

Rio de Janeiro, 15 de Agosto de 2017

Carta nº: 11486621

A/C: PEDRO NETO SOUSA DOS SANTOS

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170439899 ASL-0305228/17
Vítima: PEDRO NETO SOUSA DOS SANTOS
Data Acidente: 25/07/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: EMMANOELA SATURMINA PEREIRA VASCONCELOS DE S ARAUJO

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

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

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

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

ATENÇÃO:

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

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à COMPREV SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 21 de Agosto de 2017

Carta nº: 11516346

A/C: PEDRO NETO SOUSA DOS SANTOS

Sinistro: 3170439899 ASL-0305228/17
Vítima: PEDRO NETO SOUSA DOS SANTOS
Data Acidente: 25/07/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: EMMANOELA SATURMINA PEREIRA VASCONCELOS DE S ARAUJO

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

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

ATENÇÃO:

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 05 de Setembro de 2017

Carta nº: 11601509

A/C: PEDRO NETO SOUSA DOS SANTOS

Sinistro: 3170439899 ASL-0305228/17
Vítima: PEDRO NETO SOUSA DOS SANTOS
Data Acidente: 25/07/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: EMMANOELA SATURMINA PEREIRA VASCONCELOS DE S ARAUJO

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: **PEDRO NETO SOUSA DOS SANTOS**

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

Banco: **104**

Agência: **000000043**

Conta: **00000164036-0**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	3.375,00

Dano Pessoal: Lesões neurológicas que cursem com comprometimento de função vital ou autônoma 100%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 100%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 =	R\$	3.375,00
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 16 de Novembro de 2017

Carta nº: 11964156

A/C: PEDRO NETO SOUSA DOS SANTOS

Sinistro: 3170439899 ASL-0305228/17
Vítima: PEDRO NETO SOUSA DOS SANTOS
Data Acidente: 25/07/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: EMMANOELA SATURMINA PEREIRA VASCONCELOS DE S ARAUJO

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

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

ATENÇÃO:

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 07 de Dezembro de 2017

Carta nº: 12068071

A/C: PEDRO NETO SOUSA DOS SANTOS

Nº Sinistro: 3170439899
Vítima: PEDRO NETO SOUSA DOS SANTOS
Data do Acidente: 25/07/2015
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: EMMANOELA SATURMINA PEREIRA VASCONCELOS DE S ARAUJO

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: PEDRO NETO SOUSA DOS SANTOS

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 104

Agência: 000000043

Conta: 00000164036-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	3.375,00

Dano Pessoal: Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante 100%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 100%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 =	R\$	3.375,00
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU, Pedro Neto Sousa dos Santos

PORTADOR(A) DO RG Nº 4.084.729 EXPEDIDO POR SSDS - PB EM 13/09/2012 E

CPF 015815754-16 /CNPJ _____ PROFISSÃO Agricultor

E RENDA MENSAL DE R\$ Ricordo (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Pedro Neto Sousa dos Santos. AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro constitui cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização; informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

DOCUMENTO 1 *T1%*

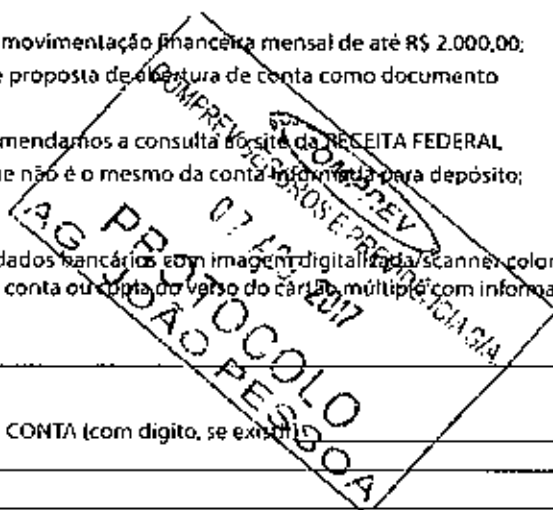


5 a
al.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício - nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial - nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta no site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou conta do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.



PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0043 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 00164036-0

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

Santa Terezinha PB 31 de Julho de 2017 - Pedro Neto Sousa dos Santos
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

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



Rua Bossuet Wanderley, 257, Centro, Patos/PB, CEP: 58700-410 - Tel.: (83) 3423-2553

CERTIDÃO - ADITAMENTO

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada que se encontra registrada nesta Delegacia, a Ocorrência nº 3310/2017, cujo teor passo a transcrever na íntegra: Aos **VINTE E OITO (28)** dias do mês de **JULHO** do ano **DOIS MIL E DEZESSETE (2017)**, nesta cidade de Patos/PB, no Cartório desta Delegacia do Plantão Centralizado, sob a responsabilidade da Autoridade Policial, Bel.(ª) **DANIELA ROSA QUIRINO DE SÁ PIRES**, Delegada (o) de Polícia Civil, comigo Escrivão de seu cargo, ao final assinado, compareceu: **PEDRO NETO SOUSA DOS SANTOS**, brasileira(o), RG: 4094729 SSDS/PB, CPF 115.815.754-16, data de nasc. 22/09/1995, natural de Santa Teresinha/PB, Filho(a) de Paulo Roberto Oliveira dos Santos e de Antonia Sousa dos Santos, Residente no Sítio Urtiga de Baixo, zona rural de Santa Teresinha/PB, Tel: (83)9.8102.2485, a fim de notificar o seguinte:

Que, na data 25/07/2015, por volta das 23h:30min, conduzia a motocicleta de marca/modelo HONDA/CG 125 FAN KS, placa QFF-9477/PB, Renavam 0126502271-0, chassi 9C2JC4110ER408191, Licenciada em nome de Paulo Antonio Sousa dos Santos, quando próximo ao Sítio Urtiga, zona rural de Santa Teresinha/PB, em uma curva, perdeu o controle da moto e caiu; Que foi socorrido e elevado para o Hospital Regional Dep. Janduhy Carneiro, nesta cidade de Patos/PB, pela equipe do SAMU, chegando as 00:44:48 horas, do dia 26/07/2015, tendo que ser removido no mesmo dia para o Hospital de Traumas, localizado na cidade de Campina Grande/PB, onde foi submetido a uma cirurgia na cabeça.

Nada mais havendo a constar, encerro a presente certidão que, lida e achada conforme, vai a verdade. Dou fé.

TERMO DE RESPONSABILIDADE: Declaro assumir inteira responsabilidade civil e criminal referente ao Registro da Ocorrência supra, que deu origem a presente Certidão. Artigo 299, do C.P.B. - Falsidade Ideológica - Pena: Reclusão de 1 (um) a 5 (cinco) anos.

Notificante:

Pedro Neto Sousa dos Santos

Patos/PB, 28 de Julho de 2017.

(Assinatura do Policial responsável pelo registro)

ANA Mª DA C. LEANDRO

Mat. 138.428-7

DOCUMENTO 1 "T19"



Autentico a presente cópia, reprodução fiel do original que se foi apresentado. O Testemunho da Verdade
Patos-PB 31/07/2017 11:13:02
Escrivão: *[Assinatura]*
RG: 4094729 SSDS/PB, CPF: 115.815.754-16
Selo Digital: 4012077-0100
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
3ª SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL
15ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL - 54ª DDPC
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE MÃE D'ÁGUA-PB

CERTIDÃO

CERTIFICO, em razão de requerimento verbal da pessoa interessada, que revendo o Livro de Ocorrências nº. 001/2016 constatei a Ocorrência Policial nº **003/2016** cujo teor passo a transcrever na íntegra: Aos 12 dias do mês de fevereiro do ano de dois mil e dezesseis nesta cidade de Teixeira-PB, Sede da Comarca, na Delegacia de Polícia, sob a responsabilidade do Bel. **CLENALDO QUEIROZ DE MEDEIROS**, Delegado de Polícia Signatário, comigo escrivão de polícia civil, ao final assinado a ai por volta das 10h40min compareceu **PEDRO NETO SOUSA DOS SANTOS**, brasileiro, solteiro, nascido aos 22/09/1995, natural de Santa Terezinha-PB, filho de Paulo Roberto Oliveira dos Santos e de Antonia Sousa dos Santos, residente no Sítio Urtiga – zona rural – Santa Terezinha/PB, **para registrar a seguinte ocorrência: QUE o noticiante afirma que na data de 25/07/2015, conduzia a motocicleta Honda CG 125 Fan KS, ano de fabricação e modelo 2014, cor preta, placa QFF9477/PB, chassi 9C2JC4110ER408191, licenciada em nome de Paulo Antonio Sousa dos Santos, em uma estrada de terra, quando já próximo a sua residência perdeu o controle da motocicleta e caiu, tendo perdido os sentidos e só os recobrado dias depois, quando percebeu que estava internado no Hospital de Trauma da cidade de Campina Grande/PB. E nada mais foi registrado. TERMO DE RESPONSABILIDADE: DECLARO ASSUMIR INTEIRA RESPONSABILIDADE CIVIL E CRIMINAL, referente ao Registro da Ocorrência supra, que deu origem a presente Certidão (Artigo 299, do C.P.B. – Falsidade Ideológica – Pena: Reclusão de 1 a 5 (cinco) anos).**

Mãe D'Água-PB, 12 de fevereiro de 2016.

