

Rio de Janeiro, 19 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: JOAO PEDRO SILVA DE ARAUJO

Nº Sinistro: 3180427186

Vitima: JOAO PEDRO SILVA DE ARAUJO

Data do Acidente: 13/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180427186**.

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

Carta nº 13378655



Rio de Janeiro, 27 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: JOAO PEDRO SILVA DE ARAUJO

Nº Sinistro: 3180427186

Vitima: JOAO PEDRO SILVA DE ARAUJO

Data do Acidente: 13/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180427186**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **13/05/2018**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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 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

121.399.184-60

Nome completo da vítima

João Pedro Silva de Araújo

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo		CPF titular da conta		Profissão	
João Pedro Silva de Araújo		121.399.184-60		Recusou-se	
Endereço		Número		Complemento	
Rua Sem Rui Carneiro		61			
Bairro	Cidade	Estado	CEP	Telefone (DDD)	
Antônio	Cidade Brasileira	PB	58350000	3-98849-5530	
Email				Telefone (DDD)	
cef.antonio@gmail.com				3-98849-5530	

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

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00		☐ SEM RENDA ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00		☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00		☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00	
☒ CONTA POUQUANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (341) ☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)				☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)			
AGÊNCIA NRO. 3909		CONTA NRO. 53154		BANCO Nome Operadora 013		NRO.	
D.V.		D.V. 1		AGÊNCIA NRO.		CONTA NRO.	
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

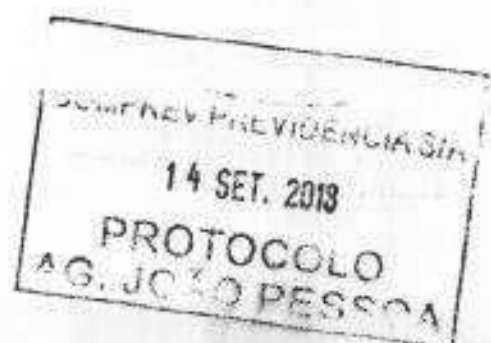
Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do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

João Pedro Silva de Araújo 13 de Setembro de 2018
 Local e Data

João Pedro Silva de Araújo
 Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal







GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
Secretaria de Estado da Segurança e da Defesa Social
Delegacia Geral da Polícia Civil
7ª Delegacia Distrital De Cabedelo



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

N.º 48/2018

OCORRÊNCIA: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM LESÃO CORPORAL

CERTIFICO EM RAZÃO DE MEU OFÍCIO QUE ESTEVE NESTA DELEGACIA A PESSOA ABAIXO CITADA PARA COMUNICAR O SEGUINTE RELATO:

COMUNICANTE: JOÃO PEDRO SILVA DE ARAUJO **ESTADO CIVIL:** SOLTEIRO **NATURALIDADE:** JOÃO PESSOA-PB
PROFISSÃO: AUTÔNOMO **DATA DE NASCIMENTO:** 05/07/1995 **IDADE:** 23 ANOS **RG:** 3.704.410 SSP/PB **CPF:** 121.399.184-60 **FILIAÇÃO:** PAULO MOREIRA DE ARAUJO E JOSEFA FRANCELINA DE ARAUJO **ENDEREÇO:** RUA SENADOR RUI CARNEIRO, Nº. 61, CENTRO, CALDAS BRANDÃO-PB, CEP 58.350.000. **TELEFONE:** 83-99124-9553 **GRAU DE INSTRUÇÃO:** ENSINO FUNDAMENTAL COMPLETO **COR DA PELE:** MORENO **DIA DO OCORRIDO:** 13/05/2018 **LOCAL DO FATO:** RODOVIA BR 230, CAJÁ-PB

HISTÓRICO: JOÃO PEDRO SILVA DE ARAUJO AFIRMA QUE NO DIA 13/05/2018 POR VOLTA DAS 00:30H QUANDO TRAFEGAVA A PÉ PELA RODOVIA BR 230, NAS PROXIMIDADES DA IGREJA ASSEMBLÊIA DE DEUS NO MUNICÍPIO DE CAJÁ-PB, AO TENTAR ATRAVESSAR A PISTA FOI ATROPELADO POR UM VEÍCULO DE PLACA NÃO IDENTIFICADA QUE APÓS O OCORRIDO SE EVADIU DO LOCAL, TENDO SOFRIDO DIVERSAS LESÕES E SIDO SOCORRIDO E ENCAMINHADO AO HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA, NA CIDADE DE JOÃO PESSOA-PB, ONDE TEVE O SEU ATENDIMENTO REALIZADO AS 01:59H. POR ESTE MOTIVO NOTICIU O FATO. O REFERIDO É VERDADE, DOU FÉ.

Vítima/Comunicante:

João Pedro Silva de Araújo

Elaborado por: **VANILDO WANDERLEY LINS FILHO**, Policial Civil.

Cabedelo-PB, 06 de julho de 2018

Vanildo
Vanildo Wanderley Lins Filho
Agente de Investigação-Polícia Civil
Matrícula 156.268-1



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

João Pedro Silva de Araújo

CPF da Vítima

121.399.184-60

Data do Acidente

33/05/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

E-mail

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 afeição 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.



João Pedro Silva de Araújo 13 de Setembro

de 2018

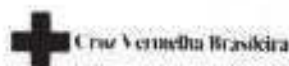
Local e Data

João Pedro Silva de Araújo

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Ato Declaratório



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Luiza



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, s/n - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel: 8332166700

Boletim de Atendimento: 1081674



Identificação do paciente

ID 1288473	Nome JOAO PEDRO SILVA DE ARAUJO	Sexo Masculino
Data de nascimento 06/07/1995	Idade 22 anos 10 meses 6 dias	Estado civil Solteiro
Mãe JOSEFA FRANCELINA DE ARAUJO	Pai PAULO MOREIRA DE ARAUJO	
Escolaridade	Responsável (Parentesco) A MAE - MAE	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 883216765	DDD Fixo 83
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3704410	Fone Fixo 31873841
Local de procedência CALDAS BRANDAO	Nº Cnt 708101589799139	
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	Tipo MUNICIPIO
		UF PB
		CBO/R

Endereço

CEP 58350000	Município de residência CALDAS BRANDAO	UF PB	Logradouro SENADOR RUI CARNEIRO
Número 61	Complemento	Bairro CAJA	

Admissão

Data e Hora 13/05/2018 01:58:23	Numero da pulseira 1000059883691	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica	
Classificação de risco	Origem do paciente RUA	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ATROPELAMENTO	Detalhe do acidente VEICULO X PEDESTRE

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Modo de transporte SAMU	Quem transportou		

Sinais Vitais

PA X mmHg	Pulso	Temperatura
--------------	-------	-------------

Exames complementares

Raios X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrassonografia []
-------------	------------	-----------	--------	------------	---------	----------------------

Dados clínicos
paciente de trauma no sangue
lesões no abdômen, acido
urico. Sinais de trauma ✓

Diagnóstico

Atendido por
THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA

Marcos Filho
Especialista
COREN PB 0001443

COMPANHIA PREVIDENCIA S/A
14 SET. 2018
PROTOCOLO

CAIXA

A vida pede mais que um banco



CTC REC.FE PE PL 6 DATA DE POSTAGEM 09/05/2018
ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO
AV COREMAS 172
CENTRO
58013-430 JOAO PESSOA PB



