



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 Suzuck GSR 150, marca Suzuck, tipo de veículo motocicleta, cor amarela, ano 2015, placa QFB-8864, chassi 9CDNG4AAJGM208525, renavam 01044882708

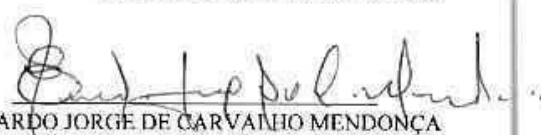
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

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 Côrdo do Fêmur 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.

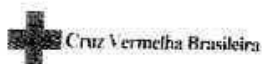

EVERALDO MARTINS DA COSTA
Escrivão de Polícia


EDUARDO JORGE DE CARVALHO MENDONÇA
Noticiante



Procedimento Policial: 00105.01.2018.1.02.008





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



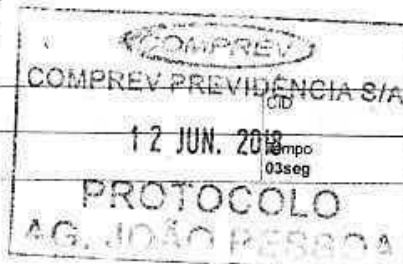
GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Boletim de Atendimento: 1070627



Identificação do paciente			
ID 1272505	Nome EDUARDO JORGE DE CARVALHO MENDONÇA		Sexo Masculino
Data de nascimento 17/09/1962	Idade 55 anos 6 meses 4 dias	Estado civil	Religião
Mãe NEUMA TEREZA DE CARVALHO MENDONÇA	Pai SEVERINO SOARES DE MENDONÇA		Prontuário
Escolaridade	Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)		
DDD Móvel 00	Fone Móvel 000000000	DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento CNH	Número documento 00508235696	Nº Cns	
Local de procedência MANGABEIRA	Tipo BAIRRO		UF PB
Email	Naturalidade BAVEUX	CBO/R	
Endereço			
CEP 58074660	Município de residência JOÃO PESSOA	UF PB	Logradouro TENENTE LUIZ BATISTA DE OLIVEIRA
Número 27	Complemento	Bairro JOSÉ AMÉRICO DE ALMEIDA	
Admissão			
Data e Hora 21/03/2018 15:32:49	Número da pulseira 100006291142	Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica		
Classificação de risco	Origem do paciente RUA		
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO	
Indicadores e Transporte			
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte RESGATE - BOMBEIROS	Quem transportou		
Sinais Vitais			
PA X mmHg	Pulso	Temperatura	
Exames complementares			
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []
			Liquor []
			ECG []
			Ultrasonografia []
Dados clínicos: Idoso, consciente, orientado e/ou em equilíbrio			
MARCIA RAQUEL VARELA DE MATOS ENFERMEIRA EMERGENCIA E EMERGENCIA HET SHL COREN PB 132215			
Diagnóstico			
Atendido por MICHEL CARVALHO BORGES			
Imprimir			



21/03/2018 15:35



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 CARVALHO MENDONÇA</i>	CPF da Vítima <i>308.716.034-20</i>	Data do Acidente <i>21/03/2018</i>
--	--	---------------------------------------

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

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

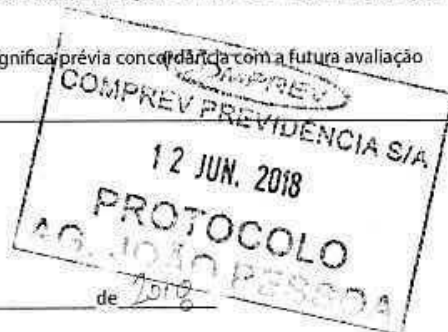
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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.



João Pessoa, 12 de *junho* de 2018
Local e Data

[Assinatura]
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

[Assinatura]
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017





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 PRONTUARIO 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

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 PARAIBAImpresso por: EDSON
VELGADO TINOCO
Em: 22/03/2018 08:25:50

Paciente EDUARDO JORGE TE	ALVARO MENDONCA	Data/Hora Entrada 21/03/2018 15:32:45	Data/Hora Saída
Data de nascimento 17/09/1992		CNS	Prontuário 107771
Tempo de internação			Plantão DIURNO

EVOLUÇÃO DE EDSON DELETOC Temporária 21/03/2018 08:24:50

EVOLUÇÃO

PRONTO-SOLTO
DESCRIÇÃO

ORTOPEDIA

#FRATURA

EVOLUI EST

ACORDA

FRATURA ESQUERDA

RISCO CIRURGICO

Seção: ATEND

Profissional responsável

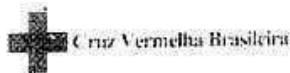
Data: 21/03/2018

Informações: EDSON DELETOC

Número Conselho: 7142

Dr. Edson D. Tinoco
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
GRUPO DA SAÚDE E MANEJO CIRURGIA





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente EDUARDO JORGE DE CARVALHO MENDONCA	BAE 1070627	Data/Hora Entrada 21/03/2018 15:32:49	Data Baixa
Data de nascimento 17/09/1962	Idade 55	Sexo Masculino	CNS (00) 000000000
Mãe NEUMA TEREZA DE CARVALHO MENDONCA			Prontuário
Endereço TENENTE LUIZ BATISTA DE OLIVEIRA, 27	Bairro JOSÉ AMÉRICO DE ALMEIDA	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional EVERTON SILVEIRA MACEDO	Nº Cons. Regional 11537/PB
Data/Hora Classificação 21/03/2018 15:32:49		Data/Hora Prescrição 21/03/2018 15:41:39	

anamnese

PACIENTE COM HISTORIA 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.
ABDOMEN INDOLOR A PALPAÇÃO SUPERFICIAL E PROFUNDA, SEM SINAIS DE IRRITAÇÃO PERITONEAL
TORAX INDOLOR A PALPAÇÃO DE GRADIL COSTAL BILATERALMENTE.
PULDOS 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 PERFIL

RADIOGRAFIA DE BACIA

RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO COXO-FEMORAL ESQUERDA

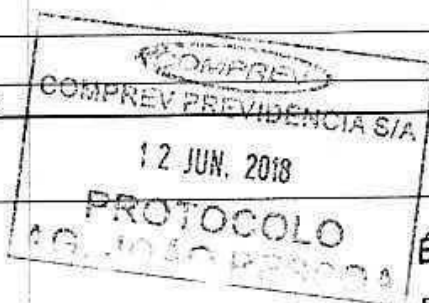
RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)

CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação



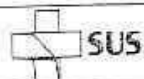
Everton Silveira Macedo
CRM/PB 11537
Residente Cirurgia Geral

EDUARDO JORGE DE CARVALHO MENDONCA

EVERTON SILVEIRA MACEDO
(CRM: 11537/PB)

Boletim registrada por: MICHEL CARVALHO BORGES em 21/03/2018 15:32:52





Sistema
Único de
Saúde

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

Folha
1/2

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc ☒ 1

Fem ☐ 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CÓD. IBGE - MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

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

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

27 - CÓD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO I

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO II

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO III

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

30 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

31 - COTR

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - GTDE

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - GTDE

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

CX AUSENTO CANCELADO 7.0 tmc-01
PARAFUSO CANCELADO ROSCA LONGA - N 80-01
N 85-01
N 80-01
FIO KC.2.0 - 3 UNID (GUIA)

PROFISSIONAL SOLICITANTE

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

40 - DATA DA SOLICITAÇÃO

41 - DOCUMENTO

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

43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

CNS

CPF

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

47 - DOCUMENTO

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

49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

CNS

CPF



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: Edwardo Luiz de C. Pontes BE/Prontuário: _____
 Idade: _____ Sexo: ☒ Masculino ☐ Feminino Cor: _____ Data: 22/09/18
 Clínica/Setor: _____ EMP: _____ LR: _____
 Cirurgia: osteotomia de fechamento do defeito da
 Cirurgião: Dr. Vinícius 1º Assistente: Dr. Gustavo
 2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____
 Instrumentador: _____ Anestesista: Dr. Costa
 Tipo de Anestesia: Raqui Horário: Início: _____ Término: _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>fratura do osso da perna (E)</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Osteotomia de fechamento do osso da perna (E)</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 22/09/18



João Pessoa, 22/09/18

F(NG).ASCIR.009-1





DATA: 020448

PRONTUÁRIO:





CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

Visita Pré Anestésica



HESTSH

Anes

29/09/18 DATA 1070627 PRONTUÁRIO

NOME DO PACIENTE: Eduardo Jorge C. Lima
Idade: 42 Sexo: Profissão:
Patologia principal: Insuficiência cardíaca
Cirurgia: Anestesia proposta: Anestesia Geral

Dor no peito, angina?	Sim Não	Diabetes?	Sim Não	Alergia a drogas?	Sim Não
infarto? [] <3M [] 3-6M [] >6M	[] [] []	Doença da tireóide?	[] []	Quadro clínico?	[] []
Pressão alta?	[] []	Mudança no hábito miccional?	[] []	Tratamento?	[] []
Sopro, febre reumática?	[] []	Modificação no apetite?	[] []	Alergia a pó, Jd, odores, alimentos?	[] []
Arritmia, taquicardia: [] espontânea []	[] []	Queimadura, azia, H. de hiato, dor?	[] []	Quadro clínico?	[] []
aos esforços: [] peq. [] médios []	[] []	Náuseas, vômitos? (cor:)	[] []	Tratamento?	[] []
Edema de MMII: [] Tarde [] Verão	[] []	Mudança no hábito intestinal?	[] []	Alergia a derivado de borracha?	[] []
Dispneia de decúbito []	[] []	Alteração na cor das fezes?	[] []	Quadro clínico?	[] []
aos esforços: [] peq. [] médios []	[] []	Perda de peso s/dieta?	[] []	Tratamento?	[] []
Asma/bronquite:	[] []	Hepatite, icterícia, malária, Chagas?	[] []	PARA CRIANÇAS (0-14 anos)	
Tosse/catarro? (cor:)	[] []	Anemia?	[] []	A criança é prematura?	[] []
Fumante: há anos. Parou há 7 anos	[] []	Sangramento? (onde?)	[] []	A criança tem I de desenvolvimento?	[] []
Desmaios, tonturas?	[] []	Hematomas/manchas roxas?	[] []	A criança está gripada, c/tosse, febre?	[] []
Convulsões, abalos, tremores?	[] []	Gripe, febre, recente?	[] []	A criança tem outra doença?	[] []
Fraqueza muscular, miopatia?	[] []	Está ou pode estar grávida? (DUM: /)	[] []	ANTECEDENTES FAMILIARES DE:	
Dor nas juntas, artrite, colagenose?	[] []	Tem problema de surdez, visão?	[] []	[] diabetes [] doença crônica [] miopatia	
Problema de coluna?	[] []	Teve febre alta quando foi operado?	[] []	[] Febre alta durante a anestesia?	
Entista social	[] []	Recebeu Transf.sangue? Há	[] []	[] Problema durante a anestesia?	
Alcoolismo: há anos. Parou há	[] []	ACEITA transf.sangue numa emergência?	[] []	Qual?	

Dados importantes da Anamnese e/ou EF

Cirurgias / Anestésias prévias / Complicações

Medicamentos (Dietas)

Doença cardíaca - insuficiência cardíaca
Doença pulmonar - asma
Doença renal - insuficiência renal
Doença hepática - hepatite crônica
Doença endócrina - diabetes
Doença hematológica - anemia
Doença neurológica - miopatia
Doença infecciosa - hepatite crônica
Doença autoimune - doença de Crohn
Doença oncológica - câncer de pulmão
Doença infecciosa - hepatite crônica
Doença autoimune - doença de Crohn
Doença oncológica - câncer de pulmão

EXAME FÍSICO

Peso: 70 Altura: 1,70 PA: 120/80 F: 72 H: 1,70
Coração/desc. regular/dispa./taqui, cianótica/cianótica, icterícia/icterícia
Ausculta: normal
Dentadura/prótese (dent./móvel/fixa)
Dentes: normal
Abertura da boca (normal)
Pele: normal
Flexão/extensão do pescoço: normal
Normal/limitada
Mallampati 3 4 distância externo/mento: 12,5 cm > 12,5

Anotar de preferência exames com < 31 anos

Exames Subsidiários: DATA 29/09/18

Hb=15,7 Ht=51,9 Glic= Cr=4,1 Ur=35
Na= K= TC= TS= Pla=269 K
Cnag= Normal Alterada TT= TP=13,5 TTPA=26,8
RX tórax ECG

Avaliação clínica

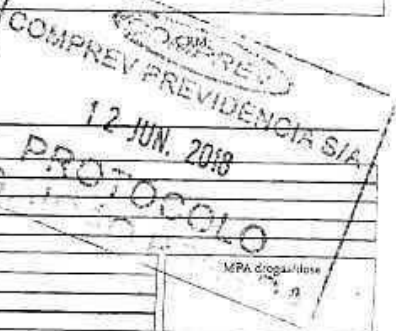
100%

Pré-anestesia 100%

RETORNOS: [] NÃO [] SIM Motivos: [] Exames complementares [] Encaminhado p/Clinica Qual. (VÍDEO VERSO)

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

MÉDICO



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

CONDUTA FINAL: [] Liberado para cirurgia [] Reavaliar na internação (motivo(s)): [] Reavaliar na SO (motivo(s)): [] NÃO LIBERADO p/CIRURGIA (motivo(s))

PROBLEMAS GRAVES

MÉDICO

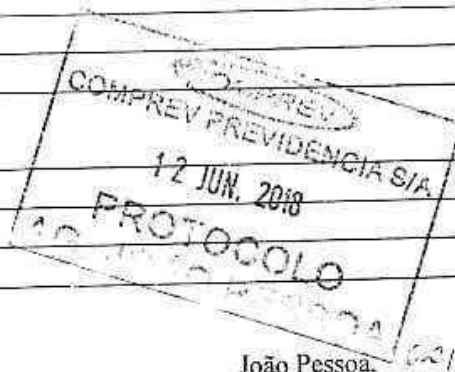
CRM

PONGIASCIR.017.1



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	paciente dorsal em mesa de insuflação Draparia + Antisseptico + esponja de campos
Incisão:	Lin de alongo lateral em quadril
Achados:	
Conduta:	<ul style="list-style-type: none"> - Ressecção de os das de Kienboen - Curva 100 mm - Esponja de os parafusos acumulados - 2,5 mm + 2 anéis - Lavagem com 50092 - Debridamento por placas - anéis
Fechamento:	
Observação:	

Dr. Marcos Vinícius A. Freitas
Ortopedia / Traumatologia
Rua do Odeon
Cidade - 29121-000 - Vitória - ES



João Pessoa, 02/06/18

Médico/CRM

F(NG).ASCIR.009-1





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SEN. HUMBERTO LUCENA

CARTÃO DE RETORNO

PACIENTE: Edmundo Jorge

DATA DO ATENDIMENTO: 02 / 04 / 18

Nº PRONTUÁRIO: _____ FICHA: _____

MÉDICO (CARIMBO): Dr. Vinícius

DIAGNÓSTICO: fx Colo FEMUR.

PROCEDIMENTO: Fixação c/

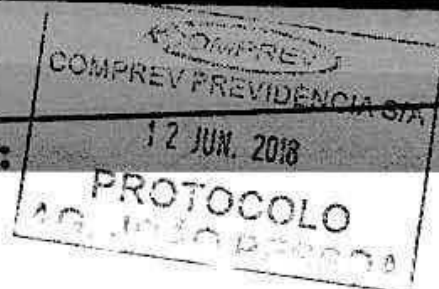
CANULADO

SEMPRE QUE RETORNAR AO HOSPITAL É
NECESSÁRIO APRESENTAR ESTE CARTÃO

LIGAA: 3214-29-11

F(NG).APC.035-1

Biópsias:



Scanned with CamScanner



Laudo Médico/Resumo de Alta

Nome: <u>Eduardo Jorge de C. Nunes</u>		N de BE:	
Idade:	Sexo:	Clinica	Enf.: Leito:
Data de admissão: <u>21.5.18</u>	Alta: <u>04.04.18</u>	Tempo de Permanência:	
Diagnóstico de Internação: <u>Fratura Fechada do fêmur esquerdo</u>			
Diagnóstico Definitivo: <u>Fratura</u>			
Diagnóstico Secundário:			
Principais exames: <u>Radiografias</u>			
Cirurgia realizada - data e equipe: <u>Fixação interna com 3 parafusos e placa</u>			
Biópsias:			
Anatomia patológica:			
Infecção: sim () não (x) Coleta de material: sim () não ()			
Resultado bacteriologista:			
Condições de alta: Melhorado () Removido () A pedido () Curado () Óbito () À Revelia ()			
Resumo Clínico: história evolução, terapêutica, complicações:			
Orientações Pós Alta			
Dieta: <u>líquida</u>			
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: lavá-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 Htop.			
Medicações para casa: <u>Splavix 500mg, Clavamox 400mg, Fluorox 400mg</u>			
Retorno:			
Ao posto de saúde em _____ para retirada de ponto.			
Ao ambulatório _____ em 30 dias para revisão.			
João Pessoa: <u>04 de 04 de 18</u>			
Ass. Médico/CRM _____			
Este documento destina-se a aprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.			

COMPREV PREVIDENCIA S/A
12 JUN 2018
PROTOCOLO

Dr. Tiago Martins Farias
CRM 10.120



ATESTADO MÉDICO



Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a)
Sr.(a) Eduardo Jorge C. Mouta portador(a)
da identidade RG _____, que o(a)
mesmo(a) foi atendido(a) por mim no dia de hoje, às
_____ horas, portador(a) da patologia CID-
10 S720, devendo permanecer afastado(a)
de suas atividades laborativas por um período
de 90 (Noventa) dias, a partir
desta data.

João Pessoa, 21.06.18

Dr. Ruy Neves Amara da Rocha
Otorrinolaringologista
CRM-PE 148.230

Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a)

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____
autorizo o(a) Dr.(a) _____
registrar o diagnóstico codificado CID-10 ou por extensão
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





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

NOME
EDUARDO JORGE DE CARVALHO MENDONÇA



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
832580 SSP PB

CPF DATA NASCIMENTO
308.716.034-20 17/09/1962

IRMAÇÃO
SEVERINO SOARES DE MENDONÇA
NEUMA TEREZA DE CARVALHO MENDONÇA

PERMISSÃO ACC CAT. HAB
AB

Nº REGISTRO VALIDADE 1ª HABILITAÇÃO
00508235696 11/11/2019 01/02/1999

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
10090004480

OBSERVAÇÕES

A

Assinatura manuscrita

ASSINATURA DO PORTADOR

PROT. PREVID. 12 JUN. 2013 PROTOCOLO

LOCAL DATA EMISSÃO
JOAO PESSOA, PB 11/11/2014

Assinatura manuscrita

ASSINATURA DO EMISSOR

78011497664
PB029561353

PROIBIDO PLASTIFICAR
10090004480

DETRAN-PB (PARAIBA)





Número do documento: 18092301013064000000016319604

3692741234450-210178609

[illegible]

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 / MOTOCICLET**
 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 / MOTOCICLET

GASOLINA

JTA-SUZUKI/GSR150I

2015 2016

PARTICULAR AMARELA

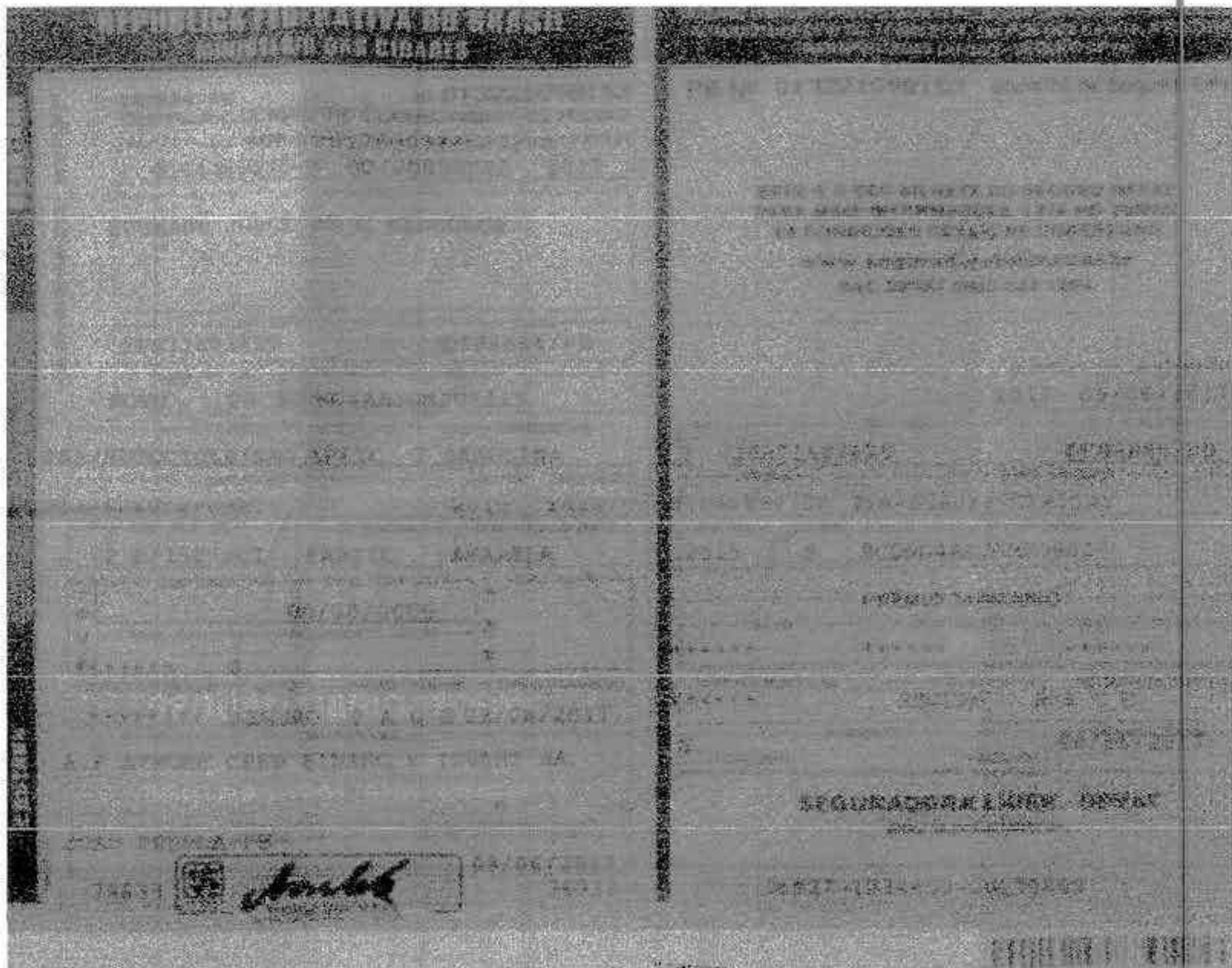
30/06/2018

ALIENACAO FIDUCIARIA

JOAO PESSOA

04/05/2018






Scanned with CamScanner



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0208417/18

Vítima: EDUARDO JORGE DE CARVALHO MENDONÇA

CPF: 308.716.034-20

Data do Acidente: 21/03/2018

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

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 MENDONÇA : 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 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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 12/06/2018

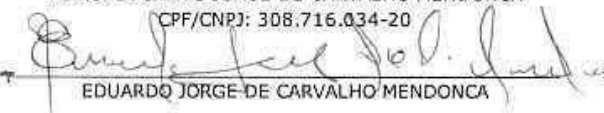
Nome: EDUARDO JORGE DE CARVALHO MENDONÇA

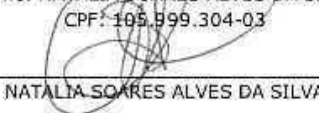
CPF/CNPJ: 308.716.034-20

Data do cadastramento: 12/06/2018

Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

CPF: 105.999.304-03


EDUARDO JORGE DE CARVALHO MENDONÇA


NATALIA SOARES ALVES DA SILVA



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 308.716.034-20	Nome completo da vítima EDUARDO JOÃO DE CARVALHO MENDONÇA
---------------------------	---------------------------------	--

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo EDUARDO JOÃO DE CARVALHO MENDONÇA	CPF titular da conta 308.716.034-20	Profissão Auto Motor
Endereço RUA TEU LUIZ BATISTA DE OLIVEIRA	Número 51N	Complemento CASA
Bairro JOSE AMERICO	Cidade JOÃO PESSOA	Estado PB
Email	CEP 58074-660	Telefone (DDD) 83 99861-8296

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
 ☐ ATÉ R\$ 1.000,00
 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
 ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00
 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00
 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00
 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

- ☒ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)
☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. 3487	DIV.	CONTA NRO. 37820	DIV. 7
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

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

BANCO Nome	NRO.
AGÊNCIA NRO.	DIV.

(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.

JOÃO PESSOA, 12 de JUNHO de 2018
Local e Data

[Assinatura]
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

[Assinatura]
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





CAGEPA

COMANHIA DE ÁGUA E ESGOTO DE JOÃO PESSOA
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA,
INFORME ESTE NÚMERO

MATÍCULA

71593322

REFERENCIA

MAR/2018

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

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

Inscrição		SMI	Quantidade de Economias				Responsável
			Residencial	Comercial	Industrial	Público	
001.080.230.0267.000	000		1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto			
Y15N515082	25/01/2016	EXTERNO LIGADO	POTENCIAL				
ANTERIOR ATUAL CONSUMO (M3) NUM DE DIAS PROXIMA LEITURA							
265	283	18	28	16/04/2018			
HIST. DE CONS./ANOR. LEIT QUALID. DA AGUA-DECRETO 2.914/2011-MS							
FEV/2018	15	0	PARAMETROS EXIG.	ANALIS.	CONFORME		
JAN/2018	22	0	TURBIDEZ	268	358	358	
DEZ/2017	24	0	CLORO		358	358	
NOV/2017	23	0	COL. TERMOF.	0	0	0	
OUT/2017	24	0	COR	73	97	97	
SET/2017	14	0	COL. TOTAIS	268	358	358	
DADOS REFERENTES A: JAN/2013							

DADOS REFERENTES A: JAN/2013
COMPREV PREVIDENCIA S/A

DATA DA IMPRESSÃO: 19/03/2018

12 JUN. 2018

HORA DA IMPRESSÃO: 13:58:54

DESCRIÇÃO
ÁGUA

PROTOCOLO

CONSUMO TOTAL (R\$)

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

ATE 10 M3 - 36,84 POR UNIDADE

11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,75 POR M3

10 M3

36,84

8 M3

38,00

Scanned with CamScanner



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA**DADOS DO SINISTRO****Número:** 3180267735**Cidade:** João Pessoa**Natureza:** Invalidez Permanente**Vítima:** EDUARDO JORGE DE CARVALHO
MENDONÇA**Data do acidente:** 21/03/2018**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 FÊMUR PROXIMAL ESQUERDO**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL MODERADA DO QUADRIL**Sequelas:** Com sequela**Conduta mantida:****Quantificação das sequelas:** QUADRIL 50%**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:**