
Rio de Janeiro, 26 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190169433

Vítima: JOSENILDO GONCALVES DE LIMA

Data do Acidente: 01/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: WAGNER LUIZ RIBEIRO SALES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSENILDO GONCALVES DE LIMA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 11 de Março de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190169433 **Vítima: JOSENILDO GONCALVES DE LIMA**

Data do Acidente: 01/10/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: WAGNER LUIZ RIBEIRO SALES

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

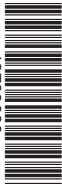
Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você

Pag. 00513/00514 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 14042986

Rio de Janeiro, 15 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190169433

Vítima: JOSENILDO GONCALVES DE LIMA

Data do Acidente: 01/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: WAGNER LUIZ RIBEIRO SALES

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JOSENILDO GONCALVES DE LIMA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 021936824-45 Nome completo da vítima: Josenildo Gonçalves de Lima

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: Josenildo Gonçalves de Lima CPF: 021936824-45
Profissão: Desempregado Endereço: Tr. Augusto Barboviera Número: 301A Complemento: _____
Bairro: CRUZEIRO Cidade: Campina Grande Estado: PB CEP: 58.415-378
E-mail: stcaduocazie@hotmail.com Tel.(DDD): 83.98852-3030

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDAS MENSAL:

☐ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☒ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: CAIXA ECONOMICA FEDERAL

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 2221 CONTA: 00002925
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão
digital da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

Local e Data, Campina Grande, 22/02/2019
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Josenildo Gonçalves de Lima
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____
2ª | Nome: _____
CPF: _____

ARVILE CORRETORA
25.FEV. 2019
Assinatura
TEL.: (83) 3321-5930

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.





BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº00042.01.2019.2.00.420

OCORRÊNCIA(S)

Suposto(s) Autor(es):

Tipificação 1: LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO

Data da Ocorrência: 01/10/2018

Hora: 19:19:00

Forma da Comunicação: Verbal

Endereço: Rua Gasparino Barreto, Rosa Cruz, Campina Grande, PB.

Ponto de referência: Perto do Centro de Madeira

PARTE(S)

VITIMA

Nome: Josenildo Gonçalves de Lima

Conhecido por: Não informado

Filiação: Leonisa Maria de Lima e José Gonçalves da Silva

Idade: 47

Data de Nascimento: 10/05/1971

Identidade de Gênero: masculino

Nacionalidade: brasileira

Naturalidade: Campina Grande

Estado Civil: união estável

Escolaridade: Não informado

Profissão: Pintor

Cargo: Não informado

Matrícula: Não informado

Documentos(s) de Identificação: CPF nº 021.936.824-45

Endereço: Travessa Augusto Borborema, 36, Rosa Cruz, Campina Grande, PB

Complemento: Não informado

Ponto de referência: Perto do Centro de Madeira

Telefone: (83) 98685-7633

TESTEMUNHA

Nome: José de Andrade Barbosa

Conhecido por: Não informado

Filiação: Lindalva de Moraes e Manoel Barbosa Filho

Idade: 41

Data de Nascimento: 07/06/1977

Identidade de Gênero: masculino

Nacionalidade: brasileira

Naturalidade: Campina Grande

Estado Civil: casado(a)

Escolaridade: Não informado

Profissão: Pedreiro

Cargo: Não informado

Matrícula: Não informado

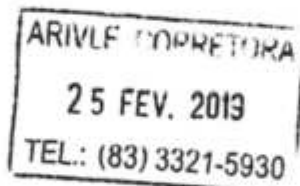
Documentos(s) de Identificação: CPF nº 016.075.904-84

Endereço: Travessa Augusto Borborema, 636, Rosa Cruz, Campina Grande, PB

Complemento: Não informado

Ponto de referência: Perto do Centro de Madeira

Telefone: (83) 98869-6346





TESTEMUNHA

Nome: Dayane Siqueira de Andrade
Conhecido por: Não informado
Filiação: Cicera Nascimento Siqueira e José de Andrade Barbosa
Idade: 22 **Data de Nascimento:** 12/07/1996 **Identidade de Gênero:** feminino
Nacionalidade: brasileira **Naturalidade:** Campina Grande
Estado Civil: solteiro(a)
Escolaridade: Não informado **Profissão:** Autônoma
Cargo: Não informado **Matrícula:** Não informado
Documentos(s) de Identificação: CPF nº 104.292.154-79
Endereço: Travessa Augusto Borborema, 36-H, Rosa Cruz, Campina Grande, PB
Complemento: Não informado
Ponto de referência: Perto do Centro de Madeira
Telefone: (83) 99369-8104

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

(1) **Moto**, marca Honda, modelo NXR 150 BROS ESD, tipo de veículo Motocicleta, cor Preta, ano 2008, placa MOD-3194, chassi 9C2KD03108R032075, renavam 0011694206-1

DILIGÊNCIAS ADOTADAS/EXAMES REQUISITADOS

HISTÓRICO

Informa o comunicante/vítima, que no dia, hora e local já descritos, conduzia a motocicleta Honda/NXR 150 BROS ESD, Ano/Modelo 2008/2008, cor preta, Placa MOD-3194-PB, Chassi de N° 9C2KD03108R032075, licenciada em nome de Claudio Batista dos Santos, quando trafegava na rua Gasparino Barreto, bairro Rosa Cruz, momento em que o condutor de um veículo de sinais e condutor não identificado parado no meio da via, tendo o comunicante tentado desviar-se do mesmo, mas o retrovisor bateu na lateral da camioneta, tendo o comunicante caído ao solo e em seguida o condutor de outra camioneta que passava no local passou por cima da vítima, tendo este ficado com fratura do osso da perna direita e fratura da bacia e outras escoriações pelo corpo, conforme prontuário em anexo, sendo socorrida pelo SAMU e encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma, nesta cidade. Na ocasião do acidente o tempo apresentava-se bom, com via seca e boa visibilidade, não se encontrando o envolvido sob a influência de bebidas alcoólicas. Não compareceram os Policiais Militares do CPTRAN, razão pela qual não foi elaborado o Boletim de Acidente de Trânsito. Afirmo a vítima não ter o desejo de Representar Criminalmente contra o condutor do veículo causador do acidente.

Nada mais disse. Encerrado está o presente termo.

SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
2ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Delegacia Especializada de Acidentes de
Veículos de Campina Grande



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social



Campina Grande/PB, 07 de fevereiro de 2019.

SEVERINO DE CARVALHO LOPES

Delegado(a) de Polícia Civil

Josemildo Gonçalves de Lima

JOSEMILDO GONÇALVES DE LIMA

Noticiante

ADEMIR DA COSTA VILAR

Escrivão de Polícia



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 021936824-45 Nome completo da vítima: Josénildo Gonçalves de Lima

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: Josénildo Gonçalves de Lima CPF: 021936824-45
Profissão: Desempregado Endereço: Tr. Augusto Garborema Número: 301A Complemento: _____
Bairro: Cruzeiro Cidade: Campina Grande Estado: Paraíba CEP: 58.415-378
E-mail: stcadvocacia@hotmail.com Tel.(DDD): 83.98852-3030

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

REDA MENSAL:

☐ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☒ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: CAIXA ECONOMICA FEDERAL

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 2221 CONTA: 00002925
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão
digital da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

Local e Data: Campina Grande, 22/06/2019
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Josénildo Gonçalves de Lima
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
CPF: _____
2º | Nome: _____
CPF: _____

ARVILE CORRETORA
25.FEV. 2019
TEL: (83) 3321-5930

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



Estado da Paraíba
Prefeitura Municipal de Campina Grande-PB
Secretaria de Saúde do Município
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAMU Regional CG - 192

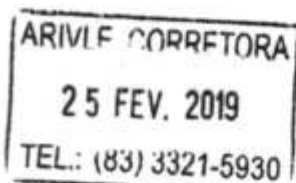


DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Declaramos para os devidos fins de direito que o **SAMU REGIONAL CG - 192** foi solicitado para prestar atendimento médico pré-hospitalar de urgência ao paciente conforme dados a seguir:

DATA: 1/10/2018	HORA: 19:19 HRS	ID Nº: 1728161
NOME:	JOSENILDO GONÇALVES DE LIMA	
QUEIXA:	ACIDENTE DE TRÂNSITO	
LOCAL:	RUA: GASPARINO BARRETO - ROSA CRUZ	
COMPLEMENTO:	PROXIMO AO CENTRO DE MADEIRA	
CIDADE:	CAMPINA GRANDE / PB	
DADOS DA REMOÇÃO		
Paciente removido para o Hospital de Emergencia e Trauma		

Campina Grande, 29 de outubro de 2018.




Alexandre B. Nascimento
SUPERVISOR
SAMU 192-CG

Deoclecio F Nascimento
Coordenação Administrativa
SAMU REGIONAL CG - 192

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO



Documento sem valor fiscal.

Documento não é responsável pela entrega.

Receba por e-mail o comprovante de pagamento sem custo, em seu e-mail cadastrado. Nº 002.448.822

ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
BR 230 - KM 158 - Alça Sudoeste - Três Irmãs - Campina Grande / PB - CEP 58423-700
CNPJ 06.826.596/0001-85 Insc. Est. 16.883.839-1

DADOS DO CLIENTE

MARIA SOLANGE FARIAS DA SILVA
TV AUGUSTO BORBOREMA 30 A
CAMPINA GRANDE

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

4/64743-8

REFERÊNCIA

NOV/2018

APRESENTAÇÃO

29/11/2018

CONSUMO

15

VENCIMENTO

06/12/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 16,24

Acesso: www.energisa.com.br



MARIA SOLANGE FARIAS DA SILVA

Roteiro: 18-401-958-3650

83600000000-7 16240147000-8 00647432018-8 11500401019-1

VENCIMENTO

06/12/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 16,24

MATRÍCULA

64743-2018-11-5



ARIVLE CORRETORA

25 FEV. 2019

TEL.: (83) 3321-5930





Grupo	Cota	Prazo	Nome
2882	084,0	60	WAGNER LUIZ RIBEIRO SALES

Concessionário COMERCIAL SANTANA DE VEÍCULOS E PEÇAS LT					TAXAS			
Bem Objeto DOBLO ESSENCE 7L 1.8					F. Comum	T. Admin	S. Vida	F. Reserva
Situação da Cota NAO CONTERPLADO					1,25000	14,00000	0,00000	0,00000
					PARCELAS			
					Em Atraso	Pagas	A Vencer	
					000	20	000	

ÚLTIMOS LANÇAMENTOS											
HST Vencimento	Pagamento	PCL	Valor do Bem	Valor Devido	Valor Pago	% Amort.	% Dif. Parc.	Fdo Reserva	Tx. Admin	Seg. Vida	Multa/Juros
071 20/10/2018	17/10/2018	010	87.190,00+	1.242,46+	1.242,46+	1,2577+	0,0000+	0,00+	119,71+	0,00+	0,00+
071 20/11/2018	21/11/2018	019	87.190,00+	1.242,46+	1.242,46+	1,2577+	0,0000+	0,00+	119,71+	0,00+	0,00+
071 20/12/2018	24/12/2018	020	87.190,00+	1.242,46+	1.242,46+	1,2577+	0,0000+	0,00+	119,71+	0,00+	0,00+
TOTAL PAGOS:					24.730,06+	23,4081+	0,0025-	0,00+	4.814,43+	0,00+	0,00+

INFORMAÇÕES DESTE AVISO					SALDO DEVEDOR (Sujeito a Alteração)		
Emissão	Nosso Número	Seqüência	Agência/Código Cedente	Origem	% Amortizado	% A Amortizar	Valor Total
04/01/2019	109-42279447-5	00987660	0161-30000-9	001	76,59190	23,40810	73.964,60

PREZADO CONSORCIADO(A)

PARCELA CONTEM REAJUSTE DE PREÇO DO BEM CONFORME INFORMAÇÃO DO FABRICANTE.

TODO CONSORCIADO, INCLUSIVE O EXCLUÍDO, DEVE MANTER ATUALIZA DAS SUAS INFORMAÇÕES CADASTRAIS, EM ESPECIAL, ENDEREÇO, Nº D E TELEFONE E E-MAIL.

Parcela	Mês Base	Vencimento
021	01	20/01/2019
Fundo Comum		
1,26770		1.122,75
Taxa de Administração		
0,13730		119,71
Fundo Reserva		
0,00000		0,00
Seguro de Vida		
0,00000		0,00
Diferença de Mensalidade		
0,56850		0,00
Reajuste Saldo de Caixa		
0,00000		0,00
Multa / Juros		
		0,00
Outros		
		0,00
Valor Cobrado		
		1.242,46

Autenticação Mecânica

PROCESSO DE REGIME ESPECIAL PARA ISS Nº: 37/034-525-91/79
CNPJ: 01.290.061/0001-48 CCM: 0000007960

ARIVLE CORRETORA

25 FEV. 2019

TEL.: (83) 3321-5930



Banco Itaú S.A.

341-7

34191.09420 27944.750168 13000.000004 4 77750000124246

Local de Pagamento

PAGAVEL EM QUALQUER BANCO.

Cedente CNPJ: 59.395.061/0001-48 - DISAL ADM. DE CONSORCIOS LTDA					Vencimento 20/01/2019	
Data do Documento 04/01/2019					Agência / Código do Cedente 0161-30000-9	
Número do Documento 109-42279447-5					Nosso Número 109-42279447-5	
Espécie Documento REC					1 (=) Valor do Documento 1.242,46	
Acelta 1					2 (-) Desconto / Abatimento	
Data Processamento					3 (-) Outras Deduções	
Uso do Banco					4 (*) Mora / Multa	
Carteira 0109					5 (+) Outros Acréscimos	
Espécie Moeda R\$					6 (=) Valor Cobrado	
Quantidade						
Valor						

INSTRUÇÕES

** PAGAVEL SOMENTE EM AGENCIAS BANCARIAS **
* DATA LIMITE PARA PAGAMENTO * QUALQUER
BANCO ESTA AUTORIZADO A RECEBER ESTA CONTA EM ATE 10 DIAS
APOS O VENCIMENTO, SEM REAJUSTE, MULTA E JUROS, OS QUAIS
SERAO DEBITADOS NO PRÓXIMO AVISO.
Grupo/Cota/Parcela/Mês competência: 2882/084.0/021/01

Pagador:
WAGNER LUIZ RIBEIRO SALES CPF/CNPJ: 011.086.764-06
RUA CORONEL JOAO LOURENCO PORTO 86
CENTRO
58400-240 CAMPINA GRANDE PB

Ficha de Compensação

Autenticação Mecânica



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 0800-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECABWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Wagner Luiz Ribeiro Sales

inscrito (a) no CPF/CNPJ 011.086.784 / 08, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Josamir do Gonçalves do Lima inscrito (a) no CPF sob o Nº 021.936.824 / 45

do sinistro de DPVAT cobertura Incêndio da Vítima Josamir do Gonçalves do Lima

inscrito (a) no CPF sob o Nº 021.936.824 / 45, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

Endereço: R. Coronel José Mourão Porto

Número: 86

Complemento: _____

Bairro: Centro

Cidade: Campina Grande

Estado: Paraíba

CEP: 58400-240

E-mail: wagnersalesadw@hotmail.com

Tel.(DDD): (83) 9.8852-3030

Local e Data: C. Grande, 20 de fevereiro de 2015

Wagner Luiz Ribeiro Sales
Assinatura do Declarante

ARIVLE CORRETORA
25 FEV. 2019
TEL.: (83) 3321-5930

APR 19 1964
U.S. AIR FORCE
HONOLULU, HAWAII

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Claudio Batista dos Santos,

RG nº 794.2098, data de expedição 09/06/14,

Órgão PB, portador do CPF nº 023.646.959-74, com domicílio na cidade de Campina Grande, no Estado de Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Jornalista Walter Mendonça, nº 342,

complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Josnildo Gonçalves do Lima, cujo o condutor era Josnildo Gonçalves do Lima.

Veículo: MOTOCICLETA

Modelo: HONDA NXR 750 BROS ESD

Ano: 2008

Placa: MOD 3799 / PB

Chassi: 9C2KD03708R032075

Data do Acidente: 02/11/2018

Local e Data: 20 de novembro de 2018

5º Ofício

Claudio Batista dos Santos

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



REGINA FRANÇA
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL
Reconhecido como autêntico e verdadeiro, 21/5, 21/5, 21/5
CLAUDIO BATISTA DOS SANTOS
Em test.da verdade, Campina Grande-PB 20/11/2018 15:15:50
Daniela de Almeida - Escrevente
(2018-007057)EMOL:R\$ 49,48 FAREM:R\$ 0,28 FEPJ:R\$ 1,90 ISS
SELO DIGITAL: ANN75188-3289
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

DANIELA DE ALMEIDA
Escrevente Autorizada

ARIVLE CORRETORA

25 FEV. 2019

TEL: (83) 3321-5930

GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº:1745465

CLASS. DE RISCO: VERMELHO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52

Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809

Data: 01/10/2018

Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07

Atendente: Patrícia Maria Gonçalves

PACIENTE: JOSENILDO GONCALVES CEP:58400002

Nascimento:11/05/1971

DE LIMA

Endereço:TV AUGUSTO BORBOREMA

Sexo:M

Telefone: 986720141

Cidade: Campina Grande

Idade:047

Bairro:ROSA CRUZ

Nome da Mãe: LEONISA MARIA DE LIMA

RG: 1765079

Nº:36

Responsável:

CPF: 02193682445

Profissão:MERCANICO

Estado Civil:União Estável

Data de

CNS:703403586168700

Atend:01/10/2018

Motivo: ACIDENTE DE MOTO

Hora: 20:16:46

CONVÊNIO:SUS

Médico:

CRM:

Especialidade:

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

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



- | | |
|-------------------------|----------------------------------|
| 1. Abrasão | 19. Fratura óssea fechada |
| 2. Amputação | 20. Fratura óssea aberta |
| 3. Avulsão | 21. Hematoma |
| 4. Contusão | 22. Ingurgitamento Venoso |
| 5. Crepitação | 23. Laceração |
| 6. Dor | 24. Lesão tendinosa |
| 7. Edema | 25. Luxação |
| 8. Empalhamento | 26. Mordedura |
| 9. Enfisema subcutâneo | 27. Movimento torácico paradoxal |
| 10. Esmagamento | 28. Objeto Encravado |
| 11. Equimose | 29. Otorragia |
| 12. F. Arma branca | 30. Paralisia |
| 13. F. Arma de fogo | 31. Paresia |
| 14. F. Cortado | 32. Parestesia |
| 15. F. Cortante | 33. Queimadura |
| 16. F. Corto-contuso | 34. Rinorragia |
| 17. F. Perfuro-contuso | 35. Sinais de Isquemia |
| 18. F. Perfuro-cortante | 36. |

OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada = % Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau

DIGNOSTICO / CID:

POLITRAUMATISMO

EXAME PRIMÁRIO - DADOS INICIAIS

Paciente alcoolizado vítima de colisão moto - carro na 1ª hora, não portava capacete. Naq. ímtilos e perda de consciência

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS (X) Fotorreagentes (X) Isocóricas () Anisocóricas ()

Glasgow 15 PA 140x90 HGT: Sat02 99%

①: IAP + CERVICA ESTABILIZADA

②: MV + AIT 8L/min - ML: 22 Sat02: 99%

③: Pulso 98, Simétricos, TEC = 31, FC 98, PA 140x90, capnóe plana, tendo precedido o exame pelo alcoolismo, perda de consciência, desorientado, palidez, suor frio e FTE

EXAMES SOLICITADOS: ④: Escalação em AMU e REFORMAÇÃO MIO.

() Laboratoriais

() Ultrassonografia:

() Gasometria arterial

() Radiografias:

() Tomografia Computadorizada

()

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: ORTOD 1 às : Dia / /

Especialista: NCA 1 às : Dia / /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	5L 1000ml 2U	
2	1g + AD 2U	
3		
4		
5		
6		

ARIVE CORRETURA

25 FEV. 2019

TEL.: (83) 3321-5930

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Dr. Gilberto Cavalcante de Azevedo

RAIO X
REALIZADO EM:

02/10/18



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Ficha de Acolhimento

Nome:	José Augusto Gonçalves de Lima		
End:	Rua Augusto Barbosa 30, Povo Cruz		
Data de Nascimento:	13/05/1971	Documento de Identificação:	1
Queixa:	Al de tórax	Data do Atend.:	01/10/2018
		Hora:	20:12
Documento:			
Acidente de trabalho?	() Sim	() Não	

Classificação de Risco

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

Estratificação

MOD. 110

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

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

[Assinatura]
Assinatura e carimbo do profissional

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

Nem

Paciente vítima de acidente automobilístico, com TCE e TRM leve. Traçado pelo trauma com colar cervical.

Ao exame: BFG, consciente, orientado

ECG: IS, DIFR, n/ distúrbio

TC crânio-cervical: sem alterações agudas

CD: liberado p/ procedimento ortopédico
sem consulta Nor no momento

Dr. Alfredo Daniel
NEUROCIRURGIÃO
CRM-PB 11330 CPF 051.434.434-58

Paciente com queixas
abdominais FAST (+) (urgente).
CD liberado p/ procedimento
ortopédico

Christiane Trajano de Oliveira
Endoscopia Digestiva
Cirurgia Geral
CRM-PB 5982

DESTINO DO PACIENTE ____/____/____ às ____:____ hs.

- () Centro cirúrgico _____ () Alta hospitalar? () A revelia
() Internação (setor) _____ () Decisão Médica
() Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL _____ () Óbito

Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO	CBO	IDADE



Nome do Paciente <i>Joseildo Gonçalves de Lima</i>		Nº Prontuário	
Data da Operação <i>03/10/18</i>	Enf.	Leito	
Operador <i>Dr Felipe Cerezo</i>	1º Auxiliar <i>Dr Breno</i>		
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador	
Anestesia <i>Dr Kana</i>	Tipo de Anestesia		
Diagnóstico Pré-Operatório <i>Fratura exposta de osso da perna ① + fratura do 2º e 3º</i>			
Tipo de Operação <i>Osteossíntese de osso da perna ① + fratura transesquelética</i>			
Diagnóstico Pós-Operatório			
Relatório Imediato da Patologia			
Exame Radiológico no Ato			
Acidente Durante a Operação			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras
1) Acesso sob anestesia
2) Aspinha + sangramento
3) Debridamento da perna ①
4) Lavagem extensiva com SF 0,9%
5) Incisão plaquetária à tibia
6) Redução de fratura
7) Osteossíntese com placa o por furo
8) Lavagem com SF 0,9%
9) Imobilização de fratura transesquelética transbásica
10) Sutura por planos
11) Curativo
Obs: Utilizado placa OCP e tiras de 12 pontos por falta de placa maior.

Dr. Felipe Cerezo
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 21102



AVALIAÇÃO CARDIOLÓGICA COM RISCO CIRÚRGICO

NOME: _____ IDADE: _____ SEXO: _____

IMC: _____ PROCEDÊNCIA: _____ PROFISSÃO: _____ DATA: _____

1 - SINTOMATOLOGIA CARDIOVASCULAR:

() Assintomática () Sintomática () Oligossintomática

SINTOMAS:

() Cefaléia () Tontura () Síncope
() Dispnéia de esforço () Grande () Pequena
() Média () Ortopnéia
() Palpitações () Tosse Seca () Expectoração
() Dor Precordial () Atípica
Relacionada () Esforço () Emoções () Frio () Pós-prandial

Comentários: _____

2 - PATOLOGIAS EM CURSO:

() Hipertensão Arterial Sistêmica () Hipertensão Pulmonar () DPOC () Outros
() Diabetes Mellitus () Insut. Cardíaca Congestiva () Insuficiência Coronariana
() Arritmias () insuf. Renal () Aguda () Crônica

3 - ANTECEDENTES PESSOAIS:

() Alergia a Medicamentos: _____ () Tabagismo
() Etilismo () Sedentarismo
() Dislipidemia () Cirúrgico: _____ () Outros

Medicamentos em uso () Não () Sim _____

4 - EXAME FÍSICO:

() Estado Geral () Bom () Regular () Comprometido () Precário () Altura () Peso

Ap. Cardiovascular - Comentários: _____

FC: _____ b.p.m P.A.: _____ mmHg

Ap. Respiratório - Comentários: 21/10/18 Paciente consciente e orientado verbalmente.

08:00h em ECG e Tórax sem alterações.

Abdômen - Comentários: PA = 130 x 80 mmHg. Queixas de dor abdominal, resgate

de insatisfação de parte superior, sem queixas

Membros inferiores - Comentários: Sem edema, sem alterações.

78

5 - E.C.G.: 80

Ex. Laboratoriais: 90

6 - CONCLUSÃO RISCO CIRÚRGICO:

() Grau I - AVC e ECG - normais (Risco Cirúrgico Normal)

() Grau II - AVC e ECG - anormais (Risco Cirúrgico Normal)

() Grau III - AVC e ECG - anormais (Indicado Monitorização Cardíaca)

() Grau IV - AVC e ECG - com graves alterações (Alto Risco Cirúrgico - se possível evitar)

Obs.: 21/10/18 Paciente consciente e orientado verbalmente.

20:00h em ECG e Tórax sem alterações.

PA = 130 x 80 mmHg. Queixas de dor abdominal, resgate

de insatisfação de parte superior, sem queixas

Membros inferiores - Comentários: Sem edema, sem alterações.

78

80

90

ORTOPEDIA 1

LEITO 2-3

Nº PRONTUÁRIO: 1745550

JOSENILDO GONÇALVES

18/10

1 DIETA LIVRE

2 JELCO SALINIZADO

3 DIPIRONA 1G + ABD EV 6/6H

4 NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8h SN

5 TRAMAL 100mg + SFO,9% 100ml EV 8/8H SN

6 TILATIL 20MG + ABD EV 12/12H SN

7 OMEPRAZOL 20MG VO EM JEJUM PELA MANHÃ

8 TYLEX 30MG VO 8/8H

10 FISIO MOTORA

11 SSVV+CCGG

* 12 CLEXANE 40MG SC ÀS 20H

D2110

13 Clor de 600 → IV

14 Gent 80 → IV

12 18 24 0/6

14 22 0/6

20 6/6 12/18 24 0/6
14 22 0/6
FALTA

Dr. Euler Fabricio A. Cruz

MR ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA

CRM-PB 9907

FX OSSOS PERNA

LEITO 2-3

Bio, steel, sem interconexões

CD: VPM

Dr. Euler Fabricio A. Cruz

MR ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA

CRM-PB 9907

18.10.2018

14h 36' 50" 100x80

Paciente mantido pelo
valmizado, medido conforme
previsão médica, o mesmo
aguarda procedimento cirúrgico

Kila Sílvia Menezes de Figueiredo
COREN-PB 117.451-TE

18/10/18 às 20:00h

PA: 100x40

Paciente segue aos
cuidados da enfer-
meira m.c.p.m

Ana Maria Cavalcante Falcão
COREN-PB 117.451-TE
f

18/10/18 às 20:00h

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO
1 + 5555 da zona 2
+ Acetabulo.

Paciente	JOSEMILTON GONCALVES	Alojamento:	2	Leito	3	Convênio	
----------	----------------------	-------------	---	-------	---	----------	--

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
16/10	1. Dieta <i>hilo</i> 2. SRL 1500ml EV/24h 3. Dipirona 02ML+ AD EV 06/06h 4. Tilatil 20mg + AD EV 12/12h 5. Omeprazol 40mg EV/jejum 6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN 7. Nauseadron 01 FA + AD EV 8/8h SN 8. Clexane 40mg SC/dia 9. SSVV + CCGG	<div> <div>12</div> <div>24</div> <div>36</div> <div>48</div> <div>60</div> <div>72</div> <div>84</div> <div>96</div> <div>108</div> <div>120</div> </div>	<p><i>BET + AT +</i></p> <p><i>CVL 75</i></p> <p><i>Dr. Wagner Falcão</i> ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM-PB 8643</p>

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

DIAGNÓSTICO

B 7x exp. perna (E)
+ 7x Acetabulo (E)

Paciente Josemildo Gonçalves Alojamento: 8 Leito 2 Convênio

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
	1. Dieta <u>luc</u>		
	2. SRL 1500ml EV/24h		
09/10	3. Dipirona 02ML+ AD EV 06/06h	<u>10</u> <u>20</u> <u>30</u>	REG estável e fcl
	4. Tilatil 20mg + AD EV 12/12h	<u>12</u> <u>18</u> <u>24</u> <u>06</u>	FD: enclaus, favorável
	5. Omeprazol 40mg EV/jejum	<u>06</u>	
	6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN	S/n	
	7. Nauseadron 01 FA + AD EV 8/8h SN	S/n	
	8. Clexane 40mg SC/dia	<u>20</u>	cd. vpm
	9. SSVV + CCGG	<u>06</u>	
	<u>Clinda 600g EV 6h</u>	<u>02</u> <u>18</u> <u>24</u> <u>06</u>	Falta laudo
	<u>gent 240g EV 12h</u>	<u>12</u>	Falta laudo e Falta no hospital
	<u>Curativo</u>	atenção!	

Hallisson Barros de Almeida
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM - PB 9562

Hallisson Barros de Almeida
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM - PB 9562

582 / 532

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	70450120	Alojamento:	B	Leito	7	Convênio	
----------	----------	-------------	---	-------	---	----------	--

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
06/10	1. Dieta <i>Liberal</i>	CTE	
	2. SRL 1500ml EV/24h	1- 2- 3-	
	3. Dipirona 02ML+ AD EV 06/06h	12 18 24 06	<i>5- DPO</i>
	4. Tilatil 20mg + AD EV 12/12h	12 24	
	5. Omeprazol 40mg EV/jejum	06	
	6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN	SN	
	7. Nauseadron 01 FA + AD EV 8/8h SN	SN	<i>Bx, exames</i>
	8. Clexane 40mg SC/dia	20	
	9. SSVV + CCGG	CTE	
	<i>Clonaz 600mg (R) 6h</i>	12 18 24 06	<i>NV: OK</i>
	<i>Gent 240mg (R) 12/12h</i>	12 18	
	<i>Cloxacilina</i>	CTE	
	<i>Dr. Wagner F. do</i> ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM-PB 8643		<i>Dr. Wagner F. do</i> ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM-PB 8643

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

582, 332

Paciente	Alojamento:	Leito	Convênio
<p>Data</p> <p>Prescrição Médica</p> <p>1. Dieta <i>líquida</i></p> <p>2. SRL 1500ml EV/24h</p> <p>3. Dipirona 02ML + AD EV 06/06h</p> <p>4. Tilatil 20mg + AD EV 12/12h</p> <p>5. Omeprazol 40mg EV/jejum</p> <p>6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h <u>SN</u></p> <p>7. Nauseudron 01 FA + AD EV 8/8h <u>SN</u></p> <p>8. Clexane 40mg SC/dia</p> <p>9. SSVV + CCGG</p> <p><i>Clinda 600-y IV q12hs</i></p> <p><i>Quina 240-y (1)</i></p> <p><i>Ceftriaxona</i></p> <p><i>O2 C. Hemócuas 1x equa</i></p>	<p>Horário</p> <p><i>12 18 24 06</i></p> <p><i>12 18 24 06</i></p> <p><i>20 04</i></p> <p><i>12 18 24 06</i></p> <p><i>18 04</i></p> <p><i>04</i></p>	<p>Evolução Médica</p> <p><i>4. OPO</i></p> <p><i>Reparo, 20 km</i></p> <p><i>Te (1)</i></p> <p><i>Don +14.</i></p> <p><i>for (1)</i></p> <p><i>no a</i></p>	



GOVERNO
DA PARAÍBA

REGISTRO TRANSFUSIONAL

NOME DO PACIENTE JOSEILDO GONCALVES DE LIMA

PRONTUÁRIO 1745465

DATA DE NASC. 11/05/71 G.S/Rh O+

SETOR: ORTOPEDIA II ENF: 8 LEITO: 2

Nº DOADOR:	HEMOCOMPONENTE				DATA:	ABO Rh	TESTES			
					<u>05/10/18</u>		PC	PAI I	PAI II	CD
<u>1425180915028</u>	X	-	-	-	<u>278ml</u>	<u>O+</u>	<u>~</u>	<u>~</u>	<u>~</u>	<u>-</u>
<u>1425180915039</u>	X	-	-	-	<u>300ml</u>	<u>O+</u>	<u>~</u>	<u>~</u>	<u>~</u>	<u>-</u>

LEGENDA: CH- CONCENTRADO DE HEMÁCIAS

/ PF- PLASMA FRESCO/

CP- CONCENTRADO DE PLAQUETAS/

CR-CRIOPRECIPITADO

/PC- PROVA CRUZADA/PAI- PESQUISA DE ANTICORPOS
IRREGULARES/

CD-COOMBS DIRETO.

RESPONSÁVEL: Edson Flávio C. Lima

OBSERVAÇÃO:

OK OK

DIAGNÓSTICO

Po 7x omw perine D
fx acetabulo

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Josimildo Goncalves				Alojamento:	8.2	Leito		Convênio	
Data	Prescrição Médica				Horário		Evolução Médica			
03/10	1. Dieta <i>livi</i>								BEG estável clinicamente	
	2. SRL 1500ml EV/24h				12	22	3	06	definitivo	
	3. Dipirona 02ML+ AD EV 06/06h				12	22	3	06		
	4. Tilatil 20mg + AD EV 12/12h				12	22	3	06		
	5. Omeprazol 40mg EV/Jejum				(06) FA				Fo: evolução favorável	
	6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN								evoluç ++	
	7. Nauseadron 01 FA + AD EV 8/8h SN								Der ++	
	8. Clexane 40mg SC/dia									
	9. SSVV + CCGG									
	Clavida 600mg EV 6/6h				12	18	24	06	Cd: VPM	
Genta 240g EV 8/8h				12				Grande curaçã		
Civatas										



GOVERNO
DA PARÁIBA

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

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Fmt. Externa: ☒
Fmt. Ambulatório: ☒
Fmt. Uterina: ☒

Paciente	Joãozinho Gomes	Alojamento	Leito	Convênio
----------	-----------------	------------	-------	----------

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
2.10.18	Dieta 2000 SRL 1000 EV 24h Ceftriaxona 1g EV 6/12h Constancia 250 3V + 15 0,9% Solut 30/30 Dipirona 1g EV 6/12h Tetrac 1g EV 12/12h Clonazepam 0,5mg 1x/dia no 10h Tamb 100 + 15 0,9% 3x/dia ce 19/11/18	20h 18h 18h	H. Unif. dia Pit. Alendronato, 1x/dia cl. de unif. dia na para 1x S.M.S. S.M.S. EGR, sup. 100, Oxigenação (Alendronato), concomitante para 1x. O.S., 1x/dia 15 minutos Na. Fmt. ext. com 1x (S.S.?) Fmt. Ambulatório 1x Fmt. Externa 1x Na. P.O. 100/100 cl. de 1x 1x de 1x 1x Na. 1x Ao 1x 1x na 1x 1x 1x 1x

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM
1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Josénilde Gonçalves de Lima Registro: _____ Leito: 2-3 Setor Atual: Ortop I
2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: _____ °C; P: _____ bpm; FR: 20 irpm; PA: _____ mmHg; FC: 53 bpm; SPO2: 97 %
HGT: _____ mg/dl; Peso: _____ Kg; Altura: _____ cm Dor: (☒) Local: MID Obs.: W/O HEMIA QUE FORZARÁ VC
EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:
3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS
REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: (☒) Consciente () Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outro

GLASGOW(3-15): _____ Drogas (Sedação/Analgesia): _____

Pupilas: (☒) Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () Midríaticas

Mobilidade Física: (☒) Preservada () Paresia () Plegia () Parestesia Local: Fratura MID

Linguagem: () Qual? () Disfonia () Afasia () Disfasia () Disartria.

Obs: _____

OXIGENAÇÃO

Respiração: (☒) Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T

() VMNI () VMI TOT nº _____ Comissura labial nº _____ FiO2 _____ % PEEP _____ cmH2O

() Eupnéia; () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispnéia () Outros: _____

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: () Diminuídos () D () E

Ruidos adventícios: () Roncos () Sibilos () Estridor () Outros: _____

Tosse: () Improdutiva () Produtiva Expectoração: () Quantidade e aspecto: _____

Aspiração: Quantidade e aspecto: _____ Dreno de tórax: () D () E () Selo d'água: _____

Data da inserção do dreno / / Aspecto da drenagem torácica: _____

Gasometria arterial: PH _____ PCO2 _____ PO2 _____ HCO3 _____ EB _____ SpO2 _____ Data: ____/____/____ Hora: _____

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS



Alteração: () Visão () Audição () Tato () Olfato () Paladar Observação: _____

SEGURANÇA FÍSICA

(☒) Tranquilo () Agitado () Agressivo. () Risco de queda. Observação: _____

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

Pulso: (☒) Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme () Cheio.

Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.			
Tempo de enchimento capilar: <input checked="" type="checkbox"/> ≤ 3 segundos; () > 3 segundos. () Turgência jugular: ()			
Drogas vasoativas: () Quais?		Precordialgia ()	
Ausculta cardíaca: <input checked="" type="checkbox"/> Rítmica () Arritmica () Sopros () Outros. Marcapasso: () Transitório () Definitivo			
Cateter vascular: <input checked="" type="checkbox"/> Periférico () Central () Dissecção. Localização: <u>MSD</u> . Data da punção <u>30/10/2018</u>			
Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:			
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)			
Tipo somático: <input checked="" type="checkbox"/> Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.			
Dentição: <input checked="" type="checkbox"/> Completa () Incompleta () Prótese.			
Alimentação: <input checked="" type="checkbox"/> VO () SNG () SNE () Gastronomia () Jejunostomia () NPT. Hora: Data: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>			
Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:			
Abdômen: () Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:			
RHA: () Normoativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados			
Eliminação intestinal: <input checked="" type="checkbox"/> Normal () Líquida () Constipado há <u> </u> dias () Outros:			
Eliminação urinária: <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematúria () SVD: Débito <u> </u> ml/h;			
Aspecto: () Outros:		Observações:	
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA			
Condição da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Íntegra () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outro:			
Coloração da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica		Turgor da pele: () Preservado	
Condições das mucosas: () Úmidas () Secas		Manifestações de sede: ()	
Incisão cirúrgica: <input checked="" type="checkbox"/> Local/Aspecto: <u>MSD</u>		Curativo em: <u>20/10/2018</u>	
Dreno: () Tipo/Aspecto:		Débito: Retirado em: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>	
Úlcera de pressão: () Estágio:		Local: Descrição: Curativo: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>	
CUIDADO CORPORAL			
Cuidado corporal: () Independente <input checked="" type="checkbox"/> Dependente () Parcialmente dependente. Observações: <u>Carimbo S. 10/11</u>			
Higiene corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória () Insatisfatória		Higiene Corporal: () Satisfatória () Insatisfatória.	
Limitação física: <input checked="" type="checkbox"/> Acamado () Cadeira de rodas () Outro:			
SONO E REPOUSO			
<input checked="" type="checkbox"/> Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono Interrompido. Observações:			
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS			
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL			
Comunicação: <input checked="" type="checkbox"/> Preservada () Prejudicada		Sentimentos e comportamentos: <input checked="" type="checkbox"/> Cooperativo () Medo:	
() Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:			
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS			
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE			
Tipo: () Praticante () Não praticante. Observações:			
INTERCORRÊNCIAS			
<u>Paciente idosa, saudável e consciente, submeteu-se ao procedimento cirúrgico hoje. No momento que chegou ao dia, iniciou cirurgia no MSD.</u>			
 Raimunda Helena de Aguiar S. Paiva ENFERMEIRA COREN-PB: 436559			
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:  DATA: <u>20/10/2018</u> HORA: <u>16h30</u> h			

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM
1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Jose milto Gomes de Lima Registro: _____ Leito: 2-3 Setor Atual: 011

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: _____ °C; P: _____ bpm; FR: _____ irpm; PA: _____ mmHg; FC: _____ bpm; SPO2: _____ %

HGT: _____ mg/dl; Peso: _____ Kg; Altura: _____ cm Dor: () Local: _____ Obs.: _____

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:
3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS
REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: (☒) Consciente (☒) Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outro

GLASGOW(3-15): _____ Drogas (Sedação/Analgesia): _____

Pupilas: () Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () Midriáticas

Mobilidade Física: () Preservada () Paresia () Plegia () Parestesia Local: _____

Linguagem: () Qual? () Disfonia () Afasia () Disfasia () Disartria.

Obs: _____

OXIGENAÇÃO

Respiração: (☒) Espontânea (☒) Cateter Nasal () Venturi % l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T

() VMNI () VMI TOT nº _____ Comissura labial nº _____ FIO2 % PEEP cmH2O

(☒) Eupnéia; () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispneia () Outros: _____

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: (☒) Diminuídos () D () E

Ruídos adventícios: () Roncos () Sibilos () Estridor () Outros: _____

Tosse: () Improdutiva () Produtiva Expectoração: () Quantidade e aspecto: _____

Aspiração: Quantidade e aspecto: _____ Dreno de tórax: () D () E () Selo d'água: _____

Data da inserção do dreno / / Aspecto da drenagem torácica: _____

Gasometria arterial: PH PCO2 PO2 HCO3 EB SpO2 Data: ____/____/____ Hora: _____

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração: () Visão () Audição () Tato () Olfato () Paladar Observação: _____

SEGURANÇA FÍSICA

(☒) Tranquilo () Agitado () Agressivo. () Risco de queda. Observação: _____

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

Pulso: (☒) Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme () Cheio.

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Jezenilda Gonçalves de Lima Registro: _____ Leito: 8-2 Setor Atual: _____

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: 34,9 °C; P: 76 bpm; FR: 17 irpm; PA: 120x80 mmHg; FC: _____ bpm; SPO2: _____ %

HGT: _____ mg/dl; Peso: _____ Kg; Altura: _____ cm Dor: () Local: _____ Obs.: _____

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: (☒) Consciente (☒) Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outro

GLASGOW(3-15): _____ Drogas (Sedação/Analgesia): _____

Pupilas: (☒) Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () Midriáticas

Mobilidade Física: () Preservada () Paresia () Plegia () Parestesia Local: _____

Linguagem: () Qual? () Disfonia () Afasia () Disfasia () Disartria. _____

Obs: _____

OXIGENAÇÃO

Respiração: (☒) Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T

() VMNI () VMI TOT nº _____ Comissura labial nº _____ FiO2 % PEEP cmH2O

(☒) Eupnéia; () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispnéia () Outros: _____

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: () Diminuídos () D () E

Ruídos adventícios: () Roncos () Sibilos () Estridor () Outros: _____

Tosse: () Improdutiva () Produtiva Expectoração: () Quantidade e aspecto: _____

Aspiração: Quantidade e aspecto: _____ Dreno de tórax: () D () E () Selo d'água: _____

Data da inserção do dreno / / Aspecto da drenagem torácica: _____

Gasometria arterial: PH _____ PCO2 _____ PO2 _____ HCO3 _____ EB _____ SpO2 _____ Data: 11/11 Hora: _____

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

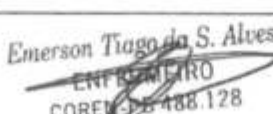
Alteração: () Visão () Audição () Tato () Olfato () Paladar Observação: _____

SEGURANÇA FÍSICA

(☒) Tranquilo () Agitado () Agressivo. () Risco de queda. Observação: _____

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

Pulso: (☒) Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme () Cheio.

Pele: (x) Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: (x) ≤ 3 segundos; () > 3 segundos. () Turgência jugular: ()	
Drogas vasoativas: () Quais? _____	
Ausculta cardíaca: (x) Rítmica () Arritmica () Sopros () Outros. Marcapasso: () Transitório () Definitivo	
Cateter vascular: (x) Periférico () Central () Dissecção. Localização: <u>Eqüeda</u> . Data da punção <u>34 / 10 / 18</u>	
Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações: _____	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
Tipo somático: (x) Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.	
Dentição: (x) Completa () Incompleta () Prótese.	
Alimentação: (x) VO () SNG () SNE () Gastronomia () Jejunostomia () NPT; Hora: _____ Data: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>	
Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros: _____	
Abdômen: (x) Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros: _____	
RHA: (x) Normoativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados	
Eliminação intestinal: (x) Normal () Líquida () Constipado há _____ dias () Outros: _____	
Eliminação urinária: (x) Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematúria () SVD: Débito _____ ml/h;	
Aspecto: () Outros: _____ Observações: _____	
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: (x) Íntegra () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outro: _____	
Coloração da pele: (x) Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica Turgor da pele: () Preservado	
Condições das mucosas: (x) Úmidas () Secas Manifestações de sede: ()	
Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto: _____ Curativo em: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>	
Dreno: () Tipo/Aspecto: _____ Débito: _____ Retirado em: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>	
Úlcera de pressão: () Estágio: _____ Local: _____ Descrição: _____ Curativo: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>	
CUIDADO CORPORAL	
Cuidado corporal: () Independente (x) Dependente () Parcialmente dependente. Observações: _____	
Higiene corporal: (x) Satisfatória () Insatisfatória Higiene Corporal: () Satisfatória () Insatisfatória.	
Limitação física: (x) Acamado () Cadeira de rodas () Outro: _____	
SONO E REPOUSO	
() Preservado () Insônia () Dorme durante o dia (x) Sono Interrompido. Observações: <u>Don</u>	
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	
Comunicação: (x) Preservada () Prejudicada Sentimentos e comportamentos: () Cooperativo () Medo:	
() Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros: _____	
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS	
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE	
Tipo: () Praticante () Não praticante. Observações: _____	
INTERCORRÊNCIAS	
<u>Paciente oculto clinicamente estável, consciente e orientado, com consciência, eupríico, hipotermico, normotenso. De um</u> <u>lado, boa nutrição oral, eliminação urinária e intestinal preservada. Restrito ao leito AVD em MSE. Sono interm-</u> <u>ptido (sic). Higiene e integridade física preservada. Realizado cuidados de Enfermagem, seguir com os cuidados de equipe. ---</u> <u>---</u> <u>Ass. de Enfermagem, Unifor -</u> <u>Demilcia Mendes de Melo.</u>	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: <u>Emerson Tiago da S. Alves</u> DATA: <u>34 / 10 / 18</u> HORA: <u>08:40</u> h	
 ENFERMEIRO COREN 488.128	

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Alexandro Gonçalves de Lima Registro: 600.8 Leito: 2 Setor Atual:

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: 36,5 °C; P: 72 bpm; FR: 22 irpm; PA: 130x90 mmHg; FC: — bpm; SPO2: — %

HGT: — mg/dl; Peso: — Kg; Altura: — cm Dor: (0/10) Local: — Obs.: —

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: ☒ Consciente ☒ Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outro

GLASGOW(3-15): 15 Drogas (Sedação/Analgesia): —

Pupilas: () Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () Midriáticas

Mobilidade Física: () Preservada () Paresia () Plegia () Parestesia Local: —

Linguagem: () Qual? () Disfonia () Afasia () Disfasia () Disartria.

Obs: —

OXIGENAÇÃO

Respiração: ☒ Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T

() VMNI () VMI TOT nº Comissura labial nº FIO2 % PEEP cmH2O

☒ Eupnéia; () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispneia () Outros: —

Ausculat pulmonar: Murmúrio vesicular presente: () Diminuídos () D () E

Ruídos adventícios: () Roncos () Sibilos () Estridor () Outros: —

Tosse: () Improdutiva () Produtiva Expectoração: () Quantidade e aspecto: —

Aspiração: Quantidade e aspecto: — Dreno de tórax: () D () E () Selo d'água: —

Data da inserção do dreno 1/1 Aspecto da drenagem torácica: —

Gasometria arterial: PH — PCO2 — PO2 — HCO3 — EB — SpO2 — Data: 1/1 Hora: —

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração: () Visão () Audição () Tato () Olfato () Paladar Observação: —

SEGURANÇA FÍSICA

☒ Tranquilo () Agitado () Agressivo. () Risco de queda. Observação: —

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

Pulso: ☒ Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme () Cheio.

Pele: (<input checked="" type="checkbox"/>) Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: (<input checked="" type="checkbox"/>) ≤ 3 segundos; () > 3 segundos. () Turgência jugular: ()	
Drogas vasoativas: () Quais? _____	Precordialgia ()
Ausculta cardíaca: (<input checked="" type="checkbox"/>) Rítmica () Arritmica () Sopros () Outros. Marcapasso: () Transitório () Definitivo	
Cateter vascular: (<input checked="" type="checkbox"/>) Periférico () Central () Dissecção. Localização: <u>45C</u>	Data da punção <u>01/10/18</u>
Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações: _____	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
Tipo somático: (<input checked="" type="checkbox"/>) Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.	
Dentição: () Completa () Incompleta () Prótese.	
Alimentação: (<input checked="" type="checkbox"/>) VO () SNG () SNE () Gastronomia () Jejunostomia () NPT; Hora: _____ Data: ____/____/____	
Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros: _____	
Abdômen: (<input checked="" type="checkbox"/>) Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros: _____	
RHA: (<input checked="" type="checkbox"/>) Normoativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados	
Eliminação intestinal: (<input checked="" type="checkbox"/>) Normal () Líquida () Constipado há _____ dias () Outros: _____	
Eliminação urinária: (<input checked="" type="checkbox"/>) Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematúria () SVD: Débito _____ ml/h;	
Aspecto: _____ () Outros: _____	Observações: _____
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: (<input checked="" type="checkbox"/>) Inteira () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outros: _____	
Coloração da pele: (<input checked="" type="checkbox"/>) Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica	Turgor da pele: (<input checked="" type="checkbox"/>) Preservado
Condições das mucosas: (<input checked="" type="checkbox"/>) Úmidas () Secas Manifestações de sede: ()	
Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto: _____	Curativo em: ____/____/____
Dreno: () Tipo/Aspecto: _____	Débito: _____ Retirado em: ____/____/____
Úlcera de pressão: () Estágio: _____ Local: _____	Descrição: _____ Curativo: ____/____/____
CUIDADO CORPORAL	
Cuidado corporal: () Independente (<input checked="" type="checkbox"/>) Dependente () Parcialmente dependente. Observações: _____	
Higiene corporal: (<input checked="" type="checkbox"/>) Satisfatória () Insatisfatória	Higiene Corporal: (<input checked="" type="checkbox"/>) Satisfatória () Insatisfatória.
Limitação física: (<input checked="" type="checkbox"/>) Acamado () Cadeira de rodas () Outro: _____	
SONO E REPOUSO	
(<input checked="" type="checkbox"/>) Preservado () Insônia () Dorme durante o dia (<input checked="" type="checkbox"/>) Sono Interrompido. Observações: <u>deus na pele</u>	
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	
Comunicação: (<input checked="" type="checkbox"/>) Preservada () Prejudicada	Sentimentos e comportamentos: (<input checked="" type="checkbox"/>) Cooperativo () Medo:
() Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros: _____	
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS	
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE	
Tipo: _____ () Praticante () Não praticante. Observações: _____	
INTERCORRÊNCIAS	
<p>Paciente evolui clinicamente estável, consciente, orientado, normotenso, normocorada, normotérmico, Taquicárdico, respiração espontânea, boa oxigenação oral, eliminação vesical e intestinal preservadas, nutrido ao Jato, AVL em MSE, vitalidade não prejudicada, Riquete; Dieta: higiene preservada. Realizado os cuidados de Enfermagem, segue aos cuidados da equipe.</p> <p>Ac. de Enfermagem Unipriscila Amanda Cabral de Oliveira.</p>	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div> Emerson Trigo de S. Alves ENFERMEIRO COREN-PR 488.128 </div> <div> DATA: <u>08/10/2018</u> </div> <div> HORA: <u>09:30</u> h </div> </div>	

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM
1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Josenildo Gonçalves da S. Registro: Politécnica Leito: 8-2 Setor Atual: 47 anos oto II

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: 36.4 °C; P: 13 bpm; FR: 13 irpm; PA: 120x80 mmHg; FC: 85 bpm; SPO2: %

HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm Dor: () Local: Obs.:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:
3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS
REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: (X) Consciente (X) Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outro

GLASGOW(3-15):

Drogas (Sedação/Analgesia):

Pupilas: (X) Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () Midríaticas

Mobilidade Física: () Preservada () Paresia () Plegia () Parestesia Local:

Linguagem: () Qual? () Disfonia () Afasia () Disfasia () Disartria.

Obs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: (X) Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T

() VMNI () VMI TOT nº Comissura labial nº FiO2 % PEEP cmH2O

(X) Eupnéia; () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispnéia () Outros:

Ausculata pulmonar: Murmúrio vesicular presente: () Diminuídos () D () E

Ruídos adventícios: () Roncos () Sibilos () Estridor () Outros:

Tosse: () Improdutiva () Produtiva Expectoração: () Quantidade e aspecto:

Aspiração: Quantidade e aspecto: Dreno de tórax: () D () E () Selo d'água:

Data da inserção do dreno / / Aspecto da drenagem torácica:

Gasometria arterial: PH PCO2 PO2 HCO3 EB SpO2 Data: / / Hora:

PERCEÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração: () Visão () Audição () Tato () Olfato () Paladar Observação:


SEGURANÇA FÍSICA

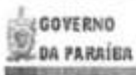
(X) Tranquilo () Agitado () Agressivo. () Risco de queda. Observação:

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

Pulso: (X) Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme () Cheio.

Pele: (<input checked="" type="checkbox"/>) Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: (<input checked="" type="checkbox"/>) ≤ 3 segundos; () >3 segundos. () Turgência jugular: ()	
Drogas vasoativas: () Quais?	Precordialgia ()
Ausculta cardíaca: (<input checked="" type="checkbox"/>) Rítmica () Arritmica () Sopros () Outros. Marcapasso: () Transitório () Definitivo	
Cateter vascular: (<input checked="" type="checkbox"/>) Periférico () Central () Dissecção. Localização: <u>MSD</u> Data da punção <u>08/10/18</u>	
Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações: _____	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
Tipo somático: (<input checked="" type="checkbox"/>) Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.	
Dentição: () Completa () Incompleta () Prótese. _____	
Alimentação: (<input checked="" type="checkbox"/>) VO () SNG () SNE () Gastronomia () Jejunostomia () NPT; Hora: _____ Data: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>	
Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros: _____	
Abdômen: (<input checked="" type="checkbox"/>) Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros: _____	
RHA: (<input checked="" type="checkbox"/>) Normoativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados	
Eliminação intestinal: (<input checked="" type="checkbox"/>) Normal () Líquida () Constipado há _____ dias () Outros: _____	
Eliminação urinária: (<input checked="" type="checkbox"/>) Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematúria () SVD: Débito _____ ml/h;	
Aspecto: () Outros: _____	Observações: _____
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: (<input checked="" type="checkbox"/>) Íntegra () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outro: _____	
Coloração da pele: (<input checked="" type="checkbox"/>) Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica	Turgor da pele: () Preservado
Condições das mucosas: (<input checked="" type="checkbox"/>) Úmidas () Secas	
Manifestações de sede: ()	
Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto: _____	Curativo em: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>
Dreno: () Tipo/Aspecto: _____	Débito: _____ Retirado em: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>
Úlcera de pressão: () Estágio: _____	Local: _____ Descrição: _____ Curativo: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>
CUIDADO CORPORAL	
Cuidado corporal: () Independente (<input checked="" type="checkbox"/>) Dependente () Parcialmente dependente. Observações: _____	
Higiene corporal: (<input checked="" type="checkbox"/>) Satisfatória () Insatisfatória	Higiene Corporal: () Satisfatória () Insatisfatória.
Limitação física: (<input checked="" type="checkbox"/>) Acamado () Cadeira de rodas () Outro: _____	
SONO E REPOUSO	
() Preservado (<input checked="" type="checkbox"/>) Insônia () Dorme durante o dia () Sono Interrompido. Observações: _____	
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	
Comunicação: (<input checked="" type="checkbox"/>) Preservada () Prejudicada	Sentimentos e comportamentos: () Cooperativo () Medo:
() Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros: _____	
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS	
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE	
Tipo: () Praticante () Não praticante. Observações: _____	
INTERCORRÊNCIAS	
<p>PCR evolui, clinicamente estável, consciente e orientado nos momentos, memórias e compreensão, não melancólico. O ambiente, boa aceitação oral, eliminação vesical e intestinal preservada, suportes ao leito, AUP MSD, melhora imediata. Higiene corporal satisfatória, comunicação preservada. Realizados cuidados de Enfermagem de acordo com os cuidados da Equipe.</p> <p>Ac de Enfermagem Unifocora Lanyra Pontila.</p>	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: _____	
Emerson Tago do S. Alves ENFERMEIRO COREN-PR 488.128	
DATA: <u>09/10/18</u> HORA: <u>15:00</u> h	

Pele: () Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: () ≤ 3 segundos; () >3 segundos. () Turgência jugular: ()	
Drogas vasoativas: () Quais?	Precordialgia ()
Ausculta cardíaca: () Rítmica () Arritmica () Sopros () Outros. Marcapasso: () Transitório () Definitivo	
Cateter vascular: (x) Periférico () Central () Dissecção. Localização: <u>MSE</u> Data da punção <u>10/10/18</u>	
Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
Tipo somático: () Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.	
Dentição: () Completa () Incompleta () Prótese.	
Alimentação: (x) VO () SNG () SNE () Gastronomia () Jejunostomia () NPT; Hora: Data: ____/____/____	
Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:	
Abdômen: () Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:	
RHA: () Normoativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados	
Eliminação intestinal: (x) Normal () Líquida () Constipado há ____ dias () Outros:	
Eliminação urinária: (x) Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematúria () SVD: Débito ____ ml/h;	
Aspecto: () Outros:	Observações:
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: () Íntegra () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outro:	
Coloração da pele: () Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica	Turgor da pele: () Preservado
Condições das mucosas: () Úmidas () Secas Manifestações de sede: ()	
Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto:	Curativo em: ____/____/____
Dreno: () Tipo/Aspecto:	Débito: Retirado em: ____/____/____
Úlcera de pressão: () Estágio:	Local: Descrição: Curativo: ____/____/____
CUIDADO CORPORAL	
Cuidado corporal: () Independente (x) Dependente () Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: (x) Satisfatória () Insatisfatória	Higiene Corporal: () Satisfatória () Insatisfatória.
Limitação física: (x) Acamado () Cadeira de rodas () Outro:	
SONO E REPOUSO	
(x) Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono Interrompido. Observações:	
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	
Comunicação: (x) Preservada () Prejudicada	Sentimentos e comportamentos: () Cooperativo () Medo:
() Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:	
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS	
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE	
Tipo: () Praticante () Não praticante. Observações:	
INTERCORRÊNCIAS	
<p>PCT avalia clinicamente estável, consciente e orientado em tempo e espaço, normotênso, normocárdico, eufórico, normotérmico. O2 ambiente, boa ventilação oral, eliminação vesical e intestinal preservadas, ventilação ao leito, AVPMSE, boa preservação, higiene corporal satisfatória. Realizado cuidados de Enfermagem segue sob os cuidados da equipe.</p> <p>AC de Enfermagem Uniforiza hantepora Pontel.</p>	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: <u>Emerson Tiago de S. Alves</u> DATA: <u>10/10/18</u> HORA: <u>15:00</u> h	
 ENFERMEIRO COREN-PR 488.128	



SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
CAMPINA GRANDE - PARAIBA

PACIENTE:	JOSENILDO GONCALVES
DATA DO EXAME:	01/10 /2018

ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL – “FAST”

METODOLOGIA:

Exame realizado em modo bidimensional com equipamento dinâmico na frequência de 4,0 MHz.


ANÁLISE:

Não identificamos sinais de líquido livre intra-abdominal ou derrame pleural no presente estudo.

Não foram evidenciadas lesões viscerais relacionadas ao trauma.

Observação: Ressaltamos a baixa sensibilidade da ultrassonografia na detecção de lesões em órgãos sólidos e vísceras ocas, assim como de hemoretroperitônio, não havendo critérios ecográficos seguros para indicação de alta hospitalar baseando-se apenas no resultado negativo da ultrassonografia.

Observação: Salientamos ainda que o método considerado padrão-ouro para avaliação de pacientes vítimas de trauma abdominal fechado, estáveis hemodinamicamente, é a tomografia computadorizada de abdômen com contraste, ficando a necessidade de sua solicitação a cargo do médico assistente.


Dr. Rafael Borges Tavares Cavalcanti
CRM-SP: 131683 / CRM-PB: 6485
Médico Radiologista | Membro Titular do C.B.R.

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM
1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Joséildo Gonçalves de Lima Registro: _____ Leito: 2-2 Setor Atual: _____

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: _____ °C; P: 94 bpm; FR: _____ irpm; PA: 120/80 mmHg; FC: _____ bpm; SPO2: _____ %
HGT: _____ mg/dl; Peso: _____ Kg; Altura: _____ cm Dor: () Local: _____ Obs.: _____

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:
3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS
REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: ☒ Consciente ☒ Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outro

GLASGOW(3-15): _____ Drogas (Sedação/Analgesia): _____

Pupilas: () Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () Midríaticas

Mobilidade Física: () Preservada () Paresia () Plegia () Parestesia Local: _____

Linguagem: () Qual? () Disfonia () Afasia () Disfasia () Disartria.

Obs: _____

OXIGENAÇÃO

Respiração: ☒ Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T

() VMNI () VMI TOT nº _____ Comissura labial nº _____ FiO2 _____ % PEEP _____ cmH2O

☒ Eupnéia; () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispnéia () Outros: _____

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: () Diminuídos () D () E

Ruídos adventícios: () Roncos () Sibilos () Estridor () Outros: _____

Tosse: () Improdutiva () Produtiva Expectoração: () Quantidade e aspecto: _____

Aspiração: Quantidade e aspecto: _____ Dreno de tórax: () D () E () Selo d'água: _____

Data da inserção do dreno / / Aspecto da drenagem torácica: _____

Gasometria arterial: PH _____ PCO2 _____ PO2 _____ HCO3 _____ EB _____ SpO2 _____ Data: ____/____/____ Hora: _____

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração: () Visão () Audição () Tato () Olfato () Paladar Observação: _____

SEGURANÇA FÍSICA
☒ Tranquilo () Agitado () Agressivo. () Risco de queda. Observação: _____

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

Pulso: ☒ Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme () Cheio.

Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: <input checked="" type="checkbox"/> ≤ 3 segundos; () > 3 segundos. () Turgência jugular: ()	
Drogas vasoativas: () Quais? _____	Precordialgia ()
Ausculta cardíaca: <input checked="" type="checkbox"/> Rítmica () Arritmica () Sopros () Outros. Marcapasso: () Transitório () Definitivo	
Cateter vascular: <input checked="" type="checkbox"/> Periférico () Central () Dissecção. Localização: <u>MSE</u> Data da punção <u>06/10/14</u>	
Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
Tipo somático: <input checked="" type="checkbox"/> Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.	
Dentição: () Completa () Incompleta () Prótese.	
Alimentação: <input checked="" type="checkbox"/> VO () SNG () SNE () Gastronomia () Jejunostomia () NPT; Hora: _____ Data: <u>1/1</u>	
Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros: _____	
Abdômen: <input checked="" type="checkbox"/> Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros: _____	
RHA: <input checked="" type="checkbox"/> Normoativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados	
Eliminação intestinal: <input checked="" type="checkbox"/> Normal () Líquida () Constipado há _____ dias () Outros: _____	
Eliminação urinária: <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematúria () SVD: Débito _____ ml/h;	
Aspecto: _____	Observações: _____
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Íntegra () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outro: _____	
Coloração da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica	Turgor da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Preservado
Condições das mucosas: <input checked="" type="checkbox"/> Úmidas () Secas Manifestações de sede: ()	
Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto: _____	Curativo em: <u>1/1</u>
Dreno: () Tipo/Aspecto: _____	Débito: _____ Retirado em: <u>1/1</u>
Úlcera de pressão: () Estágio: _____ Local: _____	Descrição: _____ Curativo: <u>1/1</u>
CUIDADO CORPORAL	
Cuidado corporal: () Independente <input checked="" type="checkbox"/> Dependente () Parcialmente dependente. Observações: _____	
Higiene corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória () Insatisfatória	Higiene Corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória () Insatisfatória.
Limitação física: <input checked="" type="checkbox"/> Acamado () Cadeira de rodas () Outro: _____	
SONO E REPOUSO	
() Preservado <input checked="" type="checkbox"/> Insônia () Dorme durante o dia <input checked="" type="checkbox"/> Sono Interrompido. Observações: _____	
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	
Comunicação: <input checked="" type="checkbox"/> Preservada () Prejudicada	Sentimentos e comportamentos: <input checked="" type="checkbox"/> Cooperativo () Medo:
() Ansiedade <input checked="" type="checkbox"/> Ausência de familiares/visita () Outros: _____	
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS	
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE	
Tipo: _____ () Praticante () Não praticante. Observações: _____	
INTERCORRÊNCIAS	
<p>PCT EVOLUI CLINICAMENTE ESTÁVEL, CONSCIENTE E ORIENTADO, NORMOTENSO, DOB 10/10 (sic), EUPNEICO, NORMOTERMICO, QO AMBIENTE, BOA ACEITAÇÃO ORAL, ELIMINAÇÃO VESICAL E INTESTINAL PRESERVADA, RESTRITO AO LEITO, AVP EM MSE, INSÔNIA E SONO INTERROMPIDO, HIGIENE SATISFATÓRIA, REALIZADO OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM, SEQUE SOB OS CUIDADOS DA EQUIPE. -----</p>	
<p style="text-align: right;">Leticia Barbosa Dias Acadêmica de Enfermagem RA: 1812010015-UNIFACISA</p>	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:	<p>Emerson Tiago da S. Alves ENFERMEIRO COREN-PB 488.128</p>
DATA: <u>06/10/14</u>	HORA: <u>10:30</u> h

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: JOSENILO GONÇALVES DE LIMA 47 ANOS / POLITRAUMA Registro: Leito: 8-2 Setor Atual: ONDT

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: 36 °C; P: bpm; FR: 23 irpm; PA: 130x70mmHg; FC: 63 bpm; SPO2: %
HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm Dor: (6/10) Local: Da Fratura Obs.:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: (X) Consciente (X) Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outro

GLASGOW(3-15): 15 Drogas (Sedação/Analgesia):

Pupilas: (X) Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () Midriáticas

Mobilidade Física: () Preservada () Paresia () Plegia () Parestesia Local:

Linguagem: () Qual? () Disfonia () Afasia () Disfasia () Disartria.

Obs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: (X) Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T
() VMNI () VMI TOT nº Comissura labial nº FiO2 % PEEP cmH2O

(X) Eupnéia; () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispnéia () Outros:

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: () Diminuídos () D () E

Ruidos adventícios: () Roncos () Sibilos () Estridor () Outros:

Tosse: () Improdutiva () Produtiva Expectoração: () Quantidade e aspecto:

Aspiração: Quantidade e aspecto: Dreno de tórax: () D () E () Selo d'água:

Data da inserção do dreno: / / Aspecto da drenagem torácica:

Gasometria arterial: PH PCO2 PO2 HCO3 EB SpO2 Data: / / Hora:

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração: () Visão () Audição () Tato () Olfato () Paladar Observação:

SEGURANÇA FÍSICA

(X) Tranquilo () Agitado () Agressivo. () Risco de queda. Observação:

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

Pulso: (X) Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme () Cheio.

Pele: () Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.

Tempo de enchimento capilar: () ≤ 3 segundos; () >3 segundos. () Turgência jugular: ()

Drogas vasoativas: () Quais? Precordialgia ()

Ausculata cardíaca: () Rítmica () Arritmica () Sopros () Outros. Marcapasso: () Transitório () Definitivo

Cateter vascular: (☒) Periférico () Central () Dissecção. Localização: Data da punção ____/____/____

Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)

Tipo somático: (☒) Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.

Dentição: () Completa () Incompleta () Prótese.

Alimentação: (☒) VO () SNG () SNE () Gastronomia () Jejunostomia () NPT; Hora: Data: ____/____/____

Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:

Abdômen: () Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:

RHA: () Normoativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados

Eliminação intestinal: (☒) Normal () Líquida () Constipado há ____ dias () Outros:

Eliminação urinária: (☒) Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematúria () SVD: Débito ____ ml/h;

Aspecto: () Outros: Observações:

INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA

Condição da pele: () Íntegra () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outro:

Coloração da pele: () Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica **Turgor da pele:** () Preservado

Condições das mucosas: () Úmidas () Secas **Manifestações de sede:** ()

Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto: Curativo em: ____/____/____

Dreno: () Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em: ____/____/____

Úlcera de pressão: () Estágio: Local: Descrição: Curativo: ____/____/____

CUIDADO CORPORAL

Cuidado corporal: (☒) Independente (☒) Dependente () Parcialmente dependente. Observações:

Higiene corporal: (☒) Satisfatória () Insatisfatória **Higiene Corporal:** () Satisfatória () Insatisfatória.

Limitação física: () Acamado () Cadeira de rodas () Outro:

SONO E REPOUSO

(☒) Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono Interrompido. Observações:

4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL

Comunicação: (☒) Preservada () Prejudicada **Sentimentos e comportamentos:** (☒) Cooperativo () Medo:

() Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:

5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS

RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE

Religião: () Praticante () Não praticante. Observações:

INTERCORRÊNCIAS

Sem queixas

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: DATA: 07/19/2018 HORA: 8:00

Silvana dos Santos Silva
COREN-PB 120161-TE

Silvana
CORREN 57864

Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: <u>Joselinda Gonçalves de Lima</u>	Idade: <u>47 anos</u>
Convênio: <u></u>	Data: <u>01/10/18</u>
Procedimento: <u>Osteotomia de ossos de punho D + tração</u>	
Cirurgião: <u>Dr Felipe</u>	Auxiliar: <u></u>
Anestesista: <u>Dr Karoline</u>	
Início: <u>23:15</u>	Término: <u>00:20</u>
Anestesia: <u>Raqui</u>	

Hora	PA	Pulso	SAT 02	Responsável	A. Motora	Consciência
01:10	126x74	80	99%	Walmir	-	Consciente
01:30	99x69	73	95%	Walmir	-	11
02:00	99x60	73	94%	Walmir	+	6
03:00	103x78	80	95%	Walmir		
03:45	111x59	82	100%	Walmir	+	11
05:00	101x72	70	100%	Rosângelo	+	11
05:50	104x74	87 bpm	98%	Rosângelo	+	consciente
07:30	129x87	87	100%	Rosângelo	+	11

Medicamentos/Materiais	Quantidade

Observações:
<u>Intubação</u>
<u>3808</u>
Assinatura Anestesista
Circulante

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE:

QI Josemildo Gonçalves de Lima D.N.I. 05.1971
LEITE 47 CONVÊNIO 1745465 IDADE 47 REGISTRO 1745465



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de
Emergência e Trauma Dom
Luiz Gonzaga Fernandes

CIRURGIA Ortossintese de osso da perna D + tração tração CIRURGIÃO Felipe

ANESTESIA Raqui ANESTESIA Dra Karoline

INSTRUMENTADORA 01.10.18 DATA 23.15 INÍCIO 00.20 FIM

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.	Calef. p/ Oxy.		Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.	Calef. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix	
01	Diazepam amp.	Compressa Grande <u>pet</u>		Catgut cromado Sertix	
	Dimorfo amp.	Compressa Pequena		Catgut Simples	
	Dolanina amp.	Colonoide		Catgut Simples Sertix	
01	Stano ml <u>Medazolam</u>	Dreno		Catgut Simples Sertix	
	Fenegan amp.	Dreno Kerr n°		Catgut Simples Sertix	
	Fentanil ml	Dreno Penrose n°		Cera p/ osso	
	Inova ml	Dreno Pezzer n°		Ethibond	
	Ketalar ml	Equipo de Macrogotas		Ethibond	
01	Moraina <u>peradon</u>	Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Nubshin amp.	Equipo de Sangue		Fio de Algodrão Sertix	
	Pavulon amp.	Equipo de PVC		Fio de Algodrão Sertix	
	Proligmine amp.	Esparadrapo Larco cm		Fio de Algodrão Sutupak	
	Protóxido l/m	Furacim ml		Fio de Algodrão Sutupak	
	Quelicin ml	Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardíaca	
	Rapifen amp.	H ₂ O ₂ ml	05	Mononylon <u>2-0</u>	
	Thionembutal ml	Intracath Adulto		Mononylon	
	Tracrium amp.	Intracath Infantil		Prolene Sertix	
Qtd.	MEDICAÇÕES	01	Lâmina de Bisturi n° 23	Prolene Sertix	
	Água Destilada amp.		Lâmina de Bisturi n° 11	Prolene Sertix	
	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi n° 15	Prolene Sertix	
	Dipirona amp.	01	Luvas 7.0	Vicryl Sertix	
	Flaxidol amp.	02	Luvas 7.5	Vicryl Sertix	
	Flebocortid amp.	02	Luvas 8.0	Vicryl Sertix	
	Geramicina amp.		Luvas 8.5		
	Glicose amp.	TC	Oxigênio l/m		
	Glucon de Cálcio amp.	01	Poliflix		
	Haemacel ml		PVPI Degemante ml		
	Heparema ml		PVPI Tópico ml	Qtd.	SOROS
	Kanakion amp.		Sabão Antisséptico		SG Normotérmico fr 500 ml
	Lasix amp.		Saco coletor		SG Gelado fr 500 ml
	Medrotinazol.	01	Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml
	Plasil amp.		Seringa desc. 20 ml		SG Ringr fr 500 ml
	Prolamina	02	Seringa desc. 05 ml		SG fr 500 ml
	Revivan amp.		Sonda		
	Stuplanon amp.		Sonda Foley	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE <u>do</u>
	Cefalotina 1g		Sonda Nasogátrica	01	<u>placa estreta 4.5 12 furos</u>
02	<u>cefazolina</u>		Sonda Uretral n°	08	<u>parafusos</u>
			Sterydrem ml		<u>1 caixa MA2</u>
			Torneirinha		
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml		
01	Agulha desc. <u>25</u> <u>40x12</u>	01	Gelcon <u>18</u>		
	Agulha desc. 28 x 28		Latese		
	Agulha desc. 3 x 4.5	05	<u>alcatrazes</u>		
01	Agulha p/ raque n° <u>25</u>	03	<u>algodão ortopédico</u>		
05	Alcool de Enfermagem <u>70-1</u>				
	Alcool Iodado ml				
02	Ataduras de Crepon <u>20 cm</u>				
	Ataduras de Gessada				
	Azul metileno amp.				
	Benzina ml				

EQUIPAMENTOS

(X) Oxímetro de Pulso () Foco Auxiliar
() Serra () Eletrocautério
() Desfibrilador () Oxícapiógrafo
(X) Foco Frontal (X) Cardiomonitor
() Fonte de Luz (X) Perfurador Elétrico

Francisca M. Silva RESPONSÁVEL
TÉC. DE ENFERMAGEM
COREN PB 590.440

LEI Nº 7.116 DE 20/09/93

021.936.824-45

021.936.824-45

CARTÓRIO 1 CAMPINA GRANDE-PB

NASC. N. 209627 FLS. 111 LIV. 0220

DOC ORIGEM

CAMPINA GRANDE-PB

NATURALIDADE

LEONISA MARIA DE LIMA

JOSE GONÇALVES DA SILVA

REGISTRO GERAL

1.765.079 - 2 VINCULAÇÃO

14/03/2013

DATA DE NASCIMENTO

11/05/1971

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

V-02

P-234

JOSEMILO GONÇALVES DE LIMA

CARTEIRA DE IDENTIDADE

ARQUIV. CIENTÍFICA

25 FEV. 2013

TEL.: (83) 3321-5930

3



RECEIVED
JAN 15 1964
LIBRARY OF THE
U.S. DEPARTMENT OF
COMMERCE
WASHINGTON, D.C.

ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL
CONSELHO SECCIONAL DA PARAIBA
IDENTIDADE DE ADVOGADO

NOME
WAGNER LUIZ RIBEIRO SALES

REGISTRO
18251

ASSINATURA
JOACIL LUIZ SALES
MARIA JOSÉ RIBEIRO SALES

DATA DE REGISTRO
25/11/1998

CAMPINA GRANDE-PB

CPF
011.088.784-88

DATA DE EXPIRAÇÃO
13/03/2013

NÃO

ASSINATURA
Wagner Luiz Ribeiro Sales

DATA DE EXPIRAÇÃO
13/03/2013

ASSINATURA
OCHA SILEIRA CAVALANTI SOUZA

DATA DE EXPIRAÇÃO
13/03/2013

TEM FE PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 11013756

ASSINATURA
Wagner Luiz Ribeiro Sales

DATA DE EXPIRAÇÃO
13/03/2013

ASSINATURA
OCHA SILEIRA CAVALANTI SOUZA

DATA DE EXPIRAÇÃO
13/03/2013

ASSINATURA
Wagner Luiz Ribeiro Sales

DATA DE EXPIRAÇÃO
13/03/2013

ASSINATURA
OCHA SILEIRA CAVALANTI SOUZA

DATA DE EXPIRAÇÃO
13/03/2013

ARVLE CORRETORA

25 FEV. 2019

TEL.: (83) 3321-5930

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL			
MINISTÉRIO DAS CIDADIAS			
DETRAN - PB		Nº 012650181933	
39689328014		CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO	
VIA	POT 20160180050646-6		
1	0011694206-1	00700000000	
CLAUDIO BATISTA DOS SANTOS R J WALTER MENDONÇA 342 SANTA CRUZ 58100000 CAMPINA GRANDE-PB			
02364695414		MOD3194/PB	
GILSON PEREIRA DE ANDRADE			
PLACA ANT/UF	CHASSI		
NOVO PB	9C2KD03108R032075		
ESPECIE TIPO		COMBUSTIVEL	
PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC		GASOLINA	
MARCA/MODELO		ANO FAB - ANO MOD	
HONDA/MXR150 BROS ESD		2008 2008	
CAP/POT/CL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE	
2 P/149 /CI	PARTIC	PRETA	
OBSERVAÇÕES			
SEM RESERVA DE DOMÍNIO			
N.MotGr : KD03E18032075		0	
CAMPINA GRANDE-PB		DATA	
32875		14/05/2016	
1431480			

ARIVLE CORRETORA
25 FEV. 2019
TEL.: (83) 3321-5930



Faint, illegible text or markings in the top right corner.

1. 1000 1000 1000 1000
2. 1000 1000 1000 1000
3. 1000 1000 1000 1000

Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e

Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3190169433**

Nome do(a) Examinado(a): **JOSENILDO GONCALVES DE LIMA**

Endereço do(a) Examinado(a):

R AUGUSTO BORBOREMA, 30, a - CRUZEIRO - Campina Grande - PB - CEP 58415-360

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PB**] **1.765.079**

Data e local do acidente: [**01/10/2018**] **CAMPINA GRANDE**

Data e local do exame: [**14/03/2019**] **Campina Grande** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

FRATURA DE ACETÁBULO DIEITO FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DA PERNA DIREITA

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

PRESENÇA DE CICATRIZ, EDEMA

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[☒] Sim [☐] Não

IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO, COLISÃO MOTO-CARRO, NO DIA 01/10/2018; SENDO SOCORRIDO PELO SAMU AO HOSPITAL DE TRAUMA DE CAMPINA GRANDE PB ONDE FOI REALIZADO EXAMES DE IMAGENS CONSTATANDO FRATURA DE ACETÁBULO DIEITO E FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DA PERNA DIREITA. REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO, FISIOTERAPIA, MEDICAMENTOSO. ALTA NO DIA 27/10/2018. SEM LIMITAÇÃO FUNCIONAL, SEM REDUÇÃO DE AMPLITUDE DE MOVIMENTO.

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[☐] Sim [☒] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

(X) "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

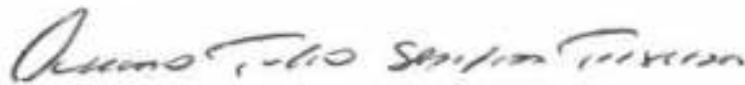
Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.



Luciano Tulio Serafim Teixeira - CRM: 7872 - PB

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190169433 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSENILDO GONCALVES DE LIMA **Data do acidente:** 01/10/2018 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE ACETÁBULO DIREITO.
FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DA PERNA DIREITA.

Descrição do exame físico: PRESENÇA DE CICATRIZ, EDEMA. SEM LIMITAÇÃO FUNCIONAL, SEM REDUÇÃO DE AMPLITUDE DE MOVIMENTO EM MID.

Resultados terapêuticos: PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO, COLISÃO MOTO-CARRO, NO DIA 01/10/2018; SENDO SOCORRIDO PELO SAMU AO HOSPITAL DE TRAUMA DE CAMPINA GRANDE PB ONDE FOI REALIZADO EXAMES DE IMAGENS CONSTATANDO FRATURA DE ACETÁBULO DIEITO E FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DA PERNA DIREITA. REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO, FISIOTERAPIA, MEDICAMENTOSO. ALTA NO DIA 27/10/2018.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data do exame físico: 14/03/2019

Conduta mantida:

Observações: Procedida avaliação médica na cidade de Campina Grande.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190169433 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSENILDO GONCALVES DE LIMA **Data do acidente:** 01/10/2018 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA EM ACETÁBULO DIREITO
FRATURA EM TÍBIA E FÍBULA DIREITAS

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(P.4) - OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS E ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: XSOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190169433 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSENILDO GONCALVES DE LIMA **Data do acidente:** 01/10/2018 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA EM ACETÁBULO DIREITO
FRATURA EM TÍBIA E FÍBULA DIREITAS

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(P.4) - OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS E ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Josemildo Gonçalves de Lima brasileiro(a),
estado civil solteiro, inscrito no CPF de n°. / / , e
no RG de n° , residente e Domiciliado a
Rua: Trav. Augusto Barbalho, n° 36, Bairro
Rosa Cruz, na cidade de C. Grande /estado
Paraíba, CEP .

OUTORGADO: Wagner Luiz Ribeiro Sales brasileiro(a),
estado civil casado, inscrito no CPF de n°. 011/086/784/08, e
no RG de n° 326958-9, SSP/PB, residente e Domiciliado a
Rua: Coronel José Lourenço Porto, n° 86, Bairro
Centro, na cidade de C. Grande /estado
Paraíba, CEP 58.400-240.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro DPVAT cobertura por: Invalidez Permanente, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Josemildo Gonçalves de Lima ocorrido em 01/10/18, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

Campina grande/PB, em 31 de Jan de 2019

5º Ofício

Josemildo Gonçalves de Lima

Outorgante

ARIVLE CORRETORA
25 FEV. 2019
TEL.: (83) 3321-5930

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

REGINA FRANÇA
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAR

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) de: JOSEMILDO GONÇALVES DE LIMA

Em test. da verdade. Campina Grande-PB 31/01/2019 15:51:31
Ana Karoliny de Lima Santos - Escrevente
[2019-000782]EML:R\$ 19,91 FAPEN:R\$ 0,29 FEPJ:R\$ 1,98 ISS:R\$ 0,50
SELO DIGITAL: AWM72292-KE26

Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>



Carla Viana dos Santos
SUBSTITUTA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0067885/19

Vítima: JOSENILDO GONCALVES DE LIMA

CPF: 021.936.824-45

CPF de: Próprio

Data do acidente: 01/10/2018

Titular do CPF: JOSENILDO GONCALVES DE LIMA

Seguradora: UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

WAGNER LUIZ RIBEIRO SALES : 011.086.784-08

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

JOSENILDO GONCALVES DE LIMA : 021.936.824-45

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

Data da entrega: 25/02/2019
Nome: WAGNER LUIZ RIBEIRO SALES
CPF: 011.086.784-08

WAGNER LUIZ RIBEIRO SALES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/02/2019
Nome: CARLOS JURAN CARVALHO PINTO
CPF: 395.237.804-68

CARLOS JURAN CARVALHO PINTO