

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200352558

Cidade: Picuí

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ALDEMIR DOS SANTOS

Data do acidente: 03/02/2020

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA BIMALEOLAR DO TORNOZELO ESQUERDO

Descrição do exame físico: Ao exame físico do tornozelo esquerdo apresenta flexão dorsal aos 15°, flexão plantar aos 35°, ausência de atrofia no segmento, marcha com claudicação, agachamento normal, sem encurtamento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente. Apresenta na região observada sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, presença de alterações da musculatura do segmento, inexistência de alteração motora, sem amputação. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau leve no tornozelo esquerdo.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRURGICO COM FIXAÇÃO EXTERNA E POSTERIORMENTE TRATAMENTO CIRURGICO DEFINITIVO COM OSTEOSSÍNTESE INTERNA. VÍTIMA DEAMBULA COM LEVE CLAUDICAÇÃO. DEFICIT DE FORÇA MUSCULAR GRAU IV, E DEFICIT DE ADM DO TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas permanentes: Redução funcional leve do tornozelo esquerdo.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 31/08/2021

Conduta mantida:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200352558

Cidade: Picuí

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ALDEMIR DOS SANTOS

Data do acidente: 03/02/2020

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA BIMALEOLAR DO TORNOZELO ESQUERDO

Descrição do exame físico: Ao exame físico do tornozelo esquerdo apresenta flexão dorsal aos 15°, flexão plantar aos 35°, ausência de atrofia no segmento, marcha com claudicação, agachamento normal, sem encurtamento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente. Apresenta na região observada sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, presença de alterações da musculatura do segmento, inexistência de alteração motora, sem amputação. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau leve no tornozelo esquerdo.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRURGICO COM FIXAÇÃO EXTERNA E POSTERIORMENTE TRATAMENTO CIRURGICO DEFINITIVO COM OSTEOSSÍNTESE INTERNA. VÍTIMA DEAMBULA COM LEVE CLAUDICAÇÃO. DEFICIT DE FORÇA MUSCULAR GRAU IV, E DEFICIT DE ADM DO TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas permanentes: Redução funcional leve do tornozelo esquerdo.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 31/08/2021

Conduta mantida:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200352558

Cidade: Picuí

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ALDEMIR DOS SANTOS

Data do acidente: 03/02/2020

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/08/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA BIMALEOLAR DE TORNOZELO ESQUERDO.

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

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento
faltante:

Apontamento do Laudo
do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das
sequelas:

Documentos
complementares:

Observações: "130320" - VIDE HISTÓRICO = Vítima não compareceu.
PÁG. 18_EXAME / PÁG. 8(ANEXO 1)_CIRURGIA.
%SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES,
INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR
PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO
PRESENTES

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200352558 **Cidade:** Picuí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALDEMIR DOS SANTOS **Data do acidente:** 03/02/2020 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/04/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA BIMALEOLAR DE TORNOZELO ESQUERDO.

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

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE TORNOZELO 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 MODERADO DE TORNOZELO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG. 18_EXAME / PÁG. 8(ANEXO 1)_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 completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200352558 **Cidade:** Picuí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALDEMIR DOS SANTOS **Data do acidente:** 03/02/2020 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/04/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA BIMALEOLAR DE TORNOZELO ESQUERDO.

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

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG. 18_EXAME / PÁG. 8(ANEXO 1)_CIRURGIA.
%SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200352558

Cidade: Picuí

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ALDEMIR DOS SANTOS

Data do acidente: 03/02/2020

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/08/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA BIMALEOLAR DE TORNOZELO ESQUERDO.

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

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: "130320" - VIDE HISTÓRICO = Vítima não compareceu.
PÁG. 18_EXAME / PÁG. 8(ANEXO 1)_CIRURGIA.
%SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES,
INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR
PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO
PRESENTES

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROCURAÇÃO

Outorgante: ACDEMIA DOS SANTOS, brasileiro(a),
CASADO, AGRICULTOR, portador(a) do RG nº.
1389292 expedido por ITER/RN em 31/07/2015 e do CPF nº.
981686224-72, residente na (o)
RUA ELPIDIO SABINO, 54, CENTRO
_____, município de NOVA FLORESTA - PB, CEP 58178-000.

Outorgado: **NILO TRIGUEIRO DANTAS**, brasileiro, casado, advogado, inscrito a OAB/PB sob nº.
13220 e na OAB/RN sob nº. 834-A, portador do RG nº 2.669.825 SSP/PB 2ª via e CPF nº
047.951.774-65, residente e domiciliado na Rua Roldão Zacarias de Macedo, 145, JK, Picui – PB.
e-mail: nilotdantas@hotmail.com tel.: (83) 3371-2274/ 99912-5490/ 99104-9190/ 98852-4690.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a)
outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer
seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em
acidente de trânsito o(a) Sr.(a) ACDEMIR DOS SANTOS, ocorrido em
03/02/2020, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo, referente ao processo
de natureza INVALIDEZ a ser pleiteado.

Podendo o dito procurador, representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo
requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de
Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da
Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que
forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento
do presente mandato.

NOVA FLORESTA - PB, 18 de SETEMBRO de 2020.

RECONHEÇO

Academia dos Santos
outorgante

SERVIÇO NOT. E REGISTRO CÍVIL
Rua Cel. Felício Freire, 601
Centro - Tel. (83) 3374-1414
NOVA FLORESTA - PB

Reconheço (assinatura e rubrica) por autenticidade

de Academia dos Santos

Do(a) Sr.(a) _____ da verdade.

NOVA FLORESTA - PB, 18 de Setembro, 2020

Adriana da Silva Costa Oliveira

PI Eliano Clementino Pereira

AKN60718 - LZQ7

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

PROCURAÇÃO
Assinada e Rubricada
em 18/09/2020
por NÍLO TRIGUEIRO DANTAS
Advogado OAB/PB nº 13220

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0278009/20

Número do Sinistro: 3200352558

Vítima: ALDEMIR DOS SANTOS

CPF: 981.686.224-72

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 03/02/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ALDEMIR DOS SANTOS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Outros

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: 23/08/2021

Nome: NILO TRIGUEIRO DANTAS

CPF: 047.951.774-65

NILO TRIGUEIRO DANTAS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/08/2021

Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0278009/20

Vítima: ALDEMIR DOS SANTOS

CPF: 981.686.224-72

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 03/02/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ALDEMIR DOS SANTOS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

NILO TRIGUEIRO DANTAS : 047.951.774-65

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

ALDEMIR DOS SANTOS : 981.686.224-72

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: 01/10/2020
Nome: ALDEMIR DOS SANTOS
CPF: 981.686.224-72

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 01/10/2020
Nome: IVANEIDE DE PAIVA FREIRE
CPF: 930.630.914-72

ALDEMIR DOS SANTOS

IVANEIDE DE PAIVA FREIRE

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0278009/20

Número do Sinistro: 3200352558

Vítima: ALDEMIR DOS SANTOS

CPF: 981.686.224-72

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 03/02/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ALDEMIR DOS SANTOS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Comprovação de registro de acidente declarado

Documentação médico-hospitalar

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: 05/04/2021

Nome: NILO TRIGUEIRO DANTAS

CPF: 047.951.774-65

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/04/2021

Nome: MARCELA DO CARMO DE LIMA

CPF: 708.601.964-02

NILO TRIGUEIRO DANTAS

MARCELA DO CARMO DE LIMA

Rio de Janeiro, 09 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200352558

Vítima: ALDEMIR DOS SANTOS

Data do Acidente: 03/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ALDEMIR DOS SANTOS

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

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples do Boletim de Primeiro Atendimento Médico, com a indicação dos procedimentos adotados, identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foi entregue.
---------------------------------------	--

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, 29 de Abril de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200352558

Vítima: ALDEMIR DOS SANTOS

Data do Acidente: 03/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NILO TRIGUEIRO DANTAS

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), ALDEMIR DOS SANTOS

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 12 de Maio de 2021

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200352558 Vítima: ALDEMIR DOS SANTOS

Data do Acidente: 03/02/2020 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ALDEMIR DOS SANTOS

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

Relatório da análise médica presencial Líder	Considerando que a vítima não compareceu à análise médica presencial agendada, não foi possível emitir o relatório. Solicitamos entrar em contato para reagendamento através dos telefones 4020-1596 (Regiões metropolitanas) ou 0800-022-1204 (demais regiões) de segunda a sexta-feira, das 8 h às 20 h e para pessoas com deficiência auditiva no 0800-022-1206. O comparecimento à análise médica presencial é imprescindível para a finalização do processo.
---	---

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 Agosto de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200352558

Vítima: ALDEMIR DOS SANTOS

Data do Acidente: 03/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NILO TRIGUEIRO DANTAS

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), ALDEMIR DOS SANTOS

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 08 de Setembro de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200352558

Vítima: ALDEMIR DOS SANTOS

Data do Acidente: 03/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NILO TRIGUEIRO DANTAS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ALDEMIR DOS SANTOS

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: **ALDEMIR DOS SANTOS**

Valor: **R\$ 843,75**

Banco: **237**

Agência: **000000906-7**

Conta: **0000021810-3**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

983686224-72

ALDEMIA DOS SANTOS

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

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

ALDEMIA DOS SANTOS

983686224-72

AGRICULTOR

RUA ELPIDIO SÁINHO

54

11 - Bairro:

CENTRO

12 - Cidade:

NOVA FLORESTA

13 - Estado:

PA

14 - CEP:

58198-000

15 - E-mail:

nilotdantas@hotmail.com

16 - Tel.(DDD):

(83) 3371-2274

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)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BRANDESCO

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

0906

7

CONTA:

21810

3

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (al 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, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

16/01/2020

Aldeia dos Santos

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

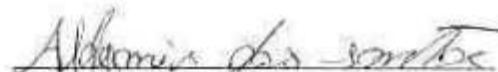
NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS

OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 195/2020

Aos **17 de setembro de 2020**, nesta cidade de **CUITÉ**, Estado da Paraíba e na **Delegacia de Polícia Civil**, sob a responsabilidade da Autoridade Policial, Bel.(a) **RODRIGO MONTEIRO DE OLIVEIRA**, Delegado de Polícia Civil, comigo **ALEX DAYAN MORAIS DE LIMA - MAT. 181.837-6**, ao final assinado, aí, por volta das **15:12** horas, compareceu **ALDEMIR DOS SANTOS**, conhecido(a) por **ALDEMIR**, nacionalidade **BRASILEIRA**, estado civil **UNIÃO ESTÁVEL**, ocupação habitual **AGRICULTOR**, grau de instrução **ENSINO MÉDIO COMPLETO**, com **47 anos de idade**, nascido(a) aos **21/05/1973** em **CORONEL EZEQUIEL - PB**, filho(a) de **MANOEL ANTÔNIO DOS SANTOS** e **MARGARIDA DOS SANTOS**, portador(a) de Cédula de Identidade Nº **001.389.291**, expedido pela **SSP/PB** e C.P.F. de Nº **981.686.224-72**, residindo no seguinte endereço **RUA ALPIDIO SABINO, 54 - CENTRO**, cidade de **NOVA FLORESTA - PB**, telefone: () , celular: **(83) 9-8714-7893**, a(o) qual, ciente das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, Declarou que:

No dia 03/02/2020, por volta das 6h00, pilotava a motocicleta HONDA/CG 125 TITAN KS, cor vermelha, ano/modelo: 2002/2003, placa MYJ-8508/RN, chassi: 9C2JC30103R003715, Renavam: 787625041, licenciada em nome de José Adailson dos Santos, que vinha de Jaçana em direção a Nova Floresta/RN com destino a feira para trabalhar, e de repente uma outro condutor em outra moto atravessou na frente batendo contra o mesmo que se desequilibrou e caiu sobre o canteiro, o que ocasionou a quebra do é esquerdo; que foi chamado a SAMUR por outros motoristas que passaram no local; que a SAMUR chegou e o levou ao Hospital de Picui onde fez duas cirurgias para colocação de pino e depois foi transferindo para Campina Grande para o hospital de trauma para se recuperar, onde ficou internado de 03/02/2020 até 05/02/2020. QUE, apresenta como testemunhas: 1) MAXSUEIVY DSO SANTOS PEREIRA CASTRO, portador do CPF nº 017.453.734-46, RG 003.196.170 SSP RN, residente na Rua José da Silva, 56 - Bairro CENTRO - Jaçana/RN, 2) JOSÉ NILTON DE OLIVEIRA, portador do CPF nº 086.930.684-74, RG 2.819.469 SSP/PB, residente na Rua José da Silva, 17 - centro - Jaçana/PB. **Nada mais havendo a tratar, depois de lido e achado conforme, vai por mim e pelo(a) noticiante assinada.**



ALDEMIR DOS SANTOS

Noticiante



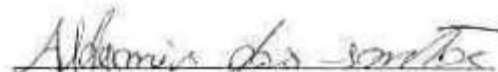
ALEX DAYAN MORAIS DE LIMA - MAT. 181.837-6

Responsável pelo registro

OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 195/2020

Aos **17 de setembro de 2020**, nesta cidade de **CUITÉ**, Estado da Paraíba e na **Delegacia de Polícia Civil**, sob a responsabilidade da Autoridade Policial, Bel.(a) **RODRIGO MONTEIRO DE OLIVEIRA**, Delegado de Polícia Civil, comigo **ALEX DAYAN MORAIS DE LIMA - MAT. 181.837-6**, ao final assinado, aí, por volta das **15:12** horas, compareceu **ALDEMIR DOS SANTOS**, conhecido(a) por **ALDEMIR**, nacionalidade **BRASILEIRA**, estado civil **UNIÃO ESTÁVEL**, ocupação habitual **AGRICULTOR**, grau de instrução **ENSINO MÉDIO COMPLETO**, com **47 anos de idade**, nascido(a) aos **21/05/1973** em **CORONEL EZEQUIEL - PB**, filho(a) de **MANOEL ANTÔNIO DOS SANTOS** e **MARGARIDA DOS SANTOS**, portador(a) de Cédula de Identidade Nº **001.389.291**, expedido pela **SSP/PB** e C.P.F. de Nº **981.686.224-72**, residindo no seguinte endereço **RUA ALPIDIO SABINO, 54 - CENTRO**, cidade de **NOVA FLORESTA - PB**, telefone: () , celular: **(83) 9-8714-7893**, a(o) qual, ciente das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, Declarou que:

No dia 03/02/2020, por volta das 6h00, pilotava a motocicleta HONDA/CG 125 TITAN KS, cor vermelha, ano/modelo: 2002/2003, placa MYJ-8508/RN, chassi: 9C2JC30103R003715, Renavam: 787625041, licenciada em nome de José Adailson dos Santos, que vinha de Jaçana em direção a Nova Floresta/RN com destino a feira para trabalhar, e de repente uma outro condutor em outra moto atravessou na frente batendo contra o mesmo que se desequilibrou e caiu sobre o canteiro, o que ocasionou a quebra do é esquerdo; que foi chamado a SAMUR por outros motoristas que passaram no local; que a SAMUR chegou e o levou ao Hospital de Picui onde fez duas cirurgias para colocação de pino e depois foi transferindo para Campina Grande para o hospital de trauma para se recuperar, onde ficou internado de 03/02/2020 até 05/02/2020. QUE, apresenta como testemunhas: 1) MAXSUEIVY DSO SANTOS PEREIRA CASTRO, portador do CPF nº 017.453.734-46, RG 003.196.170 SSP RN, residente na Rua José da Silva, 56 - Bairro CENTRO - Jaçana/RN, 2) JOSÉ NILTON DE OLIVEIRA, portador do CPF nº 086.930.684-74, RG 2.819.469 SSP/PB, residente na Rua José da Silva, 17 - centro - Jaçana/PB. **Nada mais havendo a tratar, depois de lido e achado conforme, vai por mim e pelo(a) noticiante assinada.**



ALDEMIR DOS SANTOS

Noticiante


ALEX DAYAN MORAIS DE LIMA - MAT. 181.837-6

Responsável pelo registro

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

983686224-72

ALDEMIA DOS SANTOS

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

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

ALDEMIA DOS SANTOS

983686224-72

AGRICULTOR

RUA ELPIDIO SÁINHO

54

CENTRO

NOVA FLORESTA

PA

58198-000

nilotdantas@hotmail.com

(83) 3371-2274

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)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BRANDESCO

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 0906 7 CONTA: 21810 3

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (al 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, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

16/01/2020

Aldeia dos Santos

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

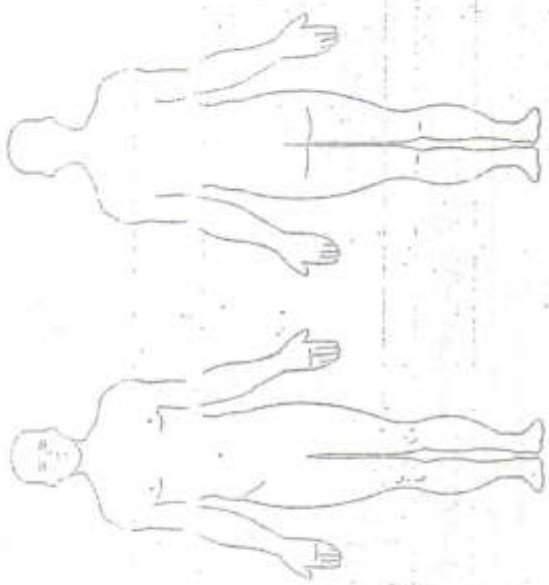
NÃO ALFABETIZADO



FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA

REGISTRO DE CHAMADAS

SAMU - SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA



CONDIÇÕES DO PACIENTE

- LESIONES
- W Ferida
- W Hemorragia
- W Escoriação
- W Laceração
- W Exatadura Profunda

ESCALA DE COMA GLASGOW				ESCALA DO TRAUMA			
ADULTOS		MENORES DE 5 ANOS		ESCALA DO TRAUMA			
Abre espontaneamente	4	Abre espontaneamente	4	10-24	4		
Com Estímulos Auditivos	3	Com Estímulos Auditivos	3	25-35	3		
Com Estímulos Dolóricos	2	Com Estímulos Dolóricos	2	>36	2		
Não Abre os Olhos	1	Não Abre os Olhos	1	01-09	1		
Orientado	5	Resposta Verbal	5	10-24	4		
Confuso	4	Choro Inútil	4	25-35	3		
Palavras Inapropriadas	3	Choro a Dor	3	>36	2		
Sons ou Gemidos	2	Gemido a Dor	2	01-09	1		
Nenhum	1	Nenhum	1	10-24	4		
Obedece Solicitações	6	Movimentos Espontâneos	6	25-35	3		
Localizar Dor	5	Retirar do Toque	5	>36	2		
Flexão Normal	4	Retirar a Dor	4	01-09	1		
Flexão Anormal	3	Flexão Normal	3	10-24	4		
Extensão a Dor	2	Flexão Anormal	2	25-35	3		
Nenhum	1	Nenhum	1	>36	2		
ESCALA DE COMA GLASGOW				ESCALA DO TRAUMA			

CHAMADA (Telefônica)	Nº 200300644	DATA: 03/03/2020	HORA: 06h00min
Médico(a) Regulador(a) Dr. (a)	Carlos		
MOTIVO: ☒ SOCORRO ☐ TRANSPORTE ☐ INFORMAÇÃO*			
Solicitante: <u>Livia</u>			
Município de Origem: <u>Nova Floresta</u>			
CRM:			
OUTRO*			
Telefone:			
OBSERVAÇÕES			
Nº de atendimento: <u>07</u>			
Tempo decorrido desde o início: <u>07</u>			
Modo de transporte: <u>07</u>			
Modo de atendimento: <u>07</u>			
PACIENTE			
Nome: <u>Ademir dos Santos</u>			
Idade: <u>48</u> Anos			
Sexo: ☒ Masc. ☐ Fem.			
Endereço: <u>Nova Floresta / Jucara</u>			
Nº de Documento: <u>706 0063 7886 6140</u>			
AValiação do Estado do Paciente a Distância			
ESTADO DE CONSCIÊNCIA	RESPIRAÇÃO	PULSO	SANGRAMENTO
☒ Consciente	☒ Espontânea	☒ SIM	☐ Ocuído
☐ Orientado	☐ Superficial	☒ Normal	☐ Nariz/Boca
☐ Desorientado	☐ Irregular	☐ Rápido	☐ Celélica
☐ Inconsciente	☐ Não Respira	☐ Lento	☐ Torácica ou Abdominal em Ilioso
☐ Outros	☐ Não Sabe	☐ Irregular	☒ Grande
TRABALHO DE PARTO			
☐ 01 Contração / 10 min.			
☐ 1-3 Contração / 10 min.			
☐ 3-5 Contração / 10 min.			
☐ Não sabe			
☐ Bolhas Rosa			
☐ Sangramento			
☐ Nascimento			
GRAVIDADE PRESUMIDA			
☐ ILESO			
☐ SEVERA			
☐ USA			
☐ MEIOS			
☐ TRANSPORTADO			
☐ HORÁRIOS			
☐ EQUIPE			
☐ APOIO SOLICITADO			
☐ INCIDENTE			

PROCEDIMENTOS REALIZADOS ☐ Orelário ☐ Aspração de Vias Aéreas ☐ Cânula Nasal / Orofaríngea ☐ Entubação Traqueal: ☐ Via Oral ☐ Via Nasal ☐ Cricotireoidostomia ☐ Punção Venosa ☐ Dissecção Venosa		☐ Toracostomia ☐ Toracocentese ☒ Aspição Venosa ☒ Espleno ☐ Central ☐ Dissecção ☐ Infra-Ombro ☐ Ventilação ☐ Monitorização ☐ Cardiovascular		☐ Curativo Compressivo ☒ Colar Cervical ☐ KED ☒ Imobilização ☐ Ponto ☐ Outros		
TERAPÊUTICA INSTITUÍDA		REPOSIÇÃO VOLEMICA RINGER LACTATO SOL. FISIOLÓGICO 0.9% SOL. GLUCOSADO 0.5% OUTRO	VOLUME 500 1000 2000 3000 4000 5000 6000 7000 8000 9000 10000 11000 12000 13000 14000 15000 16000 17000 18000 19000 20000 21000 22000 23000 24000 25000 26000 27000 28000 29000 30000 31000 32000 33000 34000 35000 36000 37000 38000 39000 40000 41000 42000 43000 44000 45000 46000 47000 48000 49000 50000 51000 52000 53000 54000 55000 56000 57000 58000 59000 60000 61000 62000 63000 64000 65000 66000 67000 68000 69000 70000 71000 72000 73000 74000 75000 76000 77000 78000 79000 80000 81000 82000 83000 84000 85000 86000 87000 88000 89000 90000 91000 92000 93000 94000 95000 96000 97000 98000 99000 100000	MEDICAÇÕES Depressão 10mg 20mg 30mg 40mg 50mg 60mg 70mg 80mg 90mg 100mg 110mg 120mg 130mg 140mg 150mg 160mg 170mg 180mg 190mg 200mg 210mg 220mg 230mg 240mg 250mg 260mg 270mg 280mg 290mg 300mg 310mg 320mg 330mg 340mg 350mg 360mg 370mg 380mg 390mg 400mg 410mg 420mg 430mg 440mg 450mg 460mg 470mg 480mg 490mg 500mg 510mg 520mg 530mg 540mg 550mg 560mg 570mg 580mg 590mg 600mg 610mg 620mg 630mg 640mg 650mg 660mg 670mg 680mg 690mg 700mg 710mg 720mg 730mg 740mg 750mg 760mg 770mg 780mg 790mg 800mg 810mg 820mg 830mg 840mg 850mg 860mg 870mg 880mg 890mg 900mg 910mg 920mg 930mg 940mg 950mg 960mg 970mg 980mg 990mg 1000mg	DOSE 10mg 20mg 30mg 40mg 50mg 60mg 70mg 80mg 90mg 100mg 110mg 120mg 130mg 140mg 150mg 160mg 170mg 180mg 190mg 200mg 210mg 220mg 230mg 240mg 250mg 260mg 270mg 280mg 290mg 300mg 310mg 320mg 330mg 340mg 350mg 360mg 370mg 380mg 390mg 400mg 410mg 420mg 430mg 440mg 450mg 460mg 470mg 480mg 490mg 500mg 510mg 520mg 530mg 540mg 550mg 560mg 570mg 580mg 590mg 600mg 610mg 620mg 630mg 640mg 650mg 660mg 670mg 680mg 690mg 700mg 710mg 720mg 730mg 740mg 750mg 760mg 770mg 780mg 790mg 800mg 810mg 820mg 830mg 840mg 850mg 860mg 870mg 880mg 890mg 900mg 910mg 920mg 930mg 940mg 950mg 960mg 970mg 980mg 990mg 1000mg	VIA EV IV IM SC ID IO IA IS IT IU IV IW IX IY IZ IAA IAB IAC IAD IAE IAF IAG IAH IAI IAJ IAK IAL IAM IAN IAO IAP IAQ IAR IAS IAT IAU IAV IAW IAX IAY IAZ IBA IBB IBC IBD IBE IBF IBG IBH IBI IBJ IBK IBL IBM IBN IBO IBP IBQ IBR IBS IBT IBU IBV IBW IBX IBY IBZ ICA ICB ICC ICD ICE ICF ICG ICH ICI ICL ICM ICN ICO ICP ICQ ICR ICS ICT ICU ICV ICW ICX ICY ICZ IDA IDB IDC IDD IDE IDF IDG IDH IDI IDJ IDK IDL IDM IDN IDO IDP IDQ IDR IDS IDT IDU IDV IDW IDX IDY IDZ IEA IEB IEC IED IEF IEG IEH IEI IEJ IEK IEL IEM IEN IEO IEP IEQ IER IES I

BANCO BRADESCO S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: Doc - Transferencia para conta em outro banco

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 1234 CONTA: 12345

DATA DA TRANSFERENCIA:	03/09/2021
NUMERO DO DOCUMENTO:	320035255801
VALOR TOTAL:	843,75

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ALDEMIR DOS SANTOS

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00906

CONTA: 000000021810

Número da Autenticação

JOSE LUIZ MATIAS
RUA ELIO DO SABINO, 54 - CENTRO
NOVA FLORESTA / PB CEP: 56179000 (MO: 90)
CRA/CNPJ/RANI: 403.494.704/72



Grupo: CONVENCIONAL BASSA TEINSAO / Subgrupo: B1
Classe: RES MTC B1 / Subclasse: RESIDENCIAL
Locais: MONOFASICO
Ritmo: 2 - 1CE - 325 - 1500 Nº Medidor: 00003492697

UNIDADE CONSUMIDORA (UC)
5/350715-9

CADASTRE SUA FATURA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZANDO O CÓDIGO: 00603607159

	VALOR DA FATURA R\$ 66,62		VENCIMENTO 21/08/2020
	REFERÊNCIA Ago / 2020		CONSUMO 75kWh 2,50 kWh MÉDIA DIÁRIA
SITUAÇÃO DE DÉBITOS			

CDI	Descrição	Quant	Tarifa de Tributação	Valor Base Calc. Total (R\$)	Alíq. ICMS (R\$)	Alíq. COT (R\$)	ICMS Base Calc. (R\$) PIS/COFINS (R\$)	PIS/COFINS (R\$)	PGD&S (R\$)
0001	Consumo em kWh	75	0,791250	59,35	59,35	25	14,83	59,35	0,94
0007	LANÇAMENTO DE SERVIÇOS								
0007	CONTRIBUIÇÃO PÚBLICA			5,96	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0004	JUROS DE MOROSIDADE			0,13	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0006	MULTA 0702020			1,15	0,00	0	0,00	0,00	0,00

CDI Código de Classificação do Item TOTAL: 66,62 59,35 14,83 59,35 0,94 2,88
Tarifa e Tributos 0,545400

RESERVAÇÃO AO FISCO R\$748.190 e R\$3.632,25 2011. a063. a997. 6393

Agosto	75	Descrição	Valor (R\$)	%
Set/19	70	Serviços de Dist. de Energia PB	16,07	24,12
Out/19	73	Compra de Energia	20,04	30,06
Nov/19	71	Serviço de Transmissão	2,38	3,56
Dez/19	68	Serviço de Setorização	2,42	3,63
Jan/20	74	Impostos Oneros e Encargos	29,70	44,58
Fev/20	74	Outros Serviços	0,00	0,00
Mar/20	81			
Abr/20	79			
Mai/20	67			
Jun/20	69			
Jul/20	74			
Agosto	75			
Média	76			

LEITURAS

Anterior 15/07/20 10289
Atual 14/08/20 10343
Consumo 75kWh
Período 30 dias
Constante do medidor 1

PRÓXIMA LEITURA
16/09/2020

Descrição	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. de Energia PB	16,07	24,12
Compra de Energia	20,04	30,06
Serviço de Transmissão	2,38	3,56
Serviço de Setorização	2,42	3,63
Impostos Oneros e Encargos	29,70	44,58
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	66,62	100,00

Encargo de Uso do Sistema de Distribuição (Res. 6/2020) R\$21,98

* Estatística de Média Mensal

REFERÊNCIA 08/2020 - Consumo Cade

METAS	MENSAL	APURADO TRIMEST.	ANUAL	LIMITE DE TENSÃO (V)
Horas que o cliente ficou sem energia - DIC	5,55	0,00	11,70	22,21
Voltagem que o cliente ficou sem energia - PIC	3,30	0,00	8,80	13,20
Duração da interrupção de energia no período - DMIC	3,30			
Duração da interrupção de energia no período - DCR	12,22			
				LIMITE INFERIOR 202
				LIMITE SUPERIOR 231

Para preservar sua saúde, a Energisa está pronta para te atender pelos canais virtuais: site, App Energisa ON e WhatsApp: (83) 93136-5543.

**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.

Número do Sinistro: 3200352558

Nome do(a) Examinado(a): ALDEMIR DOS SANTOS

Endereço do(a) Examinado(a): R ELPIDIO SABINO, 54, , Nova Floresta/PB

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: SSP/RN / 001389291

Data e local do acidente: 03/02/2020 - Nova Floresta/PB

Data e local do exame: 31/08/2021 - Campina Grande/PB

Coordenadas Geográficas:

RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

FRATURA BIMALEOLAR DO TORNOZELO ESQUERDO

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

TRATAMENTO CIRURGICO COM FIXAÇÃO EXTERNA E POSTERIORMENTE TRATAMENTO CIRURGICO DEFINITIVO COM OSTEOSÍNTESE INTERNA. VÍTIMA DEAMBULA COM LEVE CLAUDICAÇÃO DEFICIT DE FORÇA MUSCULAR GRAU IV, E DEFICIT DE ADM DO TORNOZELO ESQUERDO

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Ao exame físico do tornozelo esquerdo apresenta flexão dorsal aos 15°, flexão plantar aos 35°, ausência de atrofia no segmento, marcha com claudicação, agachamento normal, sem encurtamento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente. Apresenta na região observada sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, presença de alterações da musculatura do segmento, inexistência de alteração motora, sem amputação. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau leve no tornozelo esquerdo.

IV. Nexos de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

Sim

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)

Sim

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente

DÉFICIT DE FORÇA MUSCULAR PARA DORSOFLEXÃO E FLEXÃO PLANTAR DO TORNOZELO ESQUERDO GRAU IV
DÉFICIT DE AMPLITUDE DE FLEXÃO PLANTAR E DORSOFLEXÃO E INVERSÃO E EVERSÃO DO TORNOZELO ESQUERDO
CLAUDICAÇÃO DEFORMIDADE DA PINÇA DO TORNOZELO ESQUERDO

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a".

Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".

VII. Segundo 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"

() "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, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Tornozelo Esquerdo - Leve - 25%

VIII. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal:

DÉFICIT DE FORÇA MUSCULAR PARA DORSOFLEXÃO E FLEXÃO PLANTAR DO TORNOZELO ESQUERDO GRAU IV DÉFICIT DE AMPLITUDE DE FLEXÃO PLANTAR E DORSOFLEXÃO E INVERSÃO E EVERSÃO DO TORNOZELO ESQUERDO CLAUDICAÇÃO DEFORMIDADE DA PINÇA DO TORNOZELO ESQUERDO





FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA

REGISTRO DE CHAMADAS

SAMU - SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA



CHAMADA (Informante) Nº 100300014 DATA: 03/03/2020 HORA: 06:00 min. Mediana Reguladora (a) Dr. (a) Carlos

MOTIVO: ☒ SOCORRO ☐ TRANSPORTE ☐ INFORMAÇÃO ☐ OUTRO* CHM* 192

Solicitante: Livia Município de Origem: Nova Floresta Telefone:

TIPO: ☒ TRAUMÁTICO ☐ CASO CLÍNICO ☐ OBSTETRICO ☐ PSIQUIÁTRICO

QUEIXA DO SOLICITANTE: Moto / moto

SOCORRO (Tipo de Regulação):

OBSERVAÇÕES: 07

PACIENTE (Tipo de Regulação):

Nome: Aldemir dos Santos

Idade: 44 anos

Sexo: ☒ Masc. ☐ Fem.

Endereço: Nova Floresta / Jocaiana

Nº do Contato do SUS: 106 0063 7886 6140

ESTADO DE CONSCIÊNCIA: ☒ Consciente ☐ Orientado ☐ Desorientado ☐ Inconsciente ☐ Outros

RESPIRAÇÃO: ☒ Espontânea ☐ Superficial ☐ Irregular ☐ Não Respira

PULSO: ☒ SM ☒ Normal ☐ Rápido ☐ Lento ☐ Irregular ☐ Sem Pulso ☐ Não Sabo

SANGRAMENTO: ☐ Ocuo ☐ Nariz/Boca ☐ Vaginal ☐ Hematêmese ☐ Grande ☒ Outro

DOR AGUDA: ☐ Abdominal ☐ Cefálica ☐ Torácica ou Abdominal ☒ em local em local ☒ Outro reg.

TRABALHO DE PARTO: ☐ D1 Contração / 10 min ☐ 1-3 Contração / 10 min ☐ 3-5 Contração / 10 min ☐ Não Sabo ☐ Rótula Rota ☐ Sangramento ☐ Nascimento

GRAVIDADE PRESUMIDA: ☐ ILESO ☐ SEVERA ☐ PEQUENA ☐ MORTE

MEIOS: ☐ USA ☒ USB ☐ UT ☐ RÁPIDO

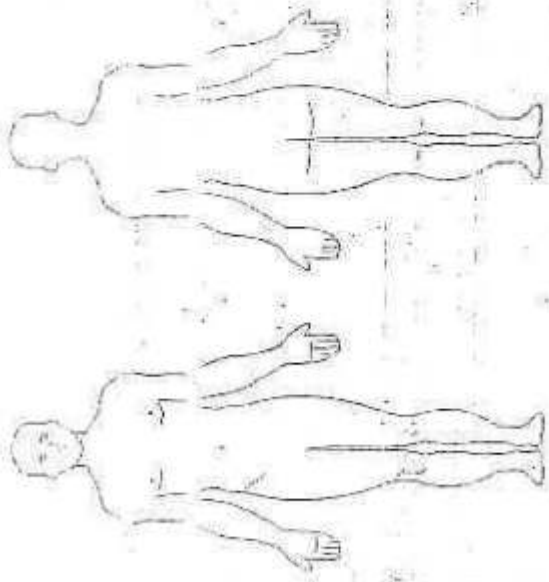
TRANSPORTE: ☐ ILESO ☐ SEVERA ☐ PEQUENA ☐ MORTE ☒ MÉDIA ☐ INDETERMINADA

HORÁRIOS: 06:00 06:05 06:30 07:30 08:25 12:05 13:45

EQUIPE: ☐ Corpo de Bombeiros ☐ Polícia Militar ☐ Polícia Civil ☐ Pol. Rod. Federal ☐ Recurso Remoção ☐ Óbito no Local ☐ Cella no Transporte

APÓI: ☐ CPMRAN ☐ SITRANS ☐ Canalizado ☐ Refusou Atendimento ☐ Não se Encontra no Local

INCIDENTE: ☐ Não se Encontra no Local



CONDIÇÕES DO PACIENTE

ESCALA DE COMA GLASGOW			
ADULTOS	MENORES DE 5 ANOS	ESCALA	ESCORE DO TRAUMA
Aberto espontaneamente	Aberto espontaneamente	4	4
Com Estímulos Auditivos	Com Estímulos Auditivos	3	3
Com Estímulos Dolorosos	Com Estímulos Dolorosos	2	2
Resposta a Óculos	Não Aberto a Óculos	1	1
Resposta a Óculos	Resposta a Óculos	0	0
Choro instável	Choro instável	4	4
Choro a dor	Choro a dor	3	3
Gemido a dor	Gemido a dor	2	2
Não Responde	Não Responde	1	1
Movimentos Espontâneos	Movimentos Espontâneos	6	6
Resposta ao Toque	Resposta ao Toque	5	5
Resposta a Dor	Resposta a Dor	4	4
Flexão Normal	Flexão Normal	3	3
Flexão Anormal	Flexão Anormal	2	2
Não Responde	Não Responde	1	1

ESCALA DE COMA GLASGOW			
ADULTOS	MENORES DE 5 ANOS	ESCALA	ESCORE DO TRAUMA
Aberto espontaneamente	Aberto espontaneamente	4	4
Com Estímulos Auditivos	Com Estímulos Auditivos	3	3
Com Estímulos Dolorosos	Com Estímulos Dolorosos	2	2
Resposta a Óculos	Não Aberto a Óculos	1	1
Resposta a Óculos	Resposta a Óculos	0	0
Choro instável	Choro instável	4	4
Choro a dor	Choro a dor	3	3
Gemido a dor	Gemido a dor	2	2
Não Responde	Não Responde	1	1
Movimentos Espontâneos	Movimentos Espontâneos	6	6
Resposta ao Toque	Resposta ao Toque	5	5
Resposta a Dor	Resposta a Dor	4	4
Flexão Normal	Flexão Normal	3	3
Flexão Anormal	Flexão Anormal	2	2
Não Responde	Não Responde	1	1

PROCEDIMENTOS REALIZADOS	☐ Origem ☐ Aspiração de Vias Aéreas ☐ Clíster Nasal / Otorrinolaringológica ☐ Enulsão Traqueal ☐ Via Oral ☐ Via Nasal ☐ Goxifimondistimia ☐ Função Venosa ☐ Desobstrução Vítrea	☐ Traculocintila ☐ Toracoscopia ☒ Aspiro Ventoso ☒ Periclitia Central ☐ Dessecção ☐ Infra-Ossos ☐ Veulação ☐ Monitorização ☐ Cardio-enfado	☐ Curativo Compensativo ☒ Colar Cervical ☐ KED ☒ Imobilização ☐ Parto ☐ Outros		
TERAPÊUTICA INSTITUÍDA	REPOSIÇÃO VOLÊMICA RIMER LACTATO SOL FISIOLÓGICO 0,9% SOL GLUCOSADO 0,9% OUTRO	MEDICAÇÕES Dupirona EV	DOSE 0,05g EV	VIA EV	HORÁRIO
DESTINO DO(A) PACIENTE	☐ ISEA ☐ FAP ☐ CLIPSI ☐ HOSP. UNIVERSITÁRIO ☐ UPA ☐ HOSP. DA CRIANÇA	☐ HOSP. ANTÔNIO TARGINO ☒ HOSP. DE URGÊNCIA E TRAUMA ☐ HOSP. JOÃO XXIII ☐ HOSP. PEDRO I ☐ HOSP. DR. MAIA ☐ OUTRO	ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO (UNIDADE DE DESTINO) 2671		
PERTENCES DO PACIENTE	Descrição: Dando continuidade a ocorrência recebida do art. Plavix; pte com contr. orientados, vítima de lesões múltiplas, apresenta possível fratura de tornozelo, observamos sequelas em andamento sem inter-venções no período. Encaminhado para Hosp. Trauma Campina.				
TERMO DE RECUSA	Declaro para todos os fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU /Campina Grande - PB nesta oportunidade: Assinatura do paciente responsável: _____ RG: _____ Assinatura do Responsável: _____ Assinatura do Médico: _____				
EQUIPE	EQUIPE RESPONSÁVEL: _____ ENFERMEIRA: _____				

MINISTÉRIO DA
SAÚDE



PÁTRIA AMADA
BRASIL
GOVERNO FEDERAL

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO

**HOSPITAL REGIONAL
PICUI - PB**
"Felipe Tiago Gomes"

HOSPITAL REGIONAL DE PICUI
Felipe Tiago Gomes
R. Francisco Pereira Gomes, 15 - Monte Santo
Cep: 58.187-000 - Picuí - Paraíba
Telefone: (83)3371-2554/ 3371-2990.
CNPJ: 03.515.174/0001-85

2 - CNES

2757710

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE

Waldemar dos Santos

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

36006328866-140

6 - DATA DE NASCIMENTO

02/05/43

7 - SEXO

MASCULINO ☒ FEMININO ☐

4 - Nº DO PRONTUÁRIO

98.682

8 - RAÇA/COR

Branca

9 - NOME DA MÃE

Elencir dos Santos

11 - NOME DO RESPONSÁVEL

Waldemar dos Santos

13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Rua: Antônio Sales

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Monte Santo

15 - COD. IBGE MUNICÍPIO

25.90.17

16 - UF

PB

17 - CEP

58188-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

18 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente com febre do tipo intermitente, tosse, expectoração com sangue, sudorese noturna, perda de peso, anorexia, náuseas, vômitos, diarréia, icterícia, hematuria, melena, fezes com sangue, urina com sangue, oligúria, hipotensão, taquicardia, dispnéia, cianose, edema, ascite, hemiparesia, hemiplegia, paralisia, convulsões, coma, etc.

19 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Gravidade da doença, necessidade de tratamento especializado, risco de vida, etc.

20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Exames realizados: Hemograma, coagulograma, função renal, função hepática, etc.

21 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Infecção urinária

22 - CID 10 PRINCIPAL

B5

23 - CID 10 SECUNDÁRIO

5930

24 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

25 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Inf. urinária

26 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0408050497

27 - CLÍNICA

28 - CARÁTER DA INFORMAÇÃO

31 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

32 - DATA DA SOLICITAÇÃO

33 - ASSISTENTE E CARIMBO (Nº DE REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTE OU VIOLÊNCIA)

34 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

36 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

37 - CNPJ DA SEGURADORA

38 - Nº DO BILHETE

39 - SÉRIE

40 - CNPJ DA EMPRESA

41 - CNAE DA EMPRESA

42 - CSOR

43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

50 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

51 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUDITADO

AUTORIZAÇÃO

30/04/2020

Picuí, 30/04/2020

Arquivo Médico

205.349

191-6

HOSPITAL REGIONAL
"Felipe Rodrigues"
R. Francisco Pereira Gomes, 15 - Monte Santo
Cap: 58.187-000 - Picuí - Paraíba
Telefone: (33) 3371-2564/ 3371-2990.
CNPJ: 06.015.174/0001-85

Nº AIH _____

Nº de Ordem _____

Nº de Reg. 97.682

Nº Docum. 001.389.991

ARQUIVO MÉDICO

Nome: Ademir dos Santos
Responsável: Kecia dos Santos
Pai: Manoel Antonio dos Santos
Mãe: Her Barido dos Santos Idade: 46
Profissão: F. Publice Data Nascimento: 21/05/73 Nº 642
Endereço: R. Cipridio Sabina Cidade: M. Florista UF: PB
Bairro: Centro Estado civil: Casado(a) ☒ Solteiro(a) ☐ Viúvo(a) ☐ Outros: ☐

PREENCHIMENTO MÉDICO

Diagnóstico definitivo: _____

Tratamento efetuado no hospital: Trat. de torção de
curativo

Exames realizados: _____

Internado em: 20/07/20 Alta em: 22/07/20 Óbito em: 1/1

[Assinatura]
Médico Assistente

Arquivista



HOSPITAL REGIONAL
PÍCUÍ - PB

"Felipe Tringe Gomes"

HRP - HOSPITAL REGIONAL DE PÍCUÍ

PRESCRIÇÃO E EVOLUÇÃO MÉDICA

ENF: 205 LEITO: 01

ADMISSÃO: 20.02.2020

DATA ATUAL: 20.02.2020

ENTE: Aldemir da Silva
HD: F.N.D. - Tringe

MEDICAMENTO - POSOLOGIA -
VIA DE ADMINISTRAÇÃO

EVOLUÇÃO

HORÁRIO

1 2 3 4 5 6 7 8

1 2 3 4 5 6 7 8

1 2 3 4 5 6 7 8

1 2 3 4 5 6 7 8

1 2 3 4 5 6 7 8

1 2 3 4 5 6 7 8

1 2 3 4 5 6 7 8

1 2 3 4 5 6 7 8

1 2 3 4 5 6 7 8

1 2 3 4 5 6 7 8

1 2 3 4 5 6 7 8

1 2 3 4 5 6 7 8

1 2 3 4 5 6 7 8

1 2 3 4 5 6 7 8

1 2 3 4 5 6 7 8

1 2 3 4 5 6 7 8

1 2 3 4 5 6 7 8

1 2 3 4 5 6 7 8

1 2 3 4 5 6 7 8

1 2 3 4 5 6 7 8

1 2 3 4 5 6 7 8

1 2 3 4 5 6 7 8

1 2 3 4 5 6 7 8

1 2 3 4 5 6 7 8

1 2 3 4 5 6 7 8

1 2 3 4 5 6 7 8

1 2 3 4 5 6 7 8

1 2 3 4 5 6 7 8

1 2 3 4 5 6 7 8

1 2 3 4 5 6 7 8

1 2 3 4 5 6 7 8

1. 201 10/20 10/20 10/20 10/20 10/20 10/20 10/20 10/20

2. 10/20 10/20 10/20 10/20 10/20 10/20 10/20 10/20

3. S. Paracetamol 10/20 10/20 10/20 10/20 10/20 10/20 10/20 10/20

4. 10/20 10/20 10/20 10/20 10/20 10/20 10/20 10/20

5. 10/20 10/20 10/20 10/20 10/20 10/20 10/20 10/20

6. 10/20 10/20 10/20 10/20 10/20 10/20 10/20 10/20

7. 10/20 10/20 10/20 10/20 10/20 10/20 10/20 10/20

8. 10/20 10/20 10/20 10/20 10/20 10/20 10/20 10/20

9. 10/20 10/20 10/20 10/20 10/20 10/20 10/20 10/20

10. 10/20 10/20 10/20 10/20 10/20 10/20 10/20 10/20

11. 10/20 10/20 10/20 10/20 10/20 10/20 10/20 10/20

12. 10/20 10/20 10/20 10/20 10/20 10/20 10/20 10/20

13. 10/20 10/20 10/20 10/20 10/20 10/20 10/20 10/20

14. 10/20 10/20 10/20 10/20 10/20 10/20 10/20 10/20

15. 10/20 10/20 10/20 10/20 10/20 10/20 10/20 10/20

16. 10/20 10/20 10/20 10/20 10/20 10/20 10/20 10/20

17. 10/20 10/20 10/20 10/20 10/20 10/20 10/20 10/20

18. 10/20 10/20 10/20 10/20 10/20 10/20 10/20 10/20

Paula com
febre
transfusão,
intercorrência por
respiração

HOSPITAL REGIONAL
PÍCUÍ - PB

"Felipe Tringe Gomes"

HOSPITAL REGIONAL
PÍCUÍ - PB

"Felipe Tringe Gomes"

Assinatura



LEITO: O

DATA ATUAL:

THE
HID

**MEDICAMENTO - POSOLOGIA -
VIA DE ADMINISTRAÇÃO**

HORÁRIO

HORÁRIO							
1	2	3	4	5	6	7	8

DM

Samuli away
tufus el
tufus,
shuntel
a Refused
Pinder
Sinder
plect
HOSPITAL REGIONAL

[illegible]

Dr. Dillip Mishra
C-4305
C-4305-64-38

Amphipet. - 5 m. 1/2 y.
S.F. 481 100 m.
P. 481 100 m.
P. 481 100 m.
P. 481 100 m.

Assinatura



GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE



HOSPITAL REGIONAL DE PICUÍ
Felipe Tiago Gomes
R. Francisco Pereira Gomes, 15 - Monte Santo
Cep: 58.187-000 - Picuí - Paraíba
Telefone: (83)3371-2554/ 3371-2990.
CNPJ: 03.515.174/0001-85

FICHA DE ANESTESIA

NOME Aldeir dos Santos IDADE 46 SEXO M

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO Fratura de tornozelo CATEGORIA SUS DATA 21-02-2020 GR. SANG.

OPERAÇÃO REALIZADA Tratamento cirúrgico de fratura de tornozelo ANESTESISTA Dr. Vitor
CIRURGIÃO Dr. Railton AUXILIAR

AGENTES	
INALATORIOS	
CÓDIGO	
Anestesia X	
Oper. Inturb T	
Endotr Press A	
Distal Pulso O	
Resp. RA	
Assist. Resp RE	
Exhout Resp RC	
Outro	

Monitorização P.A. FC SpO2 ETCO2

Pré-Anestesia

Anestesia ☐ Geral ☒ Raquiana ☐ Peridural ☐ Bloqueio de Plexo ☐ Infiltração Local ☐ Outros

Técnica Venoclise

Início Término Duração minutos

AGENTES / DOSES		LÍQUIDO INFUNDIDO	ML
<u>NEOARNA 0,5% 12ml</u>		<u>S. FUROR 0,9% 200ml</u>	
<u>DIAMORF 0,2%</u>			
<u>CEFTURAXIMA 2g</u>			
<u>TOXOICAM 400</u>			
<u>DEPALETAZONA 300</u>			
<u>BUSCOPAN 5mg 100ml</u>			
<u>ONDANSETRONA 4mg</u>			
<u>RANITIDINA 30mg</u>			
<u>ETODOLAC 600</u>			

Diurese total:

Ass. do médico

OBS:



GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE



HOSPITAL REGIONAL
PICUL-DB

HOSPITAL REGIONAL DE PICUI
Felipe Tiago Gomes
 R. Francisco Pereira Gomes, 15 - Monte Santo
 Cep: 58.187-000 - Picuí - Paraíba
 Telefone: (83)3371-2554/ 3371-2990.
 CNPJ: 03.516.174/0001-85

DISCRICÃO DE CIRURGIA

NOME DO PACIENTE:

Aldemir dos Santos

DATA DA OPERAÇÃO:

21.02.2020

ENF.:

265

LEITO:

01

OPERADOR:

Dr: Railton

ANESTESISTA:

Dr: Vilina

TIPO DE ANESTESIA:

TIPO DE ANESTESIA: () GERAL (X) RAQUI () LOCAL () BLOQUEIO DE PLEXO () SEDAÇÃO () PERIDURAL () OUTRAS

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

EXAME DE PLEXO (SEDACAO) 6

TIPO DE OPERAÇÕES	VALOR
1 - Receitas de vendas	
2 - Despesas com vendas	
3 - Outras receitas	
4 - Outras despesas	
5 - Resultado líquido	
6 - Provisão para impostos sobre o lucro	
7 - Dividendos em dinheiro	
8 - Retenção de lucros	
9 - Saldo inicial	
10 - Saldo final	

Def - curves in $\mathbb{R}^n$ are for

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO:

EXAME RADIOLOGICO NO ATO:	
---------------------------	--

INTERCORRÊNCIAS DURANTE A OPERAÇÃO:

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO	
VIA DE ACESSO - TÁTICA E TÉCNICA - LIGADURAS - DRENAGEM - SUTURA - MATERIAL EMPREGADO - ASPECTO VÍSCERAS	

Auntie we are fine
 Asseme
 Rehana to Panch
 no further
 your place
 Love
 Panch



GOVERNO
DA PARAÍBA

SEGUE
o trabalho



HOSPITAL REGIONAL DE PICUI

Felipe Tiago Gomes
R. Francisco Pereira Gomes, 18 - Monte Santo
Cep: 58.187-000 - Picuí - Paraíba
Telefone: (83)3371-2554/ 3371-2990.
CNPJ: 03.615.174/0001-86

FICHA DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

NOME: Aldemir dos Santos

IDADE: 46

SEXO: MAS. ☒ FEM. ☐

Data: 27 / 02 / 2020

Enf.: Leito:

Infecção: ☐ Sim ☒ Não ☐ Hospitalar ☐ Comunitária Setor: ☐ Cirúrgica ☐ Obstétrica ☒ Ortopédica

TOPOGRAFIA DA INFECÇÃO:

☐ Gastro Intestinal ☐ Genital ☐ Urinária ☐ Septicemia ☐ S.N.C
☐ Respiratória ☐ Ferida Cirúrgica ☐ Pele / TSC ☐ Não Há

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

☐ Biópsia ☒ Punção Lombar ☐ Cateter Vesical ☒ Corticoidoterapia
☐ Transf. Sanguínea ☐ Punção Abdominal ☐ Cateter Venoso ☐ Outros
☐ Traqueostomia ☐ Punção Venosa ☐ Tubo Orotraqueal

QUIPE:

Enfermeiro: Dr. Railton Anestesista: Dr. Vilela Auxiliar:

CONSIDERAÇÕES CIRÚRGICAS:

Diagnóstico: Fratura de tornozelo

Procedimento realizado: Trat. cirúrgico de fratura de tornozelo

Anestesia: Raqui

TIPO DA CIRURGIA:

☐ Limpa ☐ Contaminada ☒ Urgência ☐ Eletiva ☒ Med. Porte
☐ Potenc. Contaminada ☐ Infectada ☐ Emergência ☐ Peq. Porte ☐ Gran. Porte

Local X na sala: Sim ☐ Não ☒

Antibióticoterapia: ☒ Profilático ☐ Terapêutico

Medicamento: Ceftriaxona 1g Dose: 0,2g Duração: no ato cirúrgico

COLTÉRIOLOGIA:

GRAM	☐ Sim ☐ Não	Cultura	☐ Sim ☐ Não
Material	Data	Resultado	ATB

Condições de alta: ☐ Curado ☒ Melhorando ☐ Óbito ☐ Inalterado ☐ Pallativo



FICHA DE SALA - MEDICAÇÕES E INSUMOS UTILIZADOS DURANTE A CIRURGIA

Sala Nº 01

Paciente: Al demir dos Santos

Enf.: 205 Leito: 01

Médico: Dr. Raiten

Anestesista: Dr. Viciña

tipo de Anestesia: ☒ Raqui ☐ Peridural ☐ Local ☐ Geral ☐ Sedação

Início: _____ Término: _____

Cirurgia Realizada: Tratamento cirúrgico de fratura de tornozelo

Setor: ☐ Cirurgia Geral ☐ Obstetrícia ☒ Ortopedia

CIRCULANTE: Logomyscion

MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QT	MATERIAIS/INSUMOS	QT	FIOS DE SUTURA	QT
DIAZEPAM		AGULHA 13X4,5		ALGODÃO C/ AGULHA Nº	
DIMORF	02	AGULHA 25X7		ALGODÃO S/ AGULHA Nº	
DOLANTINA		AGULHA 40X12	01	CATEGUTE SIMPLES Nº	
DORMONID		AGULHA PERIDURAL Nº		CATEGUTE SIMPLES Nº	
ETOMIDATO		AGULHA RAQUI Nº 25	01	CATEGUTE CROMADO Nº 0	01
FENTANIL		ALGODÃO HIDRÓFILO		CATEGUTE CROMADO Nº	
HALOTHANO		ALGODÃO ORTOPÉDICO	05	MONONYLON Nº 2-0	01
HYPOCAÍNA 2%		ATADURA CREPOM 15	02	MONONYLON Nº	
ISOFURINE		ATADURA ELÁSTICA		PROLENE Nº	
KETALAR		ATADURA GESSADA		PROLENE Nº	
LIDOCAÍNA GEL TÓPICO		BOLSA PARA COLOSTOMIA		POLIÉSTER Nº	
LIDOCAÍNA 2% C/ VASO		CATÉTER PARA O2	01	VICRYL Nº	
LIDOCAÍNA 2% S/ VASO		CLAMP UMBILICAL		VICRYL Nº	
NARCAN		COLETOR P/ SVD			
NEOCAÍNA PESADA 0,5%	02	COMPRESSA (PCT C/ 5)	01	SOLUÇÕES	QT
NILPERIDOL		DEPÓSITO P/ ANATOMOPATOLÓGICO (P) (M) (G)		ÁGUA OXIGENADA	
PANCURON		DRENO HEMOVAC/SUCÇÃO Nº		ÁLCOOL A 70%	02
PROPOFOL		DRENO PENROSE Nº		CLOREXIDINA	
QUELICIN		ELETRODO		ÉTER	
SEVOFLURANO		EQUIPO P/ HEMOCONCENTRADO		FORMOL P/ ANATOMOPATOLÓGICO	
THIOPENTAL		EQUIPO MACROGOTAS		GEL CONDUTOR	
TRACUR		ESPARADRAPO SIMPLES	02	PVPI DEGERMANTE	
		ESPARADRAPO MICROPORE		PVPI IODADO	02
MEDICAÇÕES	QT	FIO DE KIRSCHNER Nº			
ÁGUA DESTILADA	02	GAZES ESTÉREIS	02	SOROS	QT
ADRENALINA		INTRACATH INFANTIL		FISIOLÓGICO 0,9% 250 ML	
AMICACINA		INTRACATH ADULTO		FISIOLÓGICO 0,9% 500 ML	01
AMINOFILINA		JELCO Nº		GLICOSADO 5% 500 ML	
ATROPINA		LÂMINA P/ BISTURI Nº 11		RINGER LACTATO 250 ML	
BROMOPRIDA		LÂMINA P/ BISTURI Nº 15		RINGER LACTATO 500 ML	01
BUSCOPAM COMPOSTO	01	LÂMINA P/ BISTURI Nº 23	02	HEMOCONCENTRADO 300 ML	
BUSCOPAM SIMPLES		LÁTEX	01		
CEDILANIDE		LUVA ESTÉRIL Nº 6,5		ÓRTESE E PRÓTESE	QT
CEFALOTINA 1G		LUVA ESTÉRIL Nº 7-0		TALA GESSADA P/ MÃO	
CEFTRIAXONA 1G	02	LUVA ESTÉRIL Nº 7-5	03	TALA GESSADA P/ PUNHO	
DEXAMETASONA	01	LUVA ESTÉRIL Nº 8-0		TALA GESSADA P/ COTOVELO	
DIPIRONA		LUVA ESTÉRIL Nº 8-5		TALA GESSADA P/ ANTEBRAÇO	
DICLOFENACO		LUVA P/ PROCEDIMENTO NÃO ESTÉRIL	02	TALA GESSADA P/ JOELHO E PERNA	
EFEDRINA		SERINGA DESCARTÁVEL 1 ML		TALA TIPO BOTA P/ TORNOZELO OU PÉ	
FENERGAN		SERINGA DESCARTÁVEL 3 ML	01	TIPÓIA SIMPLES P/ MMSS	
GLICOSE AMP		SERINGA DESCARTÁVEL 5 ML	01		
HIDRALAZINA		SERINGA DESCARTÁVEL 10 ML	01	EQUIPAMENTOS	QT
HIDROCORTISONA MG		SERINGA DESCARTÁVEL 20 ML	01	ASPIRADOR	
METRONIDAZOL		SONDA DE FOLLEY Nº		BISTURI ELÉTRICO	
METHERGIN		SONDA NASOGÁSTRICA Nº		BERÇO AQUECIDO	
NAUSEDRON	01	SONDA URETRAL Nº		CARDIOMONITOR COMPLETO	X
NEOSTIGMINA		TELA CIRÚRGICA		DEFIBRILADOR	
OMEPRAZOL		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		FOCO CENTRAL	X
OXITOCINA				MESA ORTOPÉDICA AUXILIAR	
PLASIL		GASES UTILIZADOS	QT	NEGATOSCÓPIO	
RANITIDINA	01	AR COMPRIMIDO			
TENOXICAM	01	OXIGÊNIO L/MIN	02	OUTROS:	QT

HOSPITAL REGIONAL DE PICUI
PAC: ALDENIR DOS SANTOS
RX: TNZ
MUN: N. FLORESTA
DATA: 21/08/20





HOSPITAL REGIONAL DEL
PAC: *Adriana De*
RX: *Pedro E*
MUN: *N. F.*
DATA: *20/08/2020*





ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº: 2098123 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: 03/02/2020
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: acolhimento

PACIENTE: ALDEMIR DOS SANTOS CEP: 58187000 Nascimento: 21/05/1973

Endereço: SÍTIO MATO GROSSO

Sexo: M

Telefone: 988121624

Cidade: Picuí

Idade: 046

Bairro: ZONA RURAL

Nome da Mãe: MARGARIDA DOS SANTOS

RG: 001389291

Nº: 0

Responsável: EDSON

CPF: 98168622472

Profissão: AGRICULTOR

Estado Civil: Casado(a)

Data de

CNS: 706006378866140

Motivo: ACIDENTE DE MOTO MOTO X MOTO

Atend: 03/02/2020

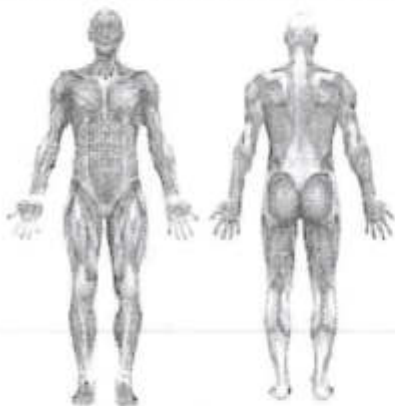
CONVÊNIO: SUS

Hora: 09:33:02

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO (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. Corituso | 32. Parestesia |
| 15. F. Cortante | 33. Queimadura |
| 16. F. Certo-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

DIGNOSTICO / CID:

Trombose

EXAME PRIMÁRIO - EXAMES CLÍNICOS

Paciente vítima de acidente motorizado sem uso de cinto, trazido pelo SAMU. Sem perda de consciência ou vômitos. Relato espontâneo de dor no membro superior direito e tornozelo E. A vítima possui feridas, sem hemorragias, B = Respirando ao ambiente; com sangramento ativo, D = RCG B, P = 110 e 70 mmHg.

ALERGIA:

Neg

MEDICAMENTOS:

Neg

PATOLOGIAS:

Neg

EXAME FÍSICO

PUPILAS (X) Fotorreagentes (X) Isocóricas () Anisocóricas ()

Glasgow 15 PA HGT: SatO2

Abd: flaco, péssimo, depressivo, indurido e palpável superficial e profundo. AR: O2 em 0,21, sem RA

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais () Ultrassonografia:
() Gasometria arterial () Radiografias:
() Tomografia Computadorizada ()

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: Ortopedia / às : Dia / /

Especialista: / às : Dia / /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	Atendimento inicial	
2		
3		
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

RAIO
REALIZADO

Artur Sales
8611

Dr. Gustavo de Almeida
CIRURGIÃO DIGESTIVO
CRM 6335-PB

OUTSIDE #
 Counters present and
 FMS-20 TONNOZIO @
 CONDITA: @ IN TRANSIT HOS. TONNOZIO

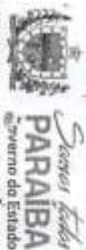
Dr. David J. ...
Criminal Traumatologist
CRJ 7103

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

Edilson dos Santos
Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

IDADE

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



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: 03/02/2020

Paciente: ALDEMIR DOS SANTOS Idade: 046 N° ATEND: 2098123

ACIDENTE DE TRABALHO : NAO
 DATA: 03/02/2020 HORA : 09:41:24

ESPECIALIDADE : CIRURGIA

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

SINAIS VITAIS
 HGT: SAT 02: 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 () DIARREIA () 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 .,AIS:

HORA	PA	TEMP	FC	FR	DIURESE	ASSINATURA ENFERMEIRO/COREN	DO

OBS: SAMU CUITTE

ENFERMEIRO/COREN
 acolhimento

Joana Dantas de S. Bezerra
 COREN-PB 805.49-ENF

NOTED 10/20/64
RECEIVED

Data da internação: 03/02/2020 Hora: 10:22:22



**Sistema
Único de
Saúde**

**Ministério
da
Saúde**

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

2 - CNES

2362856

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

4 - CNES

2362856

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

ALDEMIR DOS SANTOS

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

2098186

7 - CARTÃO DO SUS

706006378866140

8 - DATA DE NASCIMENTO

21/05/1973

9 - SEXO

Masc ☒ Feme ☐

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

MARGARIDA DOS SANTOS

11 - TELEFONE DE CONTATO

83 988121624

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

SITIO MATO GROSSO, 0, ZONA RURAL

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Pleú

14 - CÓDIGO

251140

15 - UF

PB

16 - CEP

58187000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

DOR + LIMITAÇÕES FUNCIONAIS EM TORNOZELO E

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

ANAMNESE + EXAME FÍSICO

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

RADIOGRAFIA

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

FRATURA DE TORNOZELO E

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA

INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

(X) CNS () CPF

29 - Nº DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

980016285320999

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

OTAVIO FERREIRA JUNIOR

31 - DATA DA

SOLICITAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CIDR

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ORGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

() CNS

() CPF

47 - Nº DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - DATA DA

AUTORIZAÇÃO

49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Data da internação: 03/02/2020 Hora: 10:22:22



Sistema **Ministério**
Único de **da**
Saúde **Saúde**

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

2 - CNES

2362856

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

4 - CNES

2362856

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

ALDEMIR DOS SANTOS

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

2098186

7 - CARTÃO DO SUS

706006378866140

8 - DATA DE NASCIMENTO

21/05/1973

9 - SEXO

Masc ☒ F ☐Fem ☐

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

MARGARIDA DOS SANTOS

11 - TELEFONE DE CONTATO

83 988121624

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

SÍTIO MATO GROSSO, 0, ZONA RURAL

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Picuí

14 - CIDIDADE

251140

15 - UF

PB

16 - CEP

58187000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

DOR + LIMITAÇÕES FUNCIONAIS EM TORNOZELO E

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

ANAMNESE + EXAME FÍSICO

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

RADIOGRAFIA

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

FRATURA DE TORNOZELO E

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARACTER DA

INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

(X) CNS () CPF

29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

980016285320999

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

OTAVIO FERREIRA JUNIOR

31 - DATA DA

SOLICITAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNM DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CROB

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ORGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

47 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - DATA DA

AUTORIZAÇÃO

49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

2020-02-03 17:39:01

aVR

aVL

aVF

V2.47

V1

V2

V3

V4

V5

V6

Aldemir

ID : 200203-1739

Nome :

Ida :

Sexo :

PA :

Altura :

Peso :

35 A

Masc.

mmHg

cm

kg

FC : 92 bpm

Duracao P : 145 ms

Intervalo PR : 205 ms

Duracao QRS : 89 ms

Int. QT/QTc : 313/389 ms

Eixo P/QRS/T : 70/36/14 °

Ampl RV5/SV1 : 1.945/0.529 mV

Ampl RV5+SV1 : 2.474 mV

Ampl RV6/SV2 : 1.814/1.504 mV

Codigo de Minnesota:

1-3-1(I)

9-4-1(V3)

Informacao diagnostica:

800: Ritmo sinusal

ECG Normal

Laudo Confirmado por:

TERMO DE RESPONSABILIDADE

O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente _____
dá plena autorização aos médicos do Hospital _____ que o
assistirem, para fazerem as investigações julgadas necessárias ao diagnóstico e para a execução do
tratamento, comprometendo-se a respeitar todas as disposições gerais contidas nos regulamentos do
estabelecimento.

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

O abaixo assinado Kesia dos Santos Ferreira
pessoa responsável pelo doente aldemir dos santos
reconhece que o mesmo deixou o hospital contra o parecer dos médicos deste estabelecimento,
assumindo inteira responsabilidade por sua decisão.

RG: 002.340.889

Em, 05 de fevereiro de 2020
x Késia dos Santos Ferreira

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente _____
certifica que o mesmo teve alta do hospital por ter infringido o regulamento deste estabelecimento.

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente _____
reconhece que a mesma está em condições de acordo e declara pela presente que nenhum médico ou
qualquer outro membro do hospital contribuiu intencionalmente para a indução do mesmo

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____



Somos todos
PARAIBA
Governo do Estado

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 05/02/2020

Horas: 09:18:14

Médico (a) Diarista : Schubert Luigi Costa Rodrigues

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2098186 Paciente: ALDEMIR DOS SANTOS Idade: 046 Sexo: M

Nome da Mãe: MARGARIDA DOS SANTOS Data de Nascimento: 21/05/1973 Admissão: 03/02/2020 DIH - 2

Clínica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: EXTRA Leito: 1 Diagnóstico: FRATURA DO TORNOZELO E

DIA 05/02/2020

MÉDICO(A): Schubert Luigi Costa Rodrigues /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO RINGER COM LACTATO 500ML E.V. 1FRASCO, 8h/8h	12 22 06
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	12 18 24 06
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	18 06
5	RANITIDINA CLORIDRATO 150 MG V.O. 1COMP, 12h/12h	18 06
6	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	S/N
7	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 14h)	22
8	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	S/N
9	CAPTOPRIL 25 MG V.O. 1COMP, FAZER SE NECESSARIO	S/N
10	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

EVOLUÇÃO

DATA: 05/02/2020 HORA: 09:18:00

PACIENTE evoluindo bem sem queixas.
CONDUTA: aguarda tratamento cirurgico.

Dr. Schubert Costa
ORTOPEDIA E REUMATOLOGIA
CIRURGIÃO DA COLUNA
CRM/PB 5523

ASSINATURA + CARIMBO
Schubert Luigi Costa Rodrigues



Seus todos
PARAIBA
Governo do Estado

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 04/02/2020

Horas: 09:19:31

Médico (a) Diarista : Schubert Luigi Costa Rodrigues

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2098186 Paciente: ALDEMIR DOS SANTOS Idade: 046 Sexo: M

Nome da Mãe: MARGARIDA DOS SANTOS Data de Nascimento: 21/05/1973 Admissão: 03/02/2020 DIH - 1

Clínica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: EXTRA Leito: 1 Diagnóstico: FRATURA DO TORNOZELO E

DIA 04/02/2020

MÉDICO(A): Schubert Luigi Costa Rodrigues /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	cta
2	SORO RINGER COM LACTATO 500ML E.V. 1FRASCO, 8h/8h	3x 30
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	3x 30
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	3x 30
5	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	cta
6	RANITIDINA CLORIDRATO 150 MG V.O. 1COMP, 12h/12h	58 F. 56
7	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 14h)	2x
8	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	cta
9	CAPTOPRIL 25 MG V.O. 1COMP, FAZER SE NECESSARIO	cta
10	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	cta

EVOLUÇÃO

DATA: 04/02/2020 HORA: 09:18:54

PACIENTE evoluindo bem sem queixas.

CONDUTA: aguarda tratamento cirurgico.

ASSINATURA + CARIMBO
Schubert Luigi Costa Rodrigues

Dr. Schubert Costa
ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CIRURGIA DA COLUNA
CRM/PB 5523

$$\begin{array}{r} 04 \\ \underline{02} \\ 020 \end{array}$$

$$\begin{array}{r} PA: 110 \\ \underline{70} \end{array}$$

P. 75

Y. J. J. J.



Somos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 03/02/2020

Horas: 10:30:31

Médico (a) Diarista : Otavio Ferreira Junior

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2098186 Paciente: ALDEMIR DOS SANTOS Idade: 046 Sexo: M

Nome da Mãe: MARGARIDA DOS SANTOS Data de Nascimento: 21/05/1973 Admissão: 03/02/2020 DIH - 0

Clinica: AMARELA Enfermaria: 9 Leito: 1 Diagnóstico: FRATURA DO TORNOZELO E

DIA 03/02/2020

MÉDICO(A): Otavio Ferreira Junior /

Ext 1

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	CT
2	SORO RINGER COM LACTATO 500ML E.V, 1FRASCO, 8h/8h	14. 28 26
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h	12. 18 00 26
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	12 00 26
5	RANITIDINA CLORIDRATO 150 MG V.O, 1COMP, 12h/12h	12 00 F 26
6	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	
7	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C, 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 14h)	14 CT
8	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	CT 25
9	CAPTOPRIL 25 MG V.O, 1COMP, FAZER SE NECESSARIO	CT
10	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	CT

EVOLUÇÃO

DATA: 03/02/2020 HORA: 10:28:45

PACIENTE LOTE E BEG, COM QUEIXAS ALGICAS EM TORNOZELO E.
CONDUTA: 1. INTERNAÇÃO HOSPITALAR. 2. SOLICITO PRE-OPE.

ASSINATURA + CARIMBO
Otavio Ferreira Junior

[Handwritten signature]
Dr. Otavio Ferreira Jr.
Otorrinolaringologista
CRM/PB 1103

Sr(a): ALDEMIR DOS SANTOS Protocolo: 0000511643 RG: NÃO INFORMADO
Dr(a): OTAVIO FERREIRA JR Data: 03-02-2020 15:45 Origem: AREA AMARELA
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES Idade: 46 anos Destino: Lcio-DE

HEMOGRAMA

[DATA DA COLETA: 03/02/2020 15:40]

Resultados

Valores de Referência

SÉRIE VERMELHA

Eritrócitos.....	4.42 milhões/mm ³	4.2 a 5.4 milhões/mm ³
Hemoglobina.....	13,2 g/dL	13.5 a 16.0 g/dL
Hematócrito.....	40,0 %	40.0 a 52.0 %
M.C.V.....	90 fL	80.0 a 100.0 fL
M.C.M.....	30 pg	27.0 a 31.0 pg
M.H.C.M.....	33 g/dL	32.0 a 36.0 g/dL

SÉRIE BRANCA

Leucócitos.....	9.100 /mm ³	5.000 a 10.000 /mm ³
	(%)	(/mm ²)
Neutrófilos.....		
Promielócitos.....	0	0
Mielócitos.....	0	0
Metamielócitos.....	0	0
Bastonetes.....	3,0	273
Segmentados.....	73,0	6.643
Eosinófilos.....	1,0	91
Basófilos.....	0	0
Plaquetas.....		
Típicas.....	20,0	1.820
Atípicas ou Reativas.....	0	0
Monócitos.....	3,0	273
CONTAGEM DE PLAQUETAS.....	249.000 mm ³	145.000 a 400.000 mm ³

OBSERVAÇÕES..... Contagens revisadas e confirmadas.