711 30702104737 48007 6760 0830 65518

PROTOCOLO
14 SET. 2018
AG. JOAO PESSOA

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/biblioteca/web/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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Adulson Luiz de Queiroz Coutinho Neto inscrito (a) no CPF sob o Nº 007.854.364 / 99 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário João Pedro Silva de Araújo inscrito (a) no CPF sob o Nº 121.399.184 / 60 do sinistro de DPVAT cobertura Indenidade da vítima João Pedro Silva de Araújo inscrito (a) no CPF sob o Nº 121.399.184 / 60 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

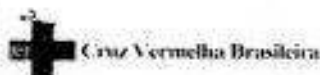
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.
Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	<u>Ruimida Lorenzo</u>			Número	<u>372</u>	Complemento	
Bairro	<u>Centro</u>	Cidade	<u>João Pessoa</u>	Estado	<u>PB</u>	CEP	<u>58013-430</u>
Email	<u>ccf.odun@gmail.com</u>			Telefone comercial(DDD)	<u>83-3506-1910</u>	Telefone celular(DDD)	<u>83-98849-5530</u>

João Pedro PB 13 de Setembro de 2018
Local e Data

Adulson Luiz de Queiroz Coutinho Neto
Assinatura do Declarante





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNPJ: 2458276 - Tel: 8332165700

Impresso por: JOSE
EURIDES LIBERALINO
Em: 20/05/2018 12:23:30

Paciente JOAO PEDRO SILVA DE ARAUJO	Boletim de Atendimento 1081674	Data/Hora Entrada 13/05/2018 01:50:23	Data/Hora Saída
Data de nascimento 05/07/1995	Idade 22	Sexo Masculino	CNS 708101569799139
Tempo de Internação	Convênio SUS		Prontuário 108716
			Plantão DIURNO

EVOLUÇÃO MEDICA (JOSE EURIDES LIBERALINO - 20/05/2018 12:23:16)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

#CIRURGIA TORÁCICA

Toracostomia com drenagem fechada por pneumotórax esquerdo não realizada devido a falta de material (instrumental) cirúrgico, campos e capotes.

CD:

- Aguardamos material para procedimento.

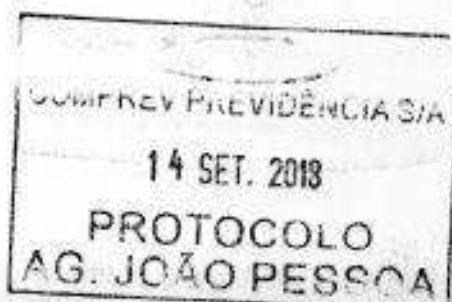
Seção: POSTO IA - ENF 2 Leito: 0001 - CLINICA MÉDICA

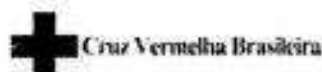
Profissional responsável pela informação: JOSE EURIDES LIBERALINO

Número Conselho: 5252

Dr. José EURIDES Liberalino
Cirurgião Torácico
CRM 5252

Infem
CORSA





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

INTERNO, S/N -
CNES: 454546 - Tel.:

Impresso por: RODOLFO
LUCIO ALVES TITO
Em: 18/05/2018 09:54:57

Paciente JOAO PEDRO SILVA DE ARAUJO	Boletim de Atendimento 1081674	Data/Hora Entrada 13/05/2018 01:59:23	Data/Hora Saída
Data de nascimento 05/07/1995	Idade 22	Sexo Masculino	CNS 708101569799139
Tempo de Internação	Convênio SUS	Prontuário 108716	Plantão DIURNO

EVOLUÇÃO MEDICA (RODOLFO LUCIO ALVES TITO - 18/05/2018 09:54:43)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

#CIRURGIA TORÁCICA

CEFTRIAXONA D5 (13.05)

5° PO TORACOSTOMIA BILATERAL (COLISAO MOTO X AUTO) - PNEUMOTORAX

Paciente vítima de colisão moto x auto, apresentou traumatismo torácico com contusão bilateral em tc de torax, sem sinais de tce, trauma abdominal, raquimedular ou de extremidades.

Refere dor em HTD.

Dreno esquerdo: 50ml límpido, pouco oscilante, sem escape a tosse

Dreno direito: 50ml límpido, pouco oscilante, sem escape a tosse

AO EXAME:

AP: MMvv presentes em ambos HT com roncos esparsos em base pulmonar a direita

cd:

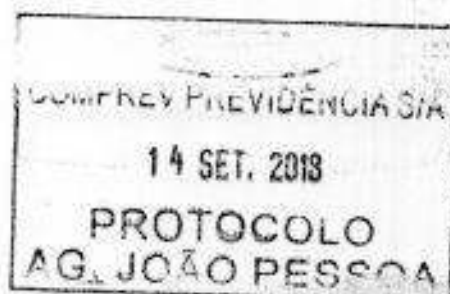
1. Retiro dreno de tórax a esquerda
2. Intensificar fisioterapia respiratória e motora

Seção: POSTO IA - ENF 2 Leito: 0001 - CLINICA MÉDICA

Profissional responsável pela informação: RODOLFO LUCIO ALVES TITO

Número Conselho: 7191

Dr. Rodolfo Lucio Alves Tito
Cirurgião Geral
CRM-PB 7191



AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNES: 2458276 - Tel: 8332185700

Impresso por: JOSE
EURIDES LIBERALINO
Em: 16/05/2018 10:25:32

Paciente JOAO PEDRO SILVA DE ARAUJO	Boletim de Atendimento 1081674	Data/Hora Entrada 13/05/2018 01:59:23	Data/Hora Saída
Data de nascimento 05/07/1995	Idade 22	Sexo Masculino	CNS 708101569799139
Tempo de Internação	Convênio SUS	Prontuário 108716	Plantão DIURNO

EVOLUÇÃO MEDICA (JOSE EURIDES LIBERALINO - 16/05/2018 10:24:53)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

#cirurgia torácica#

paciente vítima de atropelamento há 24h. apresentou traumatismo torácico com contusão vista na tc de torax. sem sinais de tce, trauma abdominal, raquimedular ou de extremidades.

realizada drenagem torácica bilateral no atendimento inicial.

dreno esquerdo: límpido, NÃO oscilando, escape-

dreno direito: hemático, oscilando, escape +

Dreno de tórax: Débito não foi aferido nas ultimas 24h

cd:

mantenho dreno de torax

intensificar fisioterapia respiratoria e motora

SOLICITADO RAO X DE TORAX EM 15/05/2018, NÃO REALIZADO.

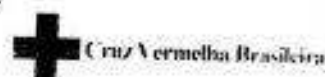
Seção: POSTO IA - ENF 2 Leito: 0001 - CLINICA MÉDICA

Profissional responsável pela informação: JOSE EURIDES LIBERALINO

Dr. José Eurides Liberalino
Cirurgião Torácico
CRM 5252

Número Conselho: 5252

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
14 SET. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

AV. ORESTES LISBOA, S/n - PEDRO GONDIM
CNES: 445365 - Tel.: 8332165700



Impresso por: ATTILA
RAPHAEL BARBOSA
ARAUJO SOUZA DE
OLIVEIRA ALVES
Em: 14/05/2018 11:45:05

Paciente JOAO PEDRO SILVA DE ARAUJO	Boletim de Atendimento 1081674	Data/Hora Entrada 13/05/2018 01:59:23	Data/Hora Saída
Data de nascimento 05/07/1995	Idade 22	Sexo Masculino	CNS 708101569799139
Tempo de Internação	Convênio SUS	Prontuário 108716	Plantão DIURNO

EVOLUÇÃO MEDICA (ATTILA RAPHAEL BARBOSA ARAUJO SOUZA DE OLIVEIRA ALVES - 14/05/2018 11:44:53)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

#CIRURGIA TORÁCICA#

PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO HÁ 24H. APRESENTOU TRAUMATISMO TORÁCICO COM CONTUSÃO VISTA NA TC DE TORAX. SEM SINAIS DE TCE, TRAUMA ABDOMINAL, RAQUIMEDULAR OU DE EXTREMIDADES.

REALIZADA DRENAGEM TORÁCICA BILATERAL NO ATENDIMENTO INICIAL.

DRENO ESQUERDO: LÍMPIDO, OSCILANDO, ESCAPE+

DRENO DIREITO: HEMÁTICO, OSCILANDO, ESCAPE +

OBS.: O DÉBITO DO DRENO NAO FOI AFERIDO NAS ULTIMAS 24H

CD:

MANTENHO DRENO DE TORAX

INTENSIFICAR FISIOTERAPIA RESPIRATORIA E MOTORA

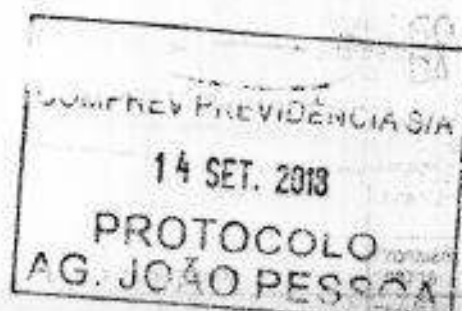
Seção: SALA DE ESTABILIZAÇÃO Leito: LEITO EXTRA 3

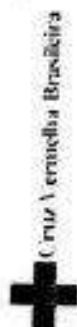
Profissional responsável pela informação: ATTILA RAPHAEL BARBOSA ARAUJO SOUZA DE OLIVEIRA

ALVES

Número Conselho: 11491


Dr. Attila Raphael
Médico Residente - Cirurgia Geral
CRM/PB: 11.491





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



AV. ORESTES LUSOIA, S/n - PEDRO GONDIM
CNPJ: 44.5365 - Tel: 83.32185700

Paciente JOAO PEDRO SILVA DE ARAUJO	Boletim de Atendimento 1081674	Detalhamento Entrada 13/05/2018 01:59:23	Detalhamento Saída
Data de nascimento 05/07/1995	Idade 22	Sexo Masculino	Promotorio 108716
Tempo de Internação	Convênio SUS	CNS 708101569799139	Planoção NOTURNO

Impresso por: TALVANE SOBREIRA
Em: 14/05/2018 20:04:58

EVOLUÇÃO MEDICA (TALVANE SOBREIRA - 14/05/2018 20:04:47)

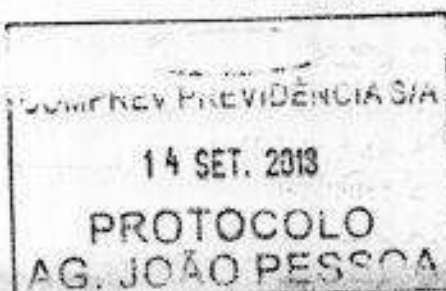
EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:
DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

PACIENTE VÍTIMA DE ATROPELAMENTO HÁ +/- 1 DIA, APRESENTADO MÚLTIPLAS ESCORIAÇÕES EM FACE, EXAME RADIOGRÁFICO NÃO APRESENTA SINAL SUGESTIVO DE FRATURA DE FACE.
CD: 1-EXAME FÍSICO
2-ALTA BMF, AOS CUIDADOS DA TORÁCICA.

Sessão: SALA DE ESTABILIZAÇÃO Leito: LEITO EXTRA 3
Profissional responsável pela informação: TALVANE SOBREIRA

Número Conselho: 2262





UNIVERSIDADE
DE PERNAMBUCO

RELATÓRIO DE CIRURGIA

1

Nome: Dr. Paulo Roberto de Castro Assistente
 Idade: _____ Sexo: () Masculino () Feminino Cor: ✓ Data: 1/1/1
 Clínica/Setor: _____ EMP: _____ LR: _____
 Cirurgia: Uterina
 Cirurgião: _____ 1º Assistente: _____
 2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____
 Instrumentador: _____ Anestesista: _____
 Tipo de Anestesia: _____ Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Hemiparesia lateral</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Tomografia e drenagem de cisterna lateral</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: () Sim () Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelamento: () Sim () Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

() Enfermaria () Terapia Intensiva () Residência () Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM: _____

João Pessoa, 15 SET, 2018

UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO
14 SET, 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Incisão:

Achados:

Conduta:

Fechamento:

Observação:

Médico/CRM:

Cistite e u/vetno
e com Ofl L

Incisão horizontal sobre
o hip. meso D

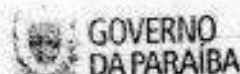
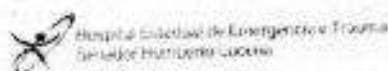
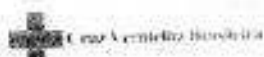
— Acep de chao 4.32

— Hip & Cistite
totalmente

RECEBUEV PREVIDENCIA S/A
14 SET. 2013
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

[Handwritten signature]

João Pessoa, 13 SET, 2013



AREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

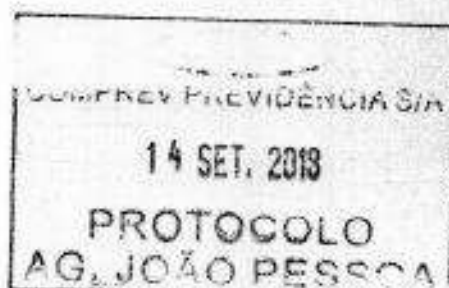
Tel:

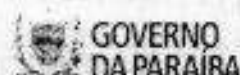
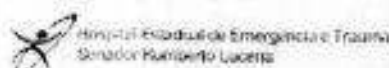
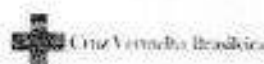
CNES: 6121221

Paciente JOAO PEDRO SILVA DE ARAUJO	BAE 1081674	Data/Hora Entrada 13/05/2018 01:59:23	Data Baixa
Data de nascimento 05/07/1995	Idade 22a 10m 8d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 993216765 / (83) 91870941
Mãe JOSEFA FRANCELINA DE ARAUJO			Profissão
Endereço SENADOR RUI CARNEIRO, 01	Bairro CAJA	Município CALDAS BRANDÃO	UF PB
Acidente VEICULO X PEDESTRE	Motivo ATROPELAMENTO	Profissional CARLOS MAGALHAES FRANCA	Nº Cons. Regional 3792/PB
Data/Hora Classificação 13/05/2018 01:59:23		Data/Hora Prescrição 13/05/2018 09:26:25	
Anamnese			
PACIENTE COM HISTÓRIA DE VÍTIMA POR ATROPELAMENTO. NÃO SABE INFORMAR O HORÁRIO. TRAZIDO PELO SAMU ÀS 02 HORAS. REALIZADO PROCEDIMENTO DE DRENAGEM TORÁCICA PELA EQUIPE DA CIRURGIA GERAL. QUEIXA-SE DE DOR INTENSA NO BRAÇO DIREITO. AO EF: EQUIMOSE E DEFORMIDADE NO BRAÇO DIREITO, SEM FERIMENTOS, ADM NÃO TESTADA DEVIDO À DOR, NEUROVASCULAR PRESERVADO. RAIOX: FRATURA DIAFISÁRIA DO UMERO DIREITO. CO: PINÇA DE CONFEITEIRO + RAIOX CONTROLE. C. geral PCT SEGUE PALIDO, COM QUEIXAS DE DORES DIFUSAS. ABDOMEN FLACIDO E INDOLORE, SEM SINAIS DE IRRITAÇÃO.			
MEDICAÇÃO			
DEXIPRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 6/8H			
SANGUE E DERIVADOS			
CONCENTRADO DE HEMÁCIAS, ADMINISTRAR 2,0 ML			
CID10			
Código	Descrição		
T14.9	Traumatismo não especificado		
Conduta			
Em observação			

JOAO PEDRO SILVA DE ARAUJO

Dr. Carlos Magalhães Franca
CRM-PB 3792
CARLOS MAGALHAES FRANCA
CPF: 3792/PB





AREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel:

CNES: 6121221

Paciente JOAO PEDRO SILVA DE ARAUJO	BAE 1081474	Data/Hora Entrada 13/09/2018 01:59:23	Data Saída
Data de nascimento 05/07/1995	Idade 22a 10m 8d	Sexo Masculino	CNS 708101503739139
Mãe JOSEFA FRANCELINA DE ARAUJO			Teléfono de Contato (33) 993214765 / (33) 91872941
Endereço SENADOR RUB CARNEIRO, 11	Bairro CAJA	Município CALDAS BRANDÃO	UF PB
Acidente VEICULO X PEDESTRE	Modo ATROPELAMENTO	Profissional CARLOS MAGALHAES FRANCA	Nº Cons. Regional 3792/PB
Data/Hora Classificação 13/09/2018 01:59:23		Data/Hora Prescrição 13/09/2018 09:20:25	

Anamnese

PACIENTE COM HISTÓRIA DE VÍTIMA POR ATROPELAMENTO.
NÃO SABE INFORMAR O HORÁRIO. TRAZIDO PELO SAMU ÀS 02 HORAS
REALIZADO PROCEDIMENTO DE DRENAGEM TORÁCICA PELA EQUIPE DA CIRURGIA GERAL.
QUEIXA-SE DE DOR INTENSA NO BRAÇO DIREITO.
AO EF: EQUIMOSE E DEFORMIDADE NO BRAÇO DIREITO. SEM FERIMENTOS. ADM NÃO TESTADA DEVIDO À
DOR. NEUROVASCULAR PRESERVADO.
RAIOX: FRATURA DIAFISÁRIA DO UMEIRO DIREITO
CD: PINÇA DE CONFETEIRO + RAOX CONTROLE

c. geral

PCT SEGUE PALIDO, COM QUEIXAS DE DORES DIFUSAS
ABDOMEN FLACIDO E INDOLOR. SEM SINAIS DE IRRITAÇÃO

MEDICAÇÃO

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML). ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 6/6H

SANGUE E DERIVADOS

CONCENTRADO DE HEMÁCIAS, ADMINISTRAR 2,0 ML

CID10

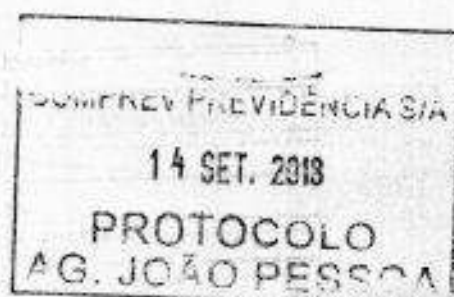
Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação.

JOAO PEDRO SILVA DE ARAUJO

Dr. Carlos Magalhães Franca
CRM-PB 3792
3792/PB
CARLOS MAGALHAES FRANCA
(3792/PB)





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

AREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel:

CNES: 6121221

Paciente JOAO PEDRO SILVA DE ARAUJO		BAE 1081674	Data/Hora Entrada 13/05/2018 01:59:23	Data Baixa
Data de nascimento 05/07/1995	Idade 22a 10m 8d	Sexo Masculino	CNS 708101569799139	Telefone de Contato (83) 993216765 / (83) 91870941
Mãe JOSEFA FRANCELINA DE ARAUJO			Prontuário	
Endereço SENADOR RUI CARNEIRO, 61		Bairro CAJA	Município CALDAS BRANDÃO	UF PB
Acidente VEICULO X PEDESTRE		Motivo ATROPELAMENTO	Profissional JOSE VICTOR LOPES FERREIRA CUNHA	Nº Cons. Regional 11045/PB
Data/Hora Classificação 13/05/2018 01:59:23			Data/Hora Prescrição 13/05/2018 05:20:11	

Anamnese

REALIZO JUNTO A DR EDENILSON A DRENAGEM DE AMBOS OS TÓRAX DIANTE DE HEMOPNEUMOTORAX A DIREITA E PNEUMOTORAX A ESQUERDA. EVIDENCIADOS PELA CLINICA E POR RX DE TORAX. PROCEDIMENTO SEM INTERCORRÊNCIA E RESPEITANDO A TÉCNICA CIRURGICA. DRENOS EM PERFEITO FUNCIONAMENTO.

CD: SOLICITO PARECER DA CIRURGIA TORÁCICA
SOLICITO HB E HT
SOLICITO TC TORAX E ABDOME

CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER CIRURGIA TORÁCICA

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX

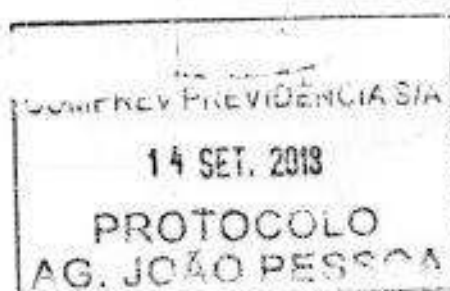
CID10

Código	Descrição
J14.0	Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

JOAO PEDRO SILVA DE ARAUJO

JOSE VICTOR LOPES FERREIRA CUNHA
(CRM: 11045/PB)

[Handwritten signature]

Bruno J. B. Gonçalves
MÉDICO
CRM - PB 10510



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

ÁREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel:

CNES: 6121221

Paciente JOAO PEDRO SILVA DE ARAUJO		BAE 1081674	Data/Hora Entrada 13/05/2018 01:59:23	Data Baixa
Data de nascimento 05/07/1995	Idade 22a 10m 8d	Sexo Masculino	CNS 708101569799139	Telefone de Contato (83) 993216765 / (83) 91870941
Mãe JOSEFA FRANCELINA DE ARAUJO				Prontuário
Endereço SENADOR RUI CARNEIRO, 61		Bairro CAJA	Município CALDAS BRANDÃO	UF PB
Acidente VEICULO X PEDESTRE	Motivo ATROPELAMENTO	Profissional GEORGE DE ALBUQUERQUE C MENDES	Nº Cons. Regional 8346/PB	
Data/Hora Classificação 13/05/2018 01:59:23		Data/Hora Prescrição 13/05/2018 04:36:50		

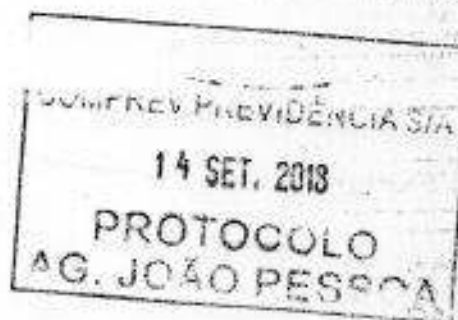
Anamnese

VÍTIMA DE POLITRAUMA POR ATROPELAMENTO
SEM RELATO DE PERDA DA CONSCIÊNCIA
SEM VÔMITOS
PÁLIDO
GLASGOW 15
TCC SEM ANORMALIDADES INTRACRANIANAS QUE NECESSITEM DE TRATAMENTO NEUROCIRÚRGICO
IMEDIATO.
TC DA COLUMNA CERVICAL SEM EVIDÊNCIA DE FRATURA.
CD: ALTA DA NCR; SEGUE AOS CUIDADOS DA CIRURGIA GERAL

Conduta

Em observação

JOÃO PEDRO SILVA DE ARAUJO


 GEORGE DE ALBUQUERQUE C MENDES
(8346/PB)




Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBAAV. ORESTES LISBOA, S/n - PEDRO GONDIM
CNPJ: 445365 - Tel.: 8332165700Impresso por: ATILA
RAPHAEL BARBOSA
ARAUJO SOUZA DE
OLIVEIRA ALVES

21/05/2018 19:38:33

Paciente JOAO PEDRO SILVA DE ARAUJO	Boletim de Atendimento 1081674	Data/Hora Entrada 13/05/2018 01:58:23	Controle de Entrada 1081674
Data de nascimento 05/07/1995	Idade 22	Sexo Masculino	CNS 708101589799139
Tempo de Internação	Convênio SUS		Plantação NOTURNO

EVOLUÇÃO MEDICA (ATILA RAPHAEL BARBOSA ARAUJO SOUZA DE OLIVEIRA ALVES - 21/05/2018 19:38:20)**EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

#CIRURGIA TORÁCICA# *Descrever cirurgia*

EVIDO A PRESENÇA DE PNEUMOTORAX E CONSEQUENTE INCOMPLETA REEXPANSÃO PULMONAR VISTOS NO RAI X DE TORAX, REALIZO TORACOSTOMIA COM DRENAGEM PLEURAL FECHADA, DE ACORDO COM A TÉCNICA DESCRITA ABAIXO:

PACIENTE EM DDH; ASSEPSIA + ANTISSEPÇÃO + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTEREIS; ANESTESIA LOCAL + LOQUEIO INTERCOSTAL NO 2º EJE COM LIDOCAINA A 2% SEM VASOCONSTRICTOR; INCISÃO DE 4CM NA PELE SEGUINDO A MARGEM SUPERIOR DO 2º ARCO COSTAL ESQUERDO, NO PONTO DE ENCONTRO DESTA COM A LINHA HEMICLAVICULAR; DISSECÇÃO POR PLANOS ATÉ A PLEUROTOMIA; INSERÇÃO DE SONDA NASOGÁSTRICA Nº 20 EM SENTIDO LATERAL E SUPERIOR; CONEXÃO DA SONDA COM O SISTEMA EM SELO D'ÁGUA; REVISÃO DA HEMOSTASIA; SINTESE DOS ÂNGULOS DA INCISÃO COM VYCRIL 3-0; FIXAÇÃO DA SONDA COM AMARRAÇÃO EM BAILARINA; LIMPEZA E CURATIVO.

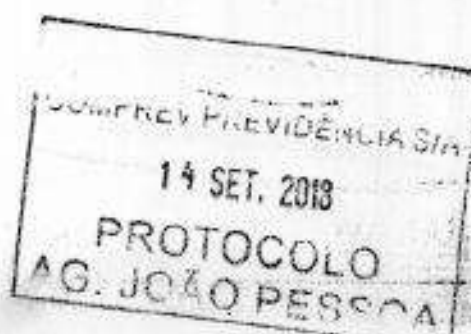
SOLICITO RAI X DE CONTROLE

Seção: POSTO IA - ENF 2 Leito: 0001 - CLÍNICA MÉDICA

Profissional responsável pela informação: ATILA RAPHAEL BARBOSA ARAUJO SOUZA DE OLIVEIRA ALVES

Número: 11491

Dr. Atila Raphael
Médico Residente - Cirurgia Geral
CRM: 11491





REGISTRO DE UTILIZAÇÃO DE MATERIAIS
ÓRTESES PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME

Summary

Paciente: Fátima Pires Silva de Almeida

Prace di mento. Letti quare in abito per gli honore di amma.

 $\text{Na}_2\text{SUS}(\quad)$

Address: D. Cilinciu

Proprietario: USMC-14

Date: 13 Feb 2018

Reposição:

Data: 1

Caixa Pronta

INSTALLATION

FORNECEDOR	DISPENSACÃO CME	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE	CÓDIGO SUS	MARCA
LABORATÓRIO FARMACIA DE P. S.		PRINIPAL D.P. 100mg/10ml	01		
		PRINIPAL D.P. 100mg/10ml	01		
		Nº 30	01		
		Nº 26	01		
		Nº 28	01		
		Nº 36	01		
LABORATÓRIO FARMACIA DE P. S.		PRINIPAL D.P. 100mg/10ml	01		
		PRINIPAL D.P. 100mg/10ml	01		
		Nº 30	01		
		Nº 26	01		
		Nº 28	01		
		Nº 36	01		
LABORATÓRIO FARMACIA DE P. S.		PRINIPAL D.P. 100mg/10ml	01		
		PRINIPAL D.P. 100mg/10ml	01		
		Nº 30	01		
		Nº 26	01		
		Nº 28	01		
		Nº 36	01		

FORNECEDOR PREVIDÊNCIA S/A

14 SET. 2013

PROTOCOLO

2. JOÃO PESSOA

14 SET. 2013

PROTOCOLO

2. JOÃO PESSOA

14 SET. 2013

PROTOCOLO

2. JOÃO PESSOA

ASSINATURA DO MÉDICO - CRM

ASSINATURA ENFERMAGEM - COREN

Manuel Monteiro da Silva
ASSINATURA CIRCULANTE RESPONSÁVEL



SUS Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

Folha 1/2

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HEETSHL

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HEETSHL

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

João Pedro Silva de Araújo

6 - CERTAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

7 - DATA DE NASCIMENTO

05/04/1995

8 - SEXO

9 - NOME DA MAF OU RESPONSÁVEL

10 - ENDEREÇO - RUA, Nº, BAIRRO

11 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

12 - COD. IBGE MUNICÍPIO

13 - UF

14 - CEP

15 - TELEFONE DE CONTATO

16 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

18 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

19 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

20 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

21 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

22 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

23 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

24 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

25 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

26 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

27 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

28 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

29 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

30 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

31 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

32 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

33 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

34 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

35 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

36 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

37 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

38 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

39 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

40 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

41 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

42 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

43 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

44 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

45 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

46 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

47 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

48 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

49 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

50 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

51 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

52 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

53 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

54 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

55 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

56 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

57 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

58 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

59 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

60 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

61 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

62 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

63 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

64 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

65 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

66 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

67 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

68 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

69 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

70 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

71 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

72 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

73 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

74 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

75 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

- Cópia para peça nº A-100

Exa 4.5 (Tb - linfoma)

01. Peça de 12 furos

06 Parafusos verticais sendo:

20103, nº 26103, nº 28103; nº 36103

080. 3.5 THelming para uso diagnóstico.

76 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL SOLICITANTE

77 - DOCUMENTO

78 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

79 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO AT-DETO DO CONSELHO)

80 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

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

82 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO AT-DETO DO CONSELHO)

83 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

84 - DOCUMENTO

85 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

86 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO AT-DETO DO CONSELHO)

87 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

88 - DOCUMENTO

89 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

90 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO AT-DETO DO CONSELHO)

91 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

14 SET. 2013

PROTOCOLO

14.00401PEB97A

Assinatura e Carimbo do Conselho de Administração e Conselho de Gestão do Hospital



RECEIVED

RELATÓRIO DE CIRURGIA



HISTO

Nome: José Pedro de Sá da Rocha BE/Prontuário: _____
Idade: _____ Sexo: () Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 03/12/1986
Clínica/Setor: _____ EMP: _____ L.R.: _____
Cirurgia: 90 de (9) _____
Cirurgião: P. Juvy 3017 1º Assistente: 2 _____
2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____
Instrumentador: _____ Anestesista: 2 M. V. _____
Tipo de Anestesia: _____ Horário: Início _____ Término _____

[illegible]

Procedimentos Cirúrgicos

20 de outubro de 2015

Comitê de Ética em Pesquisa

Acidente durante Ato Cirúrgico: () Sim (X) Não. Descrição:

Biopsia de Congelação: () Sim (x) Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

() Enfermaria () Terapia Intensiva () Residência () Óbito durante ato Cirúrgico

Médica/CRM:

Journal of the American Statistical Association

14 SET. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

John P. Messer: 26178

NSCIR 000-1

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- 1) Paciente em DDH
- 2) Anestesia geral
- 3) Lavagem antisséptica

Incisão:

- 4) Incisão per
- 5) Incisão per
- 6) Incisão per

Achados:

- 7) Exame
- 8) Exame

Conduta:

- 9) Conduta
- 10) Conduta

Dr. Ortov
Cirurgia
12062

Fechamento:

Observação:

14 SET, 2013
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

[illegible]

FICHA DE ANESTESIA

DATA: 13.09.13

PRONTUÁRIO: 1081674

PACIENTE: ALDO PEDREIRA DE ARAUJO SEXO: M CO: BRANCO IDADE: 22 ANOS

PRESSÃO ARTERIAL 120/80 PULSO 85 RESPIRAÇÃO 18 TEMPERATURA 36.5 PESO 70 GRUPO SANGÜÍNEO O+

ESTADO GERAL BOM (BOM) (REGULAR) (MAU) (PÉSSIMO) RISCO CIRÚRGICO BOM (BOM) (REGULAR) (MAU) (PÉSSIMO)

EXAMES COMPLEMENTARES CHEC + DUS (CIRURGIA)

AP. RESPIRATÓRIO BOM AP. CIRCULATÓRIO BOM

AP. DIGESTIVO BOM ESTADO MENTAL LUC DROGAS EM USO NÃO

PRÉ-ANESTÉSICO SEM ESTADO FÍSICO (ASA) I

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO FRAT. DISTAL DE C. MERO

CIRURGIA REALIZADA FRAT. CIRCÚCULO DO FRAT. DE C. MERO

CIRURGIÃO DR. ALEXANDRE AUXILIARES DR. JOZIV

INÍCIO DA ANESTESIA 13:00 TÉRMINO DA ANESTESIA 16:00 DURAÇÃO DA ANESTESIA 3.00 100

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO QUANT. DE CH. VALORES R\$

ANESTESISTA DR. MILTON + DR. JOZIV CRM-PB

ASSISTENTE 13:00 14:00 15:00 16:00

0.50

120 80 18 36.5 70

120 80 18 36.5 70

120 80 18 36.5 70

120 80 18 36.5 70

120 80 18 36.5 70

120 80 18 36.5 70

120 80 18 36.5 70

120 80 18 36.5 70

120 80 18 36.5 70

120 80 18 36.5 70

120 80 18 36.5 70

120 80 18 36.5 70

120 80 18 36.5 70

120 80 18 36.5 70

120 80 18 36.5 70

120 80 18 36.5 70

120 80 18 36.5 70

120 80 18 36.5 70

120 80 18 36.5 70

120 80 18 36.5 70

120 80 18 36.5 70

120 80 18 36.5 70

120 80 18 36.5 70

120 80 18 36.5 70

120 80 18 36.5 70

120 80 18 36.5 70

120 80 18 36.5 70

120 80 18 36.5 70

120 80 18 36.5 70

120 80 18 36.5 70

120 80 18 36.5 70

120 80 18 36.5 70

120 80 18 36.5 70

120 80 18 36.5 70

120 80 18 36.5 70

120 80 18 36.5 70

120 80 18 36.5 70

120 80 18 36.5 70

120 80 18 36.5 70

☐ ANESTESIA GERAL ☐ RADIOLÓGICA ☐ EPIDURAL ☒ BLOCO PLEXO ☐ BLOCO NERVOS ☐ OUTROS

TECNICA percutânea com PDPH, bloqueio de (PNT, OXN, BCG), A/P com A/S

MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

1. 0.5% Bupivacaína 1.5ml - 3.5ml

2. 0.5% Bupivacaína 1.5ml - 3.5ml

3. 0.5% Bupivacaína 1.5ml - 3.5ml

4. Cetarilina 1.5ml - 3.5ml

5. Cetarilina 1.5ml - 3.5ml

6. Cetarilina 1.5ml - 3.5ml

7. Cetarilina 1.5ml - 3.5ml

8. Cetarilina 1.5ml - 3.5ml

9. Cetarilina 1.5ml - 3.5ml

10. Cetarilina 1.5ml - 3.5ml

11. Cetarilina 1.5ml - 3.5ml

12. Cetarilina 1.5ml - 3.5ml

13. Cetarilina 1.5ml - 3.5ml

14. Cetarilina 1.5ml - 3.5ml

15. Cetarilina 1.5ml - 3.5ml

16. Cetarilina 1.5ml - 3.5ml

17. Cetarilina 1.5ml - 3.5ml

18. Cetarilina 1.5ml - 3.5ml

19. Cetarilina 1.5ml - 3.5ml

20. Cetarilina 1.5ml - 3.5ml

21. Cetarilina 1.5ml - 3.5ml

☐ ANESTESIA GERAL ☐ RADIOLÓGICA ☐ EPIDURAL ☒ BLOCO PLEXO ☐ BLOCO NERVOS ☐ OUTROS

TECNICA percutânea com PDPH, bloqueio de (PNT, OXN, BCG), A/P com A/S

MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

1. 0.5% Bupivacaína 1.5ml - 3.5ml

2. 0.5% Bupivacaína 1.5ml - 3.5ml

3. 0.5% Bupivacaína 1.5ml - 3.5ml

4. Cetarilina 1.5ml - 3.5ml

5. Cetarilina 1.5ml - 3.5ml

6. Cetarilina 1.5ml - 3.5ml

7. Cetarilina 1.5ml - 3.5ml

8. Cetarilina 1.5ml - 3.5ml

9. Cetarilina 1.5ml - 3.5ml

10. Cetarilina 1.5ml - 3.5ml

11. Cetarilina 1.5ml - 3.5ml

12. Cetarilina 1.5ml - 3.5ml

13. Cetarilina 1.5ml - 3.5ml

14. Cetarilina 1.5ml - 3.5ml

15. Cetarilina 1.5ml - 3.5ml

16. Cetarilina 1.5ml - 3.5ml

17. Cetarilina 1.5ml - 3.5ml

18. Cetarilina 1.5ml - 3.5ml

19. Cetarilina 1.5ml - 3.5ml

20. Cetarilina 1.5ml - 3.5ml

21. Cetarilina 1.5ml - 3.5ml

☐ ANESTESIA GERAL ☐ RADIOLÓGICA ☐ EPIDURAL ☒ BLOCO PLEXO ☐ BLOCO NERVOS ☐ OUTROS

TECNICA percutânea com PDPH, bloqueio de (PNT, OXN, BCG), A/P com A/S

MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

1. 0.5% Bupivacaína 1.5ml - 3.5ml

2. 0.5% Bupivacaína 1.5ml - 3.5ml

3. 0.5% Bupivacaína 1.5ml - 3.5ml

4. Cetarilina 1.5ml - 3.5ml

5. Cetarilina 1.5ml - 3.5ml

6. Cetarilina 1.5ml - 3.5ml

7. Cetarilina 1.5ml - 3.5ml

8. Cetarilina 1.5ml - 3.5ml

9. Cetarilina 1.5ml - 3.5ml

10. Cetarilina 1.5ml - 3.5ml

11. Cetarilina 1.5ml - 3.5ml

12. Cetarilina 1.5ml - 3.5ml

13. Cetarilina 1.5ml - 3.5ml

14. Cetarilina 1.5ml - 3.5ml

15. Cetarilina 1.5ml - 3.5ml

16. Cetarilina 1.5ml - 3.5ml

17. Cetarilina 1.5ml - 3.5ml

18. Cetarilina 1.5ml - 3.5ml

19. Cetarilina 1.5ml - 3.5ml

20. Cetarilina 1.5ml - 3.5ml

21. Cetarilina 1.5ml - 3.5ml

☐ ANESTESIA GERAL ☐ RADIOLÓGICA ☐ EPIDURAL ☒ BLOCO PLEXO ☐ BLOCO NERVOS ☐ OUTROS

TECNICA percutânea com PDPH, bloqueio de (PNT, OXN, BCG), A/P com A/S

MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

1. 0.5% Bupivacaína 1.5ml - 3.5ml

2. 0.5% Bupivacaína 1.5ml - 3.5ml

3. 0.5% Bupivacaína 1.5ml - 3.5ml

4. Cetarilina 1.5ml - 3.5ml

5. Cetarilina 1.5ml - 3.5ml

6. Cetarilina 1.5ml - 3.5ml

7. Cetarilina 1.5ml - 3.5ml

8. Cetarilina 1.5ml - 3.5ml

9. Cetarilina 1.5ml - 3.5ml

10. Cetarilina 1.5ml - 3.5ml

11. Cetarilina 1.5ml - 3.5ml

12. Cetarilina 1.5ml - 3.5ml

13. Cetarilina 1.5ml - 3.5ml

14. Cetarilina 1.5ml - 3.5ml

15. Cetarilina 1.5ml - 3.5ml

16. Cetarilina 1.5ml - 3.5ml

17. Cetarilina 1.5ml - 3.5ml

18. Cetarilina 1.5ml - 3.5ml

19. Cetarilina 1.5ml - 3.5ml

20. Cetarilina 1.5ml - 3.5ml

21. Cetarilina 1.5ml - 3.5ml

☐ ANESTESIA GERAL ☐ RADIOLÓGICA ☐ EPIDURAL ☒ BLOCO PLEXO ☐ BLOCO NERVOS ☐ OUTROS

TECNICA percutânea com PDPH, bloqueio de (PNT, OXN, BCG), A/P com A/S

MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

1. 0.5% Bupivacaína 1.5ml - 3.5ml

2. 0.5% Bupivacaína 1.5ml - 3.5ml

3. 0.5% Bupivacaína 1.5ml - 3.5ml

4. Cetarilina 1.5ml - 3.5ml

5. Cetarilina 1.5ml - 3.5ml

6. Cetarilina 1.5ml - 3.5ml

7. Cetarilina 1.5ml - 3.5ml

8. Cetarilina 1.5ml - 3.5ml

9. Cetarilina 1.5ml - 3.5ml

10. Cetarilina 1.5ml - 3.5ml

11. Cetarilina 1.5ml - 3.5ml

12. Cetarilina 1.5ml - 3.5ml

13. Cetarilina 1.5ml - 3.5ml

14. Cetarilina 1.5ml - 3.5ml

15. Cetarilina 1.5ml - 3.5ml

16. Cetarilina 1.5ml - 3.5ml

17. Cetarilina 1.5ml - 3.5ml

18. Cetarilina 1.5ml - 3.5ml

19. Cetarilina 1.5ml - 3.5ml

20. Cetarilina 1.5ml - 3.5ml

21. Cetarilina 1.5ml - 3.5ml

☐ ANESTESIA GERAL ☐ RADIOLÓGICA ☐ EPIDURAL ☒ BLOCO PLEXO ☐ BLOCO NERVOS ☐ OUTROS

TECNICA percutânea com PDPH, bloqueio de (PNT, OXN, BCG), A/P com A/S

MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

1. 0.5% Bupivacaína 1.5ml - 3.5ml

2. 0.5% Bupivacaína 1.5ml - 3.5ml

3. 0.5% Bupivacaína 1.5ml - 3.5ml

4. Cetarilina 1.5ml - 3.5ml

5. Cetarilina 1.5ml - 3.5ml

6. Cetarilina 1.5ml - 3.5ml

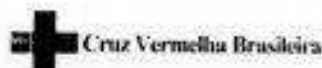
7. Cetarilina 1.5ml - 3.5ml

8. Cetarilina 1.5ml - 3.5ml

9. Cetarilina 1.5ml - 3.5ml

10. Cetarilina 1.5ml - 3.5ml

<



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNES: 2458276 - Tel: 8332165700

Impresso por: JOSE
EURIDES LIBERALINO
Em: 20/05/2018 11:41:50

Paciente JOAO PEDRO SILVA DE ARAUJO	Boletim de Atendimento 1081874	Data/Hora Entrada 13/05/2018 01:59:23	Data/Hora Saída
Data de nascimento 05/07/1995	Idade 22	Sexo Masculino	CNS 708101569799139
Tempo de Internação	Convênio SUS		Plantão DIURNO

EVOLUÇÃO MEDICA (JOSE EURIDES LIBERALINO - 20/05/2018 11:41:31)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

#CIRURGIA TORÁCICA

#5° PO TORACOSTOMIA BILATERAL (COLISÃO MOTO X AUTO) - PNEUMOTÓRAX

#FRATURA DE ÚMERO DIR

Paciente vítima de colisão moto x auto. Apresentou traumatismo torácico com contusão bilateral em t.c de tórax.

No momento refere dispneia, mais evidente ontem, hoje melhor, ainda em uso de O2. Em uso de SVD. Dreno esquerdo sacado ontem.

Rx de tórax 17/05: pulmões expandidos, opacidade a direita. Retirado dreno esquerdo.

Dreno direito: 0ml.

RX de tórax (19/05/18): Pneumotórax à esquerda e opacidade a direita.

CD:

1. Redrenagem torácica esquerda.
2. Intensificar fisioterapia respiratória e motora
3. Desmame de svd
4. Sol. Rx de tórax

Seção: POSTO IA - ENF 2 Leito: 0001 - CLINICA MÉDICA

Profissional responsável pela informação: JOSE EURIDES LIBERALINO

Número Conselho: 5252

Dr. José EURIDES Liberalino
Cirurgião Torácico
CRM 5252



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
JOAO PEDRO SILVA DE ARAUJO



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
3704410 SSP PB

CPF DATA NASCIMENTO
121.399.184-60 05/07/1995

FILIAÇÃO
PAULO MOREIRA DE
ARAUJO
JOSEFA FRANCELINA DE
ARAUJO

PERMISSÃO

ACC

CAT. HAB.

AB

Nº REGISTRO
06177154166

VALIDADE
07/10/2018

1ª HABILITAÇÃO
15/09/2014

OBSERVAÇÕES

Joao Pedro Silva de Araujo
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
JOAO PESSOA, PB

DATA EMISSÃO
18/09/2015

Aristeu Chaves Sousa
ASSINATURA DO EMISSOR

10615300301
PB031370004

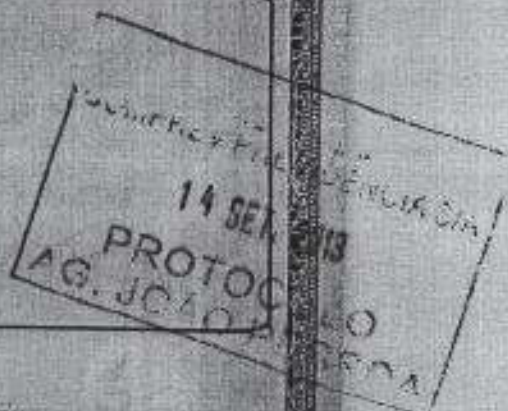
DETRAN-PB (PARAÍBA)

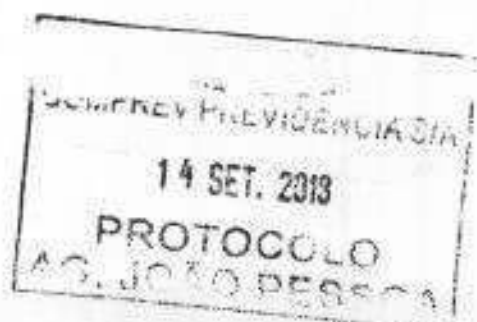
VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL

1152937758

PROIBIDO PLASTIFICAR

1152937758





PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180427186 **Cidade:** Cabedelo **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOAO PEDRO SILVA DE ARAUJO **Data do acidente:** 13/05/2018 **Seguradora:** USEBENS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA TORÁCICO COM CONTUSÃO BILATERAL

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO
ALTA

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: NOS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: IVONE SZCZERBACKI VALICE

CRM: 5234194-0

UF do CRM: RJ

Assinatura:

Ivone S. Valice

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180427186 **Cidade:** Cabedelo **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOAO PEDRO SILVA DE ARAUJO **Data do acidente:** 13/05/2018 **Seguradora:** USEBENS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA TORÁCICO COM CONTUSÃO BILATERAL

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO
ALTA

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: NOS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: IVONE SZCZERBACKI VALICE

CRM: 5234194-0

UF do CRM: RJ

Assinatura:

Ivone S. Valice

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180427186 **Cidade:** Cabedelo **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOAO PEDRO SILVA DE ARAUJO **Data do acidente:** 13/05/2018 **Seguradora:** USEBENS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA TORÁCICO COM CONTUSÃO BILATERAL

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO
ALTA

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: NOS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: João Pedro Silva de Araújo
NACIONALIDADE: Brasileira
PROFISSÃO: Autônomo
ESTADO CIVIL: Solteiro
ORGÃO EMISSOR: Sobrado - PB
Nº DO RG: 06177454166
Nº CPF: 121.399.184-60
DATA DE EMISSÃO: 18 / 09 / 2015
ENDEREÇO: Rua Gen. Rui Formeizer, nº 61, Bairro Centro, Loteamento - PB, Cep 58350000

OUTORGADO: Adilson Luis de Almeida Brito Neto
NACIONALIDADE: Brasileira
PROFISSÃO: Advogado
ESTADO CIVIL: Solteiro
ORGÃO EMISSOR: OAB/PB
Nº DO RG: 22.742
Nº CPF: 077.854.354-99
DATA DE EMISSÃO: 07 / 05 / 2016
ENDEREÇO: Avenida Lacerda, nº 112, Portão - PB, Cep 58013-430

PODERES:

Para requerer o Seguro DPVAT da vítima/beneficiário João Pedro Silva de Araújo, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer Seguradora que pertence ao Consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) dar entrada no processo, em nome do mesmo, bem como, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, solicitar informações, tendo também poderes específicos para assinar autorização de pagamento e aviso de sinistro, em nome da vítima ou beneficiário do Seguro DPVAT.

Sobrado - PB

04 de Julho

de 2018

João Pedro Silva de Araújo
Assinatura

OBS: Reconhecimento a firma da assinatura, por autenticidade, autêntica ou verdadeira.



CARTÓRIO REGISTRAL E NOTARIAL

Reconheço as firmas e letras por autenticidade de: João Pedro

Silva de Araújo

Em testemunho de Adilson Luis de Almeida Brito Neto da verdade.

Sobrado, 04 de Julho 2018

Adilson Luis de Almeida Brito Neto

Selo Digital: AHC 78583 - FOSD
Consulte a autenticidade em:
<https://selodigital.pbh.jus.br>

Cartório de Registro Civil e Tabelionato
Celia Maria Nunes Cabral de Santana
Escriturante
Gilvando Cabral de Santana Junior
Escriturante Substituto
Severina Ferreira de Oliveira
Escriturante
Sobrado Paraíba