



Número: **0847156-41.2018.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **6ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **29/08/2018**

Valor da causa: **R\$ 13500.0**

Assuntos: **SEGURO**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	
Tipo	Nome
ADVOGADO	ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO
AUTOR	JAILSON FLORENCIO DE LIMA
ADVOGADO	FABIO CARNEIRO CUNHA LIMA
RÉU	BRADESCO SEGUROS S/A

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
16255759	29/08/2018 10:29	jailson florencio BAM1	Documento de Comprovação
16255775	29/08/2018 10:29	jailson florencio BAM2	Documento de Comprovação
16255788	29/08/2018 10:29	jailson florencio proc	Procuração
16255799	29/08/2018 10:29	jailson flrencio proc adm BO SAmu	Documento de Comprovação



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

Laudo Médico / Resumo de Alta



Nome: <u>Jailson Fláudio Lima</u>			Registro:		
Idade:	Sexo: <u>M</u>	Cor:	Clinica:	Enf:	Leito:
Data de admissão: <u>30/8/15</u>			Data da alta: <u>17/10/15</u>		
Diagnóstico inicial: <u>frat. fêmur + olécranon</u>					
Diagnóstico final: <u>Idem ITam anterior</u>					
Outros diagnósticos:					
Principais exames: <u>R-x Coxo e anteb.</u>					
Cirurgia realizada - data e equipe: <u>osteomíntese frat. fêmur e olécranon</u> <u>Dr. Luciano Lima</u>					
Terapêutica medicamentosa: <u>Tilutal, dipirona, cefalexina</u>					
Anatomia patológica:					
Infecção: sim () não <input checked="" type="checkbox"/> Coleta de material: sim () não <input checked="" type="checkbox"/>					
Resultado bacteriologia:					
Condições de alta: Melhorado () Removido () A pedido () Curado <input checked="" type="checkbox"/> Óbito ()					
Resumo clínico: história evolução, terapêutica, complicações:					
Dieta: <u>Livre</u>			Orientações Pós Alta		
Repouso:					
relativo em casa por, _____ dias.					
retorno às atividades sem esforço físico em, _____ dias.					
retorno às atividades com esforço físico leve, _____ dias e com maior em, _____ dias.					
Cuidados com a ferida operatória: lava-la com água e sabão duas vezes por dia se sentir dor, calor, vermelhidão ou inchaço no local ou se ocorrer febre, procurar imediatamente o Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.					
Medicações para casa: <u>Frotac, Cefalexina</u>					
Retorno:					
Ao posto de saúde em <u>18/10/15 7:00h</u> para retirada de ponto					
Ao ambulatório <u>HTOP</u> em 30 dias para revisão.					
João Pessoa: <u>17</u> de <u>10</u> de <u>15</u>					
Ass. Médico / CRM					
Este documento destina-se a aprovação de atendimento hospitalar para OML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.					



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA

LAUDO MÉDICO

OBS: DADOS EXTRAÍDOS DO BE nº 862135 e PRONTUÁRIO nº 90050

PACIENTE: JAILSON FLORENCIO DE LIMA

DATA DE NASCIMENTO: 09.11.98

Data e Hora do Atendimento: 30.08.15

Horário: 17:56h

MOTIVO(S) DO ATENDIMENTO: Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta apresentando quadro de rebaixamento do nível de consciência, trauma no cotovelo direito e na coxa direita. Atendido pelo Dr. Marcos Marchi CRM 3796, Dr. André Cristiano CRM 9714, Dr. José Lopes de Sousa CRM 6676, Dr. Breno Torres CRM 7232.

DIAGNÓSTICO INICIAL: POLITRAUMATISMO + FRATURA DO OLÉCRANO DIREITO
+ FRATURA DO FEMUR DIREITO CID 10 S 52 0, S 72 9

RESUMO DOS PRINCIPAIS EXAMES E PROCEDIMENTO(S) REALIZADO(S):
Primeiro atendimento, avaliação da neurocirurgia, avaliação da traumatologia, Rx da coluna cervical AP e Perfil, RX de Tórax AP, Rx do antebraço direito AP e Perfil, Rx do cotovelo direito AP e Perfil, Rx da bacia AP, Rx da perna direita AP e Perfil, Tomografia computadorizada de crânio e tratamento cirúrgico em 30.08.11 com colocação de tração transesquelética tibial. Em 21.09.15 realizado retirada cirúrgica de tração trasesquelética e redução e fixação de fratura do fêmur direito. Em 09.10.15 realizado tratamento cirúrgico com redução e fixação de fratura do olecrano direito.

ALTA HOSPITALAR: 11.10.15

Data da Emissão: 19.09.16

DR. GLENDER TERCIO G. G. DA TRINDADE
MÉDICO AUDITOR - HETSHL
CRM - 3920

Dr. Glender Tércio G. G. da Trindade
Médico Auditor - HETSHL
Mat. 29.031-9/ CRM- 3920

LAPTOP/IGT

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar
Para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO
TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.

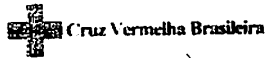
RX, TC, US

Leito Clínico:

de Internação sob Regime

Imprimi

A7C

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

BA

ACOLHIMENTO, 0 - - CNES: 123312 - Tel.:

Boletim de Atendimento: 862135

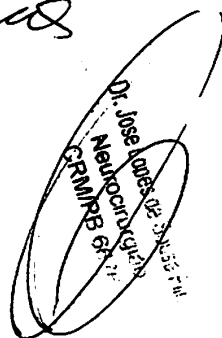


Identificação do paciente			
ID 937723	Nome JAILSON FLORENCO DE LIMA		Sexo Masculino
Data de nascimento 09/11/1998	Idade 16 anos 9 meses 21 dias	Estado civil SOLTEIRO(A)	Religião Prontuário
Mãe NAO INFORMADO	Pai NAO INFORMADO		
Escolaridade NAO INFORMADO	Responsável (Parentesco) JOAO PAULO GOMES DA SILVA - ACOMPANHANTE		
DDD Móvel 83	Fone Móvel 996617443	DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento NAO INFORMADO	Número documento	Nº Cns	
Local de procedência DUAS ESTRADAS	Tipo MUNICIPIO		UF PB
Email	Naturalidade PIRIPITUBA	CBO/R	
Endereço			
CEP 58265000	Município de residência DUAS ESTRADAS	UF PB	Logradouro ARLIA BRANCA
Número SN	Complemento	Bairro ZONA RURAL	
Admissão			
Data e Hora Prevista 30/08/2015 17:56:59	Número da pulseira 1000003839279	Convênio SUS	
Especialidade CLINICA GERAL	Clínica CLINICA TRAUMA E GERAL		
Classificação de risco VERMELHA	Origem do paciente RUA		
Carater de atendimento URGENCIA	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS	
Indicadores e Transporte			
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Sim	Trauma Não
Meio de transporte SAMU	Quem transportou AMB SAMU		
Sinais Vitais			
PA 128 x 76 mmHg	Pulso 81	Temperatura	
Exames complementares			
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []
Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []	
Dados clínicos			
Diagnóstico			CID
Atendido por ANIELLY APARECIDO DOS SANTOS			Tempo 07min 30seg

② 24/09
VSF
POPOU
RA

Clam
30/08/2015
de...
30/08
DE
RA

30/08/15 #NCP#
T.C. E Silva / Buitoni
→ Joo Truão honore
Joo Pedro Nandora
ECP 25 / 100 deposit
Joo Portuense
T.C. → Divisão de Práticas
O/da Honore
co: Atto do NCP
As Melhores Cidades
JCP





Primeiro Atendimento Méc

100000363279 BE.: 862135
JAILSON FLOURENÇO DE LIMA
DT. NASC.: 09/11/1998
MAE: NÃO INFORMADO
END.: ALIA BRANCA
N. SM - ZONA RURAL
DUAS ESTRADAS
FONE: ()
CELULAR: (03) 998817443
IDADE: 16
DT. ENTRADA: 30/09/2015 17:56:59

PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

NOME DO PACIENTE: IDADE:

DADOS CLÍNICOS MECANISMOS DO TRAUMA

Queda do moto por capotado.
Nega pontas concussão e contusões e lesões cutâneas.
Retenções concussão??

EXAME PRIMÁRIO

VIAS ☒ Vias () Obstruídas
AÉREAS
CERVICAL IMOBILIZADA: ☒ Sim () Não
VENTILAÇÃO:
TRAQUEIA NA LINHA MEDIANA ☒ Sim () Não
RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA ☒ Sem dificuldade
() Com dificuldade

() VENTILAÇÃO MECÂNICA

() APNÉIA

AUSCUTA PULMONAR:

1- MURMÚRIO PULMONAR

HTD: ☒ Presente e normal
() Rude
() Diminuído
() Ausente
HTE: ☒ Presente e normal
() Rude
() Diminuído
() Ausente

2- RUÍDOS

() Sim
() Não
HTD: Roncos
Sibilos
Estertores
HTE: Roncos
Sibilos
Estertores

FR: imp SaO₂ %

CIRCULAÇÃO

COR DA PELE: ☒ Normal () Pálida () Cianótica
() Pletórica () Ictérica
TEMPERATURA DA PELE: ☒ Normal () Quente () Fria
PULSO: ☒ Normal () Aumentado
() Fino () Ausente

AUSCUTA CARDÍACA

RÍTIMO: ☒ Regular () Irregular () Ausente
BULHAS: ☒ Normotonéticas () Hipofonéticas
() Hipofonéticas () Ausente
SOPRO: ☒ Presente () Ausente
BE OU B4: ☒ Sim () Não
FC: bpm PA: X mmHg T: °C
ECG:

ABDOMEN:

Abdomem doloroso

DÉFICIT NEUROLÓGICO

Pupilas: () Fotorreagente () Paralisadas ☒ Isocóricas () Anisocóricas (diferença = mm)

Escala de Glasgow:

ABERTURA OCULAR	MELHOR RESPOSTA VERBAL ESCALA VERBAL PEDIÁTRICA (<4anos)	MELHOR RESPOSTA MOTORA
Esponânea	5	6
A solicitação verbal	3	5
Ao contínuo estímulo	2	4
Nenhuma	1	3
		2
		1
TOTAL:	14	

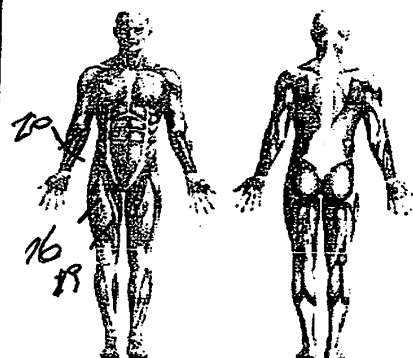
F(NG).CC.001-1

EXAME SECUNDÁRIO

ALERGIA: () Não () Sim: 7
 MEDICAMENTOS: () Não () Sim: _____
 IMUNIZAÇÃO () Não () Sim: _____
 PATOLOGIA () Não () Sim: _____
 ALIMENTOS INGERIDOS: () Não () Sim: _____

LOCAL DA LESÃO

Identifique o local com o número correspondente ao lado →



- | | |
|------------------------|---------------------------------|
| 1 Abrasão | 19 Fratura Óssea Fechada |
| 2 Amputação | 20 Fratura Óssea Aberta |
| 3 Avulsão | 21 Hematoma |
| 4 Contusão | 22 Ingurgitamento Nervoso |
| 5 Crepitação | 23 Laceração |
| 6 Dor | 24 Lesão Tendínea |
| 7 Edema | 25 Luxação |
| 8 Empalamento | 26 Mordedura |
| 9 Efisema subcutâneo | 27 Movimento torácico paradoxal |
| 10 Esmagamento | 28 Objeto Encravado |
| 11 Equimose | 29 Otorragia |
| 12 F. Arma Branca | 30 Paralisia |
| 13 F. Arma de Fogo | 31 Paresia |
| 14 F. Contuso | 32 Parestesia |
| 15 F. Cortante | 33 Queimadura |
| 16 F. Corto-Contuso | 34 Rinorragia |
| 17 F. Perfuro-Contuso | 35 Sinais de Isquemia |
| 18 F. Perfuro-Cortante | 36 |

OBS.:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada (regra da palma%) _____ % Graus de queimadura: () 1º grau () 2º grau () 3º grau

EXAMES SOLICITADOS

- () Radiografias () Lavado peritoneal
 () Ultrassonografia (FAST) () Gasometria arterial
 () Tomografia computadorizada () Tipagem sanguínea

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

CONDUTAS E PROCEDIMENTOS		CÓDIGO
1	<i>1º atendimento</i>	
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

Dr. Marcos Marchi
 Cirurgião de Plástica e Cabeça e Pescoço
 CRM 18379

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO

Solicito parecer da Pls Ortopedia às 18 do dia 30 de 11
 Solicito parecer da _____ às _____ do dia _____ de _____

DESTINO DO PACIENTE

- DATA _____
 SAÍDA _____
 HORAS: _____
- () Centro cirúrgico
 () Transferência (unidade de saúde)
 () Internado (setor)
 () Alta hospitalar () Decisão médica () A pedido () A reavalia () Desistência
 () Óbito () Até 48 hs. () Após 48 hs. () Família () JML () SVO

ATURA/CARIMBO

ASSIN

ATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

ASSIN

F(NG).CC.001-1



EVOLUÇÃO DO PACIENTE



BE/PRONTUÁRIO

Nome do paciente

Sailson F. de Lima

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
31/05/15	10:30	Paciente evolui EGR, consciente, orientado, afetuoso, emprimado. Em AVP em MSE. Segue aos cuidados da enfermagem. Elenice da Silva Oliveira Enfermeira COREN-PB 235.714
01/06/15	10:08	Psicólogo Paciente no momento consciente, orientado, emocionalmente estável, humor sem alterações. Realizado apoio psicológico. Luana Dantas da Silva Mendes Psicóloga Clínica Hospitalar Especialista em Saúde Mental CRP 124049
03/06/15	10:53	Psicólogo Paciente consciente, orientado, emocionalmente estável, contatado, interessado sem. Realizado apoio psicológico. Luana Dantas da Silva Mendes Psicóloga Clínica Hospitalar Especialista em Saúde Mental CRP 124049



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA PARAÍBA
HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA - HOSPEM
SENADOR HUMBERTO LUCENA



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

HEETSHL

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

DATA: _/_/

Número: 00

PACIENTE: JAILSON FLORENÇO DE LIMA

PRONTUÁRIO: 862135

PROCEDIMENTO: TRANSPLANTE DE OLECISTO

DATA: 09.10.15

CAIXA PRONTA: _

REPOSIÇÃO: _

SUS (X) NÃO SUS ()

MÉDICO: Dr. Luciano + Dr. Frederico

DISPENSACÃO CME		DISPENSACÃO FARMÁCIA	
FORNECEDOR	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE	CÓDIGO SUS
GRATIA	Cx. 3,5	01	
Alcalina D. Ph. x 50		01	
B. Brown		01	
ORTOPRO - 6 x 3,5		01	
Placa 1/3 TB 10 F 829. Frangimento com		05	
Parafusos Nº 20, 22, 24, 26		01	
Placa 1/3 TB 10 F 829		01	
Esponja Nº 50		01	

DISPENSACÃO FARMÁCIA		DISPENSACÃO FARMÁCIA	
FORNECEDOR	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE	CÓDIGO SUS
B. Braun	Agulha de bloco A50	01	

Dr. Frederico Buitrago
Ortopedia / Cir. do Joelho
R. 1.666 - CRP/PB 9305

Assinatura do Médico - CRM
Assinatura Enfermeira - COREN 13

Mercial Chaves A. Oliveira
Técnica Enfermagem
CRP/PB 146.695
Assinatura Circulante Responsável

Num. 16255759 - Pág. 9



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA PARAÍBA
HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: JAILSON FLORENO DE LIMA			Registro: 862135		
Idade: 16a	Sexo: M	Cor: P	Clínica: H+07	EMP: 16	LR: 04
Data: 09/10/15	Cirurgião: Dr. Jailson de Lima		1º Assistente: Dr. Frederico B.		
2º Assistente: André M.R.S.		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista: Dr. Sérgio		Tipo de Anestesia: Regional		Hora Início:	Hora término:

Diagnóstico(s) Pós-Operatório	CID
Fr. de Quadril	

Procedimento(s) Cirúrgico(s)	Código
Fr. de Quadril	

Acidente durante ato cirúrgico	Descreva:
1º sim 2º não	
Biopsia de congelação:	1º sim 2º não
Encaminhamento do paciente após ato cirúrgico:	1º enfermaria 2º terapia intensiva 3º residência 4º óbito durante ato cirúrgico

09/10/2015
João Pessoa - Data

André Cristiano
Médico
CRM-PB: 9714
Ass. do Médico / CRM

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Do 1º ao 2º Anestesia:
 Anestesia + Antibiótico
 Anestesia de campo Estéril

Incisão:

Via de Acesso Posterior sobre o Osso

Achados:

- Fr de Osso P.

Conduta:

- Incisão Abordagem Tor Plano
- Desbridamento, Calosidade
- Redução Cirúrgica + Fixação CI P. C. P.
- Interfusão + placa de 3,5
- Medula + Tornafusos estabilizadores e T. T. T.
- Exponção CI Análise de Escopo
- Limpeza Mecânica
- Fechamento Tor Plano
- Curativo Estéril
- Rx de Controle

Fechamento:

Observação:

Data, João Pessoa de de

Assinatura/carimbo

CRUZ VERDE
BRASIL

501

Nota de Sala Cirúrgica

Cont - 16
Sóto - 04

HEETSL

8

NOME DO PACIENTE: Tailson Flourenço de Lima

IDADE: 16/09/1986 PRONTUÁRIO: 135 ENFERMARIA: 135 LEITO: 135

CIRURGIA: Fratura de Ombro (D)

CIRURGIÃO: Dr. Lourenço AUX: Dr. Frederico AUX: Dr. André R.

ANESTESIA: Bloqueio Duplex

ANESTESISTA: Dr. Souza

INSTRUMENTADOR: ---

DATA: 09/10/2015 TEMPO CIRÚRGICO: 8.50 ANESTESIA: INÍCIO: 8.50 CIRURGIA: INÍCIO: 11.00

ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTE)

ASA 1 () ASA 2 () ASA 3 () ASA 4 () ASA 5 ()

GRAU DE CONTAMINAÇÃO: () LIMPA () CONTAMINADA () INFECTADA () POTENCIALMENTE CONTAMINADA

MEDICAMENTOS ANESTÉSICOS	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.
ALFENTANIL		JELCO Nº18		FIO CAT GUT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA ISOBÁRICA		JELCO Nº20		FIO CAT GUT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA PESADA		JELCO Nº22		FIO DE AÇO Nº	
CETAMINA		JELCO Nº24		FIO DE AÇO Nº	
DROPERIDOL		KIT SIST. DREN. TORÁCICA Nº		FIO DE NYLON Nº	
ETOMIDATO		LÂMINA BISTURI Nº11		FIO DE NYLON Nº	
FENOBARBITAL		LÂMINA BISTURI Nº15		FIO DE NYLON Nº	
FENTANIL		LÂMINA BISTURI Nº23		FIO POLIGLACTINA Nº	
FLUMAZENIL		LÂMINA BISTURI Nº24		FIO POLIGLACTINA Nº	
ISOFLURANO		LÂMINA DE DERMÁTOMO		FIO POLIPROPILENO Nº	
LEVOPROPOLISA C/ VASO		LÂMINA DE ENCERTO		FIO POLIPROPILENO Nº	
LEVOPROPOLISA S/ VASO		MATERIALS		FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAINA C/ VASO		AGULHA 13X4.5		FIO POLIGLACTINA Nº	
LIDOCAINA S/ VASO		AGULHA 25X07		FIO POLIGLACTINA Nº	
MIDAZOLAM		AGULHA 25X08		FIO POLIPROPILENO Nº	
MORFINA		AGULHA 40X12		FIO POLIPROPILENO Nº	
NIMBUTOL		AGULHA PERIDURAL Nº16		FIO POLIPROPILENO Nº	
PANCURONIO		AGULHA PERIDURAL Nº17		FIO POLIPROPILENO Nº	
PETIDINA		AGULHA PERIDURAL Nº18		FIO POLIPROPILENO Nº	
PROPOFOL		AGULHA RAQUI Nº25G		FIO POLIPROPILENO Nº	
RAMIFENANIL		AGULHA RAQUI Nº26G		FIO POLIPROPILENO Nº	
ROCURONIO		AGULHA RAQUI Nº27G		FIO POLIPROPILENO Nº	
SEVOFLURANO		ALGODÃO ORTOPÉDICO		FIO POLIPROPILENO Nº	
SUXAMETONIO		ATADURA DE CREPOM.		FIO POLIPROPILENO Nº	
TIOPENTAL		ATADURA GESSADA		FIO POLIPROPILENO Nº	
		BOLSA P/ COLOSTOMIA		FIO POLIPROPILENO Nº	
ADRENALINA		CÂNULA P/ TRAQUEOSTOMIA Nº		FIO POLIPROPILENO Nº	
ÁGUA DESTILADA		CATETER DE OXIGÊNIO		FIO POLIPROPILENO Nº	
ATROPINA		CATETER EMBOLEC ARTERIAL Nº		FIO POLIPROPILENO Nº	
BEXTRA		CATETER EPIDURAL Nº16		FIO POLIPROPILENO Nº	
CEFALOTRINA		CATETER EPIDURAL Nº17		FIO POLIPROPILENO Nº	
DEXAMETASONA		CATETER EPIDURAL Nº18		FIO POLIPROPILENO Nº	
DIFENHIDRAMINA SÓDICA		CERA PARA OSSO		FIO POLIPROPILENO Nº	
EPIEDRINA		COLET. URINA FECHADO		FIO POLIPROPILENO Nº	
FUROSEMIDA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS		FIO POLIPROPILENO Nº	
GLICERINA 50%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS		FIO POLIPROPILENO Nº	
GLUCONATO DE CÁLCIO		DRENO DE PENROSE		FIO POLIPROPILENO Nº	
HIDROCORTISONA		DRENO DE SUÇÃO		FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAINA GELÉIA		ELETRODOS		FIO POLIPROPILENO Nº	
ONDAS ENTRONA		EQUIPO MACROGOTAS		FIO POLIPROPILENO Nº	
PLASTIBLINDA		EQUIPO TRANSF. SANGUE		FIO POLIPROPILENO Nº	
PROCTER-GAMBE		EQUIPO MICROGOTAS		FIO POLIPROPILENO Nº	
PROTINA		ESPONJA DE FVPI		FIO POLIPROPILENO Nº	
TENOLOCAN		ESPARADRAPO		FIO POLIPROPILENO Nº	
		GAZES		FIO POLIPROPILENO Nº	
		GAZES ALGODADAS		FIO POLIPROPILENO Nº	
		GEL ELETROLÍTICO		FIO POLIPROPILENO Nº	
		JELCO Nº14		FIO POLIPROPILENO Nº	
		JELCO Nº16		FIO POLIPROPILENO Nº	

PARAFUSOS CORTICAIS Nº 20/12/11
PARAFUSOS CORTICAIS Nº 12/12/11
PARAFUSOS ESPONJOSOS Nº 50-01
PARAFUSOS ESPONJOSOS Nº 50-01
PARAFUSOS MALEOLAR Nº 13/12/11
PLACA Nº 13/12/11
PLACA Nº 13/12/11

EQUIPAMENTOS

() ASPIRADOR
() BISTURI ELÉTRICO
() CAPNÓGRAFO
() CARDIOMONITOR
() DESFIBRILADOR
() FOCO AUXILIAR
() FOCO CENTRAL
() MICROSCOPIO
() OXÍMETRO DE PULSO
() P.A. INVASIVA/NÃO INVASIVA
() PERFURADOR ELÉTRICO
() SERRA
() CIRCULADOR DE SANGUE

Assinado eletronicamente. A Certificação Digital pertence a: ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?nd=18082910271370700000015843634

Número do documento: 18082910271370700000015843634

FICHA DE ANESTESIA

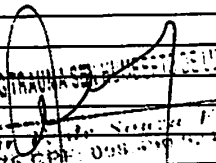
DATA: 910115

PRONTUÁRIO:

2532

PACIENTE:		DATA: 11/10/15		PRONTUÁRIO:	
Jailson Florencio		SEXO: M		IDADE: 6	
PRESSÃO ARTERIAL	PULSO 100	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	GRUPO SANGÜÍNEO
ESTADO GERAL (X) BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO		RISCO CIRÚRGICO (X) BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO			
EXAMES COMPLEMENTARES					
AP. RESPIRATÓRIO 24		AP. CIRCULATÓRIA 4			
AP. DIGESTIVO 1		ESTADO MENTAL 3		DROGAS EM USO	
PRÉ-ANESTÉSICO				ESTADO FÍSICO (ASA) I	
DOSE /HORA					
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO Int. plerina c/1					
CIRURGIA REALIZADA Osteosíntese					
CIRURGIÃO J. Luciano ALIXILIARES					
INÍCIO DA ANESTESIA 0820		TÉRMINO DA ANESTESIA		DURAÇÃO DA ANESTESIA	
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		QUANT. DE CH.		VALORES R\$	
ANESTESISTA Sison Lha		CPF		CRM-PB 1176	

[illegible]

<input type="checkbox"/> ANESTESIA GERAL <input type="checkbox"/> RAQUIDIANA <input type="checkbox"/> EPIDURAL <input checked="" type="checkbox"/> BLOCO PLEXO <input type="checkbox"/> BLOCO NERVOS <input type="checkbox"/> OUTROS	
TÉCNICA BCC a 7 -	
LÍQUIDOS	MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO
GLICOSE	1 halocaine 1% (cc) 20 ml 11
NaCl	2 halocaine 0.5% (cc) 10 ml (cc)
SANGUE	3 Atropina 2.5 mg
RMER	4 Cefazol - 2 g - 8
TOTAL	5 15
DESTINO DO PACIENTE	16
<input type="checkbox"/> APT* <input type="checkbox"/> ENFERMARIA	7 17
<input type="checkbox"/> UTI <input type="checkbox"/> RESIDENCIA	8 18
<input type="checkbox"/> OUTROS	9 19
	10 20
OBSERVAÇÕES IMPORTANTES	
<div style="text-align: right;">  HOSPITAL EMERGENCIAIS Unidade de Pronto Socorro - Fátima CRM 11726-SP </div>	
ASSINATURA DO ANESTESISTA	
F (ING) ASCIR.026-1	



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
CENTRO DE IMAGEM

NOME: Jailson F. de Lima

BE: 862135

DATA: 30/08/2015 18:39:44

ULTRASSONOGRAFIA DO ABDOMEN TOTAL – FAST

Ausência de líquido livre na cavidade peritoneal, derrame pleural ou pericárdico.

Demais órgãos abdominais sem alterações evidentes.

OBS: exame realizado em condições de urgência / emergência.

Dr. Igor Motta de Aquino
Radiologia e Diagnóstico por Imagem
CRM 6512

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

BE/PRONTUÁRIO

Nome do paciente

Jailson Florêncio de Souza

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
01/09/2015		<p>Serviço social</p> <p>Realizado orientações, anexado termo de admisso, solicitando documentos de sangue e Xerox dos documentos</p> <p><i>[Assinatura]</i> Keila de Medeiros C. Coutinho Barreto Assistente Social CRESS 4396 13ª Região/PB</p>
02/09/15	11:20	<p>Prickbezo</p> <p>Paciente no momento consciente, orientado, emocionalmente instável, humor triste. Realizado apoio psicológico.</p> <p><i>[Assinatura]</i> Luana Dantas de Oliveira Mendes Psicóloga - UIC Hospital Especialidade: Saúde Mental CRP 13/3249</p>

F(NG).ENF.018-I



CG



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA PARAÍBA
HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
SENADOR HUMBERTO LUCENA



CRUZ VERMELHA
BRASIL-PA

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

Número: 00

PACIENTE:

PROCEDIMENTO:

SUS (☒), NÃO SUS (☐)

MÉDICO:

PRONTUÁRIO:

DATA:

REPOSIÇÃO:

DATA: / /

CAIXA PRONTA:

DISPENSACÃO CME				
FORNECEDOR	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE	CÓDIGO SUS	MARCA
Orthopedica	Band. Cart. n° 30	03		
	" " " " n° 32	03		
	" " " " n° 34	01		
	" " " " n° 36	01		
	" " " " n° 38	01		
	Phor. longa 640mm	01		

DISPENSACÃO FARMÁCIA				
FORNECEDOR	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE	CÓDIGO SUS	MARCA
Braun	agulha de flexo # 26	04		

ASSINATURA DO MÉDICO - CRM

Vanessa Gomes Sarmiento Santos
ENFERMEIRA
COREN 316042

ASSINATURA ENFERMEIRA - COREN

(425043)
Assinatura Circulante Responsável



GOVERNO DO ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA PARAIBA
HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
SENADOR HUMBERTO LUCENA



**CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA**

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

CIENTE: Julio Flores en tiempo

PRONTUÁRIO: 862135

DATA: 2008, 15

SUS (f) não SUS ()
nos países de transição exporte

REPOSIÇÃO:

CAIXA PRONTA: -

[illegible]

Emmanuel de A. Neri
ASSINATURA ENFERMAGEM - COREN

ASSINATURA ENFERMAGEM - COREN

19975-ENF.

Abeyaratne

ASSINATURA CIRCULANTE RESPONSÁVEL



RELATÓRIO DE CIRURGIA



Nome: João Paulo de Lima BE/Prontuário: _____
Idade: _____ Sexo: ☒ Masculino ☐ Feminino Cor: _____ Data: 21/09/15
Clínica/Setor: _____ EMP: _____ LR: _____
Cirurgião: Dr. Ricardo Cardoso 1º Assistente: Dr. Fec Cardoso
2º Assistente: Dr. Nair 3º Assistente: _____
Instrumentador: _____ Anestesista: Dr. J. Belone
Tipo de Anestesia: Região cervical Horário: Início _____ Término _____

Procedimentos Cirúrgicos	CID
<u>Procedimento de Remoção</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Procedimento de diáfise de fêmur</u>	
<u>Redução de fratura transcondilária</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: ☐ Sim ☒ Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelação: ☐ Sim ☒ Não

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico

☒ Enfermaria ☐ Terapia Intensiva ☐ Residência ☐ Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM: _____

Ido Pessoa: 1 / 1

F(NG).ASCIR.009-1



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

RELATÓRIO DE CIRURGIA



HEETSHI

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

paciente em D₄ sob anestesia
geral + intubação + Retenção
de tração transesquelética + colocação
de cast.

Incisão:

região lateral da coxa

Achados:

- Fx diafrase de Kermar.

Conduta:

- Abertura por plano
- Redução cruenta, duto com anel
de fixação de redução
- colocação de placa DCP de
10 furos + colocação de 8 parafusos corti-
ceis.
- Lavagem de ferida operatória
- Fechamento por planos
- Curativo gástrico
- Rx controle.

Fechamento:

Observação:

João Pessoa, 21/09/15

Médico/CRM: _____

F(NG).ASCIR.009-1



RELATÓRIO DE CIRURGIA



Nome: Jaqueline f. de Lira BE/Prontuário: _____
Idade: 16 Sexo: ☒ Masculino ☐ Feminino Cor: _____ Data: 30/8/18
Clínica/Setor: _____ EMP: _____ LR: _____
Cirurgia: TTO unguem do 1º dedo exposto unguem
Cirurgião: Dr. FREDERICO B. LIMA 1º Assistente: Dr. BRENO TORRES
2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____
Instrumentador: _____ Anestesista: _____
Tipo de Anestesia: _____ Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fato exposto unguem</u> (D)	
<u>1º dedo exposto unguem</u> (D)	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>TTO unguem do 1º dedo exposto unguem</u> (D)	
<u>1º dedo exposto unguem</u> (D)	

Acidente durante Ato Cirúrgico: ☐ Sim ☒ Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelamento: ☐ Sim ☒ Não

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:

☒ Enfermaria ☐ Terapia Intensa ☐ Residência ☐ Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM: Dr. Breno C. Torres
Ortopedia / Cirurgia do Quadril
CRM - PB 7232/TEOT 13940 30.8.18

João Pessoa, 30/8/18

F(NG).ASCIR.009-1



RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEBISHI

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Pcd em ODH
delipia 5 articular
colunas de corpo vertebra

Incisão:

Achados:

Conduta:

Ligamento mediano - ligamento q se 0,9% do ligam
mediano (D)
→ substituição do tecido articular
por uma prótese
unifocal
na 5ª vértebra
Insuflação de gás CO₂ para facilitar a manobra (D)

Fechamento:

Observação:

Dr. Breno C. Torres
Ortopedia / Cirurgia do Quadril
CRM - PB 7232/TEOT 13940

Médico/CRM: _____

João Pessoa, 30/08/11

F(NG).ASCIR.0001

[illegible]



FICHA DE ANESTESIA

DATA: 21/09/2015

PRONTUÁRIO:

PACIENTE: Fauston Florêncio de Lima SEXO: M COR: Pardo IDADE: 16a

PRESSÃO ARTERIAL: 110x60 PULSO: 40bpm RESPIRAÇÃO: 12x4 TEMPERATURA: 36,5 PESO: 60kg GRUPO SANGÜÍNEO: B

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

XAMES COMPLEMENTARES: VDM

A.P. RESPIRATÓRIO: Eupneico A.P. CIRCULATÓRIO: Normal

A.P. DIGESTIVO: Jejum ESTADO MENTAL: Alerta DROGAS EM USO: Nenhuma

PRÉ-ANESTÉSICO: MDZ 1mg + Cetamuna 5mg ESTADO FÍSICO (ASA): I

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura distal da tíbia de fêmur (D)

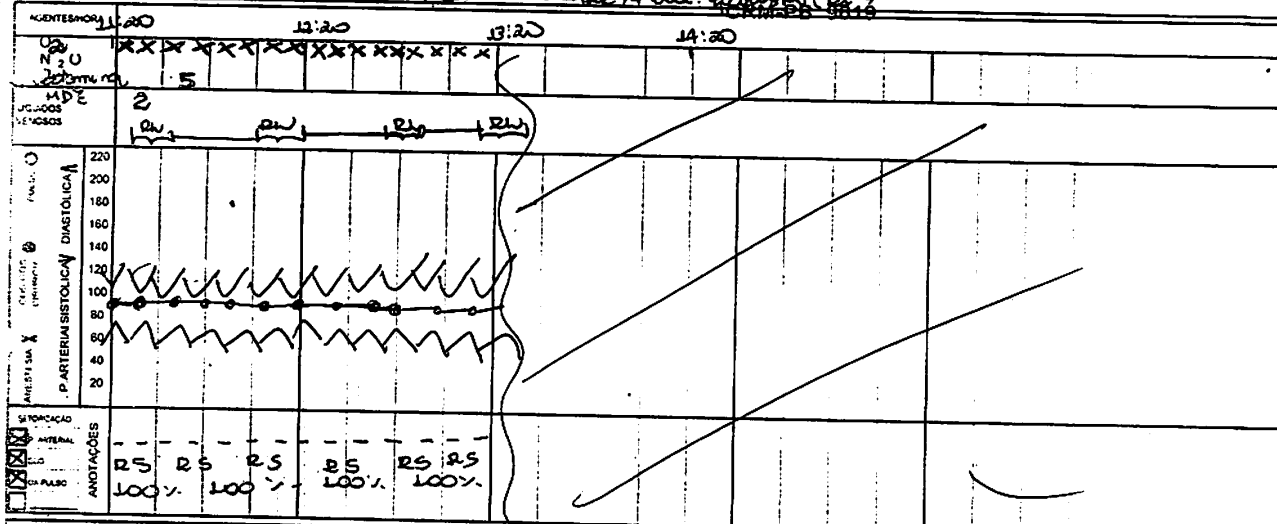
CIRURGIA REALIZADA: Tratamento cirúrgico de fratura distal da tíbia de fêmur (D)

CIRURGIÃO: Dr. Ricardo + AUXILIARES

INÍCIO DA ANESTESIA: 11:20 TÉRMINO DA ANESTESIA: 13:20 DURAÇÃO DA ANESTESIA: 120 min

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: 11.01.01 QUANT. DE CH.: 100ml

ANESTESISTA: Dr. Pontaloni + Dr. F. Pontaloni (R2) + Dra. M. Pontaloni (R2)



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

Observações importantes: 6) Bloqueio do plexo braquial, do m. ulnar com agulha 22G e neuroestimulação

Medicamentos e materiais usados no ato anestésico:

Medicamento	Volume em ml	Medicamento	Volume em ml
1. Bupivacaína	15ml	11. Bupivacaína	15ml
2. Cetamuna	5mg	12. Cetamuna	5mg
3. Neveolone	5mg	13. Neveolone	5mg
4. Midazolam	2mg	14. Midazolam	2mg
5. Cetamuna	5mg	15. Cetamuna	5mg
6. Dexametasona	10mg	16. Dexametasona	10mg
7. Bupivacaína	20ml	17. Bupivacaína	20ml
8. Neveolone	20ml	18. Neveolone	20ml
9. Bupivacaína	20ml	19. Bupivacaína	20ml
10. Bupivacaína	20ml	20. Bupivacaína	20ml

Assinatura do Anestesiologista: Luiz Eduardo Pontaloni

F (RG) ASCIR 026-1



FICHA DE ANESTESIA

DATA: 30/06/15

PRONTUÁRIO:

PACIENTE: Joilson Rocio de Souza SEXO: M COR: B IDADE: 16a

PRESSÃO ARTERIAL PULSO RESPIRAÇÃO TEMPERATURA PESO GRUPO SANGÜÍNEO

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

EXAMES COMPLEMENTARES

AP. RESPIRATÓRIO FR=10 apneico AP. CIRCULATÓRIO PA=120/80 F=85 bpmAP. DIGESTIVO ESTADO MENTAL LOTE DROGAS EM USO

PRÉ-ANESTÉSICO

DOSE/HORA

ESTADO FÍSICO (ASA)

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO

CIRURGIA REALIZADA: Procedimento cirúrgico de retirada e teste de cabedot traco transapertado de péso morto

CIRURGIÃO AUXILIARES

INÍCIO DA ANESTESIA TÉRMINO DA ANESTESIA

DURAÇÃO DA ANESTESIA

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

QUANT. DE CH.

VALORES RS

ANESTESISTA: 21.06.15 RAQUEL

CPF

CRM-PB

AGENTES/HORA

O₂
N₂OJUDOS
VENOSOS

PULSO

CÓDIGO
CIRURGIAP. ARTERIAL
SISTOLICA

DIÁSTOLICA

ANESTESIA X

NOTAÇÕES

BETONIZAÇÃO

CA. ARTERIAL

ECO

CA. PULSC

ANOTACIONES

ANESTESIA GERAL

RAQUIDIANA

EPIDURAL

BLOQ. PLEXO

BLOQ. NERVOS

OUTROS

TÉCNICA

VOLUME em ml

MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

LOCOS	1	<u>Propofol 0,3% 20ml</u>	11
MACL	2	<u>Lido 1% 20ml</u>	12
SANGUE	3	<u>deco 10ml</u>	13
RINGER	4	<u>normal 10ml</u>	14
TOTAL	5	<u>0,10ml</u>	15
DESTINO DO PACIENTE	6	<u>0,10ml</u>	16
APTY	7	<u>0,10ml</u>	17
ENFERMARIA	8	<u>0,10ml</u>	18
UTI	9	<u>0,10ml</u>	19
RESIDÊNCIA	10	<u>0,10ml</u>	20
OUTROS			

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

Marcus Vinicius
Serviço Anestesiologia
CRM-PB 6939

ASSINATURA DO ANESTESISTA

F. (NG) ASCIR. 028-1

PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA

Através do presente instrumento particular de mandato,

OUTORGANTE:

Nome:

Faúlson Florêncio de Lima
Marido, estroloante

CPF/MF:

714400594-46

RG:

4489544

Endereço:

Sítio Arua Branca, m, Arua Rural
Duas Estradas - PB.

OUTORGADOS: FABIO CARNEIRO CUNHA LIMA, inscrito na OAB/PB, sob o nº. 13.527 e
ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO, inscrita na OAB/PB, sob o nº. 11.968,
todos com escritório profissional situado na Rua Quintino Bocaiúva, 358, sala 04, Torre,
Cep: 58.040-320, João Pessoa – PB.

Outorgando-lhes amplos poderes, inerentes ao bom e fiel cumprimento deste mandato, bem como para o foro em geral, conforme estabelecido no artigo 103 do CPC, para que possa representar e defender os interesses do(a) Outorgante em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, repartição pública, autarquia ou entidade paraestatal, como também em seara administrativa, podendo requerer documentações em hospitais e/ou clínicas particulares, bem como, propor contra quem de direito, as ações competentes e defender as contrárias, seguindo umas e outras até final decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe poderes especiais para confessar, desistir, reconhecer a procedência do pedido, renunciar, transigir, fazer acordo, firmar compromisso, receber e dar quitação, receber alvarás, endossar cheques, substabelecer, receber intimação ou citação, praticar quaisquer atos perante particulares ou empresas privadas, recorrer a quaisquer instâncias ou tribunais, podendo atuar em conjunto ou separadamente, dando tudo por bom e valioso, fazendo tudo que se fizer de direito, sempre no interesse do(a) Outorgante. Obriga-se o Outorgante a pagar aos Outorgados, pelo cumprimento da presente procuração, o correspondente a 30(trinta por cento) do valor da indenização que receber no processo, bem como despesas realizadas em função do mesmo.

GRATUIDADE JUDICIÁRIA:

Declara ainda o Outorgante que é necessitado na forma da Lei, cuja situação econômica não lhe permite pagar custas e honorários sucumbenciais, sem prejuízo do sustento próprio ou da sua família, e, portanto, solicita os benefícios da JUSTIÇA GRATUITA.

João Pessoa – PB, 01 de agosto de 2018.

Faúlson Florêncio de Lima
Outorgante



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
714.400.594-46

Nome
JAILSON FLORENCIO DE LIMA

Nascimento
09/11/1998

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICACAO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL 4.489.544	DATA DE EXPEDIÇÃO 06/12/2016
NOME JAILSON FLORENCIO DE LIMA	
FILIAÇÃO JAIR FLORENCIO DE LIMA MARIA LINDALVA SALVINO DOS SANTOS	
NATURALIDADE PIRIPITUBA-PB	
DATA DE NASCIMENTO 09/11/1998	
DOC. ORIGEM CERT. NASC. Nº5892 - LIV.A07 - FLS.198V - CARTORIO DUAS ESTRADAS-PB	
CPF 714.400.594-46	
Assinatura: [Assinatura] Carimbo: [Carimbo] Data: 29/08/2016	

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
ESTADO DA PARAIBA	
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL	
INSTITUTO DE POLÍCIA CIVIL	
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO	
L-262	
	
Jailson Florencio de Lima	
CARTeira DE IDENTIDADE	



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO


Número
714.400.594-46

Nome
JAILSON FLORENCIO DE LIMA

Nascimento
09/11/1998

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICACAO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO 4.489.544 GERAL	DATA DE EXPEDIÇÃO 06/12/2016
NOME JAILSON FLORENCIO DE LIMA	
FILIAÇÃO JAIR FLORENCIO DE LIMA MARIA LINDALVA SALVINO DOS SANTOS	
NATURALIDADE PIRIPITUBA-PB	DATA DE NASCIMENTO 09/11/1998
DOC ORIGEM CERT. NASC. Nº5892 - LIV.A07 - FLS.198V - CARTORIO DUAS ESTRADAS-PB	
CPF 714.400.594-46	
Cadastrado Pessoa - PB	
Mantido em vigor pelo DIRETOR Chefe do Registro de Pessoas Físicas Mantido em vigor DE 29/08/83	

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
ESTADO DA PARAIBA	
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL	
INSTITUTO DE POLÍCIA - IDENTIFICAÇÃO	
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO	
L-262	
	
<i>Jailson Florencio de Lima</i>	
ASSINATURA FOTOTECNICA	
CARTEIRA DE IDENTIDADE	



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 221204 (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 ASI

CPI da Vítima

714 400 594-46

Nome completo da vítima

Jaílson Florêncio de Lima

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo

Jaílson Florêncio de Lima

CPF titular da conta

714 400 594-46

Profissão

estudante

Endereço

Sítio Azeite Branca

Nome

Jaílson

complemento

Bairro

Área Rural

Cidade

Quês Estradas

Estado

PB

CEP

Email

Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - 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

☒ SEM RENDA

ATE R\$ 1.000,00

R\$ 1.001,00 ATE R\$ 3.000,00

R\$ 3.001,00 ATE R\$ 5.000,00

R\$ 5.001,00 ATE R\$ 7.000,00

R\$ 7.001,00 ATE R\$ 10.000,00

ACIMA DE R\$ 10.000,00

☒ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

BRASECO (237)

BANCO DO BRASIL (001)

ITAU (341)

CAIXA ECONOMICA FEDERAL (104)

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

BANCO

Nome

AGÊNCIA

Nº

0042

(Informar dígito se existir)

CONTA

Nº

61981

D/V

8

(Informar dígito se existir)

AGÊNCIA

Nº

(Informar dígito se existir)

CONTA

Nº

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder 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.

Jaílson 09 de agosto de 2018

Local e Data

Jaílson Florêncio de Lima

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPE.001 V001 2017

Caixa Econômica Federal

SAC 0800 725 0101
OUVIDORIA 0800 725 7474

221-860674803-8

09/AGO/2018 HORA DE 09:05:42

LOT: 13.20464-1 TERM: 0327889
LOCALIDADE: SERTÃOZINHO
AG. VINCULADA: 0042 CONTROLE: 129380885

DEPOSITO EM DINHEIRO

0042 013 00061981-8

JAILSON FLORENCIO DE LIMA

VALOR: 5,00

DEPOSITO REALIZADO COM SUCESSO, A PREVISAO
DO CREDITO NA CONTA E DE ATE 30 MINUTOS

ESTE RECIBO E VALIDO COMO
COMPROVANTE DE DEPOSITO

221-860674803-8



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

SECRETARIA DE ESTADO E DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL

8ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DE POLÍCIA DO MUNICÍPIO DE DUAS ESTRADAS/PB

Rua do Comercio s/n, centro Duas Estradas/PB, Fone (83) 9993.1456-99300.1021.

CERTIDÃO

CERTIFICO que em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo o livro de Registro de Queixas de nº 001/2015 desta Delegacia de Polícia, nele encontrei as folhas 083 registro de nº 083/15, cujo teor passo a transcrever na íntegra: aos dez (10) dias mês de Novembro (11) de dois mil e quinze (2015), nesta cidade de Duas Estradas/PB, na Delegacia de Polícia, presente, o Bel. **JOSÉ DE ARIMATEIA MORAES DA SILVA**, Delegado de Polícia Civil, comigo, **TARCISO NOBERTO DA SILVA**, escrivã(o) de Polícia Civil, do seu cargo, ao final assinado, ai, por volta das 10H18min, compareceu: o (a) Sr^ª **MARIA LINDALVA DOS SANTOS**, brasileira, solteira, natural de Duas Estradas/PB, com 38 anos de idade, nascida em 22/06/1977, RG ° 2.296.335-2ª Via-SSP/PB, filha de Antônio Salvino dos Santos e de Nazaré Salvino dos Santos, Residente no Sítio Areia Branca, Município de Duas Estradas/PB, Fez o seguinte registro: QUE Informa a Noticiante que no dia **30/08/2015**, por volta das 16H30 horas aproximadamente, o seu filho Adolescente **JAILSON FLORENCIO DE LIMA**, brasileiro, solteiro, natural Pirpirituba/PB, 17 anos de idade, nascido em 09/11/1998, RG não possui, CPF não possui, Profissão Agricultor, filho de Jair Florêncio de Lima e de Maria Lindalva Salviano dos Santos, residente no Sítio Areia Branca Município de Duas Estradas/PB, quando trafegava dirigindo uma Motocicleta **HONDA/CG 150 FAN ESI, ANO E MODELO 2011/2011, COR PRETA, DE PLACA OET6818/PB, CHASSI 9C2KC1670BR611527, RENAVAL 0034093106-0, CADASTRADA EM NOME DE DOMICIA DOS SANTOS OLIVEIRA**, Na Rua São Francisco de Assis, Perímetro Urbano desta cidade, ao passar na linha Férrea, derrapou o Pneu dianteiro da moto e caindo com a Moto, sofrendo fratura na perna Direita e braço direito, sendo socorrido pelo SAMO da cidade de Lagoa de Dentro/PB, para o Hospital de Trauma em João Pessoa/PB, onde foi cirurgiado, conforme laudos anexo. A Noticiante registra e solicita Certidão para poder requerer o seguro junto ao DPVAT. Nada Mais haver, encerrar esta Certidão. Ass. (**MARIA LINDALVA DOS SANTOS**). Dou fé.

OBSERVAÇÃO: ESTE DOCUMENTO É DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DO DENUNCIANTE

Contato Fone (83) 98818.3129-OI/PB.

JOSÉ GUILHERME DA SILVA, "TÍTIO" RG Nº 2844248-SSP/PB

SÍTIO AREIA BRANCA, MUNICÍPIO DE DUAS ESTRADAS/PB.

SEVERINO ANTONIO DA SILVA RG Nº 722.522-SSP/MA

SÍTIO AREIA BRANCA, MUNICÍPIO DE DUAS ESTRADAS/PB.

Duas Estradas/PB, 10 de Novembro de 2015.


Tarciso Noberto da Silva
Comissário de Polícia Civil
Mat. 82862-8
Que p. Digital


CERTIDÃO


CERTIFICADO que em razão do meu ofício e

a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo o livro de Registro de Quedas de nº 0012015 desta Delegacia de Polícia, nele encontrei as folhas 083 registro de nº 08315, cujo teor passo a transcrever na íntegra: aos dez (10) dias mês de Novembro (11) de dois mil e quinze (2015), nesta cidade de Duas Estradas/PB, na Delegacia de Polícia, presente, o Bel. JOSÉ DE ARIMATEIA MORAES DA SILVA, Delegado de Polícia Civil, comigo, TARCISO NOBERTO DA SILVA, escrivão(o) de Polícia Civil, do seu cargo, ao final assinado, ai, por volta das 10h18min, compareceu: o (a) Sr(a) MARIA LINDALVA DOS SANTOS, brasileira, solteira, natural de Duas Estradas/PB, com 38 anos de idade, nascida em 22/06/1977, RG nº 2.296.355-2, Via-2-SP/PB, filha de Antônio Salvinio dos Santos e de Nazaré Salvinio dos Santos, Residente no Sítio Areia Branca, Município de Duas Estradas/PB. Fez o seguinte registro: QUE informa a Noticiante que no dia 30/08/2015, por volta das 18h30 horas aproximadamente, o seu filho Adolescente JAILSON FLORENCIO DE LIMA, brasileiro, solteiro, natural Piquituba/PB, 17 anos de idade, nascido em 09/11/1998, RG não possui, CPF não possui, Profissão Agricultor, filho de Jair Florêncio de Lima e de Maria Lindalva Salvinio dos Santos, residente no Sítio Areia Branca Município de Duas Estradas/PB, quando trafegava dirigindo uma Motocicleta HONDA CG 150 FAN ES, ANO E MODELO 2011/2011, COR PRETA, DE PLACA OTE818/PB, CHASSI 9CZK0C1670BR11227, RENAVAM 0034093108-0, CADASTRADA EM NOME DE DOMICIA DOS SANTOS OLIVEIRA, Na Rua São Francisco de Assis, Perimetro Urbano desta cidade, ao passar na linha Fêrris, derrapou o Pneu dianteiro da moto e caindo com a Moto, sofrendo fratura na perna Direita e plágio direito, sendo socorrido pelo SAMU da cidade de Lagos de Dentro/PB, para o Hospital de Trauma em João Pessoa/PB, onde foi cirurgiado, conforme laudos anexos. A Noticiante registra e solicita Certidão para poder redimir o seguro junto ao DPVAT. Nada Mais haver, encerrar esta Certidão. Ass. (MARIA LINDALVA DOS SANTOS). Dou fé.

OBSERVAÇÃO: ESTE DOCUMENTO É DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DO DENUNCIANTE

Contato Fone (83) 98818.3129-01PB.
JOSÉ GUILHERME DA SILVA, "TITO" RG nº 2844248-22PB
SÍTIO AREIA BRANCA, MUNICIPIO DE DUAS ESTRADAS/PB.
SEVERINO ANTONIO DA SILVA RG nº 722.822-22PIMA
SÍTIO AREIA BRANCA, MUNICIPIO DE DUAS ESTRADAS/PB.

Duas Estradas/PB, 10 de Novembro de 2015.

Tarciso Noberto da Silva
Comissário de Polícia Civil
Mat: 62682-8
Que é Digital


Prefeitura Municipal de Lagoa de Dentro
Secretaria Municipal de Saúde
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência-SAMU



192

30 08 15	923424	34	Flamão	Hs	Hs
Paciente / Usuário		Idade		Sexo	Telefone
Wilson Florêncio de Lima		16a		Masc	
Local de Ocorrência: <input type="checkbox"/> LAGOA DE DENTRO <input type="checkbox"/> DUAS ESTRADAS <input type="checkbox"/> SERTÃOZINHO <input type="checkbox"/> SERRADARAZ <input type="checkbox"/> PIRIPITUBA <input type="checkbox"/> OUTRO					
Logradouro		Bairro		Médico Regulador	
RUA DO SOL		CENTRO		Dr. Poliana	
Quantidade de vizinhos no local: <input type="checkbox"/> Uma <input type="checkbox"/> Duas <input type="checkbox"/> Três <input type="checkbox"/> Mais de três					
Tipo de Local: <input type="checkbox"/> CASA <input type="checkbox"/> LUGAR <input type="checkbox"/> FARMÁCIA <input type="checkbox"/> BARRACÃO <input type="checkbox"/> PRF <input type="checkbox"/> PRF <input type="checkbox"/> PRF <input type="checkbox"/> PRF					
QTA: <input type="checkbox"/> Socorro por Terceiros <input type="checkbox"/> Socorro pelos Bombeiros <input type="checkbox"/> Evacuação do Local <input type="checkbox"/> Transporte <input type="checkbox"/> Outro					
DESTINO DO PACIENTE: <input type="checkbox"/> Atendido no Local e Liberado <input checked="" type="checkbox"/> Encaminhado a Unidade Hospitalar <input type="checkbox"/> Outros					
H. TRAUMA-SP					
Destino (Unidade Hospitalar)					

NATUREZA DA OCORRÊNCIA

<input type="checkbox"/> CLÍNICO	<input type="checkbox"/> PSIQUIÁTRICO	<input type="checkbox"/> GINECO-OBSTÉTRICO	<input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA
Motivo: TRAUMA			Hospital de Origem:
CAUSAS EXTERNAS			Responsável:
<input type="checkbox"/> Acidente de Trânsito <input type="checkbox"/> Colisão carro x moto <input checked="" type="checkbox"/> Queda de moto <input type="checkbox"/> Atropelamento por <input type="checkbox"/> Colisão carro x carro <input type="checkbox"/> Desapontamento <input type="checkbox"/> Outro:			Hospital de Destino:
<input type="checkbox"/> FAF <input type="checkbox"/> F.A.B. <input type="checkbox"/> Agressão Física <input type="checkbox"/> Alagamento <input type="checkbox"/> Queda - Altura aproximada: <input type="checkbox"/> Sofrimento / Desabamento <input type="checkbox"/> Choque Elétrico <input type="checkbox"/> Outro:			Responsável:
<input type="checkbox"/> AIDS <input type="checkbox"/> Anestesia <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> Convulsões <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Doença Cardíaca <input type="checkbox"/> Doença Infecto-contagiosa			ANTECEDENTES <input type="checkbox"/> Doença Mental <input type="checkbox"/> Doença Renal <input type="checkbox"/> Droga <input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial <input type="checkbox"/> Infartos Anteriores <input type="checkbox"/> Problemas Respiratórios <input type="checkbox"/> Medicamentos de uso Contínuo

1. DADOS VITAIS	PA: 120x80	FC: 59	FR: 18	HGT: 178	SaO2 - SaO2: 99	SpO2 - O2: 99
-----------------	------------	--------	--------	----------	-----------------	---------------

EXAME CLÍNICO (SINTOMAS, QUEIXAS):
DOR NA CERVICAL, BRAÇO D. M.I.D.

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

Diagnósticos de Enfermagem:

Intervenções:

Exatidão da Enfermeira:

PCT CONSCIENTE E ORIENTADO, COM DOR E INCLUSAS NORMO-CORADAS, COM CERVICALGIA, FRATURA EXPOSTA DE RADIO D, FRATURA FLEXIONADA DO CÚBITO, FRATURA FLEXIONADA DE FÊMUR D, CORTE

ORIENTAÇÃO DA REGULAÇÃO MÉDICA

E REPOSIÇÃO ATIVA D. PCTO PROTOCOLO DE IMOBILIZAÇÃO, HAVIA COM GRL E BIELCO Nº 14, FOS NECESSÁRIO RAPOR A URGÊNCIA

DE AVALIAÇÃO, NO CASO O PCT REBAIXO ONZUGO DE CONSCIENTIA. O PCT FOI ENCAMINHADO AO H. TRAUMA-SP, ONDE FOI ADMITIDO.

Dr. João César Souza Campos

Enfermeiro

COREN-PB 400104

Enfermeira
Carmen Silva da Costa
COREN-PB 413.732

2 - VIA AÉREA:
☒ Livre ☐ Obstruída parcialmente ☐ Obstruída totalmente ☐ Corpo estranho ☐ Edema da glote ☐ Bronco-espasmo

2.1 - VENTILAÇÃO:
☒ Espontânea ☐ Assistida ☐ Ritmo irregular ☐ Parada respiratória

2.2 - CIRCULACÃO:
☒ Normal ☐ Sincotônica ☒ Regular ☐ Irregular

2.3 - ADIADOS:
☐ Orelha ☐ Nariz ☐ Espandimento ☐ Eritema subconjuntival ☐ Mucosa Edema

3 - CIRCULAÇÃO:
☐ Fria ☐ Úmida ☒ Palidez ☐ Quente ☐ Seca ☒ Normal

3.1 - EXAMES:
☐ Não ☒ Sim - Local MID

3.2 - PERFUSÃO:
☒ Normal ☐ Retardada (<25%) ☐ Ausente

3.3 - RITMO:
☒ Regular ☐ Irregular ☐ Frio ☒ Quente ☐ Ausente

3.4 - ECG:
☐ Normal ☐ Alterado ☒ Não realizado

4 - EXAME NEUROLÓGICO:
 EOG: IS

5 - EXAME GINECO-OBSTÉTRICO:
☐ Abortamento ☐ Hemorragia vaginal ☐ Trabalho de parto ☐ Normal ☐ Semanas

Encondimento: ☐ Denso ☐ Normal ☐ Ventral ☒ Dorsal ☐ Desconhecido ☐ outro: _____

Nível de Consciência: ☒ Consciente ☒ Orientado ☐ Inconsciente ☐ Algo Desorientado ☐ Desorientado ☐ Sonolento ☐ Agitado

PROCEDIMENTOS	<input type="checkbox"/> DEA	<input type="checkbox"/> RED Adulto	<input type="checkbox"/> Sonda vesical
<input type="checkbox"/> Bomba de infusão	<input type="checkbox"/> Desobstrução nas aéreas	<input type="checkbox"/> RED Infantil	<input type="checkbox"/> Sonda
<input type="checkbox"/> Causa Otorrínica	<input type="checkbox"/> Drenagem torácica	<input type="checkbox"/> Mensagem cardíaca externa	<input type="checkbox"/> Taba: Troca
<input type="checkbox"/> Color cervical	<input type="checkbox"/> Desobstrução / Congestão	<input type="checkbox"/> Intubação	<input type="checkbox"/> Ventilação mecânica (manual / automática)
<input type="checkbox"/> Controle de hemorragia	<input type="checkbox"/> Exatidão Otorrínica	<input type="checkbox"/> Sonda Longa	<input type="checkbox"/> Vítal
<input type="checkbox"/> Circulatório	<input type="checkbox"/> Injeção de Gás (O2)	<input type="checkbox"/> Sonda venosa	<input type="checkbox"/> Vítal
<input checked="" type="checkbox"/> Curativo	<input checked="" type="checkbox"/> Injeção de manobra	<input type="checkbox"/> Sonda gástrica	<input type="checkbox"/> Vítal

Descrição do(s) procedimento(s): _____

MATERIAL UTILIZADO (ESFERMAGENS)

PERTENCES DA VITIMA
☐ Não ☐ Sim
 Objeto: _____

Entregue a / Local: _____ Assinatura em Cartão de recebimento

IDENTIFICAÇÃO DAQUELE QUE PRESTOU ATENDIMENTO - CONDUTOR: DANIÃO MATRÍCULA: _____

REC. ESFERMAGENS: RAQUELE COREN: _____

ENFERMEIRO(A): JOÃO CESAR COREN: 400104

MÉDICO(A): _____ CRM: _____

Informações de Procedimento Específico do Paciente - ☐ Recusa Remoção ☐ Recusa Atendimento

NOME: _____ RG / CPF: _____

ASSINATURA (RUBRICA): _____ Observação: _____

TESTEMUNHA: _____ TESTEMUNHA: _____

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

Jaílson Florêncio de Lima

CPF da Vítima

714 400 594-46

Data do Acidente

30.08.2015

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.

Jaílson Florêncio de Lima 09 de agosto de 2018
Local e Data

Jaílson Florêncio de Lima

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017