, 01FRA AMP, 12h/12h 0D/7D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	
5	GENTAMICINA SULFATO 80 MG/2 ML 2 ML E.V, 03AMPOLA, 24h/24h (ADM AS 14h) Diluir em 50 ML SF	
6	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	
7	OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO	
8	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C, 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 14h)	
9	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO Diluir em 100 ML SF	
10	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
11	CURATIVOS	

Dr. João Paulo
MEDICINA DO TRABALHO
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM/PA 9551



Número do Prontuário: 192068

DATA DA CIRURGIA: 22/05/2020

Número do Atendimento: 2158030 Clín: CENTRO CIRURGICO / Enf: 2 / Lei: 2

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: MAURICIO DA SILVA

Data da Internação: 22/05/2020

Atendimento: 2158030

Diagnostico Pré-Operatório: FRTA EXPOT DE TIBIA

Diagnostico Pós-Operatório:

Cirurgia: OSTEOSINTESE

Data da Cirurgia: 22/05/2020

Equipe:

Cirurgião: JOAO PAULO OLIVEIRA NUNES

Aux 1:

Aux 2:

Aux 3:

Instrumentador:

Anestesista:

Tipo de anestesia:

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no Ato:

Acidente Durante Operação:

Descrição da Operação: Descrição da Operação:

Paciente em DDH

Antissepsia cirúrgica

Aposição de campos cirúrgicos estéreis

Incisão infra-patelar esq

Passagem de fio guia sob radioscopia

Fresagem tibial ate numero 9

Inserção de haste tibial 320x9mm

Realizado 2 bloqueios distais e 2 proximais

Sutura por planos

Curativo estéril

Rx controle

A urpa

Data 22/05/2020

Assinatura/Carimbo
Joao Paulo Oliveira Nunes

João Paulo
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM/PA 9551

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE:

Maurício da Silva DN 30-09-88

QI

LEITE

CONVENIO

IDADE

REGISTRO



GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

CIRURGIA Transf. cirurg. c/ fix. de Prost. de Tíbia e

ANESTESIA

Rafael

CIRURGIÃO

ANESTESIA

Dr. João Paulo de Macilão

INSTRUMENTADORA

DATA

INÍCIO

FIM

Norma

22-05-20

11:30

13:00

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.		Calel. p/ Óxg.		Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.		Catet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix	
01	Diazepam amp.	25	Compressa Grande		Catgut cromado Sertix	
	Dimor amp.	0.2	Compressa Pequena		Catgut Simples	
	Dolanina amp.		Cotonoide		Catgut Simples Sertix	
	Efrane ml		Dreno		Catgut Simples Sertix	
	Fenegan amp.		Dreno Kerr nº		Catgut Simples Sertix	
	Fentanil ml		Dreno Penrose nº		Cera p/ osso	
	Inova ml		Dreno Pezzer nº		Ethibond	
	Ketalar ml	0	Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Neocaina ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Nubain amp.		Equipo de Sangue		Fio de Algodrão Sertix	
	Pavulon amp.		Equipo de PVC		Fio de Algodrão Sertix	
	Protigmine amp.	15	Esparadrapo Larco cm		Fio de Algodrão Sutupak	
	Protoxido l/m		Furacim ml		Fio de Algodrão Sutupak	
	Quelicin ml	08	Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardiaca	
	Rapifen amp.		H ₂ O ₂ ml	03	Mononylon	2-0
	Thionembatal ml		Intracath Adulto		Mononylon	
	Tracrium amp.		Intracath Infantil		Prolene Sertix	
Qtd.	MEDICAÇÕES		Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Sertix	
	Agua Destilada amp.	01	Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Sertix	
01	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Sertix	
02	Dipirona amp.	04	Luvas 7.0		Vicryl Sertix	
01	Flaxidol amp.	04	Luvas 7.5		Vicryl Sertix	
	Flebo-olol amp.		Luvas 8.0	01	Vicryl Sertix	0
	Geramicina amp.		Luvas 8.5			
	Glicose amp.		Oxigênio l/m	2		
	Glucon de Cálcio amp.		Poliflix			
	Haemacel ml.		PVP/ Degemante ml			
	Heparema ml.	015	PVP/ Degemante ml			
	Kanakion amp.		Sabão Antisséptico	03	SG Normotérmico fr 500 ml	01 lavar
	Lasix amp.		Saco coletor		SG Gelado fr 500 ml	
	Medrotinazol.	01	Seringa desc. 10 ml	02	SG Hipertérmico fr 500 ml	
01	Paralamp		Seringa desc. 20 ml	01	SG Ringr fr 500 ml	
	Prolamina	01	Seringa desc. 05 ml		SG fr 500 ml	
	Revivan amp.		Sonda			
	Stuptanon amp.		Sonda folley	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE	
02	Cefalotina 1g		Sonda Nasogática			
01	Cefazolin		Sonda Uretral nº			
			Sterydrem ml			
			Torneirinha			
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml			
01	Aguilha desc. 25 x 7		Gelcon 18			
	Aguilha desc. 28 x 28		Latese			
04	Aguilha desc. 3 x 4,5	05				
015	Aguilha p/ raque nº					
	Álcool de Enfermagem					
04	Álcool Iodado ml					
	Ataduras de Crepon	10				
	Ataduras de Gessada					
	Azul metileno amp.					
1/5	Betadine ml					

