
Rio de Janeiro, 29 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **JOSINALDO PEREIRA**

Nº Sinistro: **3180392907**
Vitima: **JOSINALDO PEREIRA**
Data do Acidente: **15/04/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **INACIO BRUNO SARMENTO**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180392907**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO
DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206
(exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

Nome completo da vítima

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta		Profissão
Josinaldo Pereira	10045330023		corretor
Endereço	Número	Complemento	
Rua Tomé Gouveia N°0	27		
Bairro	Cidade	Estado	CEP
Centro	Remaja	PB	58348000
Email	Telefone (DDD)		
inacio.pereira@com.br	8333341219		

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)			
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237)	<input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001)	<input type="checkbox"/> ITAÚ (341)	CONTA CORRENTE (todos os bancos)
<input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)	BANCO Nome _____ NRO. _____		
AGÊNCIA NRO. _____	CONTAS NRO. _____	AGÊNCIA NRO. _____	CONTAS NRO. _____
D/V _____	D/V _____	D/V _____	D/V _____
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetuado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

C. Grandes, 12 de Agosto de 2013

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



GOVERNO DO ESTADO DA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA
DELEGACIA DE ACIDENTES DE
Rua Raimundo Nonato de Araújo, S/ - Catole - Campina Grande - 58100-000 - 83-310-9300



OCORRÊNCIA N° 000473/18

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Registros de Ocorrências Policiais deste Órgão, encontrei a Ocorrência de N° 000473/18 registrada em 08/08/2018, que passo a transcrever na íntegra: Aos oito dias do mês de agosto do ano de 2018, nesta cidade de Campina Grande, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DE ACIDENTES DE VEÍCULOS, quando encontrava-se presente a Bela. JOSEFA ALVES DE ASSIS, Delegada de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, ai, por volta das 09:10 horas, compareceu o Sr. JOSINALDO PEREIRA, com 39 anos de idade, filho de JOSÉ PEREIRA FILHO e LUZINETE GOMES PEREIRA, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de REMÍGIO - PB, Solteiro, escolaridade Fundamental Incompleta, profissão , portador da Cédula de Identidade N° 2.361.099, expedido pela SSP-PB, com C.P.F. de N° 10095389423, residindo à rua MANOEL GURITA NETO, 47, bairro CENTRO, na cidade de REMÍGIO - PB.

Declarou que:

Informa o comunicante, que por volta das 19h34min dia 15.04.2018, estava trafegando pela Rua Manoel Rodrigues, área central de Esperança, conduzindo a motocicleta HONDA/NXR 150 BROS ESD, ano/modelo 2014/2014, cor preta, chassi n° 9C2KD0540ER081257, de placa QFC-1790/PB, licenciado em nome de Jefferson Felipe da Silva Balbino, quando no cruzamento com a Rua José de Andrade foi supreendido por um veículo de marca, placase outras características não identificadas, inclusive o condutor, que evadiu-se do local, o qual invadiu o sinal vermelho e colidiu na motocicleta que era ocupada pelo comunicante, que foi jogado ao solo, sofrendo escoriações diversas e fratura no seu membro inferior direito, sendo socorrido pelo SAMU e encaminhado para o hospital Regional de Emergência e Trauma de Campina Grande/PB, onde foi submetido a tratamentos médicos, conforme documentos apresentados nesta Delegacia; Que, ao local não compareceram os Policiais Militares do BPTran, motivo pelo qual não foi confeccionado o Boletim de Acidente de Trânsito; Que, no momento do acidente o tempo encontrava-se bom, com via seca e boa luminosidade, não encontrando-se o comunicante sob a influência de bebida alcoólica; Que, o comunicante manifesta o desejo de não representar criminalmente contra o condutor do veículo causador do acidente, caso o mesmo seja identificado. Nada mais havendo a tratar, ciente o declarante das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente certidão. O referido é verdade e dou FÉ.

Campina Grande, Quarta-feira, 8 de Agosto de 2018

JOSINALDO PEREIRA

Declarante

JOSÉ ALBERTO DO NASCIMENTO

Escrivão

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
23 AGO. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos – Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Tomásdo Pereira

CPF da Vítima

10095389423

Data do Acidente

15/04/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

- Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência 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 da 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

E grande, 17 de Agosto de 2018
Local e Data



Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Prefeitura Municipal de Esperança
Secretaria de Saúde
Base Descentralizada do Serviço Móvel de Urgência

Em 18 de Maio de 2018.

Declaração

Declaramos para os devidos fins de direito que o SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência) ESPERANÇA-PB, foi solicitado para realizar atendimento pré-hospitalar a **JOSINALDO PEREIRA**, vítima de acidente Motociclistico, no dia 15/04/2018, na rua Manoel Rodrigues, município de Esperança/PB, as 19h34min. Encaminhado para o Hospital de Trauma de Campina Grande.



Jarina Danielly Brandao Borborema
Coordenadora da Rede de Urgência

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: 11/09/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSINALDO PEREIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01668

CONTA: 000000023568-0

Nr. da Autenticação 5294883D4569DE21

TAMARA ANDRADE SOARES
RUA DINAMERICA CORREIA, 1620/LOJA 02 - DINAMERICA
CAMPINA GRANDE / PB CEP: 584022209 (AB 401)

Emissao 25/07/2018 Referencia: Jul / 2018 ENERGISA BOREBEM - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Classe/Série: COMERCIAL/ COMERCIAL MORADA: Rua 103 - Alça Sustentiva - Três Irmãos - Campina Grande/PB - CEP 58420-700
Roteiro: 14 - 401 - 754 - 1892 N° medidor: 00008087824
CNPJ: 01.103.596/0001-93 Insc Est: 16.003.039-1
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica N°001.500.103
Cód. para Débito Automático: 00002015013

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 023 0196

Visite: www.energisa.com.br

Conta referente a

Apresentação

Data prevista da

próxima leitura

CPF/CNPJ/RANI

Jul / 2018

25/07/2018

24/08/2018

983.369.944-2

Insc Est:

UC (Unidade Consumidora):

4/251501-3

Canal de contato

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leratura	Data	Leratura	
25/06/18 1119 25/07/18 1216				
Demonstrativo				
CCN	Descrição	Quantidade Tarifa(R\$) Valor Base Gas. Ajustada(R\$) Bem Cst Per(R\$) Cofre(R\$)	Tributos Total(R\$) ICMS(R\$) ICMS	Per/Cofre(R\$) (1,0167%) (4,9971%)
0801	Consumo em kWh	27.000 0,720000 59,84 59,84 23	17,48 59,84 0,71	3,23
0801	Adc. B. Vermelha	7,00 7,00 23	1,75 7,00 0,07	0,32
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
0807	CONTRIBUICAO PÚBLICA	10,00 0,00 0,00 0,00 0,00		
0804	JUROS DE MORA 09/2018	0,94 0,00 0,00 0,00 0,00		
0805	MULTA 06/2018	1,95 0,00 0,00 0,00 0,00		
0806	ATUALIZACAO MONETARIA 06/2018	1,72 0,00 0,00 0,00 0,00		

CCI Código de Classificação do item TOTAL 12,03 78,34 13,21 78,64 0,78 3,82

Média últimos meses (kWh) VENCIMENTO 16/08/2018 TOTAL A PAGAR R\$ 92,03

Histórico de Consumo (kWh)

6 | 10 | 15 | 0 | 46 | 10 | 0 | 42 | 79 | 132 | 127 | 120
JUN/17 Agosto/17 Set/17 Out/17 Nov/17 Dez/17 Jan/18 Fev/18 Mar/18 Abr/18 Mai/18 Jun/18

RESERVADO PARA: 1a9c.58e4.bcd3.dd97.45d2.2e3e.0401.599a.

Indicadores de Qualidade

SÓSIS-EEAV-VT			
Limits da ANEEL	Aproximado	Limite de Tensão (V)	Descrição
DC-MÉDIAL	0,7	NOMINAL	Serviços de Cst. da Energia e ED
DC-TRIBUTARIAL	10,62	220	Compra de Energia
DC-ANUAL	21,26		Serviço de Comunicação
FC-MÉDIAL	3,25	0,00	Entrega de Serviços
FT-TRIBUTARIAL	6,72	CONTRATADA	Impostos Diretos e Encargos
FC-ANUAL	13,45	LIMITE INFERIOR	Outras Despesas
TMC	3,02	200	Total
DCR	12,22	LIMITE SUPERIOR	92,03 100,00

Valor de EURO (Ref. 5/2018) R\$29,34

ATENÇÃO

- Leitura confirmada

Faturas em anexo

BOREBEM

Roteiro: 14 - 401 - 754 - 1892
Matrícula: 251501-2018-03-6

VENCIMENTO 16/08/2018 TOTAL A PAGAR R\$ 92,03

83670000000-0 92030147000-0 02515012018-3 07800401019-1



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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 das 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 de **profissão e renda**, 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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Francisco Bruno Soimenti inscrito (a) no CPF 036.781.814-106,
 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Francisco Soimenti inscrito
 (a) no CPF sob o Nº 132.953.894-23, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidiz da Vítima
Francisco Soimenti, inscrito (a) no CPF sob o Nº 100.953.894-23, conforme
 determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	Cidade	Número	Complemento
Rua Dinâmico Alves Amaro,		1300	loja 02
Bairro		Estado	CEP
Diternurca	Campino Grande	PE	58400-000
Email		Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)
francobruno.adv@gmail.com		8333701289	83999885048

C. Soimenti, P de Agosto de 2018.
 Local e Data

Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Jefferson Felipe da Silva Bobino,
RG nº 3830103, data de expedição 09/02/2010
Órgão SSPFB, portador do CPF nº 01735584452, com
domicílio na cidade de Remígio, no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Dambranda Simões Cananeia, nº 32,
complemento Centro, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Josinaldo Pereira, cujo o condutor era
Josinaldo Pereira.

Veículo: motocicleta

Modelo: Honda/NXR150 Bros ESD 2014

Ano: 2014

Placa: QFC 1790/PB

Chassi: 9C2KPD540ER081297

Data do Acidente: 15/04/2018

Local e Data: Remígio PB 23/07/2018

Jefferson Felipe da Silva Bobino

Assinatura do Declarante

Josinaldo Pereira

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



NOTARÍO ÚNICO OFÍCIO DE REMÍGIO

Rua Bela Lula, 437 - Centro - Fone: 3364.1235 - Remígio - PB

ESCREVENTES: Maria do Socorro Barbosa Fernandes

ANALICE PEREIRA: Mércia Maria Serafim dos Santos

BROONZEADO: Maria Selma da Silva

Reconheço com AUTENTICA(S) a(s) firma(s) de Jefferson Felipe

da Silva Bobino clavada no cartão

Conforme cartão de autógrafo de arquivos neste cartório: M. Serafim dos Santos

Dou fé Remígio, 23/07/2018 ESCREVENTE

"SELO DIGITAL: AHA99804-E4V51"

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





Tel. 9822-1521
SECRETARIA DE SAÚDE - ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Ficha de Acolhimento

Nome:	jornalista Pereira		
End:	R. 07 de Setembro	Bairro:	
Data de Nascimento:	34 anos	Documento de Identificação:	
Queixa:	NR	Data do Atend.:	15-04-18 Hora: 20:42 Documento:
Acidente de trabalho?	() Sim	(✓) Não	

Classificação de Risco

Nível de consciência: () Bom () Regular () Baixo	Aspecto: () Calmo () Fáceis de dor () Gemente
Frequência respiratória:	Frequência cardíaca:
Pressão arterial:	Temperatura axilar:
Dosagem de HGT:	Mucosas: () Normocorada () Pálida
Deambulação: () Livre () Cadeira de rodas () Maca	

Estratificação

- (✓) Vermelho - atendimento imediato
() Verde - atendimento até 4 horas

- () Amarelo - atendimento até 1 hora
() Azul - atendimento ambulatorial

MOD. 110

Assinatura e carimbo do profissional





MATERIAL UTILIZADO EM CIRURGIA

Rastreamento
8875

Hospital: _____ Código: _____

Código: _____

Procedimento: _____ Cód. Procedimento: _____

Cód. Procedimento: _____

Paciente: _____

nyênio:

Reposição Calxa Pronta

DESCRICAÇÃO DE PRODUTOS UTILIZADOS

ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS

							Valor Unit.	Valor Total
Parafuso Cortical () mm	Nº	30	40	50				
Parafuso Cortical () mm	Qtd.	2	01	01				
Parafuso Esponjoso 4.0 mm	Cód.							
Parafuso Esponjoso 6.5 mm R/16 Curta	Nº							
Parafuso Esponjoso 6.5 mm R/16 Curta	Qtd.							
Parafuso Esponjoso 6.5 mm R/32 Longa	Cód.							
Parafuso Maleolar 4.5 mm	Nº							
Parafuso Maleolar 4.5 mm	Qtd.							
Parafuso Maleolar 4.5 mm	Cód.							

OBS: O PREENCHIMENTO DO PRONTUÁRIO É OBRIGATÓRIO.

Anotações do Médico

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO CONSULTOR DE VENDAS

Condições de Pagamento: _____

Faturar N.F para: _____

Cód. do consultor: _____ Total: _____

Cód. Instrumentador: _____

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECGHOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

ENFERMAGEM

LEITO

Nº PRONTUÁRIO

**FOLHA DE
ANESTESIA**

NOME

Josévaldo Pires

IDADE

39

SEXO

M

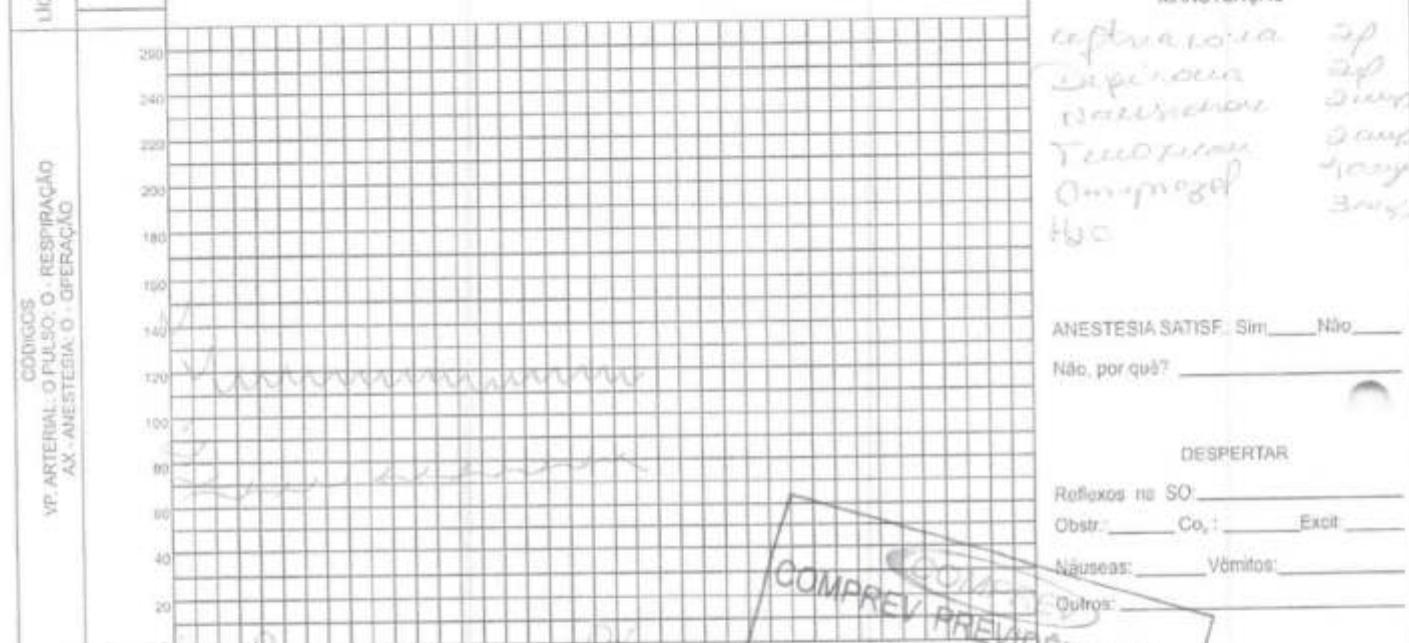
COR

sd

DATA 20/04/18	PRESSÃO ARTERIAL 140/80	PULSO 82	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO 78,0kg	ALTURA
	TIPO SANGUÍNEO HEMÁCIAIS URINA					OUTROS

AP RESPIRATÓRIO Borborema em síncope digestiva	ASMA	BRONQUITE
AP CIRCULATORIO Nevralgia sacroiliaca extensa	ELETROCARDIOGRAMA	
AP DIGESTIVO Resmungo Régua de 20	AP URINÁRIO	
ESTADO MENTAL Conscientemente e orientado	CORTICOIDES	ALERGIA
DIAGNOSTICO PRÉ-OPERATÓRIO Fratura de tibia e fíbula	ESTADO FÍSICO	RISCO
ANESTESIAS ANTERIORES Glicuronidase		
MEDICAÇÃO PRE-ANESTÉSICA Diazepam 10mg	APLICADA	AB
		EFEITO

AGENTES ANESTÉSICOS	0	iniciação				
		Satisf.	Excit.	Tosse		
Laringo:	esparso			Lenta		
Náuseas:		Vômitos:				
Outros:						



SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES	Chavilhantacetina + C02
POSIÇÃO	O - - - O - - -
AGENTES	Diamox 1000mg + furosemida 40mg + Metformina 1500mg + Insulina 100U + Glucagon 10mg
TÉCNICA	Respirador com sempre uso de CO ₂ para manter a oxigenação arterial
OPERAÇÃO	Ressecção cirúrgica laringe fibroscópica
CIRURGIOS	Dr. José Pires - JPS
ANESTESESTAS	Dra. Letícia Souza
OBSERVAÇÕES	T: 32,2 F: 9,30
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS	PERDA SANGUÍNEA



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Nome do Paciente		Nº Prontuário
Joaquim Pereira		
Data da Operação	Enf. 7	Leito 3
Operador Dr. Antônio Souza	1º Auxiliar Dr. Hugo Souza	
2º Auxiliar Dr. Anderson Souza	3º Auxiliar	Instrumentador Rui Souza
Anestesia	Tipo de Anestesia	
Diagnóstico Prê-Operatório	Tumor da mama	
Tipo de Operação Mastectomia		
Diagnóstico Pós-Operatório	Carcinoma	
Relatório Imediato da Patologia		
Exame Radiológico no Ato	Sob	
Acidente Durante a Operação	Nº 5	

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras

- ① *Pachysandra* non *spicata*, *lanceolata*
 - ② *Anemone* + *anthriscus* - species in *Coronaria* section
 - ③ common *Asplenium* non *platyneuron* @ + *Anemone* from *Oliveria* + *hirtissima*. (Nep. *Asplenium nidus* + *Anemone* from *Alpinia*)
 - ④ *Filix* *lyrata* + *polystachya* In f. 2 from sheep D.C.P. limestone H.E. + S. Parryana. Both like *Asplenium*
 - ⑤ *Anemone* L. f. *canescens* S.E. + *Bistorta* from *Oliveria*
 - ⑥ *Ceratodon*

Dr. Eberhard Meier
MR. 0000000000000000
CH-8183 Rapperswil

A handwritten document on lined paper. At the top left, it says "COMPREV PREVIDÊNCIAS S/A". A large, faint stamp in the center reads "COMPREV". Below the stamp, the date "23 AGO. 2018" is written. To the right of the date, the word "PROTÓCOLO" is written vertically. At the bottom right, the name "AG. JOÃO PESSOA" is written diagonally across the lines.



Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente:	<i>Sylvana de Oliveira</i>	Idade:	<i>35 anos</i>
Convênio:		Data:	<i>22/04/18</i>
Procedimento:	<i>Obstetricia de Tela D.</i>		
Cirurgião:	<i>Dr. André Paula</i>	Auxiliar:	Anestesista:
Inicio:	<i>10:00</i>	Término:	Anestesia <i>Ropivacaína + Sufato de Férrico</i> <i>IFU</i>

Observações:

Assinatura Anestesista

Circulante

Relatório de Operação

MOD. 103



TABELA DE ALDRETE E KROULIK MODIFICADA
(Critérios para altas da SRPA)

<i>Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico</i>	<i>Hora entrada</i>	<i>Hora saída</i>
Nenhum Movimento = 0 Movimenta 2 membros = 1 Movimenta 4 membros = 2		
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispneia = 1 Respiração profunda e tosse = 2		
PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0 PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1 PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2		
Sat 02 < 90 com oxigênio = 0 Sat 02 > 90 com oxigênio = 1 Sat 02 > 92% sem oxigênio = 2		
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		
TOTAL DE PONTOS:		



Assinalura do anestesista



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE:	Dra. Jairineide Pires			DATA:	DN 15/04/18
QI	LEITE	CONVÉNIO	IDADE	REGISTRO	1632650

CIRURGIA	CIRURGIA			REGISTRO
QI	LEITE	CONVÉNIO	IDADE	1632650

ANESTESIA	ANESTESIA			REGISTRO
QI	LEITE	CONVÉNIO	IDADE	1632650

INSTRUMENTADORA	DATA	INÍCIO	FIM	REGISTRO
QI	LEITE	CONVÉNIO	IDADE	1632650

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
01	Adrenalina amp.	Catet. p/ Oxi.		Catgut cromado Sertix	3/15/18 16
	Atropina amp.	Catet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix	
	Diazepam amp.	Compressa Grande		Catgut cromado Sertix	
01	Dimorfamp.	Compressa Pequena		Catgut Simples	1/16/18 02
	Doládina amp.	Colonolide		Catgut Simples Sertix	
	Efrane ml	Dreno		Catgut Simples Sertix	
	Fenogam amp	Dreno Kerr nº		Catgut Simples Sertix	13-32 11
01	Fentanil ml	Dreno Penrose nº		Cera p/ osso	7/10/18 01
01	Inova ml	Dreno Pezzer nº		Ethibond	
	Ketalar ml	Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Mercalina ml	Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Nubabin amp.	Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix	
	Pavulon amp.	Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix	
	Protigmine amp.	Espadrapo Largo cm		Fio de Algodão Sulupak	
	Protóxido l/m	Furacim ml		Fio de Algodão Sulupak	
	Quelicin ml	Gase Pacote c/ 10 unidades	04	Fila cardíaca	
	Rapifén amp.	H.O. ml		Mononylon	20 86/10/12
	Thionembutal ml	Intracath Adulto		Mononylon	
	Tracrium amp.	Intracath Infantil		Prolene Sertix	
Qtd.	MEDICAÇÕES	02	Lâmina de Bisturi nº 23-20	Prolene Sertix	30 86/10/12
02	Água Destilada amp.		Lâmina de Bisturi nº 11	Prolene Sertix	
	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi nº 15	Prolene Sertix	5/15/18 05
02	Diprona amp.	Luvas 7.0		Vicryl Sertix	
	Flaxidol amp.	Luvas 7.5		Vicryl Sertix	
	Flebotortil amp.	Luvas 8.0		Vicryl Sertix	
	Geramicina amp	Luvas 8.5		Vicryl Sertix	
	Glicose amp	Oxigênio l/m			
	Glucos de Cálcio amp.	Poliflux			
	Haemacel ml	PVPi Degemante ml			
	Heparema ml	PVPi Tópico ml			
	Kanakion amp	Sabão Antiséptico			
	Lasix amp	Saco coletor			
	Medrotinazol	Seringa desc. 10 ml			
	Piasil amp	Seringa desc. 20 ml			
	Prolamina	Seringa desc. 05 ml			
	Revivan amp	Sonda			
	Stupitanon amp	Sonda Folley			
02	Sefelotina 1g	Sonda Nasogástrica			
02		Sonda Uretral nº			
02		Steridrem ml			
02		Torneirinha			
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaseline ml		
	Aguilha desc. 25 x 7		Gelcon 18		
	Aguilha desc. 28 x 28	02	Latesse		
	Aguilha desc. 3 x 4,5	05	Blisterado		
01	Aguilha p/ raque nº 26				
05	Alcool de Enfermagem	70%			
	Alcool Iodado ml				
02	Ataduras de Crepon	20cm			
	Ataduras de Gessada				
	Azul metílico amp.				
	Benzina ml				

GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRET 5/15/18 | 05
Validade 21/04/18 | 02
Processado em 21/04/18 | 02
Operador 1 Autoclavado Material

10-1

3/15/18 | 16
Validade 21/04/18 | 02
Processado em 21/04/18 | 02
Operador 1 Autoclavado Material

13-32 | 11
7/10/18 | 01
Validade 21/04/18 | 02
Processado em 21/04/18 | 02
Operador 1 Autoclavado Material

20 | 86/10/12
Validade 21/04/18 | 02
Processado em 21/04/18 | 02
Operador 1 Autoclavado Material

30 | 86/10/12
Validade 21/04/18 | 02
Processado em 21/04/18 | 02
Operador 1 Autoclavado Material

50 | 86/10/12
Validade 21/04/18 | 02
Processado em 21/04/18 | 02
Operador 1 Autoclavado Material

70 | 86/10/12
Validade 21/04/18 | 02
Processado em 21/04/18 | 02
Operador 1 Autoclavado Material

20 | 86/10/12
Validade 21/04/18 | 02
Processado em 21/04/18 | 02
Operador 1 Autoclavado Material

21/04/18 | 02
Validade 21/04/18 | 02
Processado em 21/04/18 | 02
Operador 1 Autoclavado Material

21/04/18 | 02
Validade 21/04/18 | 02
Processado em 21/04/18 | 02
Operador 1 Autoclavado Material

21/04/18 | 02
Validade 21/04/18 | 02
Processado em 21/04/18 | 02
Operador 1 Autoclavado Material

21/04/18 | 02
Validade 21/04/18 | 02
Processado em 21/04/18 | 02
Operador 1 Autoclavado Material

21/04/18 | 02
Validade 21/04/18 | 02
Processado em 21/04/18 | 02
Operador 1 Autoclavado Material

21/04/18 | 02
Validade 21/04/18 | 02
Processado em 21/04/18 | 02
Operador 1 Autoclavado Material

21/04/18 | 02
Validade 21/04/18 | 02
Processado em 21/04/18 | 02
Operador 1 Autoclavado Material

21/04/18 | 02
Validade 21/04/18 | 02
Processado em 21/04/18 | 02
Operador 1 Autoclavado Material

21/04/18 | 02
Validade 21/04/18 | 02
Processado em 21/04/18 | 02
Operador 1 Autoclavado Material

21/04/18 | 02
Validade 21/04/18 | 02
Processado em 21/04/18 | 02
Operador 1 Autoclavado Material

PROTÓCOLO
AO PACIENTE

SOROS
SG Normotensor fr 500 ml
SG Gelato fr 500 ml
SG Hipertônico fr 500 ml

SG Ringer fr 500 ml
SG fr 500 ml

ORTOSE E PRÓTESE
Fio de furgatona 30g
Fio de Tibial 09/350
(Braço longo)

Torneirinha
Fita

EQUIPAMENTOS

Oxímetro de Pulso
Serra
Desfibrilador
Foco Frontal
Fonte de Luz

(+) Foco Auxiliar
(+) Eletrocautério
(+) Oxicapnôgrafo
(+) Cardiomonitor
(+) Endotracheal

Adriana Pereira
Técnica 2.02 Endotracheal 326

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

Nome do Paciente	Nº Prontuário	
Leito		
Data da Operação	Enf.	
Operador	1º Auxiliar	
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador
Anestesia	Tipo de Anestesia	
Diagnóstico Pré-Operatório	Fractura de Tibia e Fíbula osteoporose tibial e fibular	
Tipo de Operação		
Diagnóstico Pós-Operatório		
Relatório Imediato da Patologia		
Exame Radiológico no Ato	6/11 Normal	
Acidente Durante a Operação		
 COMPREV COMPREV PREVIDÊNCIA S/A		

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO 23 AGO. 2018

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Mísceras

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

- 1) Acesso Táctico
- 2) Anestesia + Antissepsia
- 3) Campo operatório
- 4) Retirada da placa de Parafuso
- 5) Reduzido momento da fractura
- 6) Ressecamento de fricção apesar da fratura
- 7) Suspensão de parafuso
- 8) Passagem de Haste intramedular
- 9) 300g de gesso
- 10) 300g de gesso
- 11) Socorro
- 12) Enjugo
- 13) curativo

Dr. João Paulo Oliveira Nunes
ORC. PB 9551
CRM-PB 9551



Rua Guadalupe, 43 - Guadalupe - Olinda-PE
CEP.: 53.020-230 | E-mail: tmcirurgica@hotmail.com
Fones: 3431.4960 | 3076.0422 | 99452.1153

1ª Via Cliente / 2ª Via Empresa / 3ª Via Fixa

Nº 4406

PEDIDO DE FATURAMENTO

NOME DO HOSPITAL

HOSPITAL DE TRAJMA

CIDADE

TEL / FAX / E-MAIL

C. GRANDE

NOME DO PACIENTE

JOSINANDO PEREIRA

Nº DO PRONTUÁRIO

3635 650

Nº ALH

CÓD. PROCEDIMENTO

CONVÉNIO

PROCEDIMENTO REALIZADO

FRACTURA DE TIBIA

PRODUTO

REF.

QUANT.

COD. ROMP.

PLACA ESTREITA 4,5 x 12

01

PARAF COR TICAL 4,5 x 26

01

" " x 28

02

" " x 30

02

" " x 32

02

" " x 36

04

DATA DA UTILIZAÇÃO

19.04.2018

DATA DA COMUNICAÇÃO

MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

DR. AMARO JORGE

OBSERVAÇÕES

Cx 6,5 SIMPLES N° 76

cx 2 PARAF. 4,5 N° 81

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
23 AGO. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ANDRE

Dr. Fábio
MROSCON
CRM-PE 5-9900



TABELA DE ALDRETE E KROULIK MODIFICADA
(Critérios para altas da SRPA)

<i>Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico</i>	<i>Hora entrada</i>	<i>Hora saída</i>
Nenhum Movimento = 0 Movimenta 2 membros = 1 Movimenta 4 membros = 2		2
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispneia = 1 Respiração profunda e tosse = 2		2
PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0 PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1 PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2		2
Sat 02 < 90 com oxigênio = 0 Sat 02 > 90 com oxigênio = 1 Sat 02 > 92% sem oxigênio = 2		2
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		2
TOTAL DE PONTOS:		10

Assinatura do anestesista





GOVERNO
DA PARAÍBA

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

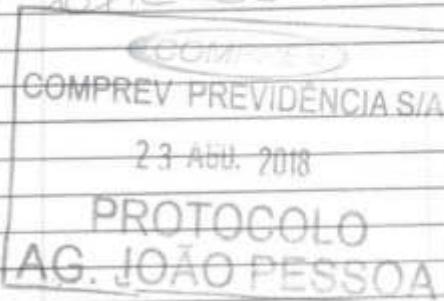


Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente:	<i>Fernanda Pereira</i>	Idade:	<i>35</i>
Convênio:	<i>SUS</i>	Data:	<i>19/04/18</i>
Procedimento:	<i>Intervenção cirúrgica e fixação de Fratura de Tíbia e Fíbre</i>		
Cirurgião:	<i>Dra. Fabr.</i>	Auxiliar:	<i>UR/SC: Erika</i>
Inicio:	<i>14:00</i>	Término:	<i>15:00</i>
		Anestesista:	<i>Dr. Augusto Lely</i>
		Anestesia:	<i>Rafael</i>

Observações:

Pelo seu lado a direita, no limite da encosta, vê-se um
mato com 35-40 m de altura. Sua vegetação é de espécies



Assinatura Anestesista

Circulante

POLEIRA DE TRATAMENTO E EVALUACAO



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: Josinaldo Pereira DO 15-04-93 QI LEITE CONVENIO IDADE REGISTRO 35 SUS 35 7634650					GOVERNO DA PARAÍBA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes	
CIRURGIA		CIRURGIÃO				
ANESTESIA		ANESTESIA				
INSTRUMENTADORA	DATA	INICIO	FIM		CÓDIGO	
		12/04/18	14:30	15:00	21/5/18 117	
Qty.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Bolsa Colostoma	Qty.	FIOS		
	Adrenalina amp.	Catet. p/ Oxi.		Catgut cromado Sertix		
	Atropina amp.	Catet. De Urin. Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix		
	Diazepam amp.	Compressa Grande		Catgut cromado Sertix		
	Demore amp.	Compressa Pequena		Catgut Simples		
	Dolantina amp.	Cotonete		Catgut Simples Sertix		
	Efrane ml	Drena		Catgut Simples Sertix		
	Fenegam amp.	Drena Kerr n°		Catgut Simples Sertix		
	Fentanil ml	Drena Penrose n°		Cera p/ osso		
	Inova ml	Drena Pezzer n°		Ethibond		
	Ketalar ml	Equipo de Macrogotas		Ethibond		
	Mercalina % ml	Equipo de Macrogotas		Ethibond		
	Nubatin amp.	Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix		
	Pavulon amp.	Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix		
	Protigmine amp.	Espadrapo Larco cm		Fio de Algodão Sutupak		
	Protóxido Vm	Furacim ml		Fio de Algodão Sutupak		
	Quelicin ml	Gase Pacote c/ 10 unidades		Fita cardíaca		
	Rapifen amp.	H ₂ O ml		Mononylon		
	Thionembutal ml	Intracath Adulto		Mononylon		
	Tráctrium amp.	Intracath Infantil		Prolene Sertix		
Qty.	MEDICAÇÕES	Lâmina de Bisturi n° 23		Prolene Sertix		
	Água Destilada amp.	Lâmina de Bisturi n° 11		Prolene Sertix		
	Decadron amp.	Lâmina de Bisturi n° 15		Prolene Sertix		
	Dipirona amp.	Luvas 7.0		Vicryl Sertix		
	Flaxidol amp.	Luvas 7.5		Vicryl Sertix		
	Flêocortid amp.	Luvas 8.0		Vicryl Sertix		
	Geramicina amp.	Luvas 8.5				
	Glicose amp.	Oxigênio l/m				
	Glucon de Cálcio amp.	Polflix				
	Haemacel ml	PVPI Degemante ml				
	Heparema ml	PVPI Tópico ml	Qty.	SOROS		
	Kanakion amp.	Sabão Antiséptico	01	SG Normotérmico fr 500 ml	17 Laran	
	Lasix amp	Saco coletor	02	SG Gelado fr 500 ml		
	Medrotinazol	Seringa desc. 10 ml	02	SG Hipertérmico fr 500 ml		
	Piasil amp	Seringa desc. 20 ml		SG Ringr fr 500 ml		
	Prolamina	Seringa desc. 50 ml		SG fr 500 ml		
	Revivan amp.	Sonda				
	Stiptanon amp.	Sonda foley	Qty.	ORTESE E PRÓTESE		
	Cefalotina 1g	Sonda Nasogálica				
		Sonda Uretral n°		COMPREV PREVIDÊNCIA S/A		
		Sterydrem ml				
		Torneirinha		23 AGU. 2018		
		Vaseline ml				
Qty.	MATERIAIS / SOLUÇÕES	01		PROTOCOLO		
	Aquilha desc. 25 x 7	Gelcon 18		EQUIPAMENTOS		
	Aquilha desc. 28 x 28	Latese		() Oximetro de Pulso	() Foco Auxiliar	
	Aquilha desc. 3 x 4,5	05 Ele fonda		() Serra	() Eletrocautério	
	Aquilha p/ raque n°			() Desfibrilador	() Oxícapiógrafo	
	Alcool de Enfermagem			() Foco Frontal	() Cardiomonitor	
	Alcool Iodado ml			() Fonte de Luz	() Perfurador Elétrico	
	Ataduras de Crepon					
	Ataduras de Gessada					
	Azul metilenlo amp.					
	Benzina ml					

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO





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

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente Joséaldo Ribeiro

Alojamiento

Leib

Diagnóstico

PO Fix unaged

1000

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
23 AGO. 2018
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente Tomado de fondo

Alojamiento

1

Leito

Diagnóstico

Flora der Binn ①

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
21.04	<p>Delta Zenz upris às 22hs SAI Bco al EV LIV 24 hs Captopril 50 mg + ABD 675mg Infamel 100 mg + IODoral 500 mg EV 8/8hs Ibutamox 100 mg + ABD EV m 12/12hs Flutamide 200 mg/dia SS/V + L-Lys</p> <p>M T N</p> <p><i>Med. para PMS à Dua - Chamb 300 mg</i></p>	10/04/2018	<p>Flutamide 200 mg/dia</p> <p><i>Med. para PMS à Dua - Chamb 300 mg</i></p>

四〇〇



COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

23 April 2018

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

100-401

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
23 ABR. 2018
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Diagnóstico

Paciente	Nome do Paciente	ALTA ORTOPÉDICA	PREF OP	Leito	Convênio
Data	Prescrição Médica		Horário	Evolução	
10/04/13	1 DIETA LIVRE DÍAS R/V 2 JELCO SALINIZADO SAL 150 mL EV 24h 3 DIPRIFLON 1g VO 6/8H 4 OMEPRAZOL 20mg VO JEJUM 5 CURATIVO EV DIA 6 FISIO MOTORA 7 SAVVACEDO 8 CLERANÉ 40MG SC 2X/DIA SUSPENS 9 Glicocorticoide 1g + IBD IV 12/12h 10 - Tramadol 100mg + 100ml S/F 0206 IV 8/18h	CTE 000 000 000 24 06 06 AM AM AM		LEITO 9-3	
				#ORTOPEDIANA	DIA 4.
				POE	SEM VIDA SUBSTITUTIVA NO FERIMENTO OMEGA 3000 mg 1x/dia, 2000 mg 1x/dia
				SC 12h	06 30min





GOVERNO
DA PARAÍBA

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

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

ORTOP

ALA ORTOPEBIC

PRE op

10

Diagnóstico

Paciente	Nome de Preenche	ALA ORTOPEDIANA	Setor	Leito	Convênio
Data	Prescrição Médica		Horário		Evolução
15.01	1 DIETA LIVRE 2 JEJO SALINIZADO 3 DIPRONA 1g VP 6/6H 4 OMEPRAZOL 20mg VO JEJUM 5 CURATIVO EX DIA 6 FISIOTERAPIA 7 SSVV+CCGG 8 CLEKANE 40MG SC X01DIA	15.01.2016	10:00	10:00	LEITO 9-3
					ORTOPEDIANA DIH: 10:00
					DR. EDILSON FELIPE A. GOMES 06/01/2016 06/01/2016
					DR. EDILSON FELIPE A. GOMES 06/01/2016 06/01/2016

100-101



Data da internação: 15/04/2018 Hora: 21:38:35

SUS

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
JOSINALDO PEREIRA

6 - N° DO PRONTUÁRIO
1635667

7 - CARTÃO DO SUS

8 - DATA DE NASCIMENTO
15/04/1983

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

9 - SEXO
Masculino Feminino
83

12 - ENDEREÇO (RUA, N°,BAIRRO)
RUA 07 DE SETEMBRO , 0 , CENTRO

14 - CÓDIGO MUNICÍPIO-15 - UF
250600 PB 58135000

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
Esperança

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

*Na e de Domingos
e Perna Dispepsia*

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

110 CIA

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

Na e de Domingos + exame fíne

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARATER DA INTERNAÇÃO

02

28 - DOCUMENTO

(X) CNS

29 - N° DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

980016278218009

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

JOAO PAULO OLIVEIRA NUNES

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

15/04/2018

32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ORGÃO EMISSOR

45 - DOCUMENTO

() CNS

() CPF

46 - N° DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

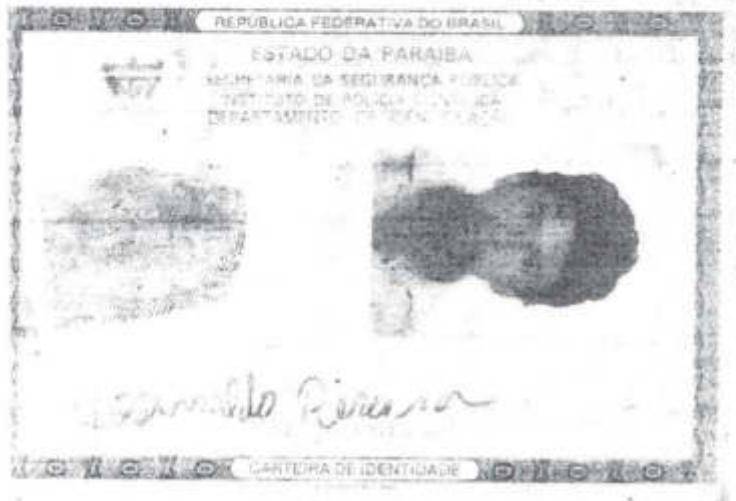
48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

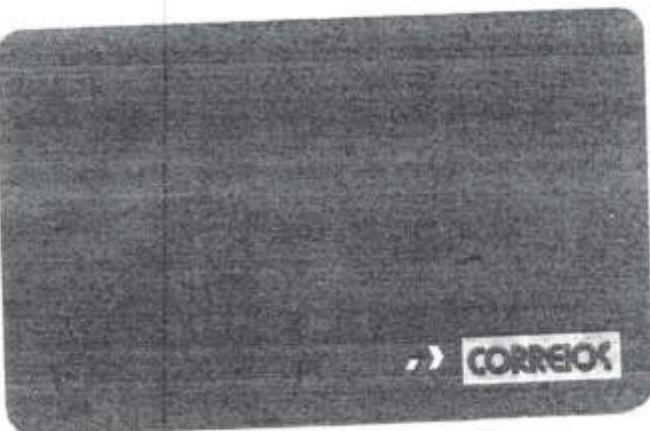
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

23 AGU. 2018

*PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA*



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
REGISTRO GERAL 2361099 DATA DE EXPEDIÇÃO 23 SET. 1996
NOME JOSINALDO PEREIRA
FILIAÇÃO José Pereira Filho
Luzinete, Janete Pereira
Renálio Pb 27.07.1978 DATA DE NASCIMENTO
NATURALIDADE
DOC ORIGEM Cart. Nrs. 2.892. Pls. 30. Lts. A-
P
CPF
ALEXANDRE NEGRÃO C. DE CARVALHO
Assinatura do Diretor
LEI Nº 7.116 DE 29/06/83





SEGURÓBRIGA DANO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS PELAS CEGAS
SEGURAMORES DE VANTE TERRESTRE VOU POR FUMCARA APESAR DA

16

PB N° 013813659754 BILHETE DE SEGURO DPVAT ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA www.seguradoralider.com.br SAC DPVAT 0800 022 1204																			
PRÉMIO TARIFÁRIO <table border="1"> <tr> <td>— PISO (R\$) —</td> <td>DEPÓSITO (R\$)</td> <td>— CUSTO (PO SÉTIMO (R\$) —</td> </tr> <tr> <td>*****</td> <td>*****</td> <td>*****</td> </tr> <tr> <td colspan="2">VALOR DO BILHETE (R\$)</td> <td>109 (R\$)</td> </tr> <tr> <td colspan="2">— PAGAMENTO —</td> <td>P A G O</td> </tr> <tr> <td colspan="2">DATA DE EMISSÃO</td> <td>20/09/2017</td> </tr> <tr> <td colspan="2">DATA DE VENCIMENTO</td> <td>23 AGO. 2018</td> </tr> </table>		— PISO (R\$) —	DEPÓSITO (R\$)	— CUSTO (PO SÉTIMO (R\$) —	*****	*****	*****	VALOR DO BILHETE (R\$)		109 (R\$)	— PAGAMENTO —		P A G O	DATA DE EMISSÃO		20/09/2017	DATA DE VENCIMENTO		23 AGO. 2018
— PISO (R\$) —	DEPÓSITO (R\$)	— CUSTO (PO SÉTIMO (R\$) —																	
*****	*****	*****																	
VALOR DO BILHETE (R\$)		109 (R\$)																	
— PAGAMENTO —		P A G O																	
DATA DE EMISSÃO		20/09/2017																	
DATA DE VENCIMENTO		23 AGO. 2018																	
SEGURADORA LÍDER - DPVAT CNPJ 08.248.666/0001-94 31054-0827047-20180103 SET-2017																			

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180392907 **Cidade:** Esperança **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSINALDO PEREIRA **Data do acidente:** 15/04/2018 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (HASTE IM+PARAFUSO) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:
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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: FERNANDA CARDOSO GUERRA FONSECA

CRM: 533427

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180392907 **Cidade:** Esperança **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSINALDO PEREIRA **Data do acidente:** 15/04/2018 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (HASTE IM+PARAFUSO) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: FERNANDA CARDOSO GUERRA FONSECA

CRM: 533427

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180392907 **Cidade:** Esperança **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSINALDO PEREIRA **Data do acidente:** 15/04/2018 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (HASTE IM+PARAFUSO) E ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITA.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL DO MEMBRO INFERIOR DIREITA.

Documentos complementares:

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Josinaldo Ferreira, brasileiro(a),
estado civil Casado, profissão Agricultor, inscrito
no CPF de nº 100 19501 894 123, e no RG de nº 2361099, residente
e Domiciliado a Rua: Josinaldo Guita 1070, nº 47,
Bairro Centro, na Cidade de Remígio/
Estado Pernambuco, CEP 58398000.

OUTORGADO: INACIO BRUNO SARMENTO, brasileiro, casado, Advogado, inscrito no CPF de Nº. 036.781.814-06, RG de nº 2131933, SSP/PB e OAB/PB de nº 21.472, escritório localizado na Av. Dinamerica Alves Correia, 1020, loja 02, Dinamerica, Campina Grande/PB.

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) Josinaldo Ferreira, ocorrido em 15/04/2018, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

Podendo dito(a) procurador(a), 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.

Campina Grande/PB, em 15 de Agosto de 2018

Outorgante

:MA POR AUTENTICIDADE



CARTÓRIO DE ÚNICO OFÍCIO DE REMÍGIO

Rua José Leal, 135 Centro - Fone: 3364.1235 - Remígio - PB

ESCREVENTES

- Maria do Socorro Barbosa Fernandes
- Mércia Maria Serafim dos Santos
- Maria Selma da Silva

Reconheço com AUTÉNTICA(S) a(s) firma(s) de Josinaldo Ferreira

Conforme cartão de autógrafo de arquivos neste cartório: M^a Serafim dos Santos
Dou fé Remígio, 15/04/2018 Josinaldo Ferreira

"SELO DIGITAL: AH104693-FAGG"

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