NOTICIANTE:

Pedro Neto Sousa dos Santos

Janduilma Guedes de F. Rodrigues
Janduilma Guedes de F. Rodrigues

Escrivã Ad-hoc

Mat. 139.419-3

Autentico a presente cópia, reprodução fiel do original que se me apresentou. Em testemunho da verdade.
Patos-PB 31/07/2017 11:13:02
Arlene R. Xavier Dantas - Tabelião Substituta
[2017-016241] EML:R\$ 2,31 FAPEN:R\$ 0,27 FEPJ:R\$ 0,46 ISS:R\$ 0,12
SELO DIGITAL: AFD12076-7FF1
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Pedro Neto Sousa dos Santos, portador da carteira de identidade nº 4.094.429 e inscrito no CPF/MF sob o nº 115.815.754-16, residente e domiciliado na Sítio Urutiga de Baixo, s/n - Área Rural, Cidade Santa Terezinha, Estado Paraíba, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

DOCUMENTO 3 *73%

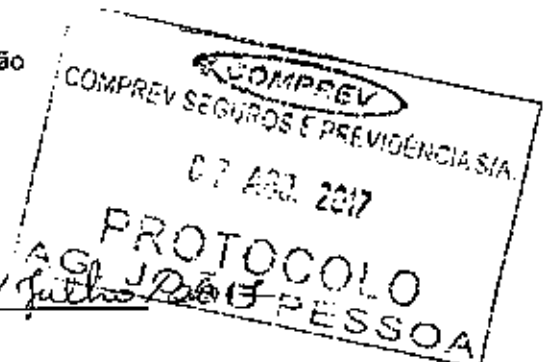


Pedro Neto Sousa dos Santos

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Santa Terezinha - PB; 31/Julho 2017

Local e data





PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA TEREZINHA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192

FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO VTR:



IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA

DATA: 25.01.2015	OCORRÊNCIA Nº: 109	PACIENTE / USUÁRIO: Pedro Neto S. dos Santos	IDADE: 19	SEXO: ☒ MASC. ☐ FEM.
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Sítio: Imitiga		BAIRRO:	MÉDICO REGULADOR: Dr. Guilherme	
APOIO NO LOCAL: ☐ PM ☐ RESGATE/BOMBEIROS ☐ RESGATE PRP ☐ CPTRAN ☐ SITRANS ☐ OUTRO:				
CITA: ☐ SORRIDO POR TERCEIROS ☐ RECUSOU ATENDIMENTO ☐ SOCORRIDO PELO BOMBEIRO ☐ LOCAL NÃO ENCONTRADO ☐ OUTRO:				

TIPO DE AGRAVO

☒ ACIDENTE DE TRÂNSITO	☐ PEDIÁTRICO
☐ AGRESSÃO	☐ PSIQUIÁTRICO
☐ CLÍNICO	☐ QUASE AFOGAMENTO/AFOGAMENTO
☐ DESABAMENTO/OS TERRAMENTO	☐ Queda: _____ METROS
☐ ELETROCUSSÃO	☐ QUEIMADURAS
☐ F.A.B.	☐ OUTROS
☐ F.A.F. (P.A.F.)	
☐ GINECO-OBSTÉTRICO	
☐ LESÕES TÉRMICAS	

ANTECEDENTES

☐ AIDS	☐ DOENÇA MENTAL
☒ ALCOOLISMO	☐ DOENÇA RENAL
☒ AVC	☐ DROGA
☐ CIRURGIAS REALIZADAS	☐ HIPERTENSÃO ARTERIAL
☐ CONVULSÕES	☐ INTERVENÇÕES ANTERIORES
☐ DIABETES	☐ MEDICAMENTOS
☐ DOENÇA CARDÍACA	☐ PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS
☐ DOENÇA INFECTO-CONTAGIOSA	☐ OUTROS:

DESTINO DO PACIENTE:

SERVIÇO MÉDICO: HRP RESPONSÁVEL: [assinatura] FUNÇÃO: Coordenador

MOTIVO DE TRANSPORTE:

☐ APOIO DIAGNÓSTICO ☐ SERVIÇO DE MAIOR COMPLEXIDADE ☐ TRANSFERÊNCIA SIMPLES

☐ OUTRO: _____

TRANSPORTE SECUNDÁRIO - DESTINO

LOCAL: _____ RESPONSÁVEL: _____ FUNÇÃO: _____

EXAME CLÍNICO (PRINCIPAIS SINTOMAS / QUEIXAS): na queda de moto.

DOCUMENTO 2 "T2"



DADOS VITAIS

VVAA: ☒ LIVRE ☐ OBTURADA / RESPIRAÇÃO: ☐ >30lpm ☒ <30lpm / PULSO RADIAL: ☒ Presente ☐ Ausente / PAS: ☐ >90mm Hg ☒ <90mm Hg

PA: 120 x 80 FC: 90 TEMP: _____ °C GLICEMIA: 119 mg/dl - E. Com a: SpO2=92

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:

☐ Ansiedade ☐ Capacidade Adaptativa Intracraniana Diminuída ☒ Comunicação Verbal Prejudicada ☐ Confusão Aguda ☐ Dor Aguda ☐ Hipertermia ☐ Hipotermia ☐ Integridade da Pele Prejudicada

☐ Cardíaca Diminuída ☐ Desobstrução Ineficaz das VVAA ☐ Disreflexia Autônoma ☐ Dor Aguda ☐ Hipertermia ☐ Hipotermia ☐ Integridade da Pele Prejudicada

☐ Integridade Tissular Prejudicada ☐ Medo ☐ Intolerância à Atividade ☐ Mucosa Oral Prejudicada ☐ Padrão Respiratório Ineficaz ☐ Perda de Líquidos ☐ Perda de Líquidos

☐ Cerebral Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Cardiopulmonar Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Gastrointestinal Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Renal Ineficaz ☐ Perda de Líquidos ☐ Perda de Líquidos

☐ Ineficaz ☐ Troca de Gases Prejudicada ☐ Ventilação Espontânea Prejudicada ☐ Volume de Líquidos Deficientes ☐ Volume Excessivo de Líquidos ☐ Náusea

☐ Retenção Urinária ☐ Percepção Sensorial Perturbada ☐ Interação Social Prejudicada ☐ Incontinência Intestinal ☐ Eliminação Urinária Prejudicada ☐ Constipação

☐ Outros

INTERVENÇÕES

SSUV + transporte ao HRP.

limpeza de ferimentos.

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO:

Paciente com trauma, 19 anos, admitido, vítima de queda de moto, apresenta trauma no membro superior direito, internado na UTI, aguardando transporte ao HRP.

MATERIAL UTILIZADO (ENFERMAGEM)

02 67
03 9044

E.C.G.:

☐ NORMAL ☐ ALTERADO ☐ NÃO REALIZADO

EXAME NEUROLÓGICO

☐ AGITAÇÃO ☐ SONOLÊNCIA ☐ COMA ☐ CONVULSÃO ☐ OTORRAGIA ☐ RIGIDEZ ☐ MIDRIASE

EXAME GINECO-OBSTÉTRICO

☐ ABORTAMENTO ☐ HEMORRAGIA VAGINAL ☐ NORMAL _____ SEMANAS ☐ TRABALHO DE PARTO

☐ OUTROS: _____

DIAGNÓSTICOS E PROCEDIMENTOS

DIAGNÓSTICOS

0

PROCEDIMENTOS

☐ DESOBSTRUÇÃO VIAS AÉREAS ☐ INTUBAÇÃO NASO/OTOTRAQUEAL ☐ CÂNULA OROFARÍNGEA ☐ CRICOTIREIDOSTOMIA
☐ VENTILAÇÃO MECÂNICA (MANUAL - "AMBU") ☐ RESPIRADOR ☐ INALAÇÃO DE OXIGÊNIO (O2) ☐ DRENAGEM TORÁCICA
☐ MASSAGEM CARDÍACA EXTERNA ☐ DESFIBRILAÇÃO/CARDIOVERSÃO ☐ CONTROLE DE HEMORRAGIA ☐ CURATIVO
☐ PUNÇÃO VENOSA ☐ Sonda GÁSTRICA ☐ Sonda VESICAL ☐ SEDAÇÃO ☐ IMOBILIZAÇÃO DE MEMBROS ☐ COLAR CERVICAL
☐ TAIAS/TRAÇÃO ☐ OTOTRAQUEAL ☐ OUTROS: _____

TERAPÊUTICA / MEDICAMENTOS (PRESCRIÇÃO DIRETA OU POR TELEMEDICINA)

EVOLUÇÃO CLÍNICA / INTERCORRÊNCIAS (MÉDICOS)

ENCAMINHAMENTO

☐ LIBERADO APÓS ATENDIMENTO ☐ RECUSA O ATENDIMENTO ☐ ÓBITO NO LOCAL ☐ ÓBITO DURANTE O ATENDIMENTO
☐ ÓBITO DURANTE O TRANSPORTE

POSIÇÃO DE TRANSPORTE

☐ DECÚBITO DORSAL ☐ DECÚBITO LATERAL ☐ DECÚBITO VENTRAL ☐ SENTADO ☐ ELEVÇÃO DE CABECEIRA (CABEÇA)

RECUSA

NOME: _____ R.G.: _____

ASSINATURA: _____

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE

MÉDICO: _____ CRM: _____ MAT.: _____

ENFERMEIRO(A): Samara _____ COREN: 239 _____ MAT.: _____

AUX./TÉCNICO DE ENFERM.: _____ COREN: Samara Wanderley Alves Xavier _____ MAT.: _____
COREN-PB 239.923

CONDUTOR: Claudia _____ MAT.: _____

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 30/11/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: PEDRO NETO SOUSA DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00043

CONTA: 000000164036-0

Nr. da Autenticação CB98DF93AD9F1721

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 30/08/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: PEDRO NETO SOUSA DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00043

CONTA: 000000164036-0

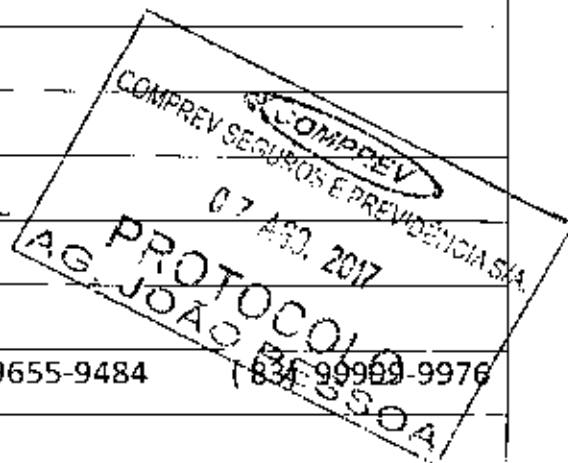
Nr. da Autenticação C6DCC0E8D812495F



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Pedro Nito Sousa dos SantosRG nº 4094729, data de expedição 13 / 09 / 2012, Órgão SSDS-PBCPF nº 115.815.754-16, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Sítio Urtiga de Baixo</u>		
Número	<u>S/N</u>		
Apto / Complemento	<u>Casa</u>		
Bairro	<u>Área Rural</u>		
Cidade	<u>Santa Terezinha</u>		
Estado	<u>Paraíba</u>		
CEP	<u>58720000</u>		
Telefone de Contato	<u>(83) 3421-8003</u>	<u>(83) 99655-9484</u>	<u>(83) 99989-9976</u>
E-mail	<u>emmanoela@hotmail.com.br</u>		



Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Santa Terezinha-PB; 31 / Julho / 2017

Assinatura do Declarante:

- Pedro Nito Sousa dos Santos

ANTONIA SOUSA DOS SANTO
SIT. URTIGA DE BACÓ, S/N, ÁREA RURAL
SANTA TEREZINHA / PB CEP. 58720000 (AG 118)

energisa

Categoria: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO 91230.KV-25
Ramo: 5.123-593-1783
Vendedor: 02000889770

ENERGISA PARCELAS E PREVIDÊNCIA DE ENERGIA S/A
25 - Centro Administrativo - João Pessoa / PB - CEP 58011-880
CNPJ 08.035.183/0001-40 - Ins. Est. 15.015.822-0

Nota Fiscal / Corte de Energia Elétrica Nº001 145.962
Código para DÍKto Automático 808000037 1887

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196

Site: www.energisa.com.br

Conta referente a

UC (Unidade Consumidora) 5/8374007

Mai / 2017

Canal de contato

Apresentação

24/05/2017

Data prevista da próxima leitura

26/06/2017

CPF / CNPJ / RANI

138002429

Faturas em atraso

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	
25/04/17	8538	24/05/17	8575	

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo em kWh	72	0,42215	30,39
Adc. B. Vermeto			2,18
ICMS			11,65
PIB			0,51
COFINS			2,58
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS			
CONTRIBUIÇÃO LUM. PÚBLICA			9,57
JUROS DE MOROSIDADE			0,38
MULTA 04/2017			1,17

Histórico de Consumo (kWh)

Abr/17	90
Mai/17	87
Jun/17	80
Jul/17	111
Out/16	98
Nov/16	78
Out/16	94
Set/16	83
Ago/16	75
Jul/16	78
Jun/16	77
Maio/16	74

Venda dos últimos meses

RS

	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR R\$
ICMS	47,80	25,00	11,95
PIB	47,80	1,0757	0,51
COFINS	47,80	5,3443	2,58

VENCIMENTO 31/05/2017

TOTAL A PAGAR R\$ 58,58

555c.df4c.6f98.fb52.6620.12e5.38bc.b891.

Indicadores de Qualidade 31/2017 - Janel

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discontinuidade	Valor (R\$)	%
DIO MENSAL	11,16	0,00	Normal	11,87	73,28
DIO TRIMESTRAL	22,82			6,02	21,35
DIO ANUAL	44,65			0,91	1,98
FC MENSAL	1,57			4,26	1,77
FC TRIMESTRAL	15,54			25,60	49,70
FC ANUAL	30,66			0,00	0,00
DIO	9,08				
DIO	18,80				

Valor de R\$ 190 (R\$ 190)

ATENÇÃO

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
07/05/2017
PROTOCOLO
JOÃO PESSOA

CAIXA ECONOMICA FEDERAL
R. PRESIDENTE EPITACIO PESSOA, 267
58700-020 - PATOS - PB

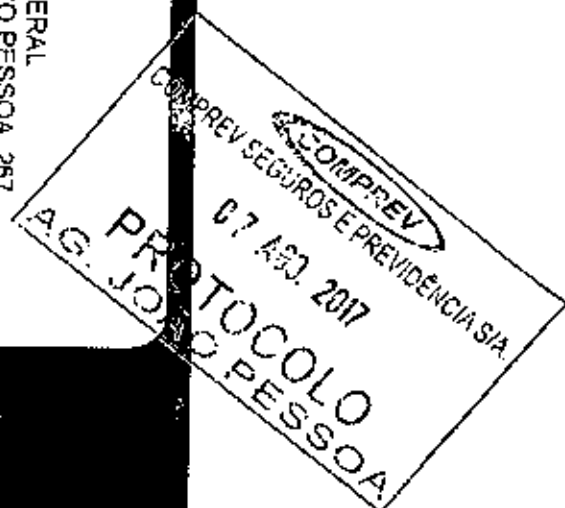
EMMANOELA S P V SOU
R TITICO GOMES 405
58700-970 - PATOS - PB

JK150819127RR



DOCUMENTO 1 01/06/2017

CAIXA





DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu EMMANOELA SATURMINA PEREIRA V. DE S. ARAUJO, portadora do

RG nº 4672305, expedido por SSP-PE em

04 / 01 / 1994, CPF/CNPJ nº 029.848.084-01

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Pedro Neto

Sousa dos Santos do sinistro de DPVAT da natureza Invalidez

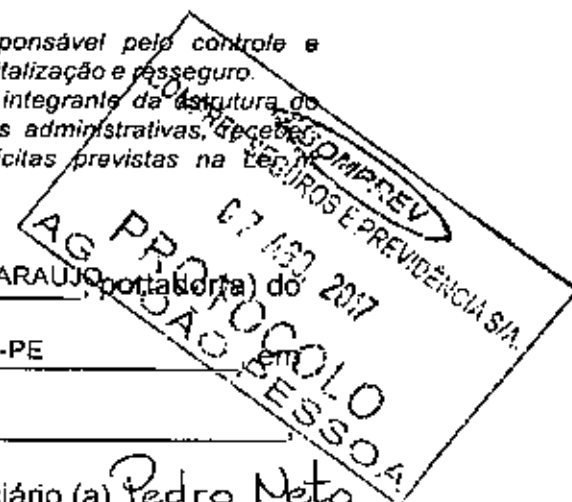
da vítima Pedro Neto Sousa dos Santos, e conforme

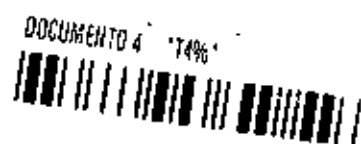
determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: RECUSO Renda Mensal: R\$ RECUSO

Documentos comprobatórios: RG, CPF, TÍTULO ELEITORAL, CERTIDÃO DE CASAMENTO, CARTEIRA DE TRABALHO, CARTÃO DO SUS.

ASSINATURA – PROCURADOR/INTERMEDIÁRIO





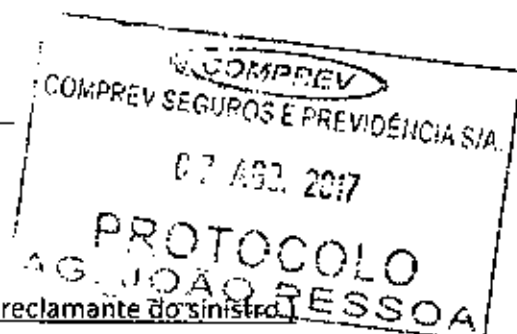
Declaração do Proprietário do Veículo

Eu Paulo Antonio Sausa dos Santos,
RG nº 3.515.220, data de expedição 04/01/2007
Órgão SSP-PB, portador do CPE nº 086-508.474-80, com
domicílio na cidade de Santa Terezinha, no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Sítio Antigo de Baixo Zona Rural, nº 910,
complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Pedro Neto Sausa dos Santos, cujo o condutor era
Pedro Neto Sausa dos Santos

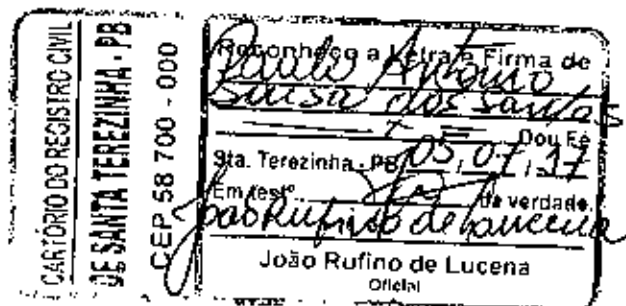
Veículo: Moto
Modelo: Honda CG 125 Fan-KS
Ano: 2014/2014
Placa: FF-9447-PB
Chassi: 9C2JCU110ER408191
Data do Acidente: 05/07/2017
Local e Data: Santa Terezinha PB 05 de julho 2017



— Paulo Antonio Sausa dos Santos
Assinatura do Declarante
(Com reconhecimento de firma por autenticidade ou verdadeira)



Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)
(Sem reconhecimento de firma)



ENCAMINHAMENTO

Encaminho o paciente Pedro Alvo Sousa
residente na (o) _____
município de Patos PB
para o (a) Hospital de Urgência de Campina Grande
na cidade de Campina Grande

JUSTIFICATIVA

Paciente vítima de acidente com motorista
em uma queda acrobática (a) + lesão no tórax
em nível médio (a).

Lesão com repercussão no nível de consciência Glasgow 7
Paciente resuscitado por 10 min.

HD: TCE + hemorragia abdominal + epêto de massa
com sinais de lesão média.

EXAMES REALIZADOS:

TC de crânio: Hemorragia abdominal + epêto massa

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Tratamento de lesão em pele.

HISTÓRICO CLÍNICO (do Internamento e Atual):

Leito de urgência hoje às 09:00hrs.
Longo (a)

Dr. Jairo Luiz Soares Júnior
Cirurgião Cardiovascular
CRM-PB 8662

Assinatura e carimbo do profissional

Patos - PB, 26/07/2015

SUS FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

UNIDADE PRESTADORA DO ATENDIMENTO

Código da Unidade: 0023671 CNPJ: 08.778.268/0001-60

Nome: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Endereço: AV. FLORIANO PEIXOTO, 4700 - MALVINAS

Município: CAMPINA GRANDE Estado: PARAIBA UF: 25

PACIENTE: PRONTUÁRIO Nº: 1227030

Nome: Sexo: MASCULINO Idade: 100

Profissão: PEDREIRO SOUSA DOS SANTOS Documento: 561200212121212121

Endereço: TEL: 0115-3781 461 Bairro: 2. RURAL CEP: 57070-2015

Município: URTICA Estado: Paraíba Código do Município: 57070-2015

Outra identificação: 26/07/2015 18:00m

RACACOR 26/07/2015 18:00m

() 1 - BRANCO NASCIMENTO: 22/01/1985, PRETA QUEIXAS: ACIDENTE DE TRÂNSITO

() 4 - AMARELA () 5 - INDÍGENA () 99 - SEM INFORMAÇÃO

ANAMNESE E EXAME FÍSICO SUMÁRIOS:

Vinte

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: TIPO

RESULTADOS

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS

1. 2. 3. 4. 5.

10/10/2015

DIAGNÓSTICO / CID:

TUREZA DA CONSULTA

Consulta Básica (PAB):

Consulta Especializada

PROCEDIMENTO

TIPO DE ATENDIMENTO

☐ 01 - URGÊNCIA

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

☐ 03 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO

☐ 04 - OUTROS TIPOS DE ACIDENTES DE TRÂNSITO

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

MEDICAÇÃO ENCAMINHAMENTO

☐ 01 - PRESCRITA

☐ 02 - APLICADA

☐ OBSERVAÇÃO

☐ OUTRO HOSPITAL

☐ RESIDÊNCIA

☐ OSITO

☐ INTERVENÇÃO

☐ OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO / PROCEDIMENTO

QXC

DATA

ASS. DO(S) PROFISSIONAL(IAIS) ASSISTENTE(S) - CARIMBO(S)

ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL - OU POLEGAR DIREITO

ASS. DO REVISOR TÉCNICO (CARIMBO)



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Ficha de Acolhimento

Nome:	Pedro Neto Sousa dos Santos		
End:	Sua Unica	Bairro:	Santa Terezinha
Data de Nascimento:	22/09/1995	Documento de Identificação:	
Queixa:	Ac. Moto	Data do Atendimento:	26/07/2015
		Hora:	15:55
Documento:			
Acidente de trabalho?	☐ Sim ☒ Não		

Classificação de Risco

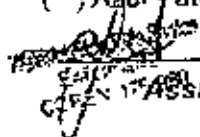
Nível de consciência: ☐ Bom ☐ Regular ☐ Baixo	Aspecto: ☐ Calmo ☐ Fáceis de cor ☐ Gemente
Frequência respiratória:	Frequência cardíaca:
Pressão arterial:	Temperatura axilar:
Dosagem de HgT:	Mucosas: ☐ Normocrada ☐ Pálida
Deambulação: ☐ Livre ☐ Cadeira de rodas ☐ Cama	

MOD. 110

Estratificação

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

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


Assinatura e carimbo do profissional

**Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica**

Paciente:	Pedro Neto Souza dos Santos		Idade:	19 anos
Convênio:			Data:	28/07/15
Procedimento:	T.C. de extracriural			
Cirurgião:	Dr. Saul	Auxiliar:	Anestesista:	
Início:		Término:	Anestesia: Geral	

Hora	PA	Pulso	SAT O2	Responsável	A Motora	Consciência
13:00	140x71	106	95%	Rafael	+	Desorientado
14:00	153x68	106	96%	Kenneth	+	desorientado
15:00	183x68	120	97%	Alvaro	+	Desorientado
16:30	122x68	123	99%	Roberto Henrique	+	Desorientado
01:30	122x68	87	99%	Katana - Ruan de la	-	Orientado
03:00		89	98%	Alvaro	+	" "
05:00				Kenneth	+	Desorientado
12:00	—	112	99%			

[illegible]

Observações:

Desprezado 1000 ml de diurese às 23:30h
Desprezado 500 ml de diurese às 03:30h

Realizaram TAC de crânio. Agudismo
parietal à esquerda do Neuro

Desprezado 300 ml de diurese às 31:40

Assinatura Anestesista

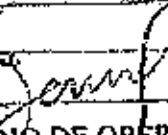
Circulante

Relatório de Operações

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

Nome do Paciente Wesley Neto		Nº Prontuário 1227030	
Data da Operação 20.07.15	Enf. —	Leito —	
Operador Dr. Saul	1.º Auxiliar —		
2.º Auxiliar —	3.º Auxiliar —	Instrumentador —	
Anestesia Dr. Longino	Tipo de Anestesia —		
Diagnóstico Pré-Operatório HERNIA F.P. 2 (E) + FRATURA			
HERNIA PRELUMBAR (E) COM L.M.C.			
Tipo de Operação IL e. HERNIA / FRAT. CRÂNIO / DOROPLEXIA			
Diagnóstico Pós-Operatório D. HERNIA			
Relatório Imediato da Patologia —			
Exame Radiológico no Ato —			
Acidente Durante a Operação —			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos Viscerais
1. Paciente em decúbito lateral sob anestesia
2. Assépsia + Antissepsia + Algodão e campo
3. Assépsia + Antissepsia + Algodão de campo
4. Incisão F.P. 2 com ressecção muscular
5. Identificação fratura "ESTRUTURA"
6. Envolvimento F.P. 2 com L.M.C. Parcialmente
7. Drenagem de urina + drenagem de urina
8. Drenagem de urina com "DURA BOM" 9. Fechamento
10. Colocação de urina + drenagem +
envolvimento
20.07.15 14.20
 RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

HUECCG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		EMPRESA	LEDO	Nº PRONTUÁRIO	
FOLHA DE ANESTESIA		NOME: <u>Pedro Neto dos Santos</u>		IDADE: <u>19</u>	SEXO: <u>M</u>	COR:	
DATA: <u>26/7/15</u>	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	TEMPERATURA	RESPIRAÇÃO	DIAPHRAGMA	RESPIRAÇÃO	ALTURA
TPO SANGÜINEO	HEMÓCITO	HEMOGLOBINA	HEMOGLOBINÓCITOS	GLICEMIA	UREIA	OUTROS	
ANESTESIA					ASMA		
AP. CARDIACÓRICO					ELETROCARDIOGRAMA		
AP. DIGESTIVO					AP. LINGÜICO		
ESTADO MENTAL					ALERGIA		
OBSERVAÇÃO COMPLEMENTAR					HISTÓRICO		
ANESTESIA ANTERIORES					RISCO		
OBSERVAÇÃO PRÉ-ANESTESIA					EFEITO		

36:40		INDICADO	
AGENTE ANESTÉSICO		Sedativo: _____ Exot: _____ Tóxico: _____	
LUBRIFICANTE		Líquido espesso: _____ Líquido: _____	
CC 100		Náuseas: _____ Vômitos: _____	
VR. ANESTÉSICO: 0.5 - RESPIRAÇÃO: 0.5 - ANESTESIA: 0.5		Outros: _____	
ANESTESIA SATISF: Sim _____ Não _____		MANUTENÇÃO	
NÃO, por quê? _____		DESPERTAR	
Referência na S.O. _____		Respiração na S.O. _____	
Oxig: _____ CO ₂ : _____ Exot: _____		Náuseas: _____ Vômitos: _____	
Outros: _____		Com o uso: _____	
SÍMBOLOS E AVISOS		Parado Logo Sim _____ Não _____	
FOSFATO		CONDIÇÕES:	
AGENTES		CÂNULAS	
TÉCNICA		PERDA SANGÜÍNEA	
OPERADOR		FOLHA DE ANESTESIA - SP/08	
CIRURGIÃO			
ANESTESISTA			
CERTEFICADO			
ANOTAR: 40 VERBO AS COMPLEXÕES DE OPERADORAS E			
PÓS OPERADORAS			



Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: Pedro Neto Sousa dos Santos	Idade: 19
Convênio: SUS	Data: 26/07/15
Procedimento: Traqueostomia cirúrgica de Extraduod	
Cirurgião: Dr. Saul	Auxiliar:
Anestesista: Dr. Leonardo	
Início: 16:30	Término: 18:00
Anestesia: Gaseol	

Hora	PA	Pulso	SAT O2	Responsável	A. Motora	Consciência
18:30	154/76	110	100%	Francisco	(-)	(-)
19:30	120/70	100	100%	Correia	(VM)	Suado
20:40	108/58	87	100%	Alencar	-	M
21:00	107/57	92	100%	FO	-	M
7:15	98/51	87	100%	Naumiller	Ausente	M
8:15	95/51	87	100%	"	"	"
9:17	102/53	86	100%	"	"	"
10:15	97/53	87	100%	"	"	"
11:15	98/50	86	100%			
12:35						
13:00	129/100	106	100%	Coelho	+	-
14:00	140/71	128	100%	Silva	+	M
15:10	140/71	128	100%	Alencar	+	M
16:30	140/71	128	100%	Alencar	+	M

Medicamentos / Materiais	Quantidade
16:30 HGT 12:00 108 mgdl	
17:10 farametol 27:127	
18:10 HGT 22:00 144 mgdl 27:107	
19:10 HGT 26:00 121 mgdl	
20:10 HGT 332 mgdl	
21:10 107 mgdl	

Observações:

20:00 HGT 144 mgdl de 20:00

14:40 RESPIRADOR 500 ml de PULSAR

03 CC 700 ml / dióxido - desproteção

Assinatura Anestesista

Circulante

Relatório de Operações

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: Pedro Leite Sousa dos Santos On: 22/09/95		GOVERNO DA PARAIBA	
QI -	LEITE -	CONVENIO SUS	IDADE 99 e
		REGISTRO 3227030	

CIRURGA	Dr. Eng. Ethel d'Almeida	CIRURGIÃO	Dr. Zaid
ANESTESIA	Eng. Balduino	ANESTESIA	Dr. Zaid
INSTRUMENTADORA	DATA	INÍCIO	FIM
	26/07/15	18:30	18:00

[illegible]

BOLETIM DE ENFERMAGEM

DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM

CO CHARACTER STORAGE COPY
FR FACTOR RELATION

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		APRAZAMENTO	ASSINATURA
☒ MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS		28	
☒ REALIZAR CONTROLE DE GLICÊMIA CAPILAR			
☒ ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA			
☒ INSTALAR CATETER DE O2 A DUTIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA			
☒ AVALIAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATORIA (RUJOS, ESTERTORES E SINTOMAS DA SÍNDROME DO MARÍF)			
☒ ASPIRAÇÃO DE VÍASES AERÉAS			
☒ POSICIONAR O PACIENTE EM DECÚBITO DE 45°			
☒ MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATEROALIZADA, QUANDO RECOMENDADO.			
☒ MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE AFEÇÃO (EDEMA, PEREIRA, CALOR, RUJOS E PEREIRA)		29	
☒ ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO		29	
☒ REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONÁRIO DO PACIENTE, RELACIONADOS AOS DIAGNÓSTICOS, AS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E AS RESPOSTAS DO PACIENTE		SAC	

2021-03-06

[illegible]

SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
Hospital de Emergência e Trauma do

Divendstic:

[illegible]

...the

[Handwritten signature]

Handwritten signature: *W. L. ...*

30.07.15

PA. 110X70

paciente evolui EGR, comente
algo de aumento, acimético,
supraco. Em N. malise.
Acute para dub. FO rca.
melhorado conforme prescrição
medica.

Realizado Bando no luto e
curativo

Procedo curso N. moso

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
29/11/15	13:30						Paciente adormecida muito aborrecida de CC para T.K. muito agitada passa um bom apartamento em pouco agitada	
	14:30						Paciente adormecida muito aborrecida muito agitada	
	15:30						Paciente adormecida muito aborrecida muito agitada	
	16:30						Paciente adormecida muito aborrecida muito agitada	
	17:30						Paciente adormecida muito aborrecida muito agitada	
	18:30						Paciente adormecida muito aborrecida muito agitada	
	19:30						Paciente adormecida muito aborrecida muito agitada	
	20:30						Paciente adormecida muito aborrecida muito agitada	
	21:30						Paciente adormecida muito aborrecida muito agitada	
	22:30						Paciente adormecida muito aborrecida muito agitada	
	23:30						Paciente adormecida muito aborrecida muito agitada	
	00:30						Paciente adormecida muito aborrecida muito agitada	
	01:30						Paciente adormecida muito aborrecida muito agitada	
	02:30						Paciente adormecida muito aborrecida muito agitada	
	03:30						Paciente adormecida muito aborrecida muito agitada	
	04:30						Paciente adormecida muito aborrecida muito agitada	
	05:30						Paciente adormecida muito aborrecida muito agitada	
	06:30						Paciente adormecida muito aborrecida muito agitada	
	07:30						Paciente adormecida muito aborrecida muito agitada	
	08:30						Paciente adormecida muito aborrecida muito agitada	
	09:30						Paciente adormecida muito aborrecida muito agitada	
	10:30						Paciente adormecida muito aborrecida muito agitada	
	11:30						Paciente adormecida muito aborrecida muito agitada	
	12:30						Paciente adormecida muito aborrecida muito agitada	

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Idade	Admissão	Leito	Convênio	Evolução Médica
09015	04 anos	09/01/2011	2	2	2
Prescrição Médica					
01 de 000 mg 3x 30g					
02 de 000 mg 3x 30g					
03 de 000 mg 3x 30g					
04 de 000 mg 3x 30g					
05 de 000 mg 3x 30g					
06 de 000 mg 3x 30g					
07 de 000 mg 3x 30g					
08 de 000 mg 3x 30g					
09 de 000 mg 3x 30g					
10 de 000 mg 3x 30g					
11 de 000 mg 3x 30g					
12 de 000 mg 3x 30g					
13 de 000 mg 3x 30g					
14 de 000 mg 3x 30g					
15 de 000 mg 3x 30g					
16 de 000 mg 3x 30g					
17 de 000 mg 3x 30g					
18 de 000 mg 3x 30g					
19 de 000 mg 3x 30g					
20 de 000 mg 3x 30g					
21 de 000 mg 3x 30g					
22 de 000 mg 3x 30g					
23 de 000 mg 3x 30g					
24 de 000 mg 3x 30g					
25 de 000 mg 3x 30g					
26 de 000 mg 3x 30g					
27 de 000 mg 3x 30g					
28 de 000 mg 3x 30g					
29 de 000 mg 3x 30g					
30 de 000 mg 3x 30g					
31 de 000 mg 3x 30g					
01 de 000 mg 3x 30g					
02 de 000 mg 3x 30g					
03 de 000 mg 3x 30g					
04 de 000 mg 3x 30g					
05 de 000 mg 3x 30g					
06 de 000 mg 3x 30g					
07 de 000 mg 3x 30g					
08 de 000 mg 3x 30g					
09 de 000 mg 3x 30g					
10 de 000 mg 3x 30g					
11 de 000 mg 3x 30g					
12 de 000 mg 3x 30g					
13 de 000 mg 3x 30g					
14 de 000 mg 3x 30g					
15 de 000 mg 3x 30g					
16 de 000 mg 3x 30g					
17 de 000 mg 3x 30g					
18 de 000 mg 3x 30g					
19 de 000 mg 3x 30g					
20 de 000 mg 3x 30g					
21 de 000 mg 3x 30g					
22 de 000 mg 3x 30g					
23 de 000 mg 3x 30g					
24 de 000 mg 3x 30g					
25 de 000 mg 3x 30g					
26 de 000 mg 3x 30g					
27 de 000 mg 3x 30g					
28 de 000 mg 3x 30g					
29 de 000 mg 3x 30g					
30 de 000 mg 3x 30g					
31 de 000 mg 3x 30g					

RESUMO DE ALTA
(REFERÊNCIA OU CONTRA REFERÊNCIA)

NOME: Pedro Vito dos Santos DN.: _____ PRONT. Nº: _____
NATURALIDADE: _____ PROCEDÊNCIA: _____
ADMISSÃO: 26.01.15 ALTA: 02.02.15

1. Motivo da hospitalização (dados positivos da anamnese / exame físico)

Tic Grave

2. Resultado dos principais exames

ex. urina. Hantoma Extindup

3. Evolução e complicações

bu

4. Terapêutica realizada

Tic Grave

5. Diagnóstico (hipotético ou definitivo)

Tic e Hantoma Extindup

6. Orientações médicas para pacientes / egresso

Ampliação

7. Condições de alta

☐ Curado ☐ A pedido ☐ Óbito ☐ Melhorado ☐ Inalterado
☐ Transferido para: _____

Campina Grande, _____ de _____ de _____

X
Dr. Antônio P. B. Filho
Neurologia - Neurocirurgia
CRM 10.927
Responsável pelo resumo

GOV. GOMES
M. DA PAZ

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

Diagnóstico:

2-2

Paciente PEDRO NETO DOS SANTOS		ALA/Leito	NEUROLÓGICO 244
Prescrição Médica		EVOLUÇÃO MÉDICA	
01/08/13	Doença Intelectual	13/08/13	
	Síndrome de Xeroderma de Pili	14/08/13	
	Distúrbio do sono e alterações de comportamento	15/08/13	
	Queda de peso e febre	16/08/13	
	Complicação da doença	17/08/13	
	PA 170X	18/08/13	
	História familiar	19/08/13	
	Exame físico	20/08/13	
	Exame de laboratório	21/08/13	
		22/08/13	
		23/08/13	
		24/08/13	
		25/08/13	
		26/08/13	
		27/08/13	
		28/08/13	
		29/08/13	
		30/08/13	
		31/08/13	
		01/09/13	
		02/09/13	
		03/09/13	
		04/09/13	
		05/09/13	
		06/09/13	
		07/09/13	
		08/09/13	
		09/09/13	
		10/09/13	
		11/09/13	
		12/09/13	
		13/09/13	
		14/09/13	
		15/09/13	
		16/09/13	
		17/09/13	
		18/09/13	
		19/09/13	
		20/09/13	
		21/09/13	
		22/09/13	
		23/09/13	
		24/09/13	
		25/09/13	
		26/09/13	
		27/09/13	
		28/09/13	
		29/09/13	
		30/09/13	
		01/10/13	
		02/10/13	
		03/10/13	
		04/10/13	
		05/10/13	
		06/10/13	
		07/10/13	
		08/10/13	
		09/10/13	
		10/10/13	
		11/10/13	
		12/10/13	
		13/10/13	
		14/10/13	
		15/10/13	
		16/10/13	
		17/10/13	
		18/10/13	
		19/10/13	
		20/10/13	
		21/10/13	
		22/10/13	
		23/10/13	
		24/10/13	
		25/10/13	
		26/10/13	
		27/10/13	
		28/10/13	
		29/10/13	
		30/10/13	
		31/10/13	
		01/11/13	
		02/11/13	
		03/11/13	
		04/11/13	
		05/11/13	
		06/11/13	
		07/11/13	
		08/11/13	
		09/11/13	
		10/11/13	
		11/11/13	
		12/11/13	
		13/11/13	
		14/11/13	
		15/11/13	
		16/11/13	
		17/11/13	
		18/11/13	
		19/11/13	
		20/11/13	
		21/11/13	
		22/11/13	
		23/11/13	
		24/11/13	
		25/11/13	
		26/11/13	
		27/11/13	
		28/11/13	
		29/11/13	
		30/11/13	
		01/12/13	
		02/12/13	
		03/12/13	
		04/12/13	
		05/12/13	
		06/12/13	
		07/12/13	
		08/12/13	
		09/12/13	
		10/12/13	
		11/12/13	
		12/12/13	
		13/12/13	
		14/12/13	
		15/12/13	
		16/12/13	
		17/12/13	
		18/12/13	
		19/12/13	
		20/12/13	
		21/12/13	
		22/12/13	
		23/12/13	
		24/12/13	
		25/12/13	
		26/12/13	
		27/12/13	
		28/12/13	
		29/12/13	
		30/12/13	
		31/12/13	

Exame de laboratório em (Hospital de Emergência e Trauma Dom Luis Gonzaga Fernandes)

~~1.5~~
~~115~~

98. 0.5 ft no mark
X example did
F₀ Sur

110. 12x8

~~110. 12x8~~

238.703

GOVERNO
DA PARAÍBASECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente

15800 NENO

Alojamento

Leito

Convênio

Data

26/07

Prescrição Médica

Horário

Evolução Médica

MENA 26/7/20

M. abdominal

Exatidão de ausc. em 2/3 h

Tórax 5/20 e 12/20 h

Fígado e 21/20 h

Cefalotórax de 21/20 h

Cauda

20/20

pneumotórax

sem tend

Status físico e parâmetros

Pulso 120 bpm
Pressão 120/80 mmHg
Temperatura 37,5°C
Frequência respiratória 20 rpm
Saturação de O₂ 98%
Peso 12 kg
Altura 1,20 m

Sinais vitais

Dr. Saul G. M. G. Junior

Neurologista

CRM 8787

RUA 13/20/2020-130-140

Dr. Saul G. M. G. Junior

Neurologista

CRM 8787

RUA 13/20/2020-130-140



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO HOSPITALAR

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

2 - CEG

2 3 6 2 8 5 6

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO FILIAL

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

4 - CEG

2 3 6 2 8 5 6

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Pedro Neto Sousa dos Santos

6 - NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO

258403

7 - DATA DE NASCIMENTO

22/09/1995

8 - DATA DE EXAME

22/09/1995

9 - SEXO

M

10 - IDADE

3

11 - NOME DO RESPONSÁVEL

Silvia Lúcia / Zona Rural

12 - TELEFONE DE CONTATO

03611137761

13 - ENDEREÇO

Santa Terezinha

14 - CID

P05820000

15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Santa Terezinha

16 - COLOM

P05820000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - EXATOS SINTOMAS E SINAIS CLÍNICOS

18 - EXATOS SINTOMAS E SINAIS CLÍNICOS

19 - PRINCIPAIS EXAMES DE LABORATÓRIO E RESULTADOS DE EXAMES DE LABORATÓRIO

20 - EXATOS SINTOMAS E SINAIS CLÍNICOS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

22 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

23 - CID

24 - DATA DE EXAME

25 - CID

26 - NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

27 - NOME DO RESPONSÁVEL

28 - DATA DE SOLICITAÇÃO

26/07/2015

29 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

30 - ACIDENTE DE TRÂNSITO

31 - ACIDENTE TRABALHISTICO

32 - ACIDENTE TRABALHISTICO

33 - DATA DE SOLICITAÇÃO

34 - CID

35 - CID

36 - CID

37 - CID

38 - CID

39 - CID

40 - CID

41 - CID

42 - CID

43 - CID

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - CID DO PROFISSIONAL

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

47 - COLUNAS

48 - NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

49 - CID

50 - CID

51 - CID

52 - CID

53 - CID

54 - CID

Serão: PEDRO NETO SOUSA DOS SANTOS

Depto: SEM IDENTIFICACAO MEDICA

Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES

Protocolo: 0020234275

Data: 29.07.2015 17:13

Idade: 19 anos

RG: NÃO INFORMADO

Origem: CLINICA NEUROLOGICA

Destino: LAPOC L02

HEMOGRAMA

(DATA DA ANÁLISE: 29/07/2015 17:13)

Resultados

Valores de Referência

SÉRIE VERMELHA

Eritrócitos.....
Hemoglobina.....
Hematócrito.....
H.C.M.....
H.C.M.....
H.C.M.....

3.08 milhões/mm³
9.9 g/dL
30 %
97 fL
32 pg
33 g/dL

4.2 a 5.4 milhões/mm³
14.0 a 18.0 g/dL
43.0 a 52.0 %
82.0 a 100.0 fL
27.0 a 32.0 pg
32.0 a 36.0 g/dL

SÉRIE BRANCA

Leucócitos.....

10.900 /mm³
(%)

(/mm³)

Valores de Referência

Neutrófilos.....
Linfócitos.....
Monócitos.....
Eosinófilos.....
Basófilos.....
Segmentados.....
Bastonetes.....
Segmentados.....
Eosinófilos.....
Basófilos.....
Linfócitos.....
Atípicos.....
Monócitos.....
CONTAGEM DE PLÁQUETAS.....

0
0
0
3.0
88.0
0
0
8.0
0
1.0
185.000 mm³

327
9.592
0
0
872
109

OBSERVAÇÕES: Contagens repetidas e confirmadas.


Marcia Fernanda
Biomédica
CRM 4604

Gerado em 29/07/2015 18:12. Página 1 de 1



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



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

Sítio: PEDRO NETO SOUSA DOS SANTOS
Idade: SEM IDENTIFICACAO MEDICA
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES

Protocolo: 0600224325
Data: 29-07-2013 17:53
Idade: 19 anos

RG: NÃO INFORMADO
Origem: CLINICA NERVO-BUCCO
Destino: EST 02-102

TEMPO DE SANGRAMENTO... 1'30''

CLASSE DA COAGULACAO: 29-07-2013 17:53
MATERIAL: SORO
MATERIAL: SORO

Velocidade de Rotacionamento
de 1 a 3 minutos

TEMPO DE COAGULACAO... 7'00'' min

CLASSE DA COAGULACAO: 29-07-2013 17:53
MATERIAL: SORO
MATERIAL: SORO

Velocidade de Rotacionamento
de 1 a 3 minutos

Marcela Fernanda
Biomédica
CRM 4000



PNCQ
Programa Nacional
de Controle de Qualidade

Síntese: PEDRO NETO SOUSA DOS SANTOS
Diagnóstico: SEM IDENTIFICACAO MEDICA
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES

Protocolo: 0000224275
Data: 29-07-2015 17:17
Idade: 19 anos

Sexo: MASCULINO
Unidade: CLINICA DE EMERGÊNCIA
Residência: RUA 13-1-60

ASPARTATE AMINOTRANSFERASE (AST/IGO)

UNIDADE: U/L

RESULTADO: 239 U/L

VALOR DE REFERENCIA: 0-40 U/L

COMENTARIO: Elevado

CAUSAS: Dano hepático agudo

ALANINE AMINOTRANSFERASE (ALT/SGPT)

UNIDADE: U/L

RESULTADO: 68 U/L

VALOR DE REFERENCIA: 0-40 U/L

COMENTARIO: Elevado

CAUSAS: Dano hepático agudo

VALOR DE REFERENCIA: 0-40 U/L

VALOR DE REFERENCIA: 0-40 U/L



Marcia Fernanda
Glemélica
CRM 4684



Nome: PEDRO NETO SOUSA DOS SANTOS	Protocolo: 0050224375	RG: NAO INFORMADO
Idade: SEM IDENTIFICACAO MEDICA	Data: 29.07.2015 17:13	Origem: CLINICA NEURO-BUCC
Comissão: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade: 19 anos	Destino: EXAME 1.00

GLICOSE (JEJUM) 63 mg/dl

DATA DE COLETA: 29-07-2015 17:13
MATERIAL: PLASMA
Método: AUTOMATIZADO EM 96 PLACAS

VALORES DE REFERENCIA
Fasting: 70 a 100 mg/dl
Postprandial: 120 a 200 mg/dl
HbA1c: 5,7 a 6,4 %
Tolerância Oral: 140 a 200 mg/dl
Tolerância Intravenosa: 160 a 200 mg/dl
Diabetes Mellitus: 126 mg/dl ou mais
Pré-diabetes: 100 a 125 mg/dl
HbA1c: 6,5 a 7,9 %
Diabetes Mellitus: 8,0 a 10,0 %
Pré-diabetes: 5,7 a 6,4 %
Diabetes Mellitus: 6,5 a 10,0 %
Pré-diabetes: 5,7 a 6,4 %
Diabetes Mellitus: 6,5 a 10,0 %

URÉIA

DATA DE COLETA: 29-07-2015 17:13
Resultado: 18 mg/dl

Resultado de referência:
Masculino: 7 a 12 mg/dl
Feminino: 6 a 10 mg/dl

COLETO A 17:13

CREATININA

DATA DE COLETA: 29-07-2015 17:13
Resultado: 0.7 mg/dl

Resultado de referência:
Masculino: 0.7 a 1.3 mg/dl
Feminino: 0.6 a 1.2 mg/dl
Método: AUTOMATIZADO EM 96 PLACAS

VALORES DE REFERENCIA
Fasting: 70 a 100 mg/dl
Postprandial: 120 a 200 mg/dl
HbA1c: 5,7 a 6,4 %
Tolerância Oral: 140 a 200 mg/dl
Tolerância Intravenosa: 160 a 200 mg/dl
Diabetes Mellitus: 126 mg/dl ou mais
Pré-diabetes: 100 a 125 mg/dl
HbA1c: 6,5 a 7,9 %
Diabetes Mellitus: 8,0 a 10,0 %
Pré-diabetes: 5,7 a 6,4 %
Diabetes Mellitus: 6,5 a 10,0 %
Pré-diabetes: 5,7 a 6,4 %
Diabetes Mellitus: 6,5 a 10,0 %

**Márcia Fernanda
Biomédica
CRBM 4564**





Dr. Alexandre Firmino

Médico Neurologista Efetivo da Academia Brasileira de Neurologia
CRM - 5724

PEUW NEW SOUZA DE SANOS

DPVAT:

ATRESMUS MEDIC

ATRESMUS PLUS, dor dos braços, que o
NORM ENUNCIAR DE SOB MINUTOS POR PU-
SALUBRIDADE NEUROS, SEQUESTRAR DE
TE GAVE I opresentando furores,
DESEQUILIBRIO ZUMBIDO, TRANSFERIR DE
em modo, calmaria

CID: 506
506.9

Dr. Alexandre Firmino
NEUROLOGIA CLINICA
CRM 5724

13 10x1 1x

CONSULTÓRIO: AV. RIO BRANCO, 129 - CENTRO - TELS.: (83) 3422-2272 / 9 8635-0310 / 9 9838 7422 - PATOS-PB.

SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A.

RECEBI 07 AGO 2017

Nome: _____

NOME: PEDRO NETO SOUZA DOS SANTOS.

DATA: 11/08/2016.

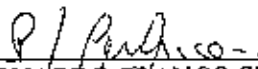
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CRÂNIO

PROCEDIMENTO:

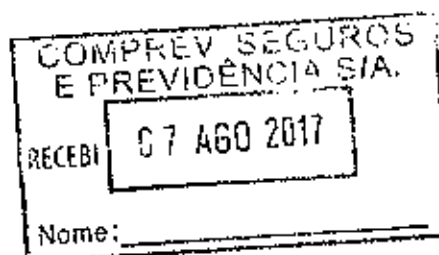
Foram realizados cortes tomográficos do crânio em equipamento helicoidal com reformatação no plano axial sem a injeção de contraste endovenoso.

ACHADOS:

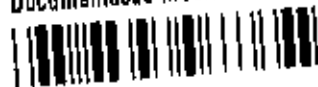
1. Craniectomia parietal à esquerda.
2. Área de malácia/gliose no aspecto parietal alto a esquerda.
3. Sistema ventricular anatômico.
4. Linha média centrada.
5. Ângulos ponto-cerebelares de aspecto habitual.


LEONARDO FRANCO FELIPE
CRM 5263

RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM



Documentação médica - hospitalar



GOVERNO DA PARAÍBA
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL "DEP. JANDUHY CARNEIRO"



PELOU NER LIMA

OS SINOS:

Jauu MCH:

Aresta por denúncia

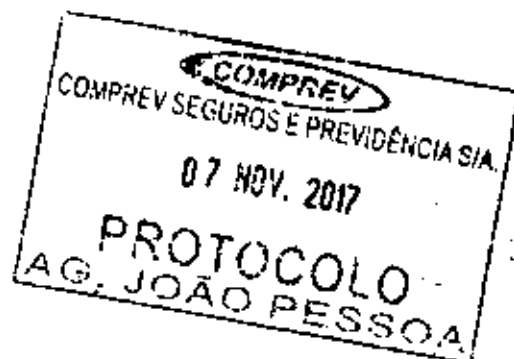
que o nome
é de sub missão
responsabilidade na rede,
segurança de trc
que.

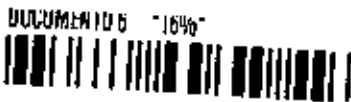
cto: TC6

Dr. Alexandre Firmino
Neurologista
CRM 5724

07/11/17

Rua Horácio Nobrega, S/N - Belo Horizonte
Tel.: (83) 3423-2741 - Patos - PB.





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA IDENTIFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

2-239

Ministro da Justiça

ADILSON DE VILHENA

22/09/1995

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

Nascimento
22/09/1995

PEDRO NETO SOUSA DOS SANTOS

Nome

Numero
115.815.754-16

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Cadastro de Pessoas Físicas

MINISTÉRIO DA FAZENDA



COMPANHIA DE SEGUROS S/A
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

CÓDIGO DE CONTROLE
BB02.8088.DA9F.C96F

A autenticidade deste comprovante deverá
ser confirmada na Internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela

Secretaria da Receita Federal do Brasil

as 14:50:41 do dia 29/02/2012 (hora e data de Brasília)

digito verificador: 00

apelo

sujeito a controle e fiscalização da autoridade competente

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL
4.094.729

DATA DE
EXPIRAÇÃO
13/09/2012

NOME
PEDRO NETO SOUSA DOS SANTOS

FILIAÇÃO
PAULO ROBERTO OLIVEIRA DOS SANTOS
ANTÔNIA SOUSA DOS SANTOS

NATURALIDADE
SANTA TERESINHA-PI

TÍTULO
NASC. N. 07118 FLS. 411/12 V. 092

CPF
CARTÓRIO SANTA TERESINHA-PI

DATA DE NASCIMENTO
22/09/1995

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

REPUBLICA DE GUATEMALA
MINISTERIO DE INTERIORES
COMANDO EN JEFE FUERZAS ARMADAS
CARTERA DE GUATEMALA Y COMANDO EN JEFE FUERZAS ARMADAS

106946 00005

Comandante S. P. de Sosa
ASISTENTE DE INVESTIGACION

DOCUMENTO 1750



COMPRESSOR ROSE

17/11/2016

PROTOCOLO
AG JOAO PESSOA

CONTRAN

DENATRAN

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
Nº 012896388208
DETRAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
PRT 20160400029197-7
1 0126502271-0 00/00000000 2016
PAULO ANTONIO SOUSA DOS SANTOS
08650847420 QFF9477/PB
NOVO PB 9C2JC4110ER408191
FAS/VEICULE/MAC APPLIC GASOLINA
2 P/124 /C/L PARTIC PRETA
IPVA PAGO EM 23/11/2016
******* 0 *******
******* SEGURO P A G O 23/11/2016**
A.F. ADM DE CONC NACION HONDA LTDA

0

SANTA TEREZINHA-PB
36838 24/11/2016 41033
PB Nº 012896388208 BILHETE DE SEGURO DPVAT
SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204
EXERCÍCIO 1 - DATA EMISSÃO
2016 24/11/2016
1 08650847420 QFF9477/PB
01265022710 HONDA/CG 125 FAN KS
2014 9 9C2JC4110ER408191
PRÊMIO TARIFÁRIO
******* *******
******* SEGURO P A G O**
SANTA TEREZINHA 23/11/2016
SEGURADORA LÍDER - DPVAT
41033-1408331-20161124
CNPJ 08.248.608/0001-04

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170439899 **Cidade:** Santa Teresinha **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PEDRO NETO SOUSA DOS SANTOS **Data do acidente:** 25/07/2015 **Seguradora:** AUSTRAL SEGURADORA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/08/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TCE com hematoma subdural submetido a tratamento cirúrgico

Resultados terapêuticos: Não há como definir ou prever a existência de limitação funcional permanente e insusceptível a terapêutica a partir da documentação fornecida.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: Solicito perícia médica para qualificação e quantificação das possíveis perdas funcionais pelo trauma descrito.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: CARLOS MIRANDA CHAGAS

CRM do médico: 52.34765-8

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170439899 **Cidade:** Santa Teresinha **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PEDRO NETO SOUSA DOS SANTOS **Data do acidente:** 25/07/2015 **Seguradora:** AUSTRAL SEGURADORA S.A.

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA CRANIO-ENCEFÁLICO COM HEMATOMA EXTRADURAL. .

Descrição do exame médico pericial: APRESENTAVA AMNÉSIA RETROGRADA, CEFALÉIA CRÔNICA, LETARGIA MODERADA, ALTERAÇÕES COGNITIVAS MODERADAS, NÃO APRESENTA COBERTURA ÓSSEA EM TODA FACE LATERAL DO CRÂNIO À ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: ATENDIDO NO DIA 25/07/2015 COM DIAGNÓSTICO DE TRAUMA CRANIO-ENCEFÁLICO, O MESMO FOI RESGATADO PELO SAMU E SUBMETIDO A INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL E ENCAMINHADO COM URGÊNCIA PARA SERVIÇO DE NEUROCIRURGIA ONDE FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA AFUNDAMENTO DE CRÂNIO COM PERDA DE MASSA CEFÁLICA. PERMANECER POR 5 DIAS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA E PERMANECER POR MAIS 8 DIAS EM AMBIENTE HOSPITALAR. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL.

Sequelas permanentes: Dano neurológico

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 24/11/2017

Conduta mantida: Não

Observações: VÍTIMA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE EM PERÍCIA REALIZADA EM 26/08/2017. A INDENIZAÇÃO PAGA FOI REFERENTE A UM DÉFICIT LEVE EM RELAÇÃO AS SEQUELAS NEUROLÓGICAS. DE ACORDO COM NOVO EXAME FÍSICO DESCRITO, VÍTIMA COM AGRAVAMENTOS, REALIZAR O COMPLEMENTO ADEQUANDO A INDENIZAÇÃO PARA DANO MODERADO DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL.

Médico examinador: Tiago Martins Formiga

CRM do médico: 8085

UF do CRM do médico: PB

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

PRESTADOR

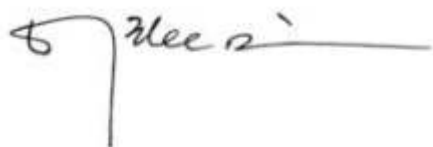
ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

CRM do médico: 52.18145-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170439899 **Cidade:** Santa Teresinha **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PEDRO NETO SOUSA DOS SANTOS **Data do acidente:** 25/07/2015 **Seguradora:** AUSTRAL SEGURADORA S.A.

PARECER

Diagnóstico: TCE COM HEMATOMA EXTRADURAL.

Descrição do exame médico pericial: AO EXAME BEG, CORADO, EUPNEICO, CONSCIENTE E ORIENTADO NO TEMPO E NO ESPAÇO. ANSIOSO. SEM LAPSO DE MEMÓRIA. MARCHA LIVRE E NORMAL. SEM DÉFICIT COGNITIVO E/OU MOTOR. PRESENÇA DE ASSIMETRIA FACIAL. AFUNDAMENTO EM REGIÃO TEMPORAL ESQUERDA. ROMBERG NEGATIVO. MMSS E MMII SEM LIMITE DE AMPLITUDE DOS MOVIMENTOS. CEFALÉIA RECORRENTE, SÍNDROME VERTIGINOSA.

Resultados terapêuticos: REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO - CRANIECTOMIA PARIETAL À ESQUERDA/ DRENAGEM DO HEMATOMA. FEZ USO DE ANTIBIÓTICOS E ANTIINFLAMATÓRIOS. ALTA MÉDICA. NO MOMENTO AFIRMA CEFALÉIA RECORRENTE, TONTURAS, LAPSO DE MEMÓRIA, QUADRO DE ANSIEDADE.

Sequelas permanentes: Dano neurológico

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 26/08/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Rosana Bezerra Duarte de Paiva

CRM do médico: 4183

UF do CRM do médico: PB

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões neurológicas que cursem com comprometimento de função vital ou autonômica	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

CRM do médico: 52.18145-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170439899 **Cidade:** Santa Teresinha **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PEDRO NETO SOUSA DOS SANTOS **Data do acidente:** 25/07/2015 **Seguradora:** AUSTRAL SEGURADORA S.A.

PARECER

Diagnóstico: TCE COM HEMATOMA EXTRADURAL.

Descrição do exame médico pericial: AO EXAME BEG, CORADO, EUPNEICO, CONSCIENTE E ORIENTADO NO TEMPO E NO ESPAÇO. ANSIOSO. SEM LAPSO DE MEMÓRIA. MARCHA LIVRE E NORMAL. SEM DÉFICIT COGNITIVO E/OU MOTOR. PRESENÇA DE ASSIMETRIA FACIAL. AFUNDAMENTO EM REGIÃO TEMPORAL ESQUERDA. ROMBERG NEGATIVO. MMSS E MMII SEM LIMITE DE AMPLITUDE DOS MOVIMENTOS. CEFALÉIA RECORRENTE, SÍNDROME VERTIGINOSA.

Resultados terapêuticos: REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO - CRANIECTOMIA PARIETAL À ESQUERDA/ DRENAGEM DO HEMATOMA. FEZ USO DE ANTIBIÓTICOS E ANTIINFLAMATÓRIOS. ALTA MÉDICA. NO MOMENTO AFIRMA CEFALÉIA RECORRENTE, TONTURAS, LAPSO DE MEMÓRIA, QUADRO DE ANSIEDADE.

Sequelas permanentes: Dano neurológico

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 26/08/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Rosana Bezerra Duarte de Paiva

CRM do médico: 4183

UF do CRM do médico: PB

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões neurológicas que cursem com comprometimento de função vital ou autonômica	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

CRM do médico: 52.18145-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): **PEDRO NETO SOUSA DOS SANTOS** Sinistro: **3170439899** Data: **25/07/2015**

Endereço do(a) Examinado(a): **SITIO URTIGA DE BAIXO, S/N - AREA RURAL - Santa Teresinha - PB - CEP 58720-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSDS /PB**] **4094729**

Data local do exame: [**24/11/2017**] **Patos** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
TRAUMA CRANIO-ENCEFÁLICO COM HEMATOMA EXTRADURAL. . APRESENTAVA AMNÉSIA RETROGRADA, CEFALÉIA CRÔNICA, LETARGIA MODERADA, ALTERAÇÕES COGNITIVAS MODERADAS, NÃO APRESENTA COBERTURA ÓSSEA EM TODA FACE LATERAL DO CRÂNIO À ESQUERDA.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

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

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

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

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
PACIENTE ATENDIDO NO DIA 25/07/2015 COM DIAGNÓSTICO DE TRAUMA CRANIO-ENCEFÁLICO, O MESMO FOI RESGATADO PELO SAMU E SUBMETIDO A INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL E ENCAMINHADO COM URGÊNCIA PARA SERVIÇO DE NEUROCIRURGIA ONDE FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA AFUNDAMENTO DE CRÂNIO COM PERDA DE MASSA CEFÁLICA. PERMANECU POR 5 DIAS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA E PERMANECU POR MAIS 8 DIAS EM AMBIENTE HOSPITALAR. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [**X**] Sim [] Não

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

Dano neurológico

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

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

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

() "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

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

() "Exame não permite conclusão"
Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal (Sequela):
Sistema Nervoso Central

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

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

() Total = "100% da IS"

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

VÍTIMA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE EM PERÍCIA REALIZADA EM 26/08/2017. A INDENIZAÇÃO PAGA FOI REFERENTE A UM DÉFICIT LEVE EM RELAÇÃO AS SEQUELAS NEUROLÓGICAS. DE ACORDO COM NOVO EXAME FÍSICO DESCRITO, VÍTIMA COM AGRAVAMENTOS, REALIZAR O COMPLEMENTO ADEQUANDO A INDENIZAÇÃO PARA DANO MODERADO DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL.

Dr. Tiago Martins Formiga
Ortopedia e Cirurgia do Joelho
CRM-PB 8085 - CRM-PE 24411
TEOT 14830



Tiago Martins Formiga - CRM: 8085 - PB

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome:

Nacionalidade:

Est. Civil:

Profissão:

Identidade:

CPF:

Endereço:

OUTORGADO:

Nome: Emmanoela Saturnina Pereira Vasconcelos de Souza AraújoNacionalidade: BrasileiraEst. Civil: CasadaProfissão: Empresária

Identidade:

4.672.305 CPF: 029.848.084-01 Endereço: Rua Titico Gomes, 405 - Bairro: Bela Vista -CEP: 58704-460 - Patos-PB.

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT, a ser creditada em conta de minha titularidade conforme ficha de Autorização de Pagamento, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, hospital, delegacia, samu, bombeiro, incluindo receber informações sobre pericia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT para a vítima

Patos-PB 28 de julho de 2017

Local e data

Pedro Neto Sousa dos Santos

Assinatura do Outorgante

(reconhecer firma por autenticidade)



3º OFÍCIO DE PROTESTO
3º OFÍCIO DE NOTAS, PROTESTOS, ATIVIDADES E DOCUMENTOS
REGISTRO CIVIL, EMPRESARIAL E JUDICIAL

Isolado Zélio César
Telys

Isolado Zélio César
Substituto

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) firma(s) de:.....
PEDRO NETO SOUSA DOS SANTOS.....
Em test, da verdade. Patos-PB 28/07/2017 09:29:23
Dialma de Souza Santos - Tabelião Substituto
[2017-008279]EML:R\$ 19,23 FAPPEN:R\$ 0,27 FEPVEN:R\$ 1,00 ISS:R\$ 0,28
SELÓ DIGITAL: AFHGS413-FL47



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): **PEDRO NETO SOUSA DOS SANTOS** Sinistro: **3170439899** Data: **25/07/2015**

Endereço do(a) Examinado(a): **SITIO URTIGA DE BAIXO, S/N - AREA RURAL - Santa Teresinha - PB - CEP 58720-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSDS /PB**] **4094729**

Data local do exame: [**26/08/2017**] **Pombal** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
TCE COM HEMATOMA EXTRADURAL. . AO EXAME BEG, CORADO, EUPNEICO, CONSCIENTE E ORIENTADO NO TEMPO E NO ESPAÇO. ANSIOSO. SEM LAPSO DE MEMÓRIA. MARCHA LIVRE E NORMAL. SEM DÉFICIT COGNITIVO E/OU MOTOR. PRESENÇA DE ASSIMETRIA FACIAL. AFUNDAMENTO EM REGIÃO TEMPORAL ESQUERDA. ROMBERG NEGATIVO. MMSS E MMII SEM LIMITE DE AMPLITUDE DOS MOVIMENTOS. CEFALÉIA RECORRENTE, SÍNDROME VERTIGINOSA.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

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

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

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

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO- CRANIECTOMIA PARIETAL À ESQUERDA/ DRENAGEM DO HEMATOMA. FEZ USO DE ANTIBIÓTICOS E ANTIINFLAMATÓRIOS. ALTA MÉDICA. NO MOMENTO AFIRMA CEFALÉIA RECORRENTE, TONTURAS, LAPSO DE MEMÓRIA, QUADRO DE ANSIEDADE.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [**X**] Sim [] Não

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

Dano neurológico

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

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

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

() "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Exame não permite conclusão"
Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

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

Região Corporal (Sequela):
Sistema Nervoso Central

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

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

() Total = "100% da IS"

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