EQUIPAMENTOS

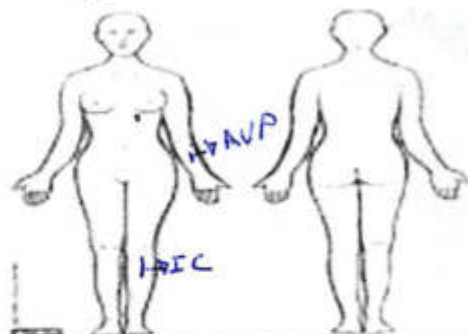
- ☒ Oxímetro de Pulso
- ☐ Serra
- ☐ Desfibrilador
- ☒ Foco Frontal
- ☐ Fonte de Luz
- ☐ Foco Auxiliar
- ☐ Eletrocautério
- ☐ Oxícapiógrafo
- ☒ Cardiomonitor
- ☐ Perfurador Elétrico

CIRCULANTE RESPONSÁVEL
Assinatura e rubrica

LEGENDA PARA SINALIZAÇÃO DE ACESSOS/DRENOS/LOCALIZAÇÃO DA CIRURGIA

AVP - ACESSO VENOSO PERIFÉRICO
 AVC - ACESSO VENOSO CENTRAL
 IC - INCISÃO CIRÚRGICA
 C - COLOSTOMIA
 N - NEFROSTOMIA
 PB - LOCALIZAÇÃO DA PLACA DE BISTURI
 PAI - PRESSÃO ARTERIAL INVASIVA
 DVE - DRENAGEM VENTRICULAR EXTERNA
 DB - DRENO DE BLAKE

DT - DRENO TORÁCICO
 DP - DRENO PENROSE



Aldalice E. N. Brandão

RESPONSÁVEIS DE SALA/REGISTRO NO CONSELHO: *Renato* PACIENTE ENCAMINHADO: ☒ SRPA () UTI () ENFERMARIA () OUTRO:

EQUIPE DE TRANSPORTE: *Porto + Albalist*

PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO- SRPA

HORA DE ADMISSÃO:

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA () ACORDADO () SONOLENTO () ACORDA QUANDO CHAMA () DORMINDO

ESCALA DE DOR (CIRCULE O NÚMERO) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 LEVE MODERADA INTENSA

TROCADO CURATIVO () SIM /VEZES ☒ NÃO

MOTIVO:

DESPREZADO DRENAGEM DE Sonda E/OU DRENO () SIM /VEZES ☒ NÃO

VOLUME TOTAL:

ASPECTO/COR:

DESPREZADO DIURESE () SIM /VEZES ☒ NÃO

VOLUME TOTAL:

ASPECTO/COR:

SINAIS VITAIS

HORA/SSVV	FC	P.A.	TEMPERATURA	FR	SpO2	HGT
13:15h	74	139 x 81	/	/	100%	
14:00	78	129 x 79	/	/	98%	

ÍNDICE DE ALDRETE-KROULIK

HORA	CONSCIÊNCIA	RESPIRAÇÃO	SATURAÇÃO	CIRCULAÇÃO	ATIVIDADE	I.A.K. / TOTAL
ENTRADA:						
SAÍDA:						

INTERCORRÊNCIAS NA SRPA

() NÁUSEAS () VÔMITOS () SANGRAMENTOS () DOR () ALTERAÇÃO P.A. () ALTERAÇÃO F.C. () TREMORES
 () EDEMAS () BEXIGOMA () DESSATURAÇÃO () HIPERTERMIA () ANAFILAXIA () PCR REVERTIDA () ÓBITO

AValiação DE ENFERMAGEM: RELATO DE INTERCORRÊNCIAS E CONDUTAS NA SRPA

TRANSFERIDO PARA: ☒ ENFERMARIA /LEITO: () UTI/LEITO: ALTA DO SRPA: () SIM () NÃO ALTA HOSPITALAR: () SIM () NÃO

OUTRO: PRESCRIÇÃO MÉDICA: (X) SIM () NÃO

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA: (X) SIM () NÃO

REQUISIÇÃO EXAMES: (X) SIM () NÃO

REQUISIÇÃO ANATOMO-PATOLÓGICO: () SIM (X) NÃO

REQUISIÇÃO CULTURA: () SIM (X) NÃO

RESPONSÁVEL/REGISTRO NO CONSELHO:

DATA/HORA:

AValiação DE ANESTESIA: RELATO DE INTERCORRÊNCIAS E CONDUTAS NA SRPA

RESPONSÁVEL/REGISTRO NO CONSELHO:

ALTA DA SRPA
 DATA/HORA:

Jovandson F. Junior
 Anestesiologista
 CRM- PB 6377



FICHA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA

PACIENTE: <u>Maurício da Silva</u>	IDADE: <u>31a</u>
DATA DE CHEGADA NO CC: <u>22/05/20</u>	HORA: <u>14:15</u>
CIRURGIA PROGRAMADA: <u>Urgência</u>	CIRURGIÃO RESPONSÁVEL: <u>Dr. João Paulo</u>

ACOLHIMENTO	
ESTADO GERAL: () GRAVE () COMPROMETIDO () REGULAR (X) BOM	
PREPARO: (X) JEJUM TEMPO DE JEJUM: <u>4h</u> () RETIRADA DE PRÓTESES (X) RETIRADA DE ADORNOS	
ACESSO VENOSO: () SIM () NÃO (X) AVP () AVC LOCAL:	
VENTILAÇÃO: (X) AR AMBIENTE () M.V. () INTUBADO () TQT	
ANTECEDENTES: () HIPERTENSÃO () DIABETES () DOENÇA RENAL () AVC () MARCAPASSO () CONVULSÃO () TABAGISTA () ISOLAMENTO DE: DEVIDO À:	
MEDICAÇÕES DE USO CONTÍNUO: () SIM (X) NÃO	NOMES:
RESERVAS SANGÜÍNEAS: () SIM (X) NÃO	() CONC. HEMÁCIAS () PLASMA () PLAQUETAS () CRIOPRECIPITADO
CIRURGIAS ANTERIORES:	QUANDO:
EXAMES () RISCO CIRÚRGICO () EX. LAB. (X) RAIO-X (X) USG () TOMOGRAFIA	
PRE-OPERATÓRIOS: TERMO DE CONSENTIMENTO: () PARA CIRURGIA () NSA () OUTROS:	
NECESSITA DE MARCAÇÃO DE LATERALIDADE: () SIM () NÃO LOCAL:	

PRIMEIRA ETAPA DO CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA	
O PACIENTE CONFIRMA: (X) IDENTIDADE (X) LOCAL DO PROCEDIMENTO	ALERGIAS CONHECIDAS: (X) NÃO () SIM, DEVIDO A
(X) PROCEDIMENTO A SER REALIZADO	RISCO DE VIA AÉREA DIFÍCIL: (X) NÃO () SIM
(X) CHECAGEM DE MATERIAL DE ANESTESIA	MATERIAL NECESSÁRIO EM S.O.: () NÃO (X) SIM
(X) EQUIPAMENTOS DE MONITORIZAÇÃO	(X) MATERIAL DISPONÍVEL EM S.O. DENTRO DAS NORMAS DE ESTERILIZAÇÃO
RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA >500ML (7ML/KG EM CRIANÇA): () SIM (X) NÃO	
OBSERVAÇÕES:	ACOLHIDO POR: <u>Enfermeira</u> <u>COREN 391.776</u>

TRANSOPERATÓRIO		SALA:
POSICIONAMENTO: () DECÚBITO DORSAL () DECÚBITO VENTRAL () DECÚBITO LATERAL () LITOTÔMICA () GENUPEITORAL () OUTRAS:		
PLACA DE BISTURI: () SIM () NÃO LOCAL:		
EQUIPAMENTOS: () BISTURI ELÉTRICO () MICROSCÓPIO () TORRE VDL () ARCO CIRÚRGICO () LASER () OUTROS:		
USO DE COXINS: () SIM () NÃO LOCAL:		

SEGUNDA ETAPA DO CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA	
(X) TODOS OS MEMBROS DA SALA SE CONHECEM	(X) NOME DO PACIENTE (X) LOCAL DO PROCEDIMENTO
(X) PASSOS CRÍTICOS DA CIRURGIA; DURAÇÃO ESTIMADA: <u>1:30</u>	() CIRURGIA PROGRAMADA
() PREOCUPAÇÕES EM RELAÇÃO A ANESTESIA	() PROFILAXIA ANTIMICROBIANA COM <u>Cefazolina</u>
	() EXAMES ESSENCIAIS DISPONÍVEIS DA S.O.

MEDICAMENTOS ADMINISTRADOS PELO ANESTESISTA			
HORA: <u>11:30</u>	<u>Cefazolina</u>	HORA:	
HORA: <u>11:50</u>	<u>Nauseidron</u>	HORA:	
HORA: <u>11:50</u>	<u>Diploano</u>	HORA:	
HORA: <u>11:50</u>	<u>Relaxip</u>	HORA:	
HORÁRIO	PA	F.C	SPO2
ADMISSÃO NA S.O.: <u>11:30</u>	<u>113x76</u>	<u>74</u>	<u>100%</u>
FIM DA CIRURGIA: <u>13:00</u>	<u>112x85</u>	<u>70</u>	<u>100%</u>

PROCEDIMENTOS		REALIZADO POR:	DRENOS E CANULAS
() TOT n.º () SNG n.º () SNE n.º			() PENROSE LATEX () PENROSE SILICONE
() ACESSO CENTRAL TIPO: LOCAL:			() WATERMAN () BLAKE
() AVP: CATETER N.º			() GUEDEL () SUCCÃO
() PAM CATETER N.º LOCAL:			() DRENO TORÁCICO () DRENO DE MEDIASTINO
() SVD n.º BALÃO COM ml ABD () SVA			() IRRIGAÇÃO VESICAL

TERCEIRA ETAPA DO CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA	
(X) NOME DO PROCEDIMENTO: <u>Trat. cirúrgico de fix. de fratura F</u>	() CONTAGEM DE COMPRESSAS
() ALGUMA PREOCUPAÇÃO EM RELAÇÃO A RECUPERAÇÃO DO PACIENTE.	() MATERIAIS PARA EXAMES (X) NÃO () SIM
	QUAL:
	PROBLEMAS COM EQUIPAMENTOS: (X) NÃO () SIM
	QUAL:

OBSERVAÇÕES DE SALA: INTEGRADORES DOS MATERIAIS	<u>Não tenho</u>
---	------------------



MATERIAL UTILIZADO EM CIRURGIA

Rastreamento

0626

Hospital: de Emergência e Trauma de São Paulo Código: 0626Procedimento: Trat. Cir. com fixação de fíbula Cód. Procedimento: 0626Paciente: Maurício da SilvaData da Cirurgia: 22/05/20 Nº prontuário: 2557990 Convênio: EspecialCirurgião: Dr. João Paulo Código: (X) Reposição () Caixa Pronta

