

Rio de Janeiro, 11 de Julho de 2017

Carta nº: 11280410

A/C: GERCIANO GOMES DA SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170368331 ASL-0260410/17

Vítima: GERCIANO GOMES DA SILVA

Data Acidente: 29/01/2017

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

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

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

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

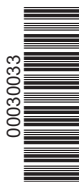
ATENÇÃO:

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

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 11 de Julho de 2017

Carta nº: 11280660

A/C: GERCIANO GOMES DA SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170368331 ASL-0260410/17

Vítima: GERCIANO GOMES DA SILVA

Data Acidente: 29/01/2017

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **28/06/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **29/01/2017**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento faltando página
- Declaração de Inexistência de IML faltando página
- Declaração do Proprietário do Veículo faltando página

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 08 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: **GERCIANO GOMES DA SILVA**

Nº Sinistro: **3170368331**
Vitima: **GERCIANO GOMES DA SILVA**
Data do Acidente: **29/01/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização cadastrado sob o sinistro **número 3170368331**.

Tendo em vista que a pendência não foi sanada no período de 180 dias, informamos que o seu pedido de indenização foi negado.

Caso deseje dar continuidade ao seu pedido de indenização, procure o ponto de atendimento onde o seu processo foi aberto para apresentar os documentos 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 12206426





GOVERNO DO ESTADO DA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLICIA
DELEGACIA DE MASSARANDUBA
RUA JOSÉ BENÍCIO - CENTRO - MASSARANDUBA - 58100-000 -

Bolétim de ocorrência



OCORRÊNCIA Nº 000380/17

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Registros de Ocorrências Policiais deste Órgão, encontrei a Ocorrência de Nº 000380/17 registrada em 26/05/2017, que passo a transcrever na íntegra: Aos vinte e seis dias do mês de maio do ano de 2017, nesta cidade de MASSARANDUBA, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DE MASSARANDUBA, quando encontrava-se presente o Bel. NILO SIQUEIRA SOBRINHO, Delegado de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, aí, por volta das 15:10 horas, compareceu o Sr. GERCIANO GOMES DA SILVA, com 39 anos de idade, filho de GERSON LUIZ DA SILVA e MARIA DE LOURDES GOMES DA SILVA, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de MASSARANDUBA - PB, Casado, escolaridade Médio Completo, profissão ELETROMECHANICO, portador da Cédula de Identidade Nº 2042423, expedido pela SSP-PB, com C.P.F. de Nº 02524774481, residindo à rua JOÃO FIRMINO DA SILVA, na cidade de MASSARANDUBA - PB.

Declarou que:

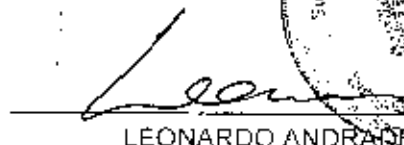
O comunicante compareceu nesta delegacia para informar que foi vítima de acidente de trânsito na data de 29 de Janeiro de 2017, por volta das 17:00, no Sítio Doze, Zona Rural de Massaranduba; QUE a vítima estava pilotando uma motocicleta marca honda NXR 150 BROS. ANO 2011, COR VERMELHA, PLACA NPY 1594 PB, CHASSI 9C2KD0550BR008539, registrada em nome de MILTON TITO DA SILVA quando perdeu o controle da mesma tendo escoriações pelo corpo; QUE após o acidente a vítima foi socorrida para o hospital de trauma conforme comprova doc. em anexo. Nada mais havendo a tratar, ciente o declarante das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente certidão. O referido é verdade e dou FÉ.

MASSARANDUBA, Sexta-feira, 26 de Maio de 2017




GERCIANO GOMES DA SILVA

Declarante


LEONARDO ANDRADE

Escrivão

RECEBIDA LITEN 2017 11 26-JUN-2017 16:47 229606 1/1



GOVERNO DO ESTADO DA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLICIA
DELEGACIA DE MASSARANDUBA
RUA JOSÉ BENÍCIO - CENTRO - MASSARANDUBA - 58100-000 -

OCORRÊNCIA Nº 000380/17

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Registros de Ocorrências Policiais deste Órgão, encontrei a Ocorrência de Nº 000380/17 registrada em 26/05/2017, que passo a transcrever na íntegra: Aos vinte e seis dias do mês de maio do ano de 2017, nesta cidade de MASSARANDUBA, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DE MASSARANDUBA, quando encontrava-se presente o Bel. NILO SIQUEIRA SOBRINHO, Delegado de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, ai, por volta das 15:10 horas, compareceu o Sr. GERCIANO GOMES DA SILVA, com 39 anos de idade, filho de GERSON LUIZ DA SILVA e MARIA DE LOURDES GOMES DA SILVA, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de MASSARANDUBA - PB, Casado, escolaridade Médio Completo, profissão ELETROMECANICO, portador da Cédula de Identidade Nº 2042423, expedido pela SSP-PB, com C.P.F. de Nº 02524774481, residindo à rua JOÃO FIRMINO DA SILVA, na cidade de MASSARANDUBA - PB.

Declarou que:

O comunicante compareceu nesta delegacia para informar que foi vítima de acidente de trânsito na data de 29 de Janeiro de 2017, por volta das 17.00, no Sítio Doze, Zona Rural de Massaranduba; QUE a vítima estava pilotando uma motocicleta marca honda NXR 150 BROS. ANO 2011, COR VERMELHA, PLACA NPY 1594 PB, CHASSI 9C2KD0550BR008539, registrada em nome de MILTON TITO DA SILVA quando perdeu o controle da mesma tendo escoriações pelo corpo; QUE após o acidente a vítima foi socorrida para o hospital de trauma conforme comprova doc. em anexo. Nada mais havendo a tratar, ciente o declarante das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente certidão. O referido é verdade e dou FE.

MASSARANDUBA, Sexta-feira, 26 de Maio de 2017


GERCIANO GOMES DA SILVA

Declarante


LEONARDO ANDRADE

Escrivão



SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE

**HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES**



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

250817

BOLETIM DE ENFERMAGEM			
NOME: <u>Gerlione Gomes</u>			
IDADE: <u>89</u>	SEXO: M ☒ F ☐	DATA DE NASCIMENTO: <u>1 . 1</u> às <u>8 : 59</u> h	
SETOR: <u>Materna</u>		LEITO: <u> </u>	
DIAGNÓSTICO MÉDICO: <u>FX de mão</u>			
ALERGIAS:	SIM ☐ NÃO ☒	QUAIS: <u> </u>	
MEDICAÇÃO CONTÍNUA:	SIM ☐ NÃO ☒	QUAIS: <u> </u>	
DOENÇA CRÔNICA:	SIM ☐ NÃO ☒	QUAIS: <u> </u>	
PRESENÇA DE ESCARA:	SIM ☐ NÃO ☒	LOCAL: <u> </u>	
PRESSÃO ARTERIAL:	HIPOTENSO ☐	NORMOPOTENSO ☒	HIPERTENSO ☐
SISTEMA NEUROLÓGICO:	CONSCIENTE ☒	INCONSCIENTE ☐	ORIENTADO ☐
SISTEMA RESPIRATÓRIO:	DISPNEICO ☐	TAQUIPNEICO ☐	EUPNEICO ☒ BRADIPNEICO ☐
SIST. GENITOURINÁRIO (DIURESE)	NORMAL ☒	POLÚRIA ☐	OLIGÚRIA ☐ SVD ☐
	DUSÚRIA ☐	CISTOSTOMIA ☐	ANÚRIA ☐
MOBILIDADE:	DEÂMBULA ☒	DEÂMBULA C/ APOIO ☐	ACAMADO ☐ S/ DEFICITE MOTOR ☐
	TETRAPLEGIA ☐	HEMIAPLEGIA ☐	PAREZIA ☐ RESTRITO NO PEITO ☐
SIST. GAS. ROINTEATINAL (DIETA)	VOZ ☒	SNG ☐	SNE ☐
ESTADO NUTRICIONAL:	NUTRIDO ☐	DESNUTRIDO ☐	OBESO ☐ CAQUÉTICO ☐
DADOS VITAIS:	PA: <u> </u>	T: <u> </u>	FR: <u> </u> FC: <u> </u> PESO: <u> </u>
DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM			
☐ RISCO DE QUEDA	CD/FR: <u> </u>		
☐ RISCO DE ASPIRAÇÃO	CD/FR: <u> </u>		
☒ RISCO DE INFECÇÃO	CD/FR: <u>Preced. infectos</u>		
☐ RISCO DE DESEQUILÍBRIO DA TEMPERATURA CORPORAL	CD/FR: <u> </u>		
☐ RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL	CD/FR: <u> </u>		
☐ RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA ☐ RETENÇÃO URINÁRIA	CD/FR: <u> </u>		
☐ RISCO DE SANGRAMENTO	CD/FR: <u> </u>		
☐ NÁUSEA	CD/FR: <u> </u>		
☐ DOR AGUDA ☐ DOR CRÔNICA	CD/FR: <u> </u>		
☐ PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	CD/FR: <u> </u>		
☐ MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA	CD/FR: <u> </u>		
☐ DÉFICIT NO AUTO CUIDADO ☐ ALIMENTAR-SE ☐ PARA BANHO	CD/FR: <u> </u>		
☒ INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	CD/FR: <u>Pele prejudicada</u>		
☐ RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA	CD/FR: <u> </u>		
☐ RISCO DE SÍNDROME DO DESUSO	CD/FR: <u> </u>		
☐	CD/FR: <u> </u>		
☐	CD/FR: <u> </u>		
☐	CD/FR: <u> </u>		
Assinatura do Enfermeiro Responsável: <u>Janaina Vasconcelos Porto</u>		CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA	
ENFERMEIRA COREN - PB 426.607		FR: FATOR RELACIONADO	
ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL			
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		APRAZAMENTO	ASSINATURA
☒ MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS.		<u>08:30</u>	<u> </u>
☐ REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR.			
☐ ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA.			
☐ INSTALAR CATÉTER DE O2 A DL/MIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA.			
☐ AVALIAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA (RUIDOS, ESTERTORES E BATIMENTOS DA ASA DO NARIZ).			
☐ ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS.			
☐ POSICIONAR O PACIENTE EM DECUBITO DE 45°.			
☐ MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA, QUANDO RECOMENDADO.			
☒ MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO (EDMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR HIPEREMIA).		<u>Sempre</u>	<u> </u>
☒ ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO.		<u>11</u>	<u> </u>
☒ REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, ÀS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E AS REPOSTAS DO PACIENTE.		<u>11</u>	<u> </u>

energisa

[illegible]

SENATE LIES OUT 3 8 28-JUN-2017 16:44 229608 1/1



29/01/2017

HTCG-Painel Administrativo

STAVAGIA

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



ATENDIMENTO URGÊNCIA
PRONT (B.E) Nº: 1374496 CLASS. DE RISCO: AMARELO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES - CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Maj. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 29/01/2017
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: Arthur Matheus Almeida Mendonça

PACIENTE: GERCIANO GOMES DA SILVA CEP: 58120000 Nascimento: 28/06/1977

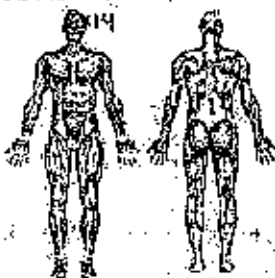
SILVA
Emergência: JÓÃO FLAMIANO DA SILVA Sexo: M Telefone:
Cidade: Moxaranduba Idade: 039 Bairro: CENTRO
RG: 2042423 Profissão: ELETRICISTA
Nome da Mãe: MARIA DE LOURDES GOMES DA SILVA CPF: 02524774481 CMS: 700608960220857
Responsável: Data de Atend: 29/01/2017 Tipo:
Estado Civil: União Estável Horário: 19:12:22 CONVÊNIO: SUS
Motivo: ACIDENTE DE MOTO Especialidade:

MÉDICO:

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

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



1. Abrasão
2. Amputação
3. Anelão
4. Contusão
5. Corte
6. Escoriação
7. Edema
8. Empalhamento
9. Infecção subcutânea
10. Enfisema
11. Equimose
12. F. Amábranca
13. F. Amábranca
14. F. Contusão
15. F. Corte
16. F. Corte-contusão
17. F. Perfuro-contusão
18. F. Perfuro-cortante
19. Ferimento aberto
20. Ferimento aberto
21. Hematoma
22. Injeção de veneno
23. Laceração
24. Lesão tendão
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento torçivo parietal
28. Objeto Enfiado
29. Otite
30. Parafuso
31. Pêra
32. Pêra
33. Pêra
34. Rinsagem
35. Sinal de Isquemia
- 36.

OBS:

QUEIMADURA:
Superfície corporal lesada - % Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau
DIAGNÓSTICO / CID: Acidente de moto / trauma

EXAME PRIMÁRIO - D. S. CLÍNICOS
Paciente vítima de queda de moto, não fazia uso de capacete, chegou ao hospital com consciência lúcida e orientada.
Exame físico: sem alterações significativas.
Exame de tórax: sem alterações.
Exame de abdome: sem alterações.
Exame de membros superiores: sem alterações.
Exame de membros inferiores: sem alterações.
Exame de pele: sem alterações.
Exame de olhos: sem alterações.
Exame de ouvidos: sem alterações.
Exame de nariz: sem alterações.
Exame de boca: sem alterações.
Exame de garganta: sem alterações.
Exame de pulmões: sem alterações.
Exame de coração: sem alterações.
Exame de fígado: sem alterações.
Exame de baço: sem alterações.
Exame de rins: sem alterações.
Exame de vesícula: sem alterações.
Exame de pâncreas: sem alterações.
Exame de intestino: sem alterações.
Exame de estômago: sem alterações.
Exame de esôfago: sem alterações.
Exame de laringe: sem alterações.
Exame de traqueia: sem alterações.
Exame de brônquios: sem alterações.
Exame de alvéolos: sem alterações.
Exame de pleura: sem alterações.
Exame de diafragma: sem alterações.
Exame de pulmão esquerdo: sem alterações.
Exame de pulmão direito: sem alterações.
Exame de coração esquerdo: sem alterações.
Exame de coração direito: sem alterações.
Exame de fígado esquerdo: sem alterações.
Exame de fígado direito: sem alterações.
Exame de baço esquerdo: sem alterações.
Exame de baço direito: sem alterações.
Exame de rins esquerdo: sem alterações.
Exame de rins direito: sem alterações.
Exame de vesícula esquerda: sem alterações.
Exame de vesícula direita: sem alterações.
Exame de pâncreas esquerdo: sem alterações.
Exame de pâncreas direito: sem alterações.
Exame de intestino esquerdo: sem alterações.
Exame de intestino direito: sem alterações.
Exame de estômago esquerdo: sem alterações.
Exame de estômago direito: sem alterações.
Exame de esôfago esquerdo: sem alterações.
Exame de esôfago direito: sem alterações.
Exame de laringe esquerda: sem alterações.
Exame de laringe direita: sem alterações.
Exame de traqueia esquerda: sem alterações.
Exame de traqueia direita: sem alterações.
Exame de brônquios esquerda: sem alterações.
Exame de brônquios direita: sem alterações.
Exame de alvéolos esquerda: sem alterações.
Exame de alvéolos direita: sem alterações.
Exame de pleura esquerda: sem alterações.
Exame de pleura direita: sem alterações.
Exame de diafragma esquerdo: sem alterações.
Exame de diafragma direito: sem alterações.

ALERGIA: Não
MEDICAMENTOS: Não
PATOLOGIAS: Não

EXAME FÍSICO
PUPILAS: ☒ Esquerda ☐ Direita ☐ Isocólicas ☐ Anisocólicas ☐
Glasgow: 15 PA: 120 HGT: 170

RAIO X
REALIZADO EM:
29/01/17

EXAMES SOLICITADOS:
☐ Laboratoriais ☐ Ultrassonografia
☐ Geometria arterial ☐ Radiografias
☐ Tomografia Computadorizada

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:
Especialista: BMF Dia: 29/01/17
Especialista: BMF Dia: 29/01/17

MÉDICO SOLICITANTE
PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	<u>Atendimento de emergência</u>	
2	<u>Atendimento de emergência</u>	
3		
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:
Dr. Jairo Sales Coury
Médico de Emergência

SISTEMA DE REGISTRO DE ATENDIMENTO 3.6 28-01-2017 16:44 229611 1/1



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Ficha de Acolhimento

Nome:	Jesiano Gomes da Silva		
End:	4005 Filomina de Silva		
Data de Nascimento:	28/06/77	Documento de Identificação:	Memorandub
Queixa:	Ac	Data do Atend.:	29/10/17
		Hora:	19:04
Acidente de trabalho?	() Sim	() Não	

Classificação de Risco

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

Estratificação

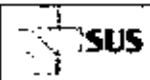
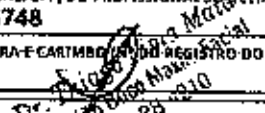
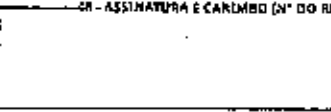
- () Vermelho - atendimento imediato
() Verde - atendimento até 4 horas

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

Assinatura e carimbo do profissional

MOD. 110

Data da Internação: 29/01/2017 Hora: 20:53:41

 Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
Identificação do Estabelecimento de Saúde					
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE				2 - CNES	
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES				2362856	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE				4 - CNES	
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES				2362856	
Identificação do Paciente					
5 - NOME DO PACIENTE				6 - N° DO PRONTUÁRIO	
GERCIANO GOMES DA SILVA				1374545	
7 - CARTÃO DO SUS		8 - DATA DE NASCIMENTO		9 - SEXO	
700608960220867		28/06/1977		MASC ☒ FEM ☐	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL				11 - TELEFONE DE CONTATO	
MARIA DE LOURDES GOMES DA SILVA				83	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)					
JOAO FIRMINO DA SILVA, 141, CENTRO					
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA				14 - CÓDIGO MUNICIPAL	
Massaranduba				250920	
				15 - UF	
				PB	
				16 - CEP	
				58120000	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS					
Paciente vítima de queda de moto, apresentando fratura de zigomático esquerdo.					
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO					
Necessidade de tratamento cirúrgico.					
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)					
Exame físico e tomográfico.					
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL					
FRATURA DE ZIGOMA ESQ.					
21 - CID 10 PRINCIPAL					
22 - CID 10 SECUNDÁRIO					
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS					
PROCEDIMENTO SOLICITADO					
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO				25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
Tratamento cirúrgico de fratura zigomático					
26 - CLÍNICA		27 - CARACTER DA INTERNAÇÃO		28 - DOCUMENTO	
BNF		02		(X) CNS () CPF	
29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE				30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	
980016283655748				THIAGO LIMA MAIA	
31 - DATA DA SOLICITAÇÃO				32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	
29/01/2017					
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)					
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO					
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO					
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO					
36 - CNPJ DA SEGURADORA					
37 - N° DO BILHETE					
38 - SÉRIE					
39 - CNPJ EMPRESA					
40 - CNAE DA EMPRESA					
41 - CBOE					
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA					
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO					
AUTORIZAÇÃO					
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR	
45 - DOCUMENTO				46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
() CNS () CPF					
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO				48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	
/ /					
49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR					

SUS/PROG. LIDER. DPM 3.4 - 20-JUN-2017 16:44 229613 1/1

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

OK

First Zigzag Star (F)

Paciente	Caroline Gomes de Silva	Alojamento	Mista	Leito		Convênio	
----------	-------------------------	------------	-------	-------	--	----------	--

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
30/01/17	(1) Zito Pastora (2) SF 0,5% 1000ml EV Atenção (3) SG 5% 500ml EV (4) Lactil 40g EV 11/12 H (5) Dextrosa 40g EV 8/8 H (6) Poliovax 1g + Ad EV 6/6 H SIN (7) Murchon 9mg EV 8/8 H SIN (8) Desprezível 40mg EV 7x ao dia (9) Colmeial 40mg (10) SSUV + CC 6g	10:30 12:00 14:00 16:00 18:00 20:00 22:00 24:00	#AME# 2º DH Paciente consciente, estável, sem queixas. Ao exame físico apresenta edema e leuciflex (E) + escotagem equimose periorbitária. Sem distensão de tórax basal e movimentos mandibulares.
			(D:1) Transfusão para 150 ml Puro (D) Aguarda oportunidade cirúrgica pela DAE

2017-08-20 16:45 229615 17

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Inf. L. Ang. Gomes no. 114	Alojamento	505-10	Leito		Convênio	
----------	----------------------------	------------	--------	-------	--	----------	--

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
31/01/77	(1) DICHA. Prescrita (2) SF 0.4% 1000 ml EV 1 hora (3) SG 5% 500 ml EV 1 hora (4) Fil. Aril 20mg EV 12/12 HS 12 (5) DECADECOR 0.4mg EV 8/8 H 12 (6) DEXEDRINA 1g L.S.D. EV 6/6 H 5/12 (7) M-POSE 0.5g 8/8 H EV 8/8 H 5/12 (8) Ure pózol 100 mg EV 1x 8/8 H 5/12 (9) CLOECINA 600mg 3x (10) SS.KV L.C.L.66	(32) (3)	H B.M.F. H P.O.L.X.T.E. NO 3º DIH PACIENTE LOUSCATE, GENE, SEM QUEIXAS, PORTADORA DE T.B. (10) (11) Transferência para Alta Louscates (12) Abertura oportuna de cirurgia para B.M.F.
	Maria Casar Eustáquio da Costa Cirurgião Ginecologista Rua - B. Manoel - Poeta CRO: 23347/b		Maria Casar Eustáquio da Costa Cirurgião Ginecologista Rua - B. Manoel - Poeta CRO: 23347/b

SECRETARIA DE SAÚDE 36 28-JUN-77



GOVERNO
DA PARAIBA

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

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente Gláucio Gomes da Silva Alojamento 10 Leito 10 Convênio

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
01/01/17	1) Dieta Pastoso	AM	# B.M. #
	2) SC 0.9% 1000ml IV 12/12h.	1º 2º	4º DTH
	3) 1000ml 20mg + 100 ml 12h.	12	
	4) 1000ml 100mg + 100 ml 12h.	AM	Paciente evolui clinicamente
	5) 1000ml 100mg + 100 ml 12h.	AM	estável, sem sinais de infecção.
	6) 1000ml 100mg + 100 ml 12h.	AM	sem sinais de infecção, sem
	7) 1000ml 100mg + 100 ml 12h.	AM	alterações de função renal.
			Op. cirúrgica planejada.
			eletiva para B.M.

SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
17/01/2017 16:49:22 0617 1/1

TERMO DE RESPONSABILIDADE

O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente _____
dá plena autorização aos médicos do Hospital _____ que o
assistirem, para fazerem as investigações julgadas necessárias ao diagnóstico e para a execução do
tratamento, comprometendo-se a respeitar todas as disposições gerais contidas nos regulamentos do
estabelecimento.

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

O abaixo assinado Aldemir Nascimento Costa
pessoa responsável pelo doente Gercione Gomes da Silva
reconhece que o mesmo deixou o hospital contra o parecer dos médicos deste estabelecimento,
assumindo inteira responsabilidade por sua decisão.

CPF: 009.29651480

Em, 01 de Fevereiro de 2017

Gercione Gomes da Silva
Assinatura do doente ou responsávelTestemunhas: Aldemir Nascimento Costa

O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente _____
certifica que o mesmo teve alta do hospital por ter infringido o regulamento deste estabelecimento.

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente _____
reconhece que a mesma está em condições de acordo e declara pela presente que nenhum médico ou
qualquer outro membro do hospital contribuiu intencionalmente para a indução do mesmo

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 15.000.000-0
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE DEFESA SOCIAL
 CARTEIRA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

NOME
 GERSON GOMES DA SILVA

DOC. IDENTIFIC. CIVIL PRECISO DE
 2042423 699 PB

CIVIL
 025-247-344-B1 DATA NASCIM. 28/06/1977

RENÇÃO
 GERSON LUIZ DA SILVA
 MARIA DE LOURDES GOMES
 DA SILVA

TIPO DE C. 025-247-344-B1 C. 025-247-344-B1 C. 025-247-344-B1

02215930102 12/12/2021 27/02/2002

LOCAL
 CAMPINA GRANDE, PB DATA EMISSÃO 13/12/2016

66219534743
 PB033723164

[illegible]

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Outros



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0260410/17
Vítima: GERCIANO GOMES DA SILVA
CPF: 025.247.744-81

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 29/01/2017
Titular do CPF: GERCIANO GOMES DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

GERCIANO GOMES DA SILVA : 025.247.744-81

Comprovante de residência

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatséguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data: 06/07/2017
Nome: GERCIANO GOMES DA SILVA
CPF/CNPJ: 025.247.744-81

Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 06/07/2017
Nome: MARCO ANTONIO LOUREIRO DOMINGOS
CPF: 070.164.987-94

GERCIANO GOMES DA SILVA

MARCO ANTONIO LOUREIRO DOMINGOS

COBERTURA SOLICITADA

SEGURO LIVRE DPVAT 3 & 26-JUL-2017 16:43 229605-14

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

() MORTE (X) INVALIDEZ PERMANENTE () DAMS

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

VÍTIMA GEORGINO GOMES DA SILVA

DATA DO ACIDENTE 28/05/14 POSSUI CPF () SIM () NÃO Nº CPF _____

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- () Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
- () CPF do Representante Legal (cópia simples)
- () Comprovante de residência do representante legal (cópia simples), ou declaração de residência (original).

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares.
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodetransito.com.br ou ligue grátis SAC DPVAT 0800 022 1204.
- Todos os documentos devem estar legíveis

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- (X) Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada () Sim () Não
- (X) Documentos médicos/hospitais que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- (X) Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- (X) Laudo de Invalidez do IML - original ou cópia autenticada () Sim () Não
- (X) Declaração de Ausência de Laudo do IML (original), junto com relatório médico, comprovando a existência de sequelas permanentes, com a data da alta definitiva - Somente na impossibilidade de apresentar o laudo do IML.
- (X) Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
- (X) Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- (X) CPF da vítima (cópia simples)
- (X) Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- (X) Autorização de pagamento (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- (X) Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada () Sim () Não
- (X) Documentos médicos/hospitais que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- (X) Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- (X) Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os receituários médicos (originais)
- (X) Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
- (X) Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- (X) CPF da vítima (cópia simples)
- (X) Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- (X) Autorização de pagamento (original), com documento que confirme os dados bancários (orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- () Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada () Sim () Não
- () Certidão de óbito da vítima - cópia autenticada () Sim () Não
- () Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- () Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- () CPF da vítima (cópia simples)
- () Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
- () CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
- () Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de Residência (original).
- () Autorização de pagamento para todos os beneficiários (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)
- () Laudo Cadavérico (IML) - somente quando solicitado - Cópia Autenticada: () Sim () Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS - COBERTURA MORTE

- BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)**
 - () Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
 - () Declaração de Cônjuge (original)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A)**
 - () Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a união estável (cópia simples)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE - QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)**
 - () Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
- () Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
- () Declaração de Separação de Fato (original), declarada pelo cônjuge
- () Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge
- BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHOS) OU NETO(A)**
 - () Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)**
 - () Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))**
 - () Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- () Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
- () Certidão de Óbito dos filhos da vítima - quando necessário - (cópia simples)
- () Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (nome) _____
 Quem é o portador? () Vítima (X) Beneficiário () Representante Legal - CPF do portador _____
 E-mail _____ Tel: () _____
 Data _____ Assinatura _____

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do Ponto) _____
 Atendente _____
 Data _____ Assinatura _____