

**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 00105.01.2018.1.02.008**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00105.01.2018.1.02.008, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 14:42 horas do dia 08 de junho de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta 8ª Delegacia Distrital da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Marcos Antônio Vasconcelos, matrícula 0573132, e lavrado por Everaldo Martins da Costa, Escrivão de Polícia, matrícula 765015, ao final assinado, compareceu **Eduardo Jorge de Carvalho Mendonça**, conhecido(a) por Jorge, CNH nº 00508235696, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Autônomo, filho(a) de Neuma Tereza de Carvalho Mendonça e Severino Soares de Mendonça, natural de Bayeux/PB, nascido(a) em 17/09/1962 (55 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Tenente Luiz Batista de Oliveira, Nº s/n., complemento casa, bairro José Américo, tendo como ponto de referência Depósito Judiciário, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 99841-8296.

**Dados do(s) Fatos:**

Local: Rua Hilton Souto Maior, nº s/n., Fórum de Mangabeira.. João Pessoa/PB, bairro Mangabeira; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 21/03/18 14:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) CPB ART. 129 § 6º C/C ART. 18 INC. II: **LESÃO CORPORAL CULPOSA**.

**Objeto(s) Envolvido(s):**

(1) **Moto**, modelo JTA Suzuki GSR 150, marca Suzuki, tipo de veículo motocicleta, cor amarela, ano 2015, placa QFB-8864, chassi 9CDNG4AAJGM208525, renavam 01044882708

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

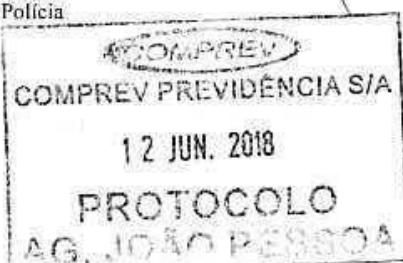
Que, na data supra, se conduzia em sua motocicleta já cadastrada e, nas proximidades do fórum em Mangabeira, foi alvo de colisão por parte de um veículo de placas e Condutor não identificado, até porque, este após a colisão evadiu-se do local, consequentemente, foi socorrido para o Hospital de Traumas Senador Humberto Lucena, onde foi identificado Fratura de Color do Femur Esquerdo, identificado pelo CID 10 S 72.0, conforme Laudo Médico apresentado.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade, Dou fé.

João Pessoa/PB, 08 de junho de 2018.

  
**EVERALDO MARTINS DA COSTA**  
Escrivão de Polícia

  
**EDUARDO JORGE DE CARVALHO MENDONÇA**  
Noticiante



Procedimento Policial: 00105.01.2018.1.02.008

1/1





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1070627



## Identificação do paciente

ID 1272505	Nome <b>EDUARDO JORGE DE CARVALHO MENDONCA</b>			Sexo <b>Masculino</b>
Data de nascimento 17/09/1952	Idade 55 anos 6 meses 4 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe <b>NEUMA TEREZA DE CARVALHO MENDONCA</b>				Pai <b>SEVERINO SOARES DE MENDONCA</b>
Escolaridade				Responsável (Parentesco) <b>O MESMO - O MESMO(A)</b>
DDD Móvel: 00	Fone Móvel 00000000	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento CNH	Número documento 00508235696	Nº Cns		
Local de procedência MANGABEIRA		Type BAIRRO	UF PB	
Email	Naturalidade BAYEUX	CEP/R		

## Endereço

CEP 58074660	Município de residência <b>JOAO PESSOA</b>	UF PB	Logradouro <b>TENENTE LUIZ BATISTA DE OLIVEIRA</b>
Número 27	Complemento	Bairro <b>JOSE AMÉRICO DE ALMEIDA</b>	

## Admissão

Data e Hora 21/03/2018 15:32:49	Número da pulseira <b>100006291142</b>	Convênio <b>SUS</b>	
Especialidade <b>CIRURGIA GERAL</b>	Clínica		
Classificação de risco	Ongem do paciente <b>RUA</b>		
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Detalhe do acidente <b>VEICULO X MOTO</b>	

## Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte <b>RESGATE - BOMBEIROS</b>	Quem transportou		

## Sinais Vitais

PA X	mmHg	P脉	Temperatura
---------	------	----	-------------

## Exames complementares

Raio X [ ]	Sangue [ ]	Urina [ ]	TC [ ]	Liquor [ ]	ECG [ ]	Ultrasonografia [ ]
Dados clínicos Foi c/2 conciente orientado e/obr com quadri						

PADRE LAETICIA DE MATOS  
ENFERMEIRA UNIVERSITÁRIA  
EMERGÊNCIA HEEPSH  
COREN PB 132215

COMPREV  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
12 JUN. 2018  
Tempo  
03seg  
PROTÓCOLO  
AG. JOSÉ PEREIRA

## Diagnóstico

Atendido por  
**MICHEL CARVALHO BORGES**

Imprimir

21/03/2018 15:35



## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

### INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados 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 <i>Eduardo Jorge De Calvulho Neves Neves</i>	CPF da Vítima 308.116.034-20	Data do Acidente 21/03/2018
---	---------------------------------	--------------------------------

### REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

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

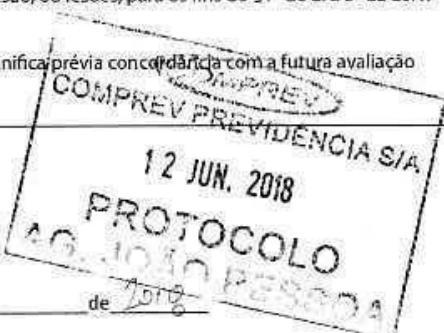
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de Indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

#### Assinalar uma das opções abaixo:

- Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

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

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



*Jári Passos*, 12 de JUNHO de 2018  
Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário	Campo 2 - Assinatura do Representante Legal
--------------------------------------	---



## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE EDUARDO JORGE DE CARVALHO MENDOÇA

DADOS DE NASCIMENTO 17/09/62

NOME DA MÃE NEUMA TEREZA DE CARVALHO MENDONÇA

### DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1.076.027

Nº PRONTUÁRIO 107.771

DATA DO ATENDIMENTO 21/03/18

HORA DO ATENDIMENTO 15:32

MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA

DIAGNÓSTICO (S) FRATURA DO COLO DO FEMUR E

CID 10 S 72.0

### AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta, trazido pelos Bombeiros, apresentando queixas de dor em quadril E e coxa E + limitação dos movimentos. Glasgow 15. Avaliado pela equipe médica da urgência/emergência.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX da coluna cervical - AP e P

RX do tórax - AP

RX da bacia - AP

RX do quadril - AP



### TRATAMENTO:

Fratura do colo do femur E ao RX. Sem alteração aos outros RX. Realizado internamento e tratamento cirúrgico pelo Dr. Marcos Vinicius Freitas e Dr. Gustavo Mendonça da equipe da Ortopedia.

ALTA HOSPITALAR: 04/04/18

DATA DA EMISSÃO: 06/06/18

Dr. Ewerton Noronha Teixeira  
CRM: 2516/PB

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



GOVERNO  
DA PARAÍBA

Impresso por: EDSON  
SILGADO TINOCO  
Em: 22/03/2018 08:25:50

Paciente:  
**EDUARDO JORGE ALHO MENDONÇA**  
Data de nascimento:  
**17/09/1952**  
Tempo de internação:

Data/Hora Entrada:  
**21/03/2018 15:32:45**  
CNS

Data/Hora Saida:  
**Prontuário  
107771**  
Plantão  
**DIURNO**

**EVOLUÇÃO** EDSON DELGADO TINOCO - 22/03/2018 08:24:54

**EVOLUÇÃO**

PROBLEMA  
DEZENAS DE

ORTOPÉDIA  
#FRATURA  
EVOLUI ESTABELECI  
AGUARDANDO

PRIMORAL ESQUERDA  
RISCO CIRÚRGICO

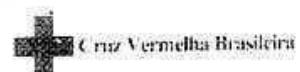
Sesão: ANEXO  
Profissional responsável: EDSON DELGADO TINOCO

Número Conselho: 7142

Dr. Edson Delgado Tinoco  
CONCEPÇÃO E INDUSTRIAL  
CENTRO DA SAÚDE E PREVIDÊNCIA  
SERVIÇOS PÚBLICOS



100% 8.80:



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



## AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente <b>EDUARDO JORGE DE CARVALHO MENDONCA</b>	BAE 1070627	Data/Hora Entrada 21/03/2018 15:32:49	Data Baixa
Data de nascimento 17/09/1962	Idade 55	Sexo Masculino	Telefone de Contato (00) 00000000
<b>Mãe</b> <b>NEUMA TEREZA DE CARVALHO MENDONCA</b>			
Endereço <b>TENENTE LUIZ BATISTA DE OLIVEIRA, 27</b>	Bairro <b>JOSE AMÉRICO DE ALMEIDA</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>VEICULO X MOTO</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>EVERTON SILVEIRA MACEDO</b>	Nº Cons. Regional <b>11537/PB</b>
Data/Hora Classificação 21/03/2018 15:32:49		Data/Hora Prescrição 21/03/2018 15:41:39	

### \*Anamnese

paciente com história de acidente motociclistico, trazido pelos bombeiros em prancha gida, em uso de colar cervical, respirando em ar ambiente sem dificuldades, glasgow: 15, queixando-se de dor em quadril esquerdo e femur esquerdo. nega: trauma craniano, cervicalgia, perda da consciência, vômitos. abdome indolor a palpação superficial e profunda, sem sinais de irritação peritoneal. torax indolor a palpação de gradil costal bilateralmente. pulos pediosos presentes bilateralmente. cd: solicito radiografia de cervical, bacia, femur e, torax. analgesia. solicito parecer do ortopedista.

### MEDICAÇÃO

dipirona 500 mg/ml (ampola 2ml), administrar 2,0 ml via e.v., agora. (observações: diluir em 08 ml de sf0,9%)

### CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA

### EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL PÉRFIL

RADIOGRAFIA DE BACIA

RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO COXO-FEMORAL ESQUERDA

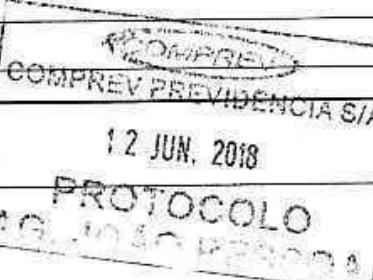
RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)

### CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

### Conduta

Em observação



Everton Silveira Macedo  
CRM-PB 11537  
Residente Cirurgia Geral

EDUARDO JORGE DE CARVALHO MENDONCA

EVERTON SILVEIRA MACEDO  
(CRM: 11537/PB)

Boleto registrado por: MICHEL CARVALHO BORGES em 21/03/2018 15:32:52

<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)</b>			Folha 1/2		
<b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b>								
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE			2 - CNES					
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE			4 - CNES					
<b>Identificação do Paciente</b>						5 - N° DO PRONTUÁRIO		
6 - NOME DO PACIENTE <i>ENZO ALVES O. NEVES</i>			7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)			8 - DATA DE NASCIMENTO / /	9 - SEXO Masc <input checked="" type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/> 3	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSAVEL			11 - TELEFONE DE CONTATO DDD / N. DO TELEFONE					
12 - ENDERECO (RUA, N°, BAIRRO)			13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA			14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO	15 - CEP	
<b>17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)</b>								
<b>MUDANÇA DE PROCEDIMENTO</b>								
18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR			19 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR					
20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA			21 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA					
22 - DIAGNÓSTICO INICIAL			23 - CID 10 PRINCIPAL			24 - CID 10 SECUNDÁRIO	25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
<b>SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)</b>								
26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL			27 - CÓD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL					
28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE			29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			30 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	31 - CÓD.	
<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE			<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO I			<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO II	<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO III	
32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			33 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			34 - CÓD.	35 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
36 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			37 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			38 - CÓD.	39 - CÓD.	
<b>38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO</b>								
<i>C/ Enzo Alves 7.0 tmc-01 PARAFUSO CANULADO ROSCA LONGA - N 80-01 N 85-01 N 90-01 Fio KC 20 - 3un (cavia)</i>								
PROFISSIONAL SOLICITANTE						40 - DATA DA SOLICITAÇÃO / /		
41 - DOCUMENTO <input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF			42 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE			43 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)		
44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			45 - CÓD. ORGÃO EMISOR			46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO / /		
47 - DOCUMENTO <input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF			48 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE			49 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)		



## RELATÓRIO DE CIRURGIA



Nome: Edvaldo Jorge de C. Andrade BE/Prontuário: \_\_\_\_\_  
 Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: () Masculino () Feminino Cor: \_\_\_\_\_ Data: 23/09/18  
 Clínica/Setor: \_\_\_\_\_ EMP: \_\_\_\_\_ LR: \_\_\_\_\_  
 Cirurgia: Exodontia de 3 dentes do lado esquerdo  
 Cirurgião: Dr. Venerio 1º Assistente: Dr. Góis  
 2º Assistente: \_\_\_\_\_ 3º Assistente: \_\_\_\_\_  
 Instrumentador: \_\_\_\_\_ Anestesista: Dr. Gonçalves  
 Tipo de Anestesia: Algoz Horário: Início \_\_\_\_\_ Término \_\_\_\_\_

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Pontas de dente da fresa (E)</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Exodontia de 3 dentes</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: () Sim () Não. Descrição: \_\_\_\_\_

Biopsia de Congelação: () Sim () Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

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

Médico/CRM: Dr. Marcos Vinícius A. Freitas CRM: 22222-1

João Pessoa, 23/09/18

F(NG).ASCIR.009-1

## Nota de Sala Cirúrgica

REF ID: 1

NOME DO PACIENTE: EDUARDO JOSÉ C. MENTON CA  
 IDADE: 55 BE 107007 FONTOURO ENTERMARI Ponto 2 LETO. 02  
 CIRURGIA: FRACTURA COLO DE FÉMUR E  
 CIRURGIA: D'AMICUS MAX D'AGUSTAVO AUX.  
 ANESTESIA: RAGGI  
 ANESTESISTA: DR CAMILA

INSTRUMENTADOR: —  
 DATA: 03/09/18 TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA INÍCIO: 10:00 FIN: 11:50 CIRURGIA INÍCIO: FIN:

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

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

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

MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.
ALFENTANILA		JELCO N°18		FIO CAT GUT CROMADO N°	
BUPIVACAÍNA ISOBÁRICA	1	JELCO N°20		FIO CAT GUT CROMADO N°	
BUPIVACAÍNA PESADA		JELCO N°22		FIO DE ACO N°	
CETAMINA		JELCO N°24		FIO DE ACO N°	
DROPERIDOL		KIT SIST. DREN. TORÁXICO N°		FIO DE NYLON N° 30	1
ETODOLATO		SOLUÇÕES	QTD. LÂMINA BISTURI N°11	FIO DE NYLON N°	
FENOBARBITAL		ALCOOL ETÍLICO 70%	OK LÂMINA BISTURI N°15	FIO DE NYLON N°	
FENTANILA		FVPI DE GERMANIE	OK LÂMINA BISTURI N°23	FIO POLIGLACTINA N°	
FUMAZENIL		FVPI TINTURA	OK LÂMINA BISTURI N°24	FIO POLIGLACTINA N°	
ISOFLURANO		FVPI TÓXICO	LÂMINA DE DERMASTÔMOS	FIO POLIGLACTINA N°	
LEVOBUPIVACAÍNA S/VASO		SABÃO ANTISEPTICO	LÂMINA DE ENXERITO	FIO POLIPROPILENO N°	
LEVOBUPIVACAÍNA S/VASO		MATERIAIS	QTD. LUVA DE PROCEDIMENTO PAR	FIO POLIPROPILENO N°	
LIDOCACINA S/VASO		AGULHA 13X4,5	LUVA ESTÉRIL N°7,0	FIO POLIPROPILENO N°	
LIDOCACINA S/VASO		AGULHA 25X07	LUVA ESTÉRIL N°7,5	FIO POLICLECAPRONE N°	
MEDAZOLAN		AGULHA 25X08	LUVA ESTÉRIL N°8,0	FIO SEDA N°	
MORFINA		AGULHA 4CX12	LUVA ESTÉRIL N°8,5	FITA CARDIACA	
NOXBILUM		AGULHA PERIDURAL N°15	MASCARA CIRÚRGICA	MATERIAL ESPECIAL	QTD.
PANCURÔNIO		AGULHA PERIDURAL N°17	MULTIVIAS	CATETER DE PIC	
PETIDINA		AGULHA PERIDURAL N°18	PURIFICADOR DE SORO	CIMENTO CIRÚRGICO	
PROPÓFOL		AGULHA RAQUI N°25G	SCALP N°18	CLP TITÂNIO LIGADURA	
RAMIFENTANILA		AGULHA RAQUI N°26G	SCALP N°21	FIO DE KIRSCHNER N°	
ROCURÔNIO		AGULHA RAQUI N°27G	SERINGA 3ML	FIO DE KIRSCHNER N°	
SEVOFLURANO		ALGODÃO ORTOPÉDICO	SERINGA 3ML	FIO STEINMAN N°	
SUXAMETÔNIO		ATADURA DE CREPOM	SERINGA 10ML	FIO STEINMAN N°	
TROPICAL		ATADURA GESSADA	SERINGA 20ML	GRAMPEADOR CIRÚRGICO	
MEDICAÇÕES	QTD.	BOLSA P/ COLOSTOMIA	SONDA ASP TRAQUEAL N°8	HEMOST. ABSORVÍVEL	
ADRENALINA		CÂNLAP P/ TRAQUEOSTOMIA N°	SONDA ASP TRAQUEAL N°10	KIT DERIVA VENTRICULAR	
AQUA DESTILADA	11	CATETER DE OXIGÉNIO	SONDA ASP TRAQUEAL N°12	PRÓTESE VASCULAR	
ATROFINA		CATETER EMBOLIC ARTERIAL N°	SONDA ASP TRAQUEAL N°14	KIT PAM	
BEXTRA		CATETER EPIDURAL N°16	SONDA ASP TRAQUEAL N°16	FIXADOR EXTERNO	
CEFAZOLINA	11	CATETER EPIDURAL N°17	SONDA FOLEY 2VAS N°12	EMPRESA	
DEXAMETASONA		CATETER EPIDURAL N°18	SONDA FOLEY 2VAS N°14		
DIMRONA SÓDICA	11	CATETER EPIDURAL N°19	SONDA NASOG. CURTA	PARAFUSOS CORTICais	
EFEDRINA		CERA PARA OSSO	SONDA NASOG. LONGA	PARAFUSOS CORTICais	
FURASEMIDA		COLET. URINA FECHADO	SONDA URETRAL N°	PARAFUSOS ESPONTOSO	
GLICOSE 10%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	SONDA URETRAL N°	PARAFUSOS ESPONTOSO	
GLUCONATO DE CALCIO		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	TORNEIRINHA	PARAFUSOS MALPOLAR	
HIDROCORTISONA		DRENO DE PENROSE	TUBO ENDOTRAQUEAL N°	PARAFUSOS MALPOLAR	
LIDOCACINA GELFIA		DRENO DE SUÇÃO	TUBO ENDOTRAQUEAL N°	PARAFUSOS MALPOLAR	
ONDASERTIRONA		ELETRODOS	TUBO ENDOTRAQUEAL N°		
PLASIL		EQUIPO MACRÓGOTAS	TUBO SILÍCONA CATEX	PLACA	
PROSTIGMINE		EQUIPO TRANSF. SANGUE		2018 EQUIPAMENTOS	
PROTAMINA		EQUIPO MICROGOTAS			
TENOXICAN		ESPANDIRAP	FIOS	( ) ASPIRADOR	
		GAZES	OK FIO ALGODÃO S/A N°	( ) BISTURI ELÉTRICO	
		GAZES ALGODoadas	OK FIO ALGODÃO S/A N°	( ) CAPNOGRAFO	
		GEL ELECTROLÍTICO	OK FIO ALGODÃO C/A N°	( ) CARDIOMONITOR	
		JELCO N°14	OK FIO ALGODÃO C/A N°	( ) DESFIBRILADOR	
		JELCO N°16	OK FIO ALGODÃO C/A N°	( ) FOCO AXIALIX	
				( ) FOCO CENTRAL	
				( ) MICROSCOPIO	
				( ) OXÍMETRO DE PULSO	
				( ) P.A. INVASIVANA INVASIVA	
				( ) PERFURADOR ELÉTRICO	
				( ) SERRA Mauricio Pereira da Silva	
				TIPO: CORRENTE	



## Visita Pré Anestésica

103

Anes

29/03/18

DATA 1070627

PRONTUÁRIO

NOME DO PACIENTE:	Edmundo Jorge C. Lima		
Idade:	42	Sexo:	
Patologia principal:	Tuberculose ativa E		
Cirurgia:	Anestesia proposta: Repro Socorro		

Dor no peito, angina?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> NÃO	Diabetes?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> NÃO	Alergia a drogas?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> NÃO
infarto? [ ] <3M [ ] 3-6M [ ] >6M	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Doença da tireóide?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quadro clínico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pressão alta?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mudança no hábito miccional?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tratamento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sopro, febre reumática?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Modificação no apetite?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alergia a pó, lâ, odores, alimentos?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Aritmia, taquicardia: [ ] espontânea	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Quimização, azia, H. de hiato, dor?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quadro clínico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
aos esforços: [ ] peq. [ ] médios	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Náuseas, vômitos? (cor:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Tratamento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Edema de MMII: [ ] Tardio [ ] Verbo	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Mudança no hábito intestinal?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Alergia a derivado de borracha?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Dispneia de decúbito [ ]	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Alterna na cor das fezes?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Quadro clínico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
aos esforços: [ ] peq. [ ] médios	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Perda de peso súbita?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Tratamento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma/bronquite:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Hepatite, icterícia, malária, Chagas?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	PARA CRIANÇAS (0-14 anos)		
Tosse/catarrô? (cor)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Anemia?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	A criança é prematura?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fumante: há _____ anos. Parou há _____	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sangramento? (onde?)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	A criança tem id de desenvolvimento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desmaios, tonturas?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Hematomas/manchas roxas?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	A criança está gripada, c/tosse, febre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Convulsões, abalos, tremores?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Gripe, febre, recente?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	A criança tem outra doença?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fraqueza muscular, miopatia?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Está ou pode estar grávida? (DUM: / )	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	ANTECEDENTES FAMILIARES DE:		
Dor nas juntas, artrite, colagenose?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Tem problema de surdez, visão?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	[ ] diabetes [ ] doença crvsc. [ ] miopatia		
Problema de coluna?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Tevé febre alta quando foi operado?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	[ ] Febre alta durante a anestesia?		
Etilista social	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Recebeu Transf.sangue? Há	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	[ ] Problemas durante a anestesia?		
Alcoolista: há _____ anos. Parou há _____	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Aceita transf.sangue numa emergência?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Qual?		

Dados importantes da Anamnese em EF

Clíniques / Anestesias Previas / Circulações

Medicamentos (listar)

EXAME FÍSICO		
Peso: 70	Altura:	PA: P: Hidratado/desidratado
Corrida de escadas/disco, taquip. eufônico/afinamento, letárgico/sciousc.		
Assucar:		
Dentadura/protese (dentup/ prótese dentaria).		
Dentes:		
Abertura da boca: Normal/Vi		
Perceção normal/corto		
Flexoextensão do pescoço		
Normal/limitada		
I Mallampati 1/2/3/4 distância externo/mento: ≤ 12,5 cm > 12,5		

Anotar de preferência exames com < 31 ano		
Ht= 157	Ht= 51,5	Exames Subsidiários DATA 27/03/18
Nam= K=	Glic= Cr= W= Ur= 35	
Plaq= 269 K	TC= TS=	
Craigul = Normal [ ] Alterada	TP= 135	TTPAR= 26,8
RX órbitas { / / }		
ECG { / / }		
Avaliação clínica		
IVRI		
Pachombim - 100%		

RETORNOS: [ ] NÃO [ ] SIM Motivos: [ ] Exames complementares [ ] Encaminhado p/Clínica Qual: (VIDE VERSO)

ASA: II

**Aline C. Lira de Souza Lima** MÉDICO  
MÉDICA RESIDENTE ANESTESIOLOGIA  
CRM-PB 11.171

Se o paciente tiver Retorno(s) preencher "CONDUTA FINAL" e "PROBLEMAS GRAVES". APENAS após a liberação do Ambulatório

CONDUTA FINAL:	<input type="checkbox"/> Liberado para cirurgia
"	<input type="checkbox"/> Reavaliar na internação motivo(s):
DATA: / /	<input type="checkbox"/> Reavaliar na SO motivo(s):
	<input type="checkbox"/> NÃO LIBERADO P/ CIRURGIA motivo(s):

12 JUN. 2018  
PROTOCOLO  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

PROBLEMAS GRAVES:

MPA droga/dose

MÉDICO:

CRM:

PINGLASCIR 027-1

LSP





CRUZ VERMELHA  
BRASILEIRA



UNIMED

## RELATÓRIO DE CIRURGIA

### DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

#### Posição e Preparo:

Recubrindo dorsal em mesa de cirurgia.  
Anestesia + Antissepsia + Aporfaz do corpo.

#### Incisão:

Via de acesso lateral em quadrante

#### Achados:

—

#### Conduta:

- Permeação de osso das articulações
- Crânio intacto sem fratura
- Espessura de osso paratídeo aumentada
- 2,5 mm + na mandíbula.
- Incisão com 5x0,9 cm
- Reabilitado por plástico
- Autotoma

#### Fechamento:

#### Observação:

Dra. Marcos Vincos A. Neves  
Ortopedia / Traumatologia  
Centro Cirúrgico do Centro  
CRM 169

COMPRAVENDA  
PREVIDÊNCIA S/A

12 JUN. 2018

PROTOCOLO

João Pessoa, 02/07/2018

Médico/CRM

F(NG).ASCIR.009-1





CRUZ VERMELHA  
BRASILEIRA

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



HEALTH

## CARTÃO DE RETORNO

PACIENTE: Eduardo Tolle

DATA DO ATENDIMENTO: 02 / 04 / 18

Nº PRONTUÁRIO: \_\_\_\_\_ FICHA: \_\_\_\_\_

MÉDICO (CARIMBO): Dr. Vinícius

DIAGNÓSTICO: Frx Colo FEMUR.

PROCEDIMENTO: Fixação C1

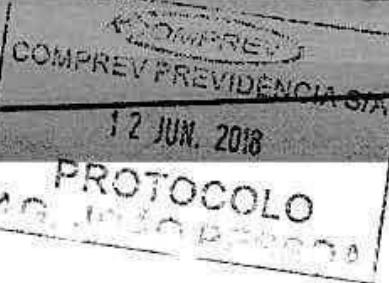
CANALIZADO

SEMPRE QUE RETORNAR AO HOSPITAL É  
NECESSÁRIO APRESENTAR ESTE CARTÃO

LIGAR: 3214-29-11

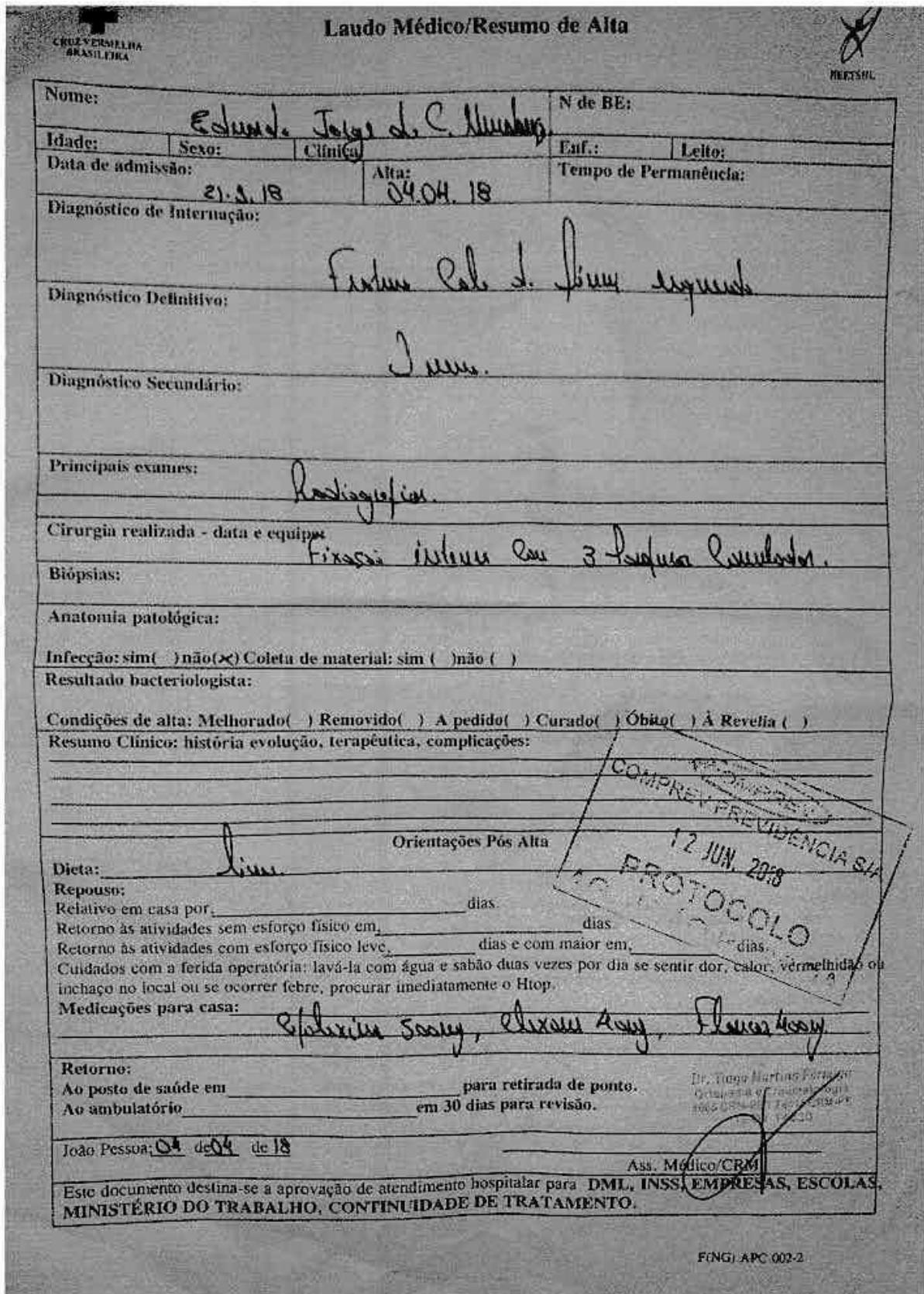
F(NG).APC.035-1

Biópsias:



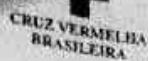
Scanned with CamScanner





Scanned with CamScanner





## ATESTADO MÉDICO



Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a) Sr.(a) Eduardo Joly C. Mendes, portador(a) da identidade RG \_\_\_\_\_, que o(a) mesmo(a) foi atendido(a) por mim no dia de hoje, às 10 5720 horas, portador(a) da patologia CID-10 \_\_\_\_\_, devendo permanecer afastado(a) de suas atividades laborativas por um período de 90 (Noventa) dias, a partir desta data.

João Pessoa, 21.03.18

Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a)

### AUTORIZAÇÃO

Eu, \_\_\_\_\_ autorizo o(a) Dr. \_\_\_\_\_ registrar o diagnóstico codificado CID-10 ou por extenso neste atestado médico.

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

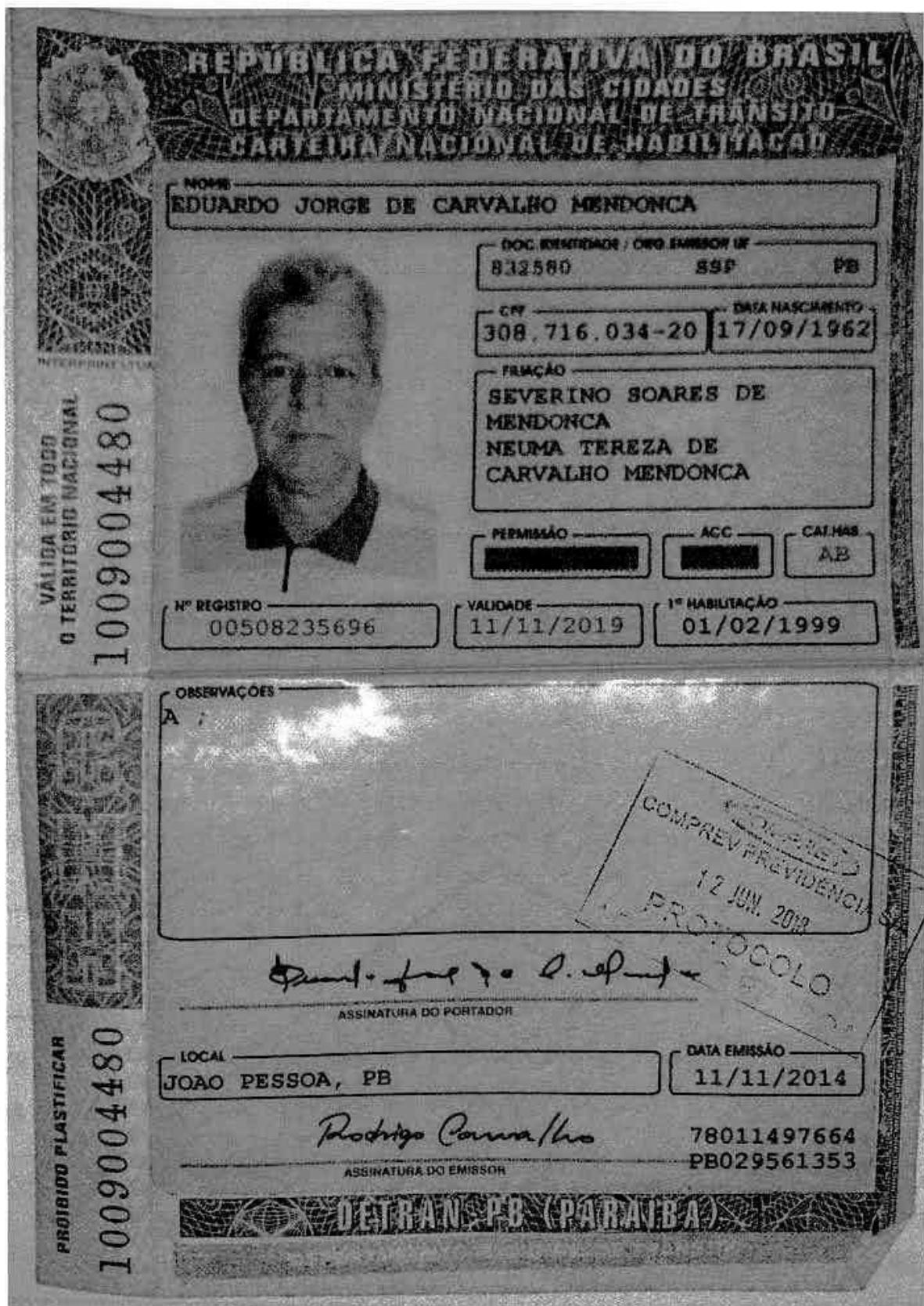
1ª VIA PACIENTE

2ª VIA ANEXA AO PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

F(NG)CC.003-1

Scanned with CamScanner





Scanned with CamScanner





ESTATÍSTICA DO BRASIL

07/06/2017  
36327  
*check*  
34633

NINETY-NINE

Assinado eletronicamente por: RUY NEVES AMARAL DA ROCHA - 23/09/2018 01:03:35  
<http://pj.e-justice.jus.br:80/pj/PjProcesso/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18092301013064000000016319604>  
Número do documento: 18092301013064000000016319604

Num. 16752006 - Pág. 1

INFORMAÇÕES SOBRE O VEÍCULO

**QFB8864**

**2017**

**EDUARDO JORGE D**

[Imprimir Consulta](#)

**QFB8864**

Último Licenciamento: 2017  
Proprietário: EDUARDO JORGE D  
Placa: QFB8864  
Combustível: GASOLINA  
Marca/Modelo: JTA-SUZUKI/GSR150I  
Espécie/Tipo: PASSA / MOTOCICLETA  
Ano de Fabricação: 2015  
Ano Modelo: 2016  
Categoria: PARTICULAR  
Cor Predominante: AMARELA  
Vencimento Licenciamento: 30/06/2018  
Observação:  
Restrição: ALIENACAO FIDUCIARIA  
Financeira: #####  
Município: JOAO PESSOA  
Situação: EM CIRCULACAO  
Data da Consulta: 04/05/2018

PASSA / MOTOCICLETA

**GASOLINA**

JTA-SUZUKI/GSR150I

2015 2016

PARTICULAR AMARELA

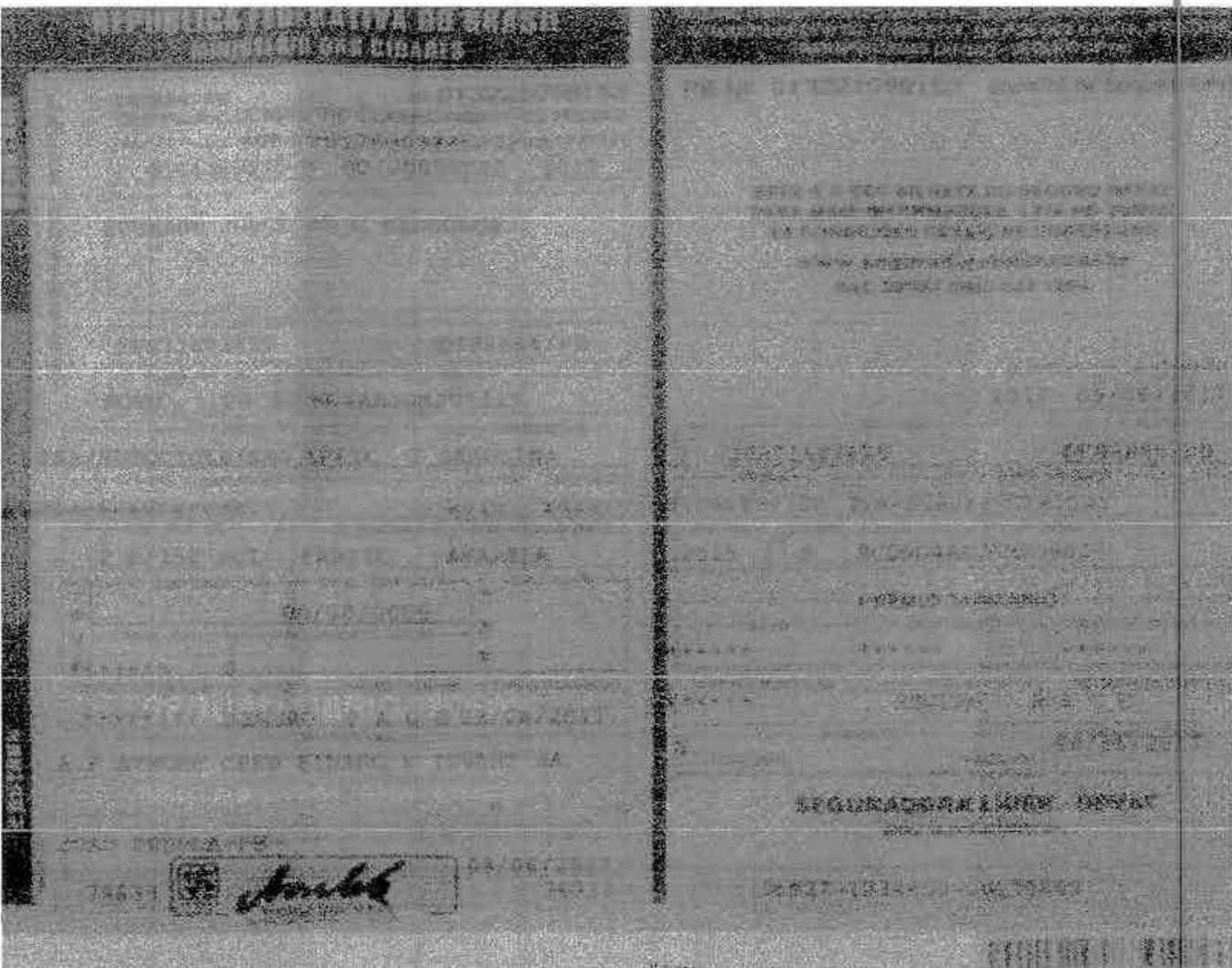
30/06/2018

**ALIENACAO FIDUCIARIA**

JOAO PESSOA

04/05/2018





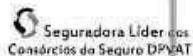
Scanned with CamScanner



Assinado eletronicamente por: RUY NEVES AMARAL DA ROCHA - 23/09/2018 01:03:35  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18092301013064000000016319604>  
Número do documento: 18092301013064000000016319604

Num. 16752006 - Pág. 3

## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0208417/18

Vítima: EDUARDO JORGE DE CARVALHO MENDONCA  
CPF: 308.716.034-20

Data do Acidente: 21/03/2018

CPF de: Próprio Titular do CPF: EDUARDO JORGE DE CARVALHO MENDONCA

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT

**EDUARDO JORGE DE CARVALHO MENDONCA : 308.716.034-20**

Autorização de pagamento  
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.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.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.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 12/06/2018

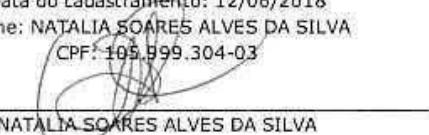
Nome: EDUARDO JORGE DE CARVALHO MENDONCA  
CPF/CNPJ: 308.716.034-20

  
EDUARDO JORGE DE CARVALHO MENDONCA

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/06/2018

Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA  
CPF: 105.999.304-03

  
NATALIA SOARES ALVES DA SILVA





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

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

### INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

#### É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima	Nome completo da vítima
	308.716.034-20	EDUARDO JOSÉ DE CARVALHO MENDONÇA

### DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo EDUARDO JOSÉ DE CARVALHO MENDONÇA	CPF titular da conta 308.716.034-20	Profissão AUTÔNOMO
Endereço RUA TEU LUIZ BATISTA DE OLIVEIRA	Número 511	Complemento CASA
Bairro JOSE AMARILLO	Cidade JANAÚBA	Estado PR
Email rjneves@bol.com.br	CEP 30741-660	Telefone (DDD) 63 99861-8246

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

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)			
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)			
<input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA NRO. 3487	D/V	CONTA NRO. 37820	D/V
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
BANCO Nome _____ NRO. _____			
AGÊNCIA NRO. 2013	D/V	CONTA NRO. 37820	D/V
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

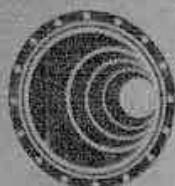
Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do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

José Ribeiro Neves, 11 de Junho de 2018  
Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





# CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTO DE JOÃO PESSOA  
Rua Feliciano Cime, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB  
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-67

PARA CONTATO COM A CAGEPA,  
INFORME ESTE NÚMERO

**MATRÍCULA**

71593322

REFERÊNCIA

MAR/2018

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

EDUARDO JORGE DE CARVALHO MENDONCA  
RUA TEN FUTZ BATISTA DE OLIVEIRA, SN - JOSE  
AMERICO JOAO PESSOA PB 58074-660

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Pública	
001.180.230.0267.000	000	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
Y15N5150082	25/01/2016	EXTERNO LIGADO	POTENCIAL			
ANTERIOR   ATUAL   CONSUMO (m <sup>3</sup> )   NUN DE DIAS   PRÓXIMA LEITURA						
265   283   18   28   16/04/2018						
HIST. DE CONS./ANOR. LETT   QUALID. DA ÁGUA-DECRETO 2.914/2011-MS.						
FEV/2018   15   0   PARAMETROS EXIG. ANALIS. CONFORMES						
JAN/2013   22   0   TURBIDEZ   268   358   358						
DEZ/2017   24   0   CLORO   0   358   358						
NOV/2017   23   0   COL. TÉCNIC   0   0   0						
OUT/2017   24   0   COR   73   97   97						
SET/2017   14   0   COL. TOTAIS   268   358   358						
MÉDIA(II)   20   DADOS REFERENTES A JAN/2013   COMPAREC PREVILEGIADA						
DATA DA IMPRESSÃO: 19/01/2018	12 JUN. 2018	HORA DA IMPRESSÃO: 13:58:54				
DESCRICAÇÃO	PROTOCOLO	CONSUMO	TOTAL (R\$)			
ÁGUA						
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)						
ATE 10 m <sup>3</sup> - R\$ 36,84 POR UNIDADE		10 m <sup>3</sup>	36,84			
11 m <sup>3</sup> A 20 m <sup>3</sup> - R\$ 4,75 POR m <sup>3</sup>		8 m <sup>3</sup>	38,00			

Scanned with CamScanner



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

Número: 3180267735 Cidade: João Pessoa  
Vítima: EDUARDO JORGE DE CARVALHO MENDONCA Data do acidente: 21/03/2018  
Natureza: Invalidez Permanente  
Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/06/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO FÉMUR PROXIMAL ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL MODERADA DO QUADRIL

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: QUADRIL 50%  
sequelas:

Documentos complementares:

Observações:

### DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um quadril	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50

### PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: MARIA TEREZA R DE A AMORIM

CRM do médico: 52.31475-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



Assinado eletronicamente por: RUY NEVES AMARAL DA ROCHA - 23/09/2018 01:03:39  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18092301025565400000016319608>  
Número do documento: 18092301025565400000016319608

Num. 16752011 - Pág. 1