DESCRIÇÃO DE PRODUTOS UTILIZADOS

Qtd.	Descrição	Cód. Produto	Valor Unit.	Valor Total
01	Hoste de Tíbia			
	Bloquete 09 x 320			
01	Tampão			

ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS

						Valor Unit.	Valor Total
Parafuso Cortical (45) mm	Nº	50	45	35			
	Qtd.	01	01	01			
	Cód.						
Parafuso Cortical () mm	Nº						
	Qtd.						
	Cód.						
Parafuso Esponjoso 4.0 mm	Nº						
	Qtd.						
	Cód.						
Parafuso Esponjoso 6.5 mm R/16 Curta	Nº						
	Qtd.						
	Cód.						
Parafuso Esponjoso 6.5 mm R/32 Longa	Nº						
	Qtd.						
	Cód.						
Parafuso Maleolar 4.5 mm	Nº						
	Qtd.						
	Cód.						

OBS.: O PREENCHIMENTO DO PRONTUÁRIO É OBRIGATÓRIO.

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO CONSULTOR DE VENDAS

Condições de Pagamento: _____

Faturar N.F para: _____

Cód. do consultor: _____ Total: _____

Cód. Instrumentador: _____

Anotações do Médico

Dr. João Paulo
MEDICINA DO TRABALHO
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-75 9551



Somos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 23/05/2020

Horas: 11:09:47

Médico(a) / Diarista: Matheus Pedroso Cavalcanti De Souza

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 2158030 Paciente: MAURICIO DA SILVA Idade: 031 Sexo: M

Nome da Mãe: AVANIZA FEDERALINA DA SILVA Data de Nascimento: 30/09/1988 Admissão: 22/05/2020 DIH - 1

Clinica: ALA AMARELA Enfermaria: 8 Leito: 1 Diagnóstico:

DIA 23/05/2020

MÉDICO(A): Bruno da Costa Lima / MÉDICO(A): Matheus Pedroso Cavalcanti De Souza /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA ZERO <i>(Suspense)</i>	
2	DIETA LIVRE A CRITERIO	<i>SND</i>
3	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. 1FRASCO, 24h/24h (ADM AS 6h)	<i>10</i>
4	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. 01FRA AMP, 12h/12h 1D/7D	<i>18 06</i>
	Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	
5	GENTAMICINA SULFATO 80 MG/2 ML 2 ML E.V. 03AMPOLA, 24h/24h (ADM AS 14h)	<i>19</i>
	Diluir em 50 ML SF	
6	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h	<i>18 06</i>
	Reconstituir 2ML ABD,	
7	OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 6h)	<i>06 22</i>
	Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO	
8	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 14h)	
9	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	
	Diluir em 100 ML SF	
10	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	<i>cu</i>
11	CURATIVOS	<i>cu</i>

EVOLUÇÃO

DATA: 23/05/2020 HORA: 11:07:49

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE COM MOTOCICLETA
HD: FRATURA EXPOSTA DE PERNA E.
NEGA ALERGIAS E COMORBIDADES
CD: REALIZADO CIRURGIA. ALTA PROGRAMADA PARA AMANHÃ

ASSINATURA + CARIMBO

Matheus Pedroso Cavalcanti De Souza

Dr. Matheus Pedroso
Médico
CRM-PB 11.869



RESUMO DE ALTA

Nome do Paciente: MAURICIO DA SILVA

Data da Internação: 22/05/2020

Data da Alta: 24/05/2020

Registro: 2158030

Tempo de Permanência: -18405

Diagnóstico Inicial: FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA E

Diagnóstico Final: FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA E

Cirurgia: OSTEOSINTESE

Data: 22/05/2020

Equipe:

Cirurgião: JOAO PAULO OLIVEIRA NUNES

Aux 1:

Aux 2:

Aux 3:

Aux 4:

Anestesista:

Medicamentos:

Resumo Clínico (História, Evolução, Terapêutica e Complicações): PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE COM FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA E.

Orientações: ORIENTO A LAVAR BEM A FERIDA OPERATÓRIA, TIRAR PONTOS COM 15 DIAS, EVITAR PISAR NO CHÃO COM O MEMBRO CIRURGIADO ATÉ ORDEM DO MÉDICO NO DIA DA CONSULTA DE RETORNO, DADO CARTÃO DE RETORNO, DADO ATESTADO MÉDICO, ENCAMINHADO AO FISIOTERAPEUTA. PRESCREVO ANALGÉSICO E CIPROFLOXACINO

Medicações para Casa: ARTROSIL CIPROFLOXACINO

Condições de Alta: Melhorado

Dr. Matheus Pedroso
MÉDICO
CRM-PB 12.869

Data: 24/05/2020

Assinatura/Carimbo
Matheus Pedroso Cavalcanti De Souza

RESPONSÁVEL: Matheus Pedroso Cavalcanti De Souza



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde



Seamos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

ESTADO DA PARAÍBA - SECRETARIA DE SAÚDE REQUISIÇÃO DE EXAMES

NÚMERO DO CADASTRO | 2 | 3 | 6 | 2 | 8 | 5 | 6 | 1 - CPF | 2 | 0 | 8 | 7 | 7 | 8 | 2 | 6 | 8 | 0 | 0 | 3 | 8 | 5 | 2 |
2 - CNPJ

NOME DA UNIDADE: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

ENDEREÇO: AVENIDA FLORIANO PEIXOTO, 4700

BAIRRO: MALVINAS CEP: 58432-809 MUNICÍPIO: CAMPINA GRANDE UF: PB(25)

PACIENTE: MAURICIO DA SILVA

Identidade:
3661316

Idade: 031

ENDEREÇO: SÍTIO VARSIA DE BARRIGUNDA

PRONTUÁRIO:

BAIRRO: ZONA RURAL

Nº 2158030

DADOS CLÍNICOS: ,

MATERIAL A EXAMINAR: ,

EXAMES SOLICITADOS: RADIOGRAFIA DE PERNA ,

Campina Grande - PB 22/05/2020 Hora:
12:58:21

Dr. João Paulo
MEDICINA DO TRABALHO
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM/PB 9551

Médico: Joao Paulo Oliveira Nunes



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde



Seamos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

ESTADO DA PARAÍBA - SECRETARIA DE SAÚDE REQUISIÇÃO DE EXAMES

NÚMERO DO CADASTRO | 2 | 3 | 6 | 2 | 8 | 5 | 6 | 1 - CPF | 2 | 0 | 8 | 7 | 7 | 8 | 2 | 6 | 8 | 0 | 0 | 3 | 8 | 5 | 2 |
2 - CNPJ

NOME DA UNIDADE: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

ENDEREÇO: AVENIDA FLORIANO PEIXOTO, 4700

BAIRRO: MALVINAS CEP: 58432-809 MUNICÍPIO: CAMPINA GRANDE UF: PB(25)

PACIENTE: MAURICIO DA SILVA

Identidade:
3661316

Idade: 031

ENDEREÇO: SÍTIO VARSIA DE BARRIGUNDA

PRONTUÁRIO:

BAIRRO: ZONA RURAL

Nº 2158030

DADOS CLÍNICOS: ,

MATERIAL A EXAMINAR: ,

EXAMES SOLICITADOS: RADIOGRAFIA DE PERNA ,

Campina Grande - PB 22/05/2020 Hora:
12:58:21

Dr. João Paulo
MEDICINA DO TRABALHO
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM/PB 9551

Médico: Joao Paulo Oliveira Nunes

RAIO X
REALIZADO EM:
22/05/20



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

REQUISIÇÃO DE EXAME:

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

DADOS CLÍNICOS:

Rotina

2744

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

Rx cervical (P)
Tórax (AP)
Bacia (AP)

Perna E AP-oblique

URGÊNCIA: ☒	ROTINA: ☐
DATA: 22/05/2020	HORA DA SOLICITAÇÃO:

Geraldo Odilon Filho
Res. Cirurgia Geral
CRM 9922

Carimbo e Assinatura do Médico

RAIO X
REALIZADO EM:
22/05/20



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

REQUISIÇÃO DE EXAME:

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

DADOS CLÍNICOS:

Feel tumor.

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

ULTRASSONOGRAFIA
Realizada em:
22 / 05 / 2020

Uze f. A. S. T.

URGÊNCIA: ☒

ROTINA: ☐

DATA:

22/05/2020

HORA DA SOLICITAÇÃO:

Geraldo Odilon Filho
Res. Cirurgia Geral
CRM 9922

Carimbo e Assinatura do Médico

PACIENTE:	MAURICIO DA SILVA
DATA DO EXAME:	22/05/2020 Exame realizado às 9:00hrs.

ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL – “FAST”**METODOLOGIA:**

Exame realizado em modo bidimensional com equipamento dinâmico na frequência de 4,0 MHz.

ANÁLISE:

Não identificamos sinais de líquido livre intra-abdominal, derrame pleural ou pericárdico no presente estudo.

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

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

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

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



Dr. Otávio Cabral
CRM - 11353

**CONTRATTA
PER VOI**

Nome: _____ Idade: 31 Sexo: M

Internações prévias () Motivo: Alergias () Qual?

() Tabagista () Etilista () Neoplasia () Drogas () Outros: _____ Medicacões em uso: _____

MOTIVO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR DIAGNÓSTICO MÉDICO: P.O fx exposta em perna 5

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA: (X) CONSCIENTE (X) ORIENTADO () CONFUSO () LETÁRGICO () COMATOSO

MOBILIDADE FÍSICA: ☒ PRESERVADA ☒ PLEGIA ☐ PARESIA ☐ PARESTESIA. LOCAL: _____

LINGUAGEM: () DISFONIA () DISARTRIA

RESPIRAÇÃO: ☒ ESPONTÂNEA () CATETER NASAL () VENTURI () TRAQUEOSTOMIA () VMI () OUTROS

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS:

ALTERAÇÃO: () VISÃO () AUDIÇÃO () TATO () OLFATO () PALADAR OBS.:

SEGURANÇA FÍSICA: TRANQUILO (☒) AGITADO () AGRESSIVO () RISCO DE QUEDA OBS.:

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR: PULSO: (☒) REGULAR () IRREGULAR () OUTROS:

EDEMA: () LOCAL OBS:

ALIM. E ELIMINAÇÃO E ELIMINAÇÕES: (INTESTINAL E URINÁRIA)

TIPO SOMÁTICO: ☒ NUTRIDO () EMAGRECIDO () CAQUÉTICO () OBESO

DENTIÇÃO: () COMPLETA () INCOMPLETA

ALIMENTAÇÃO: ☒ VO () SNG () SNE () OUTROS:

ELIMINAÇÃO INTESTINAL: (X) NORMAL () ALTERADO () OUTROS:

ELIMINAÇÃO URINÁRIA: (X) ESPONTÂNEA () SVD () INCONTINÊNCIA () OUTROS:

INTEGRIDADE FÍSICA E CULTÂNEO-MUCOSA

COLORAÇÃO DA PELE: ☒ NORMOCORADA () HIPOCORADA

PELE: ☒ ÍNTEGRA ☐ LESÃO ☐ OUTROS:

LESAO POR PRESSÃO: () SIM () NÃO ESTÁGIO (BRADEN): _____ Local: _____

Localização anatômica da ferida; Curativo em: ____/____/____

CUIDADO CORPORAL E SONO/REPOUSO

CUIDADO CORPORAL: ☒ INDEPENDENTE () DEPENDENTE () PARCIALMENTE DEPENDENTE

HIGIENE CORPORAL: ☒ SATISFATÓRIA () INSATISFATÓRIA

HIGIENE BUCAL: (☒) SATISFATÓRIA (☐) INSATISFATÓRIA

LIMITAÇÃO FÍSICA: ☒ ACAMADO () CADEIA DE RODAS SONO / REPOUSO: ☒ PRESERVADO () INSÔNIA

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

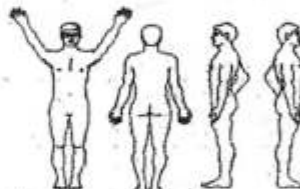
COMUNICAÇÃO: () PRESERVADA () PREJUDICADA

SENTIMENTO/ COMPORTAMENTOS: ☒ COOPERATIVO () OUTROS:

1. NECESSIDADE PSICOESPIRITUAIS:

0: _____ () PRATICANTE () NÃO PRATICANTE

AVALIAÇÃO GERAL:



HORA	PA	T	FC/P	SPO2	GLICEMIA	DIURESE	DÉBITO DE	DOR	PESO	ASSINATURA	DISPOSITIVOS	DATA DE
	(mmhg)	(°C)	(bpm)	(%)	(mg/dL)	(ml)	DRENO(ml)	(0a10)	(Kg)			INSERÇÃO
9:00	130x80	36	79	97	-	-	-			Dalia	SOG/SNG/SNE	
											SVE	
											CIRCUITO DE VM	
											FILTRO DE VM	
											UMIDIFICADOR	
											ASPIRADOR	
											LATEX	
											EQUIPO SIMPLES	

ANOTAÇÕES/INTERCORRÊNCIAS DE ENFERMAGEM:

8. DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

DIAGNÓSTICOS	FATORES RELACIONADOS	CARACTERÍSTICA DEFINIDORAS
PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	() ANSIEDADE () DOR () FADIGA () OBESIDADE () OUTRO	() ALTERAÇÕES NA PROFUNDIDADE RESPIRATÓRIA () DISPNEIA () BATIMENTO DE ASA DE NARIZ () ORTOPNEIA () OUTRO
DEFICIT NO AUTOCUIDADO PARA BANHO	() PREJUÍZO NEUROMUSCULAR () DOR () OUTRO	() INCAPACIDADE DE ACESSAR O BANHEIRO () INCAPACIDADE DE LAVAR O CORPO
DOR AGUDA	() AGENTES LESIVOS (EX: BIOLÓGICOS, QUÍMICOS) () OUTROS	() ALTERAÇÕES NA PRESSÃO SANGÜÍNEA () RELATO VERBAL DE DOR
HIPERTERMIA	() ANESTESIA () DESIDRATAÇÃO () TRAUMA () OUTRO	() AUMENTO DA TEMPERATURA CORPORAL ACIMA DOS PARÂMETROS NORMAIS () TAQUICARDIA () TAQUIPNEIA
MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA	() ANSIEDADE () DESCONFORTO () RIGIDEZ ARTICULAR () PREJUÍZOS MÚSCULO-ESQUELÉTICO	() DIFICULDADE PARA VIRAR-SE () MOVIMENTOS DESCONTROLADOS
RISCO DE INFECÇÃO	() AUMENTO DA EXPOSIÇÃO AMBIENTAL A PATÓGENOS () PROCEDIMENTOS INVASIVOS () OUTRO	
OUTRO		
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		RESULTADOS ESPERADOS
☒ MANTER OXIMETRIA CONTÍNUA E ANOTAR VALORES DE SPO2 E COMUNICAR SE FOR MENOR QUE 95%		<i>sempre</i> () MELHORAR PERFUSÃO TISSULAR () PADRÃO RESPIRATÓRIO EFICAZ
☒ OBSERVAR E ANOTAR CONDIÇÕES DE PERFUSÃO PERIFÉRICA () ENCAMINHAR AO BANHO DE CHUVEIRO () REALIZAR BANHO NO LEITO (SN) E LAVAGEM DO CABELO		() AUXÍLIO DIÁRIO ÀS NECESSIDADES DE HIGIENE
☐ EXPLICAR AO PACIENTE AS POSSÍVEIS CAUSAS DA DOR () AVALIAR CARACTERÍSTICAS, INTENSIDADE E LOCAL DA DOR () AVALIAR ALTERAÇÕES DE SINAIS VITAIS () ADMINISTRAR ANALGÉSICOS CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA E REAVALIAR A DOR APÓS ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO		<i>cont</i> () CONTROLE DA DOR (MELHORADA OU AUSENTE)
☐ APÓS ADMINISTRAR ANTITÉRMICOS, AVALIAR E REGISTRAR OS RESULTADOS () INCENTIVAR A INGESTÃO DE LÍQUIDOS		() MANUTENÇÃO DA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DOS LIMITES FISIOLÓGICOS
☐ ORIENTAR E ESTIMULAR A MOVIMENTAÇÃO NO LEITO () AUXILIAR O PACIENTE A DEAMBULAR CONFORME APROPRIADO		() MOBILIDADE FÍSICA MELHORADA
☒ OBSERVAR LOCAL DA FERIDA E INSERÇÃO DO DISPOSITIVO VENOSO PARA SINAIS FLOGÍSTICOS <i>sempre</i> ☒ TROCAR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO À CADA 72HS		() DIMINUIR O RISCO DE INFECÇÃO
OUTRO		

9. RISCO DE QUEDA (ESCALA DE MORSE)

HISTÓRIA DE QUEDA NESTE INTERNAMENTO OU NOS ÚLTIMOS 3 MESES? () SIM () NÃO
 DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO? () SIM () NÃO AJUDA PARA CAMINHAR? () SIM () NÃO
 TERAPIA INTRAVENOSA? () SIM () NÃO ESTADO MENTAL? () AGITADO () DISTÚRBO NEUROLÓGICO
 POSTURA NO ANDAR E NA TRANSFERÊNCIA? RISCO DE QUEDA? () SIM () NÃO

FONTE:

ASSINATURA E CARIMBO:

DATA: 23/05/2020

COREN-PB 060.439.489 - ENF



PARAÍBA
Governo do Estado

SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº:2157990

CLASS. DE RISCO: VERMELHO

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

Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809

Data: 22/05/2020

Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07

Atendente: acolhimento

PACIENTE: MAURICIO DA SILVA

CEP:58115000

Nascimento:30/09/1988

Endereço:SITIO VARSIA DE BARRIGUNDA

Sexo:M

Telefone: 988686956

Cidade: Puxinanã

Idade:031

Bairro:ZONA RURAL

Nome da Mãe: AVANIZA Pederalina da SILVA

RG: 3661316

Nº:0

Responsável: LUANA

CPF: 01629016403

Profissão:AGRICULTOR

Estado Civil:Casado(a)

Data de

CNS:706406640500086

Atend:22/05/2020

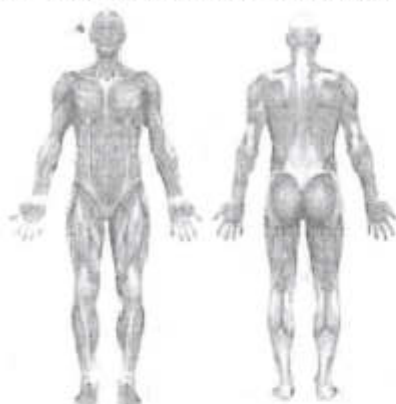
Motivo: ACIDENTE DE MOTO MOTO X CARRO

Hora: 08:18:10

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

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



- | | |
|-------------------------|----------------------------------|
| 1. Abrasão | 19. Fratura óssea fechada |
| 2. Amputação | 20. Fratura óssea aberta |
| 3. Avulsão | 21. Hematoma |
| 4. Contusão | 22. Ingurgitamento Venoso |
| 5. Crepitação | 23. Laceração |
| 6. Dor | 24. Lesão tendinosa |
| 7. Edema | 25. Luxação |
| 8. Empalhamento | 26. Mordedura |
| 9. Enfisema subcutâneo | 27. Movimento torácico paradoxal |
| 10. Esmagamento | 28. Objeto Encravado |
| 11. Equimose | 29. Otorragia |
| 12. F. Arma branca | 30. Paralisia |
| 13. F. Arma de fogo | 31. Paresia |
| 14. F. Cortado | 32. Parestesia |
| 15. F. Cortante | 33. Queimadura |
| 16. F. Corte-contuso | 34. Rinorragia |
| 17. F. Perfuro-contuso | 35. Sinais de Isquemia |
| 18. F. Perfuro-cortante | 36. |

OBS:

QUEIMADURA:

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

DIAGNOSTICO / CID:

Politrauma - 1 Fratura MTE.

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

Paciente vítima de colisão moto x carro, apresentando lesões de MTE. Nega pericardite, contusão + vômitos. 1) pericardite, 2) colar 3) supleno, 4) tórax simétrico 5) Hemodinamicamente estável 6) CEC 15 7) Fratura MTE.

ALERGIA:

NEGA.

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS ☒ Fotorreagentes ☒ Isocóricas () Anisocóricas ()

Glasgow 15 PA HGT: Sat02 92%

EXAMES SOLICITADOS:

- () Laboratoriais
() Gasometria arterial
() Tomografia Computadorizada

- () Ultrassonografia:
() Radiografias:
()

ULTRASSONOGRAFIA
Realizada em:
22/05/2020

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: Ortopede, às: Dia 22, 05, 2020

Especialista: / às: Dia / /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	Penicilina 400g + 100g	7:30
2	Dipirona	
3	Alte Campa Oral	
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Geraldo Odilon Filho
Res. Cirurgia Geral
CRM 9922

Dr. Johnny Bezerra

RAIO X
REALIZADO EM:
22/05/20

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

Ulcera Gástrica: Paciente com queixa
de dor de fúrnica toraco-abdo-
minal. USG FAST NEGATIVO
p/ hepatomegalia. 2x torax, sem
alterações. Também fazer os
fígados.

ED: Alfa sempre com
os dados ortográficos.

Geraldo Odilon Filho
Res. Cirurgia Geral
CRM 9922

Is father

() Centro cirúrgico _____ () Alta hospitalar / () A revelia
() Internação (setor) _____ \ () Decisão Médica
() Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL _____ () Óbito

Shiriana Maria de Conceição
Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

Administrativo

10:30h.

Octobre;

Recete vire de fur
cortu capu no pare
aprimul feitu puiu
cu T.R. (E)

Radiogile confus felp
de T.R. (E)

Frage expone purifone de T.R. (E)

Antut: A cuto giungo
per puceluto

Dr. Bruno da Costa Lima
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 5279 PB
CNPJ: 17562 PE

CÓDIGO/PROCEDIMENTO

CBO

IDADE

_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _
_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _
_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _
_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 22/05/2020

Paciente: MAURICIO DA SILVA Idade: 031 N° ATEND: 2157990

ACIDENTE DE TRABALHO : NAO
DATA: 22/05/2020 HORA : 08:18:28

ESPECIALIDADE : CIRURGIA

MOTIVO : ACIDENTE DE MOTO
ESPECIFICAÇÃO DO MOTIVO : MOTO X CARRO

SIANIS DE EMBRIAGUEZ : NAO

SINAIS VITAIS
HGT: SAT O2: PA: TEMP: FC: FR: PESO:

DIABETES ()SIM ()NÃO HAS ()SIM ()NÃO
DEF. MOTORA ()SIM ()NÃO

ALERGIAS :
MEDICAÇÃO EM USO :
ESTADO GERAL :
AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

() CONVULSÃO () INCONSCIENTE () CONSCIENTE () ORIENTADO
() DESORIENTADO () AGITADO () COOPERATIVO () DEPRESSIVO () APÁTICO
() IRRITADO () DIMINUIÇÃO DE FORÇA MOTORA

SINTOMAS REFERIDOS

() FEBRE () VÔMITO () DIARRÉIA () EXANTEMA
() PRURIDO () DISPNEIA () DOR () INAPETENCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
() ANAFILAXIA () FLEBITE () INAPETENCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
() EPIGASTRALGIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA () SÍBILOS () TOSSE



ESCALA DE DOR:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO :
VERMELHO

CONTROLE DOS SINAIS VITAIS:

HORA	PA	TEMP	FC	FR	DIURESE	ASSINATURA ENFERMEIRO/COREN	DO

OBS: SAMU CG

ENFERMEIRO/COREN
acolhimento

E. J. C. N. B. B. B. B.
Enfermeira
COREN-PB 310.725

MINISTÉRIO DA INFRA-ESTRUTURA

DETTRAN - PB
№ 015765640242

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
 DATA 11/01/2020 R.N. 00072524
 DR. T. C. RENAVAM 2020000072524

1	0104426881-3	00/00000000	2020
---	--------------	-------------	------

GENTILSON DA SILVA

CPF / CNPJ: 095558367435 PLACA: OEV4832/PB

— PLACA ANT / UF	CHASSI
NOVO PB	9C2KC1680FR558988

ESPECIE TIPO	COMBUSTIVEL
PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC	ALCO/GASOL

MARCA / MODELO		ANO FAB.	ANO MOD.
HONDA/CG150 FAN ESDI		2014	2015

CAP / POT / CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
2 P/149 /CI	PARTIC	PRATA

	COTA UNICA	VENC. COTA UNICA	VENC. / COTAS
1		00/00/0000	1º
2			2º
3			3º
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			
42			
43			
44			
45			
46			
47			
48			
49			
50			
51			
52			
53			
54			
55			
56			
57			
58			
59			
60			
61			
62			
63			
64			
65			
66			
67			
68			
69			
70			
71			
72			
73			
74			
75			
76			
77			
78			
79			
80			
81			
82			
83			
84			
85			
86			
87			
88			
89			
90			
91			
92			
93			
94			
95			
96			
97			
98			
99			
100			

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)	ICF (R\$)	PRÊMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
*****		SEGURO P A G O	14/02/2020

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

PUXINANA-PB	14/02/2020
-------------	------------

33375 35505

35505

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NA/O - SEGURO DPVAT

PB Nº 015765640242 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
2020	14/02/2020

VIA	CPF / CNPJ	PLACA
1	09558367435	0EV4832/PB

RENAVAM	MARCA / MODELO
01044268813	HONDA/CG150 FAN ESDI

ANO FAB	CAT. TIPO	Nº CHASSI
2014	0	003K01680EP558008

PRÊMIO TARIFÁRIO		
FMS (R\$)	DEMATRA (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
★★★★★	★★★★★	★★★★★

CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	TOTAL A SER PAGO PELA SEGURADORA (R\$)
*****	SEGURO	P A G O

QUOTA ÚNICA	PAGAMENTO	DATA DE QUITAÇÃO
☐		14/02/2020
PARCELADO		
☐		

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.408/0001-04

35505-1333247-20200214

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0292798/20

Vítima: MAURICIO DA SILVA

CPF: 016.290.164-03

Seguradora: SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

Data do acidente: 22/05/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MAURICIO DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

MAURICIO DA SILVA : 016.290.164-03

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 15/10/2020
Nome: MAURICIO DA SILVA
CPF: 016.290.164-03

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/10/2020
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

MAURICIO DA SILVA

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA