



04/07/2023

Número: **0800448-45.2023.8.15.0161**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Mista de Cuité**

Última distribuição : **21/03/2023**

Valor da causa: **R\$ 3.375,00**

Assuntos: **DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ALDEMIR DOS SANTOS (AUTOR)		NILO TRIGUEIRO DANTAS (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
75588 180	04/07/2023 10:18	Petição	Petição
75588 182	04/07/2023 10:18	2883966_JUNTADA_DE_DOCS_Anexo_02	Outros Documentos
75588 184	04/07/2023 10:18	2883966_JUNTADA_DE_DOCS_01	Outros Documentos

EM ANEXO



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 atrofias 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 atrofias 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: ALDEMIA DOS SANTOS, brasileiro(a),
CASADO, ABOLUCION, portador(a) do RG nº.
1389292 expedido por ITER/AN em 31/07/2015 e do CPF nº.
981686224-72, residente na (o)
RUA ELIDIO 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, Picuí – 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) ALDEMIA 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.

outorgante

RECONHECIMENTO
Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/07/2023 10:18:48
<https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23070410184740000000071209204>
Número do documento: 23070410184740000000071209204

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





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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

Pag. 01697/01698 - carta_03 - INVALIDEZ

00030849



Carta nº 16206213





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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

Pag. 01841/01842 - carta_02 - INVALIDEZ

00030921



Carta nº 16790970



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/07/2023 10:18:48

<https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23070410184740000000071209204>

Número do documento: 23070410184740000000071209204



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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

Pag. 01489/01490 - carta_03 - INVALIDEZ

00030745



Carta nº 16825040



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/07/2023 10:18:48

<https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23070410184740000000071209204>

Número do documento: 23070410184740000000071209204

Num. 75588182 - Pág. 13



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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

Pag. 00701/00702 - carta_02 - INVALIDEZ

00020351



Carta nº 17024233



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/07/2023 10:18:48

<https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23070410184740000000071209204>

Número do documento: 23070410184740000000071209204



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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: ☐ DAM5 (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 981686204-72 4 - Nome completo da vítima: ADEMIA 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: ADEMIA DOS SANTOS 6 - CPF: 981686204-72
7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: RUA ELPIDIO SÁINHO 9 - Número: 54 10 - Complemento:
11 - Bairro: CENTRO 12 - Cidade: NOVA FLORESTA 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58195-000
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:

☒ RECURSO 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: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BRADESCO

AGÊNCIA: 0906 7 CONTA: 21890 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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atenda 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 (pai/nascido)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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, 29/09/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)





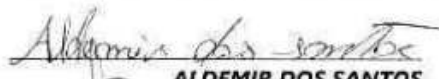
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
2ª REGIÃO INTEGRADA DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL - CAMPINA GRANDE
13ª REGIÃO INTEGRADA DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL - PICUI
47º DISTRITO INTEGRADO DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL - CUITÉ
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE CUITÉ
Rua Sebastião Buriti, 107 - Centro - Cuité/PB - CEP: 58.175-000 - Fone: (83)3372-2431

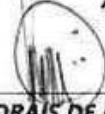


OCCORRÊNCIA POLICIAL Nº 195/2020

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





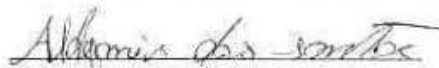
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
2ª REGIÃO INTEGRADA DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL - CAMPINA GRANDE
13ª REGIÃO INTEGRADA DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL - PICUI
47º DISTRITO INTEGRADO DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL - CUITÉ
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE CUITÉ
Rua Sebastião Buriti, 107 - Centro - Cuité/PB - CEP: 58.175-000 - Fone: (83)3372-2431



OCCORRÊNCIA 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, ai, 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: ☐ DAM5 (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 988686204-72 4 - Nome completo da vítima: ADEMIA 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: ADEMIA DOS SANTOS 6 - CPF: 988686204-72
7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: RUA ELPIDIO SÁINHO 9 - Número: 54 10 - Complemento:
11 - Bairro: CENTRO 12 - Cidade: NOVA FLORESTA 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58195-000
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:

☒ RECURSO 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: BRADESCO

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 0906 7 CONTA: 21890 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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atenda 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 (pai/nascido)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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, 29/09/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)





FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA

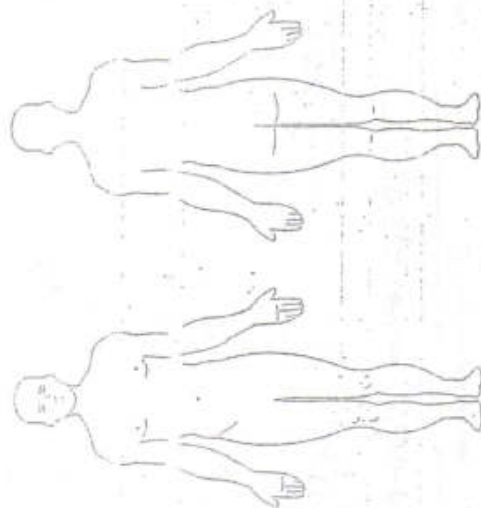
REGISTRO DE CHAMADAS

SAMU - SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA



CHAMADA	Nº 1000300014	DATA: 03/03/2020	HORA: 06:00	min.
Motivo: ☒ SOCORRO	TRANSPORTE	INFORMAÇÃO*	OUTRO*	CRM:
Solicitante: <u>Livia</u>	Município de Origem: <u>Nova Fátima</u>	Telefone:		
TIPO	QUEIXA DO SOLICITANTE	OBSERVAÇÕES		
☒ TRAUMÁTICO	<u>Nota pelo</u>	<u>02</u>		
☐ CASO CLÍNICO				
☐ OBSTÉTRICO				
☐ PSIQUIÁTRICO				
Nome do Paciente: <u>Ademir dos Santos</u>				
Endereço onde se encontra o Paciente (Rua, Nº, Apt, Bairro, Cidade de referência): <u>Nova Fátima / Paraná</u>				
Nº do Documento: <u>706 0063 7886 6540</u>				

ESTADO DE CONSCIÊNCIA	RESPIRAÇÃO	PULSO	SANGRAMENTO	DOR AGUDA
☒ Consciente	☒ Espontânea	☒ SIM	☐ Ovído	☐ Abdominal
☐ Orientado	☐ Superficial	☐ Normal	☐ Nervo/Boca	☐ Cefálica
☐ Desorientado	☐ Irregular	☐ Rápido	☐ Vaginal	☐ Torácica ou Abdominal
☐ Inconsciente	☐ Não Respira	☐ Irregular	☐ Hematômese	☐ em fôlego
☐ Outros	☐ Não Sabe	☐ Sem pulso	☐ Grande	☒ Outro: <u>rug.</u>
			☐ Não Sabe	
TRABALHO DE PARTO				
☐ 01 Contração / 10 min.				
☐ 1-3 Contração / 10 min.				
☐ 3-5 Contração / 10 min.				
☐ Não Sabe				
☐ Bolsa Rota				
☐ Sangramento				
☐ Nascimento				
GRAVIDADE PRESUMIDA				
☐ ILESO	☒ SEVERA	☐ PEQUENA	☐ MORTE	☒ MÉDIA
☐ GRAVIDA	☐ SEVERA	☐ MORTE	☐ INDETERMINADA	
MEIOS	☐ USA	☒ SUB	☐ UT	☐ RÁPIDO
HORÁRIOS	<u>06:00</u>	<u>06:05</u>	<u>07:37</u>	<u>09:05</u>
EQUIPE	<u>Flavio / port</u>	<u>Flavio / port</u>	<u>Flavio / port</u>	<u>Flavio / port</u>
APOLIO SOLICITADO	☐ Corpo de Bombeiros	☐ Polícia Militar	☐ Defesa Civil	☐ Outros
☐ CIPRAN	☐ Polícia Civil	☐ INFRERO	☐ IML	
☐ STTRAND	☐ Pol. Rod. Federal	☐ IML	☐ Outros	
☐ Cancelado	☐ Recusou Remoção	☐ Óbito no Local	☐ Óbito no Transporte	
☐ Recusou Atendimento	☐ Óbito no Local	☐ Óbito no Transporte	☐ Óbito no Transporte	
☐ Não se Encontra no Local	☐ Óbito no Local	☐ Óbito no Transporte	☐ Óbito no Transporte	



CONDIÇÕES DO PACIENTE

ESCALA DE COMA GLASGOW	ESCALA DE COMA GLASGOW	ESCALA DE COMA GLASGOW
ADULTOS	ADULTOS	ADULTOS
Abre os olhos	Abre os olhos	Abre os olhos
Com Estímulos Auditivos	Com Estímulos Auditivos	Com Estímulos Auditivos
Com Estímulos Dolóricos	Com Estímulos Dolóricos	Com Estímulos Dolóricos
Não Abre os Olhos	Não Abre os Olhos	Não Abre os Olhos
Confusão	Confusão	Confusão
Palavras Inapropriadas	Palavras Inapropriadas	Palavras Inapropriadas
Som em Gargalhadas	Som em Gargalhadas	Som em Gargalhadas
Nenhuma	Nenhuma	Nenhuma
Obediência Solicitações	Obediência Solicitações	Obediência Solicitações
Localizar Dor	Localizar Dor	Localizar Dor
Reflexo a Dor	Reflexo a Dor	Reflexo a Dor
Flacido Normal	Flacido Normal	Flacido Normal
Estendido a Dor	Estendido a Dor	Estendido a Dor
Nenhuma	Nenhuma	Nenhuma
ESCALA DE COMA GLASGOW	ESCALA DE COMA GLASGOW	ESCALA DE COMA GLASGOW

ESCORE DO TRAUMA	ESCORE DO TRAUMA	ESCORE DO TRAUMA
10-24	10-24	10-24
25-35	25-35	25-35
>36	>36	>36
01-09	01-09	01-09
0	0	0
>80	>80	>80
70-89	70-89	70-89
90-99	90-99	90-99
01-49	01-49	01-49
0	0	0
14 a 15	14 a 15	14 a 15
11 a 13	11 a 13	11 a 13
8 a 10	8 a 10	8 a 10
5 a 7	5 a 7	5 a 7
3 a 4	3 a 4	3 a 4
ESCORE TRAUMA	ESCORE TRAUMA	ESCORE TRAUMA

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 BARRO, 54 - CENTRO
NOVA FLORESTA / PB CEP: 56178000 (MO: 80)
CPF/CNPJ/RANI: 403.484.704-72



Grupo: CONVENCIONAL BARRA TENSAO / Subgrupo: B1
Classe: RES MTC B1 / Subclasse: RESIDENCIAL
Local: MONOFASICO
Retro: 9 - 1CE - 325 - 1500 Nº Medidor: 0008490897

UNIDADE CONSUMIDORA (UC)
5/350715-9

CADASTRE SUA FATURA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZANDO O CÓDIGO: 00003607159

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

DEBITATIVOS									
CDI	Descrição	Quant	Tarifa/ Tributos	Valor Total (R\$)	Base Calc. (R\$)	Alíq. (Cód. Cód. S)	ICMS Base Calc. (R\$)	PIS/COFINS (R\$)	Outros (R\$)
0001	Consumo em kWh	75	0,791950	59,39	59,39	25	14,83	59,35	0,04
0007	LANÇAMENTO DE SERVIÇOS			0,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0004	CONTABILIZAÇÃO PÚBLICA			0,13	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0006	MULTA DE MOROSIDADE			1,10	0,00	0	0,00	0,00	0,00

CDI Código de Classificação do Item TOTAL: 66,62 59,39 14,83 59,35 0,04 2,98
Tarifa e Tributos 0,545400

RESERVADO AO FISCAL R\$ 748.190e,00 R\$ 8.325.2011,00 R\$ 699.690,00

HISTÓRICO DE LEITURAS (kWh)			Descrição			Valor (R\$)	%
Agos19	65	LEITURAS	Serviço de Dist. de Energia			24,12	24,12
Set19	70		Carga de Energia			30,06	30,06
Out19	72	Anterior 18/07/20 10289	Serviço de Transmissão			3,56	3,56
Nov19	71		Encargos Setoriais			2,42	2,42
Dez19	64	Atual 14/08/20 10343	Impostos Diretos e Encargos			25,70	25,70
Jan20	78		Outros Serviços			0,00	0,00
Fev20	74	Consumo 750kWh	Total			66,62	100,00
Mar20	78		Encargo de Uso do Sistema de Distribuição (Ref. 6/2020) R\$ 21,98				
Abr20	81	Período 30 dias	PRÓXIMA LEITURA				
Mai20	79		15/09/2020				
Jun20	67	Constante do medidor 1	REFERÊNCIA 2020 - Consumo Cúbico				
Jul20	69						
Agos20	74	Média					
Set20	76						

* Estimativa para Média/Mês

MENSAL				APURADO TRIMESTRAL				ANUAL				LÍMITE DE TENSÃO (V)			
Horas de tensão	5,55	0,05	17,70	22,21	NORMAL	220									
Velocidade de tensão	3,30	0,00	8,80	13,20	CONTRA TACA	202									
Duração da interrupção	3,20				LÍMITE INFERIOR	202									
Duração da interrupção	12,22				LÍMITE SUPERIOR	221									

Para preservar sua saúde, a Energisa está pronta para te atender pelos canais virtuais: site, App Energisa e Chat WhatsApp (83) 99135-5543.



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 OSTEOSSÍNTESE 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 pericrânio 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 seqüela (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).

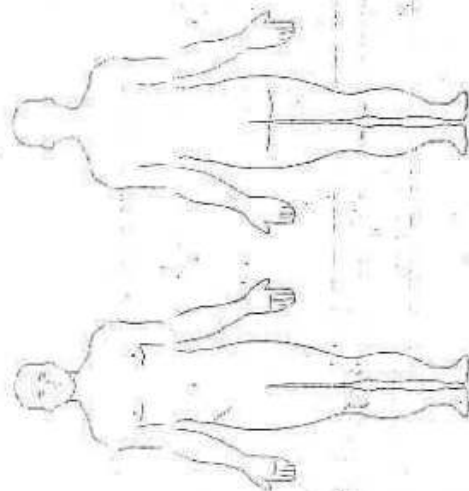
b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

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





CONDIÇÕES DO PACIENTE

CHAMADA (Telefônica)	Nº 12003006H	DATA 03 02 2020	HORA 08 h 00 min.
MOTIVO: ☒ ACCIDENTO	☐ TRANSPORTADO	☐ INFORMAÇÃO	☐ OUTRO*
Solicitante: <u>Livia</u>	Telefone:		
Município de Origem: <u>Nova Fátima</u>			

TIPO	QUEIXA DO SOLICITANTE	OBSERVAÇÕES
☒ TRAUMÁTICO	<u>Moto / moto</u>	<u>OT</u>
☐ CASO CLÍNICO		<u>Exatidão tempo?</u>
☐ OBSTÉTRICO		<u>Nome do paciente?</u>
☐ PSIQUIÁTRICO		

PACIENTE	Nome completo: <u>Ademir dos Santos</u>	
	Número do CNH: <u>106 0063 7886 6140</u>	
	Data de nascimento: <u>10/01/1971</u>	
	☒ Masc.	☐ Feme.
	☒ AB	☐ ANOS

ESTADO DE CONSCIENTIA	RESPIRAÇÃO	PULSO	SANGRAMENTO	DOR AGUDA
☒ Consciente	☒ Espontânea	☒ Suo	☐ Ovído	☐ Abdominal
☐ Orientado	☐ Superficial	☐ Normal	☐ Nasal/Bucal	☐ Cefálica
☐ Desorientado	☐ Irregular	☐ Rápido	☐ Vaginal	☐ Torácica ou Abdominal
☐ Inconsciente	☐ Não Respira	☐ Irregular	☐ Hematúria	☐ Em íntimo
☐ Outros:	☐ Não Sabe	☐ Sem pulso	☐ Grande	☒ Outro: <u>reg.</u>

TRABALHO DE PARTO	TRAUMA
☐ D1 Contração / 10 min	☐ Queda da própria altura
☐ 1-3 Contração / 10 min	☐ Queda de altura int. > 4 m
☐ 3-5 Contração / 10 min	☐ Queda de altura sup. > 4 m
☐ Não sabe	☐ Expulsão
☐ Bola Rola	☐ Acidente Automóvel
☐ Sangramento	☒ Outro: <u>coluna moto/moto</u>
☐ Nascimento	

GRAVIDADE PRESUMIDA	ILESO	PEQUENA MORTE	UT	RÁPIDO
☐ USA	☐ SEVERA	☐ MORTE	☐ UT	☐ RÁPIDO
☐ USA	☐ SEVERA	☐ MORTE	☐ UT	☐ RÁPIDO

TRANSPORTE UTILIZADO	MEIOS	GRUPO SANGÜÍNEO	GRAVIDADE PRESUMIDA
	☐ USA	☐ ILESO	☐ SEVERA
	☐ USA	☐ ILESO	☐ SEVERA

TRANSPORTE UTILIZADO	MEIOS	GRUPO SANGÜÍNEO	GRAVIDADE PRESUMIDA
	☐ USA	☐ ILESO	☐ SEVERA
	☐ USA	☐ ILESO	☐ SEVERA

APROXIMADO	TRANSPORTE UTILIZADO	MEIOS	GRUPO SANGÜÍNEO	GRAVIDADE PRESUMIDA
		☐ USA	☐ ILESO	☐ SEVERA
		☐ USA	☐ ILESO	☐ SEVERA

INCIDENTE	TRANSPORTE UTILIZADO	MEIOS	GRUPO SANGÜÍNEO	GRAVIDADE PRESUMIDA
		☐ USA	☐ ILESO	☐ SEVERA
		☐ USA	☐ ILESO	☐ SEVERA

ESCALA DE COMA GLASGOW		MENORES DE 5 ANOS		ESCALA
ADULTOS	ESCALA	ADULTOS	ESCALA	ESCALA
Aberto	15	Aberto	5	15
Parcial	14	Parcial	4	14
Profundo	13	Profundo	3	13
Coma	12	Coma	2	12
Coma Profundo	11	Coma Profundo	1	11
Coma Profundo	10	Coma Profundo	0	10
Coma Profundo	9	Coma Profundo	0	9
Coma Profundo	8	Coma Profundo	0	8
Coma Profundo	7	Coma Profundo	0	7
Coma Profundo	6	Coma Profundo	0	6
Coma Profundo	5	Coma Profundo	0	5
Coma Profundo	4	Coma Profundo	0	4
Coma Profundo	3	Coma Profundo	0	3
Coma Profundo	2	Coma Profundo	0	2
Coma Profundo	1	Coma Profundo	0	1
Coma Profundo	0	Coma Profundo	0	0



ENTE DE TRABALHO		SUSPEITO	
☐ Ussidente com Autismo	☐ Ussidente com Deficiência	☐ Agressão Física	☐ Vítima Propriada
☐ Apontamento	☐ Não	☐ Fer. P/ Alma Branca	☐ Encarceramento
☐ Salvo	☐ Ignorado	☐ Fer. P/ Alma de Fogo	☐ Alojamento
☐ Alcoolismo	☐ Adiente com rito	☐ Espantamento	☐ Outros
☐ Anestesiamento	☐ Com Capacete	☐ Queimadura Agrava?	☐ Outros
☐ "Air Bag"	☒ Em Capacete	☐ Fogo	☐ Outros
☐ Presteigero	☐ Queda	☐ Fer. P/ Alma de Fogo	☐ Outros
☐ Branco Dentrio	☐ Atura Aprox.	☐ Fer. P/ Alma de Fogo	☐ Outros
☐ Branco Tetro	☐ Outros	☐ Fer. P/ Alma de Fogo	☐ Outros

AVALIAÇÃO INICIAL		CIRCULAÇÃO		AVAL. NEUROLÓGICA	
VIAS AÉREAS		VENTILAÇÃO		AVAL. NEUROLÓGICA	
☐ Dispneia	☐ M. V. Diminuído	☐ Bradipnéia	☐ Bradicardia	☐ AVON	☐ AVON
☐ Bradipnéia	☐ M. V. Ausente	☐ Taquicardio	☐ Taquicardia	☐ Morte	☐ Morte
☐ Taquicardio	☐ Hipertensão	☐ Arritmico	☐ Arritmico	☐ Anisocoria	☐ Anisocoria
☐ Resp. Ruidosa	☐ Mucosaz	☐ Perfusão Periférica > 2	☐ Perfusão Periférica > 2	☐ Anisocoria	☐ Anisocoria
☐ Obstruída	☐ Ferida Aspirativa	☐ Ausente	☐ Ausente	☐ Anisocoria	☐ Anisocoria
☐ Ausente	☐ Ferida Aspirativa	☐ Ausente	☐ Ausente	☐ Anisocoria	☐ Anisocoria
☐ Outros	☐ Outros	☐ Outros	☐ Outros	☐ Anisocoria	☐ Anisocoria

SINAIS VITAIS E ESCORES		SINAIS VITAIS E ESCORES			
HORA	PA	FC	FR	ETC	APGAR
INICIO	100	110	92	16	101
PR					

AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA		FACE		PESCOCO		TÓRAX		ABDOMEN	
☒ Membranas	☐ Contusão	☐ Contusão	☐ Contusão	☐ Contusão	☐ Contusão	☐ Contusão	☐ Contusão	☐ Contusão	
☐ Queda	☐ Escoriações	☐ Escoriações	☐ Escoriações	☐ Escoriações	☐ Escoriações	☐ Escoriações	☐ Escoriações	☐ Escoriações	
☐ Hemorragia	☐ Lacerações	☐ Lacerações	☐ Lacerações	☐ Lacerações	☐ Lacerações	☐ Lacerações	☐ Lacerações	☐ Lacerações	
☐ Fila	☐ Hematoma	☐ Hematoma	☐ Hematoma	☐ Hematoma	☐ Hematoma	☐ Hematoma	☐ Hematoma	☐ Hematoma	
☐ Úlcera	☐ Abscessão	☐ Abscessão	☐ Abscessão	☐ Abscessão	☐ Abscessão	☐ Abscessão	☐ Abscessão	☐ Abscessão	
☐ Sinais	☐ Fer. Penetrante	☐ Fer. Penetrante	☐ Fer. Penetrante	☐ Fer. Penetrante	☐ Fer. Penetrante	☐ Fer. Penetrante	☐ Fer. Penetrante	☐ Fer. Penetrante	
☐ Clavícula	☐ Fer. Penetrante	☐ Fer. Penetrante	☐ Fer. Penetrante	☐ Fer. Penetrante	☐ Fer. Penetrante	☐ Fer. Penetrante	☐ Fer. Penetrante	☐ Fer. Penetrante	

COLUNA DORSAL		MEMBROS		HISTÓRIA PREGRESSA	
☐ Contusão	☐ Contusão	☐ Contusão	☐ Contusão	☐ Dissecção	☐ Dissecção
☐ Hematoma	☐ Hematoma	☐ Hematoma	☐ Hematoma	☐ Dissecção	☐ Dissecção
☐ Dor	☐ Dor	☐ Dor	☐ Dor	☐ Dissecção	☐ Dissecção
☐ Instabilidade	☐ Instabilidade	☐ Instabilidade	☐ Instabilidade	☐ Dissecção	☐ Dissecção
☐ Fratura	☐ Fratura	☐ Fratura	☐ Fratura	☐ Dissecção	☐ Dissecção
☐ Amputação	☐ Amputação	☐ Amputação	☐ Amputação	☐ Dissecção	☐ Dissecção

AVALIAÇÃO CARDIACA		AFECÇÃO CLÍNICA		HISTÓRIA PREGRESSA	
☒ Alter. Sinus	☐ Alter. Sinus	☐ Alter. Sinus	☐ Alter. Sinus	☐ Dissecção	☐ Dissecção
☐ Taquicardia	☐ Taquicardia	☐ Taquicardia	☐ Taquicardia	☐ Dissecção	☐ Dissecção
☐ Bradicardia	☐ Bradicardia	☐ Bradicardia	☐ Bradicardia	☐ Dissecção	☐ Dissecção
☐ Fibrilação	☐ Fibrilação	☐ Fibrilação	☐ Fibrilação	☐ Dissecção	☐ Dissecção
☐ Fibrilação Atrial	☐ Fibrilação Atrial	☐ Fibrilação Atrial	☐ Fibrilação Atrial	☐ Dissecção	☐ Dissecção
☐ Fibrilação Ventricular	☐ Fibrilação Ventricular	☐ Fibrilação Ventricular	☐ Fibrilação Ventricular	☐ Dissecção	☐ Dissecção
☐ Asistolia	☐ Asistolia	☐ Asistolia	☐ Asistolia	☐ Dissecção	☐ Dissecção

GRAVIDADE COMPROVADA		PEQUENA		MORTA		MÉDIA		INDETERMINADA	
☐ ILESO	☐ ILESO	☒ PEQUENA	☐ PEQUENA	☐ MORTA	☐ MORTA	☐ MÉDIA	☐ MÉDIA	☐ INDETERMINADA	☐ INDETERMINADA

PROCEDIMENTOS REALIZADOS		PROCEDIMENTOS REALIZADOS	
☐ Oxigênio	☐ Oxigênio	☐ Oxigênio	☐ Oxigênio
☐ Aspiração de Vias Aéreas	☐ Aspiração de Vias Aéreas	☐ Aspiração de Vias Aéreas	☐ Aspiração de Vias Aéreas
☐ Glauco Nasal / Otorrinolaringo	☐ Glauco Nasal / Otorrinolaringo	☐ Glauco Nasal / Otorrinolaringo	☐ Glauco Nasal / Otorrinolaringo
☐ Enablação Traqueal	☐ Enablação Traqueal	☐ Enablação Traqueal	☐ Enablação Traqueal
☐ Via Oral	☐ Via Oral	☐ Via Oral	☐ Via Oral
☐ Via Nasal	☐ Via Nasal	☐ Via Nasal	☐ Via Nasal
☐ Glotidiotomia	☐ Glotidiotomia	☐ Glotidiotomia	☐ Glotidiotomia
☐ Função Ventosa	☐ Função Ventosa	☐ Função Ventosa	☐ Função Ventosa
☐ Dissecção Veno	☐ Dissecção Veno	☐ Dissecção Veno	☐ Dissecção Veno

TERAPIA INICIAL		TERAPIA INICIAL	
☐ RIMER LACTATO	☐ RIMER LACTATO	☐ RIMER LACTATO	☐ RIMER LACTATO
☐ SOL. FISIOLOGICO 0.9%	☐ SOL. FISIOLOGICO 0.9%	☐ SOL. FISIOLOGICO 0.9%	☐ SOL. FISIOLOGICO 0.9%
☐ SOL. GLICOSADO 0.9%	☐ SOL. GLICOSADO 0.9%	☐ SOL. GLICOSADO 0.9%	☐ SOL. GLICOSADO 0.9%
☐ OUTRO	☐ OUTRO	☐ OUTRO	☐ OUTRO

DESTINO DO(A) PACIENTE		DESTINO DO(A) PACIENTE	
☐ ISEA	☐ ISEA	☐ ISEA	☐ ISEA
☐ FAP	☐ FAP	☐ FAP	☐ FAP
☐ CLIPSI	☐ CLIPSI	☐ CLIPSI	☐ CLIPSI
☐ HOSP. UNIVERSITÁRIO	☐ HOSP. UNIVERSITÁRIO	☐ HOSP. UNIVERSITÁRIO	☐ HOSP. UNIVERSITÁRIO
☐ UPA	☐ UPA	☐ UPA	☐ UPA
☐ HOSP. DA CRIANÇA	☐ HOSP. DA CRIANÇA	☐ HOSP. DA CRIANÇA	☐ HOSP. DA CRIANÇA

PENCERES DO PACIENTE		PENCERES DO PACIENTE	
☐ HOSP. ANTONIO TARGINO	☐ HOSP. ANTONIO TARGINO	☐ HOSP. ANTONIO TARGINO	☐ HOSP. ANTONIO TARGINO
☒ HOSP. DE URGÊNCIA E TRAUMA	☒ HOSP. DE URGÊNCIA E TRAUMA	☒ HOSP. DE URGÊNCIA E TRAUMA	☒ HOSP. DE URGÊNCIA E TRAUMA
☐ HOSP. JOÃO XXIII	☐ HOSP. JOÃO XXIII	☐ HOSP. JOÃO XXIII	☐ HOSP. JOÃO XXIII
☐ HOSP. PEDRO I	☐ HOSP. PEDRO I	☐ HOSP. PEDRO I	☐ HOSP. PEDRO I
☐ HOSP. DR. MAIA	☐ HOSP. DR. MAIA	☐ HOSP. DR. MAIA	☐ HOSP. DR. MAIA
☐ OUTRO	☐ OUTRO	☐ OUTRO	☐ OUTRO

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO UNIDADE DE DESTINO		ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO UNIDADE DE DESTINO	
☐ Assinatura	☐ Assinatura	☐ Assinatura	☐ Assinatura
☐ Carimbo	☐ Carimbo	☐ Carimbo	☐ Carimbo

TERMO DE RECUSA		TERMO DE RECUSA	
☐ Recusa	☐ Recusa	☐ Recusa	☐ Recusa
☐ Recusa	☐ Recusa	☐ Recusa	☐ Recusa

EQUIPE		EQUIPE	
☐ Equipe	☐ Equipe	☐ Equipe	☐ Equipe
☐ Equipe	☐ Equipe	☐ Equipe	☐ Equipe

Descrição: Dando continuidade a ocorrência relatada de ant. fono; pto. com o qual, o paciente, vítima de colisão motorista, apresenta possível fratura de tornozelo, lesões de pele, em andamento em atendimento no pronto-socorro. Encaminhado para o HOSP. Trauma Campina.

TERMO DE RECUSA		TERMO DE RECUSA	
☐ Recusa	☐ Recusa	☐ Recusa	☐ Recusa
☐ Recusa	☐ Recusa	☐ Recusa	☐ Recusa

EQUIPE		EQUIPE	
☐ Equipe	☐ Equipe	☐ Equipe	☐ Equipe
☐ Equipe	☐ Equipe	☐ Equipe	☐ Equipe

MINISTÉRIO DA SAÚDE		PÁTRIA AMADA BRASIL GOVERNO FEDERAL		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO  HOSPITAL REGIONAL PICUÍ - PB <i>"Felipe Tiago Gomes"</i>				2 - CNES 2757710	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE 3 - NOME DO PACIENTE Wladimir dos Santos				4 - Nº DO PRONTUÁRIO 92.682	
5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 706006328866-140		6 - DATA DE NASCIMENTO 02.05.73		7 - SEXO MASCULINO ☒ FEMININO ☐	
8 - NOME DA MÃE Wladimir dos Santos		9 - NOME DO RESPONSÁVEL Kelia dos Santos		10 - TELEFONE DE CONTATO DDD () Nº DO TEL	
11 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) Rua: Antônio Sales		12 - TELEFONE DE CONTATO DDD () Nº DO TEL		13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) Rua: Antônio Sales	
14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Mons. Alegre		15 - COD. IBGE MUNICÍPIO 25.90.12		16 - UF PB	
17 - CEP 58198-000		JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
18 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS Prontidão para internar					
19 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO Prontidão para internar					
20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) Exames realizados					
21 - DIAGNÓSTICO INICIAL Atu. Temp. 40		22 - CID 10 PRINCIPAL B5		23 - CID 10 SECUNDÁRIO 5930	
24 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS		PROCEDIMENTO SOLICITADO			
25 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO Atu. Temp. 40		26 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO 0408050497			
27 - CLÍNICA		28 - CARÁTER DA INFORMAÇÃO		29 - DOCUMENTO	
30 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PRINCIPAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		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 - CHAE DA EMPRESA		42 - CSOR	
43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO					
AUDITADO		AUTORIZAÇÃO		44 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
45 - COD. ÓRGÃO EMISSOR		46 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/07/2023 10:18:48

<https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23070410184740000000071209204>

Número do documento: 23070410184740000000071209204

HOSPITAL REGIONAL
"Felipe Rodrigues Gomes"
R. Francisco Pereira Gomes, 15 - Monte Santo
Cap: 58.187-000 - Picuí - Paraíba
Telefone: (83) 3371-2554/3371-2990
CNPJ: 06.905.174/0001-88

Nº AIH _____
Nº de Ordem 97.682
Nº de Reg. 001.389291
Nº Docum. _____

ARQUIVO MÉDICO

Nome: Ademir dos Santos
Responsável: Kecia dos Santos
Pai: Manoel Antunes dos Santos
Mãe: Rebeca dos Santos Idade: 46
Profissão: F. Publice Data Nascimento: 21/05/73 Nº 642
Endereço: R. Cipriano Sabino Cidade: N. Bonito UF: PB
Bairro: Centro Solteiro(a) ☐ Viúvo(a) ☐ Outros: ☐
Estado civil: Casado(a) ☒

PREENCHIMENTO MÉDICO

Diagnóstico definitivo: _____

Tratamento efetuado no hospital: _____

Exames realizados: _____

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

Arquivista

Médico Assistente





HRP - HOSPITAL REGIONAL DE PICU PRESCRIÇÃO E EVOLUÇÃO MÉDICA

HOSPITAL REGIONAL DE PICU - PB		ADMISÃO: 20.02.2020	ENF: 205	LEITO: 01					
DATA ATUAL: 20.02.2020		HORÁRIO		EVOLUÇÃO					
HD	MEDICAMENTO - POSOLOGIA - VIA DE ADMINISTRAÇÃO	1	2	3	4	5	6	7	8
1	200mg								
2	100mg								
3	S. Paracetamol								
4	Cefotaxima 1g + 0.6g								
5	Difman 1000g								
6	Acetaminofeno 325mg								
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									
21									
22									
23									
24									
Assinatura									

Handwritten notes in the evolution column:
Suaudi com
fictio
paracetamol
interch por
res - com

Handwritten signature: Felipe Torgo Gomes



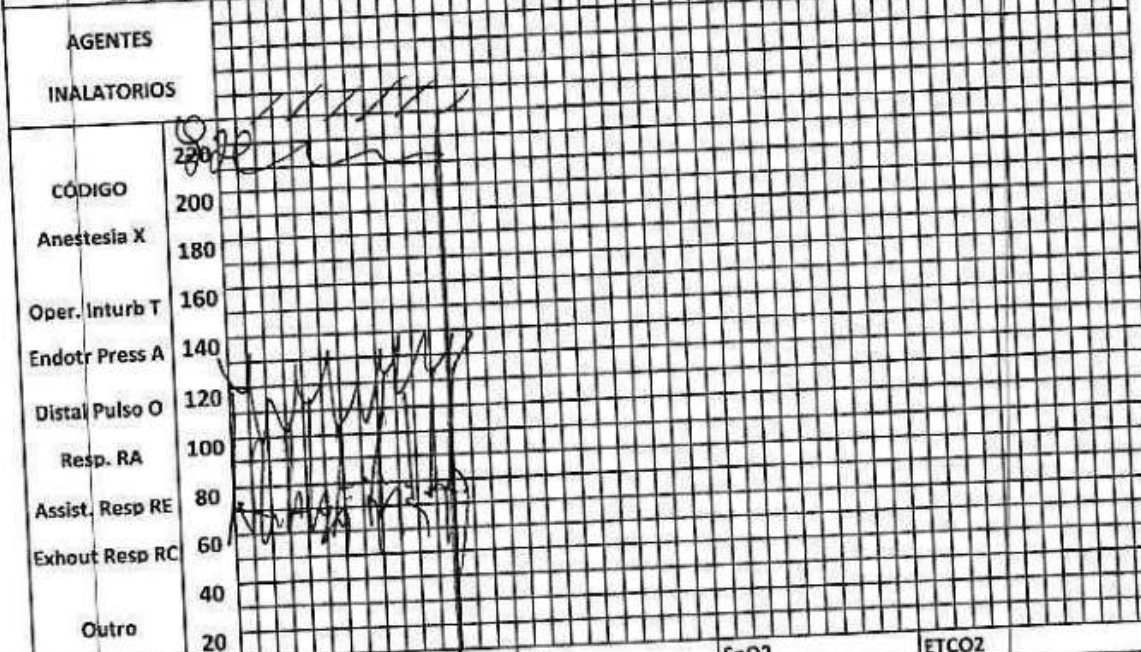
HRP - HOSPITAL REGIONAL DE PÍCU

PRESCRIÇÃO E EVOLUÇÃO MÉDICA

PACIENTE: Aldemir		ADMISSÃO: 20/05		LEITO: 01						
HD: 100		DATA ATUAL: 20/05								
MEDICAMENTO - POSOLOGIA - VIA DE ADMINISTRAÇÃO		HORÁRIO		EVOLUÇÃO						
EM		1	2	3	4	5	6	7	8	
1.	Amoxiclavina 1000 mg									Paciente com febre de 38,5°C, tosse, a retenção de urina com sintomas de infecção urinária. Prescrição de antibiótico e analgésico.
2.	S. Paracetamol 1000 mg									
3.	S. Paracetamol 1000 mg									
4.	S. Paracetamol 1000 mg									
5.	S. Paracetamol 1000 mg									
6.	S. Paracetamol 1000 mg									
7.	S. Paracetamol 1000 mg									
8.	S. Paracetamol 1000 mg									
9.	S. Paracetamol 1000 mg									
10.	S. Paracetamol 1000 mg									
11.	S. Paracetamol 1000 mg									
12.	S. Paracetamol 1000 mg									
13.	S. Paracetamol 1000 mg									
14.	S. Paracetamol 1000 mg									
15.	S. Paracetamol 1000 mg									
16.	S. Paracetamol 1000 mg									
17.	S. Paracetamol 1000 mg									
18.	S. Paracetamol 1000 mg									
19.	S. Paracetamol 1000 mg									
20.	S. Paracetamol 1000 mg									
21.	S. Paracetamol 1000 mg									
22.	S. Paracetamol 1000 mg									
23.	S. Paracetamol 1000 mg									
24.	S. Paracetamol 1000 mg									
Assinatura										

FICHA DE ANESTESIA

NOME	Aldeмир dos Santos	IDADE	46	SEXO	M
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO	Fratura de tornozelo	CATEGORIA	SUS	DATA	21-02-2020
OPERAÇÃO REALIZADA	Tratamento cirúrgico de fratura de tornozelo	GR. SANG.			
CIRURGIÃO	Dr. Railton	AUXILIAR		ANESTESISTA	Dr. Vieira



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
NEOARNA 0,5% 12ml	S. FOLIO 0,9%	2000
DIMORFON		
CEFTURAXIM 2g		
LEVOTIRAZOL 40		
DEXTROALBUTONA 100		
BUSCOPAN 10mg 100		
ONDANSETRON 80		
RANITIDINA 30		
ETODOLIN 40		

Alergias:	
-----------	--

Ass. do médico





GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE



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		LEITO: 01
DATA DA OPERAÇÃO: 21-02-2020	ENF.: 205	
OPERADOR: Dr. Raiten	1º AUXILIAR:	
ANESTESISTA: Dr. Vilma		
TIPO DE ANESTESIA: () GERAL (X) RAQUI () LOCAL () BLOQUEIO DE PLEXO () SEDACÃO () PERIDURAL () OUTRAS		
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: fratura torácica G		
TIPO DE OPERAÇÃO: Redução e fixação da fratura com fix		
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO:		
EXAME RADIOLÓGICO NO ATO:		
INTERCORRÊNCIAS DURANTE A OPERAÇÃO:		
DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO		
VIA DE ACESSO - FÁTICA E TÉCNICA - LIGADURAS - DRENAGEM - SUTURA - MATERIAL EMPREGADO - ASPECTO VÍSCERAS		
Cura de fratura Assepsia Redução da fratura Fixação com placas e parafusos Ligadura Drenagem Sutura Aspecto visceras		





GOVERNO
DA PARAÍBA

SEGUE
o trabalho



HOSPITAL REGIONAL DE PICUÍ
Felipe Tiago Gomes
R. Francisco Pereira Gomes, 15 - Monte Santo
Cep: 58.187-000 - Picuí - Paraíba
Telefone: (33)3371-2554/ 3371-2990
CNPJ: 03.615.174/0001-05

FICHA DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

OME: Aldemir dos Santos

IDADE 46:

XO: MAS. ☒ FEM. ☐

Data: 24 / 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 ☒ Corticoideterapia
Transf. Sanguínea ☐ Punção Abdominal ☐ Cateter Venoso ☐ Outros
Traqueostomia ☐ Punção Venosa ☐ Tubo Orotraqueal

QUIPE:

urgião Dr. Railton Anestesista Dr. Vieira Auxiliar

CONSIDERAÇÕES CIRÚRGICAS:

agnóstico: fratura de tornozelo

urgia realizada: Trat. cirúrgico de fratura de tornozelo

estesia: Raqui

TIPO DA CIRURGIA:

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

mo X na sala: Sim ☐ Não ☒

ANTIBIOTICOTERAPIA: ☒ Profilático ☐ Terapêutico

me: Ceftriaxona 1g Dose: 02g Duração: no ato cirúrgico

STERIOLOGIA:

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

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





GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE



HOSPITAL REGIONAL DE PICUÍ
Felipe Tiago Gomes

FICHA DE SALA - MEDICAÇÕES E INSUMOS UTILIZADOS DURANTE A CIRURGIA

Sala Nº 01

Paciente: Aldeir dos Santos

Enf.: 205 Leito: 01

Médico: Dr. Raiten

Anestesiista: Dr. Vieira

Tipo de Anestesia: () Raqui () Peridural () Local () Geral () Sedação

Início: _____ Término: _____

Cirurgia Realizada: Tratamento cirúrgico de fratura de tornozelo

Setor: () Cirurgia Geral () Obstetrícia (X) Ortopedia

CIRCULANTE: logomys

MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QT	MATERIAIS/INSUMOS	QT	FIOS DE SUTURA	QT
DIAZEPAM		AGULHA 13X4,5		ALGODÃO C/ AGULHA Nº	
DIMORF	01	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%	01	COMPRESSA (PCT C/ 5)	01	SOLUÇÕES	QT
NILPERIDOL		DEPÓSITO P/ ANATOMOPATOLÓGICO (P) (M) (G)		ÁGUA OXIGENADA	
PANCURON		DRENO HEMOVAC/SUÇÃO Nº		ÁLCOOL A 70%	01
PROPOFOL		DRENO PENROSE Nº		CLOREXIDINA	
QUELUCIN		ELETRODO		ÉTER	
SEVOFLURANO		EQUIPO P/ HEMOCONCENTRADO		FORMOL P/ ANATOMOPATOLÓGICO	
THIOPENTAL		EQUIPO MACROGOTAS		GEL CONDUTOR	
TRACUR		ESPARADRAPO SIMPLES	01	PVPI DEGERMANTE	
		ESPARADRAPO MICROPORE		PVPI IODADO	01
MEDICAÇÕES	QT	FIO DE KIRSCHNER Nº			
ÁGUA DESTILADA	01	GAZES ESTÉREIS	01	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	01	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	01	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	01	TALA GESSADA P/ JOELHO E PERNA	
EFEDRINA		SERINGA DESCARTÁVEL 1 ML		TALA TIPO BOTA P/ TORNZELO OU PÉ	
FENERGAN		SERINGA DESCARTÁVEL 3 ML	01	TIPÓIA SIMPLES P/ MMSS	
GLUCOSE 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	
TIDINA	01	AR COMPRIMIDO			
XICAM	01	OXIGÊNIO L/MIN	01	OUTROS:	QT



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/07/2023 10:18:48

<https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2307041018474000000071209204>

Número do documento: 2307041018474000000071209204



ESTADO DA PARAIBA - SECRETARIA DE SAÚDE		MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS	
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL			
SO DA UNIDADE: 2757719 CGC/CPF: 08.778.268.0001/60			
HOSPITAL REGIONAL DE PICUI			
RUA FRANCISCO PEREIRA GOMES, 15 - BAIRRO MONTE SANTO			
PICUI PARAIBA UF: 25			
CÍPIO: ALDEMIR DOS SANTOS			
Idade: 46 anos(mês(es) de idade) dia(as) de idade Sexo: M			
MARGARIDA DOS SANTOS			
Documento: 001389291 Nº: 642			
Função: FUNCIONÁRIO PÚBLICO			
Endereço: RUA EPIDIO SABRINO			
Cidade: CENTRO			
Município/CEP/IBGE: NOVA FLORESTA - PB - 58178000 - 251010			
Telefone para contato: (84) 8816-4390			
Data e Hora: 20/02/2020 13:32:17 SSVV			
PA: ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)			
SO: [Assinatura]			
DIAGNÓSTICO: [Assinatura]			
CID-10:			
PROCEDIMENTO - descrição: [Assinatura]			
ENCAMINHAMENTO:			
MEDICAÇÃO:			
1. PRESCRITA		OBSERVAÇÃO	
2. APLICADA		RESIDÊNCIA	
		OUTRO HOSPITAL	
		OUTROS	
		INTERNAÇÃO	
		OUTROS	
SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO:			
1- [Assinatura]			
2- [Assinatura]			
3- [Assinatura]			
ASS. DO(S) PROFISSIONAL(ES) ASSISTENTE(S): CARIMBO(S)			
CNS		CRM	
CBO		OU POLEGAR DIREITO	
ASS. DO PACIENTE/ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL			
ASS. DO REVISOR TÉCNICO		ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO	
[Assinatura]		[Assinatura]	
RECEPCIONISTA: HRP			
[Assinatura]			
RESULTADOS			
[Assinatura]			
EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)			
[Assinatura]			
Atestado conforme original			
Hospital Regional de Picui			
Picui, 20/02/2020			
Arquivo Médico			
[Assinatura]			
Cadastrado: 895242			



HOSPITAL REGIONAL DE PICUI
PAC: Alceniê dos Santos
RX: TN7
MUN: N. Floresta
DATA: 21/08/20







HOSPITAL REGIONAL DE
PAC: *Adriana de*
RX: *Adriana de*
MUN: *Adriana de*
DATA: 20/10/2020





03/02/2020



SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

HTCG-Painel Administrativo

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: ALDEIR 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

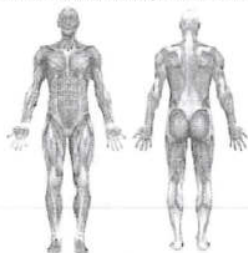
Responsável: EDSON CPF: 98168622472 Profissão: AGRICULTOR

Estado Civil: Casado(a) Data de: 03/02/2020 CNS: 706006378866140
Motivo: ACIDENTE DE MOTO MOTO X MOTO Atend: 09:33:02 CONVÊNIO: SUS

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

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



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

OBS:

QUEIMADURA:

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

DIGNOSTICO / CID:

Trauma

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Assinatura do médico: *[Assinatura]*
8611

Dr. Gustavo de Almeida
Cirurgia Digestiva
CRM 635-PB

EXAME PRIMÁRIO - EXAMES CLÍNICOS

Exame físico de paciente vítima de acidente de trânsito com uso de cinto de segurança. Sem perda de consciência ou vômitos. Reflexos profundos em abdome, bato e tornozelo E.
As vias aéreas permeáveis, sem desconforto, com respiração espontânea e sem sangramento ativo, com CG 15, pressão 110 e frequência 12.

ALERGIA:

Nega

MEDICAMENTOS:

Nega

PATOLOGIAS:

Nega

EXAME FÍSICO

PUPILAS (X) Fotoreagentes (X) Isocóricas () Anisocóricas ()

Glasgow 15 PA HGT: SatO2

Abdo: flaco, macio, depressivo, indolor e plenas superfcies e profundos

PE: 110 em DIA, sem RA

EXAMES SOLICITADOS:

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

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: *[Assinatura]* às : Dia / /

Especialista: / às : Dia / /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	<i>[Assinatura]</i>	
2		
3		
4		
5		
6		

https://pje/impreclassi.php?contar=2098123&dataatend=2020-02-03&horaatend=09:41:24

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/07/2023 10:18:48

https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23070410184740000000071209204

Número do documento: 23070410184740000000071209204

Num. 75588182 - Pág. 41

HTCG-Painel Administrativo

On 10.15.24
Vocante representative
Fut. 20 TONNOLO ②
CONSTR: ① INTERNATIONAL HALL. 12.15.

2025-01-10 10:10:10
CRM 207 7103

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

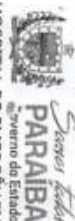
Edilson dos Santos
Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

[illegible]

2/3



03/02/2020



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mel. 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 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 () INAPETÊNCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
() ANAFILAXIA () FLEBITE () INAPETÊNCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
() EPIGASTRALGIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA () SIBILOS () TOSSE



ESCALA DE DOR:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO :
VERMELHO

HTCG-Painel Administrativo

CONTROLE DOS SINAIS : IAS:

HORA	PA	TEMP	FC	FR	DIURESE	ASSINATURA ENFERMEIRO/COREN	DO

OBS: SAMU CUIE
ENFERMEIRO/COREN
acolhimento

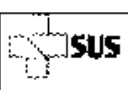
Suelio Moreira Torres
COREN-PB 805.49-ENF



Assinado eletronicamente por:
SUELIO MOREIRA TORRES

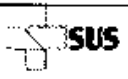
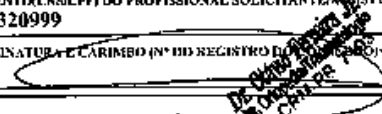
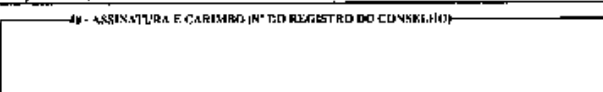


Data da internação: 03/02/2020 Hora: 10:22:22

 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 Male ☒ Female ☐		10 - TELEFONE DE CONTATO CID: 83 Nº DE TELEFONE: 988121624	
11 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL MARGARIDA DOS SANTOS			
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) SITIO MATO GROSSO , 0 , ZONA RURAL			
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Picuí		14 - CÓDIGO DO MUNICÍPIO 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 DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 980016285320999
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE OTAVIO FERREIRA JUNIOR		31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 03/02/2020	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
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	39 - CNPJ EMPRESA		40 - CNAE DA EMPRESA
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	41 - CIDR		
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURO			
AUTORIZAÇÃO			
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - COD. ORGÃO EMISSOR	
45 - DOCUMENTO () CNS () CPF		46 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO / /		48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
		49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	



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				2 - CNES	
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES				2362856	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE				4 - CNES	
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES				2362856	
Identificação do Paciente:					
5 - NOME DO PACIENTE				6 - Nº DO PRONTUÁRIO	
ALDEMIR DOS SANTOS				2098186	
7 - CARTÃO DO SUS		8 - DATA DE NASCIMENTO		9 - SEXO	
706006378866140		21/05/1973		Masc ☒ Fem ☐	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL				11 - TELEFONE DE CONTATO	
MARGARIDA DOS SANTOS				83 988121624	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)					
SITIO MATO GROSSO , 0 , ZONA RURAL					
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA			14 - CIDADE	15 - UF	16 - CEP
Pícuí			251140	PB	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		21 - CID 10 PRINCIPAL	22 - CID 10 SECUNDÁRIO	23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
FRATURA DE TORNOZELO E					
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		
	02		980016285320999		
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		31 - DATA DA SOLICITAÇÃO	32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)		
OTAVIO FERREIRA JUNIOR		03/02/2020			
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)					
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	36 - CNH DA REGISTRADORA		37 - Nº DO BILHETE	38 - SÉRIE	
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO					
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	39 - CNPJ EMPRESA		40 - CNAE DA EMPRESA	41 - CBOE	
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA					
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURO					
AUTORIZAÇÃO					
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			44 - COD. ORGÃO EMISSOR		
45 - DOCUMENTO () CNS () CPF		46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)				
/ /					
49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR					







**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 Kécia dos Santos Ferreira
pessoa responsável pelo doente Ademir 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 Kécia 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: _____



05/02/2020

10.1.1.148/projetohtcg/impripevo.php?datasai=2020-02-05&contar=2098186&IDC=87000

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 05/02/2020

Horas: 09:18:14

Médico (a) Diarista : Schubert Luigi Costa Rodrigues



Somos todos
PARAIBA
Governo do Estado

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 TRAUMATOLOGIA
CIRURGIÃO DA COLUNA
CRM/PB 5523

ASSINATURA + CARIMBO
Schubert Luigi Costa Rodrigues



04/02/2020

10.1.1.148/projetohtcg/imprimevo.php?datasai=2020-02-04&contar=2098186&IDC=86661



Semear 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 2x 3x
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	3x 2x 3x
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	3x 2x 3x
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	5x 2x 5x
7	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 14h)	5x 2x 5x
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



04
02
020

PA: 110
70

P. 75 17/01/0

[Handwritten signature]



03/02/2020

10.1.1.148/projetohtcg/imprimevo.php?datasai=2020-02-03&contar=2098186&IDC=86395



Sejam todos
PARAIBA
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

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

DIA 03/02/2020

MÉDICO(A): Otavio Ferreira Junior /

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 06
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	12 00 06
5	RANITIDINA CLORIDRATO 150 MG V.O, 1COMP, 12h/12h	12 00 F 06
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

Dr. Otavio Ferreira Junior
CRM/PB 1103





ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIS
GONZAGA FERNANDES
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

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

HEMOGRAMA

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

Resultados

Valores de Referência

SÉRIE VERMELHA

Eritrócitos.....	4.42 milhões/mm ³	4.2 a 5.6 milhões/mm ³
Hemoglobina.....	13,2 g/dL	13.5 a 16.0 g/dL
Hematócrito.....	40,0 %	40.0 a 50.5 %
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	27.0 a 34.0 g/dL

SÉRIE BRANCA

Leucócitos.....	9.100 /mm ³	5.000 a 10.000 /mm ³
	(%)	(/mm ³)
Neutrófilos.....	0	0
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
Linfócitos.....	20,0	1.820
Típicos.....	0	0
Atípicos ou Reativos.....	0	0
Monócitos.....	3,0	273
CONTAGEM DE PLAQUETAS.....	249.000 mm ³	150.000 a 400.000 /mm ³

OBSERVAÇÕES..... Contagens revisadas e confirmadas.

Exatidão: SANGUE TOTAL

Método: RESISTIVIDADE - IMPEDÂNCIA - MICROSCÓPIA

Carlos Felipe Souza de Almeida

Carlos Felipe Souza de Almeida
Biotécnico
CRM 5400

Este Laudo foi assinado digitalmente sob o número: 1031-1040-0556-0500-0762-9400-9030-8106





ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIS
GONZAGA FERNANDES
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

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:	Leito - 08

TEMPO DE SANGRAMENTO 2'00''

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

Valores de Referência:
DE 1 A 15 MINUTOS

Materiais: Sangue

Método: Tuba

TEMPO DE COAGULACAO 8'35''

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

Valores de Referência:
DE 1 A 15 MINUTOS

Materiais: Sangue

Método: Lee-White

Crédito Felipe Santos de Almeida Brito
Assinatura
CRM 5409

Este laudo foi assinado digitalmente com o número: 2111-0740-3D0E-0DA7-B0C6-ABC6-2803-9193





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de Emergência e Trauma de Campina Grande Dom Luiz Gonzaga Fernandes

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
() Dispneia de esforço () Grande () Pequena
() Palpitações () Média () Ortopnéia
() Dor Precordial () Tosse Seca () Expectoração
Relacionada () Esforço () Típica () Atípica
() 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: desconhece () Tabagismo
() Etilismo () Sedentarismo
() Dislipidemia (☒) Cirúrgico Hemorrafia () Outros

Medicamentos em uso (☒) Não () Sim _____

4 - EXAME FÍSICO:

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

Ap. Cardiovascular - Comentários: RCE em ET Brf 5/5

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

Ap. Respiratório - Comentários: MVE 5/10

Abdômen - Comentários: MVC

Membros inferiores - Comentários: Medula

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.: _____

Ass. do Médico

MOD. 043







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









REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL			
MINISTÉRIO DAS CIDADES			
DETRAN - RN		Nº 8121661240	
58001232/2009		76651989486	
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO			
VIA	CCC ALIQUOTA	ENTRADA	
1	787625941	*****	
NOME ENDEREÇO			
JOSE ADAILSON DOS SANTOS			
R JOSE DA SILVA, 304			
CENTRO			
59.225-000 JACANA/RN			
CFC/CMF		PLACA	
023.845.004-06		MYJB508	
NOME ANTERIOR			
JOSE NILTON RAMOS SOUZA			
PLACA ANTERIOR		CLASS	
MYJB508/RN		9C2JC30193R003715	
ESP/CT/TP			
PASSAGEIRO/MOTOCICLETA/NAO APLICAVEL GASOLINA			
MARCA/VEICULO		ANO/FAB - ANO/REG	
HONDA/CG 125 TITAN ES		2002 - 2002	
CAP/PO/VAL		CATEGORIA	
OCV/124 CILINDRABAS		PARTICULAR	
		COR PREDOMINANTE	
		VERMELHA	
OBSERVAÇÕES			
MOTOR: JC30E13003715			
LOCAL			
JACANA/RN			
DATA			
09/07/2009			



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

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

1	757425841	8888888888	2009
---	-----------	------------	------

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

023.845.004-06 **MYJ8508**

MYJ8508/RN **902JC08103R003715**

PASSAGEIRO/MOTOCICLETA/NÃO APLICÁVEL BASE LINA

HONDA/CD 125 TITAN K9 **2002** **2003**

007 124 CILINDRADAS **PARTICULAR** **VERMELHA**

1	R4	0	12/05/2009	PAGO
2	PASSAPAS			PAGO
3	2805 3X	RS	XXXXXX	PAGO

SEGUNDO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
DETRAN - RN Nº **8121661240** **SILHETE DE SEGURO DPVAT**

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

023.845.004-06 **MYJ8508**

JACANA/RN **09/07/2009**

SEGUNDO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
DETRAN - RN Nº **8121661240** **SILHETE DE SEGURO DPVAT**

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

023.845.004-06 **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: 00009483897



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

DESCRIÇÃO

CCI	Descrição	Quant	Tarifa c/ Tributos	Valor Base Calc Total (R\$)	Alíq ICMS (R\$)	ICMS Base Calc (R\$)	PIS(R\$)Cofins(R\$) 1,0845% 4,9955%		
0901	Consumo em kWh	75	0,791350	59,35	59,35	25	14,83	59,35	0,84 2,96
	LANÇAMENTOS E SERVIÇOS								
0907	CONTRIBUIÇÃO PÚBLICA			5,99	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0904	JUROS DE MORA 07/2020			0,13	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0905	MULTA 07/2020			1,15	0,00	0	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.a053.a99f.6383.

HISTÓRICO DE CONSUMO (kWh)

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

30/11/20 65





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DO - VARA MISTA DA COMARCA DE CUITE/PB

Processo: 08004484520238150161

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, previamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada por seus advogados que esta subscrevem, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **ALDEMIR DOS SANTOS**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem respeitosamente, à presença de V. Exa., requerer que seja determinada a juntada do incluso processo administrativo pertinente ao processo em comento.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

CUITE, 30 de junho de 2023.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
OAB/PB 15477



Rua do Passeio, 38, Torre 2, 15º andar - Sala 1509/1512 – Centro - RJ – Rio de Janeiro - CEP:20021-290
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/07/2023 10:18:49
<https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23070410184865600000071209206>
Número do documento: 23070410184865600000071209206

Num. 75588184 - Pág. 2