Método: CANTIDA TOTAL

Método: RESISTIVIDADE - IMPEDÂNCIA - MICROSCÓPIA

EB. Itai

Carlos Felipe Souza de Almeida - Técnico
Biomédico
CRM: 5409

Este Laudo foi assinado digitalmente sob o número: 1421-1940-0055-0500-0762-9400-9020-8106

Sr(a):	ALDEMIR DOS SANTOS	Protocolo:	0000511643	RG:	NÃO INFORMADO
Dr(a):	OTAVIO FERREIRA JR	Data:	03-02-2020 15:45	Origem:	ÁREA AMARELA
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade:	46 anos	Destino:	Leito - 08

TEMPO DE SANGRAMENTO..... 2'00''

[DATA DA COLETA: 03/02/2020 15:45]

Valores de Referência:
DE 1 A 13 MINUTOS

Materiais: Sangue

Método: Sétis

TEMPO DE COAGULACAO..... 8'35''

[DATA DA COLETA: 03/02/2020 15:45]

Valores de Referência:
DE 4 A 13 MINUTOS

Materiais: Sangue

Método: Lee-White



Carlos Felipe Santos de Almeida Bellone
Secretário
CHAM 0000



AVALIAÇÃO CARDIOLÓGICA COM RISCO CIRÚRGICO

NOME: ALDEMIR DOS SANTOS IDADE: 46 anos SEXO: M

IMC: _____ PROCEDÊNCIA: _____ PROFISSÃO: _____ DATA: 04/02/20

1 - SINTOMATOLOGIA CARDIOVASCULAR:

(☒) Assintomática () Sintomática () Oligossintomática

SINTOMAS:

() Cefaléia () Tontura () Síncope
() Dispnéia de esforço () Grande () Pequena
() Média () Ortopnéia
() Palpitações () Tosse Seca () Expectoração
() Dor Precordial () Típica () Atípica
Relacionada () Esforço () Emoções () Frio () Pós-prandial

Comentários: _____

2 - PATOLOGIAS EM CURSO:

() Hipertensão Arterial Sistêmica () Hipertensão Pulmonar () DPOC () Outros
() Diabetes Mellitus () Insut. Cardíaca Congestiva () Insuficiência Coronariana
() Arritmias () insuf. Renal () Aguda () Crônica

3 - ANTECEDENTES PESSOAIS:

() Alergia a Medicamentos: desconhecida () Tabagismo
() Etilismo () Sedentarismo
() Dislipidemia (☒) Cirúrgico Herniorrafia () Outros

Medicamentos em uso (☒) Não () Sim _____

4 - EXAME FÍSICO:

() Estado Geral () Bom (☒) Regular () Comprometido () Precário () Altura () Peso

Ap. Cardiovascular - Comentários: RCE em ET Brf S/S

FC: 64 b.p.m P.A.: 120/70 mmHg

Ap. Respiratório - Comentários: MV @ S/R

Abdômen - Comentários: MV @

Membros inferiores - Comentários: sem edema

5 - E.C.G.: Ritmo sinusal dentro da normalidade

Ex. Laboratoriais: _____

6 - CONCLUSÃO RISCO CIRÚRGICO:

(☒) Grau I - AVC e ECG - normais (Risco Cirúrgico Normal)
() Grau II - AVC e ECG - anormais (Risco Cirúrgico Normal)
() Grau III - AVC e ECG - anormais (Indicado Monitorização Cardíaca)
() Grau IV - AVC e ECG - com graves alterações (Alto Risco Cirúrgico - se possível evitar)

Obs.: _____

Dr. Guilherme Vitor Mascena
CARDIOLOGISTA
CRM 6369

Ass. do Médico

MEMORANDUM FOR THE DIRECTOR, FBI

FROM: SAC, NEW YORK (100-123456)

SUBJECT: [Illegible]

RE: [Illegible]

1. [Illegible]

2. [Illegible]

3. [Illegible]

4. [Illegible]

5. [Illegible]

6. [Illegible]

7. [Illegible]

8. [Illegible]

9. [Illegible]

10. [Illegible]

11. [Illegible]

12. [Illegible]

13. [Illegible]

14. [Illegible]

15. [Illegible]

16. [Illegible]

17. [Illegible]

18. [Illegible]

19. [Illegible]

20. [Illegible]

21. [Illegible]

22. [Illegible]

23. [Illegible]

24. [Illegible]

25. [Illegible]

26. [Illegible]



SECRETARIA DE ESTADO
DE SAÚDE



Somos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

PACIENTE: ALDEMIR DOS SANTOS

DATA DO EXAME: 03.02.2020

RADIOGRAFIA DE TORNOZELO

- Fraturas nos maléolos , sem desalinhamentos significativos.

20

Dr. Arthur José Ventura
CRM/PB: 6481


Dra. Adriana Jeunon
CRM/PB 7088

Dr. Ramoniê Miranda
CRM/PB: 8220

Dr. Roberto Maia
CRM/PB: 6101



TEM FÉ PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 05481822

USO OBRIGATORIO
IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS
(ART. 12 DO Lei nº 5.363/94)



ASSINATURA DO REGISTRADO

Nilo Trigueiro Dantas

ABRIL 2013

05481822



ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL

CONSELHO SECCIONAL DA PARAIBA
IDENTIDADE DE ADVOGADO

NUMERO
13220

COLEGADO
NILVAN ARAUJO DANTAS
MARLI LUCIA TRIGUEIRO DANTAS

EXERCICIO
JOÃO PESSOA/PB

DATA DE NASCIMENTO
09/06/1980

CPF
047.851.774-55

RG
2009825 - SSP/PB

DATA DE EMISSÃO
01/10/2013

NÃO

Chico Aguiar
CHICO AGUIAR
PRESIDENTE



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RN
 58001202/2009

Nº **8121661240**
 76651989486

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

VIA	COO ALIYAN	INTRE
1	787625841	9211111111
NOME/ENDEREÇO		
JOSE ADAILSON DOS SANTOS R JOSE DA SILVA, 304 CENTRO 59.225-000 JACANA/RN		
CPF/CNPJ		PLACA
023.845.004-06		HYJ8508
NOME INTERVEN		
JOSE NILTON RAMOS SOUZA		
PLACA ANTIGA	CHASSI	
HYJ8508/RN	9C2JC30103R003715	
ESPÉCIE DE VEÍCULO		
PASSAGEIRO/MOTOCICLETA/NAO APLICAVEL GASOLINA		
MARCA/FAV/DELT	ANO FAB	ANO REG
HONDA/CG 125 TITAN ES	2002	2002
CAP/PO/USC	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
OCV/124 CILINDRADAS	PARTICULAR	VERMELHA
OBSERVAÇÕES		
MOTOR: JC30E13003715		
LOCAL		
JACANA/RN		DATA
		09/07/2009

DETRAN

CONTRON

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

DETRAN - RN Nº **8121661240**
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

1	7E425941	8888888888	2009
---	----------	------------	------

JOSE ADAILSON DOS SANTOS
R JOSE DA SILVA, 504
CENTRO
59.225-000 JACANA/RN

023.045.004-06 MYJ8508

MYJ8508/RN 9C23C36103R003715

PASSEIRO/MOTOCICLETA/NAO APLICAVEL BASE LTR

HONDA/CS 125 TITAN K9 2002 2003

CCV 124 CILINDRADAS PARTICULAR VERMELHA

1	R4	0	12/03/2009	PAGO
2				PAGO
3	2805 32	R3	XXXXXX	PAGO

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS MATERIAIS CAUSADOS POR VEICULOS

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS MATERIAIS CAUSADOS POR VEICULOS

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS MATERIAIS CAUSADOS POR VEICULOS

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS MATERIAIS CAUSADOS POR VEICULOS

CONTRAN

JACANA/RN

09/07/2009

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS MATERIAIS CAUSADOS POR VEICULOS
SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS MATERIAIS CAUSADOS POR VEICULOS

RN Nº **8121661240** BILHETE DE SEGURO DPVAT

JOSE ADAILSON DOS SANTOS
R JOSE DA SILVA, 504
CENTRO
59.225-000 JACANA/RN

023.045.004-04 MYJ8508

JOSE LUIZ MATIAS
RUA ELPIDIO SABINO, 54 - CENTRO
NOVA FLORESTA / PB CEP: 58178000 (AG: 80)

CPF/CNPJ/RANI: 403.494.704-72

Grupo: CONVENCIONAL BAIXA TENSÃO / Subgrupo: B1
Classe: RES MTC B1 / Subclasse: RESIDENCIAL
Ligação: MONOFÁSICO
Roteiro: 9 - 108 - 325 - 1500 Nº Medidor: 00008483897



UNIDADE CONSUMIDORA (UC)
5/350715-9

CADASTRE SUA FATURA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZANDO O CÓDIGO: 00003507159



VALOR DA FATURA

R\$ 66,62



VENCIMENTO

21/08/2021



REFERÊNCIA

Ago / 2021



CONSUMO

75kWh

2,60 kWh
MÉDIA DIÁRIA

SITUAÇÃO DE DÉBITOS

DESCRIPTIVO

CCI	Descrição	Quant	Tarifa c/ Tributos	Valor Base Calc Total (R\$)	ICMS (R\$)	Aliq ICMS	ICMS Base Calc (R\$)	PIS(R\$)Cofins(R\$) (R\$) PIS/Cofins 1,0845% 4,9955%		
0801	Consumo em kWh	75	0,791350	59,35	59,35	25	14,83	59,35	0,84	2,96
	LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0807	CONTRIBUIÇÃO PÚBLICA			5,99	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0804	JUROS DE MORA 07/2020			0,13	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0805	MULTA 07/2020			1,15	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00

CCI: Código de Classificação do Item
Tarifa s/ Tributos: 0,545400

TOTAL: 66,62 59,35 14,83 59,35 0,84 2,96

RESERVADO AO FISCO

8748.190c.f03e.5325.2011.s063.s99f.5383.

HISTÓRICO DE CONSUMO (kWh)

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO