

Quesitos para a perícia:

- 1- Queira o I. Dr. Perito se houve lesão à integridade física da vítima. Em caso afirmativo, queira esclarecer o seguinte:
- 2- Restou sequela da lesão ocorrida? Em caso afirmativo favor identificá-las.
- 3- Se das sequelas identificadas quais foram às consequências traumáticas e funcionais dos órgãos/membros atingidos?
- 4- Se tal sequela causou redução na capacidade laborativa da vítima.
- 5- Queira o Dr. Perito esclarecer qual o tipo de lesão apresentada pelo periciado?
- 6- Queira o Dr. Perito esclarecer se houve diminuição ou perda de função de algum órgão do periciado e se este (s) órgão (s) foi (foram) lesionado em função de acidente automobilístico ou outras causas?
- 7- Queira o Dr. Perito esclarecer se a diminuição ou perda de função de algum órgão do periciado é de caráter permanente ou temporário?
- 8- Se houve redução de capacidade de um dos membros, em caso afirmativo, quais são os riscos de sobrecarga do outro membro? Em caso afirmativo, qual membro e de que forma?
- 9- Queira o Dr. Perito esclarecer tudo o mais que achar necessário.





Assinado eletronicamente por: ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO - 31/07/2019 14:53:30
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19073114532937200000022443984>
Número do documento: 19073114532937200000022443984

Num. 23145878 - Pág. 11

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

LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	SEVERINO SEBASTIÃO BELIZARDO
DATA DE NASCIMENTO	20/01/88
NOME DA MÃE	MARIA ANA DA SILVA

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	950.663
DATA DO ATENDIMENTO	28/09/16
HORA DO ATENDIMENTO	01:24
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA NO 1/3 DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO ESQUERDO + FRATURA DO 5º METACARPO ESQUERDO + FRATURAS DOS SEIOS MAXILARES
CID 10	S52.6 + S62.3 + S02.1

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, trazido pelo SAMU, com colar cervical, com dor em ombro direito, nega perda da consciência. Abdômen sem queixas. Pupilas fotorreagentes. Glasgow 15. Presença de fratura no terço distal do antebraço esquerdo. Fratura do quinto metacarpo esquerdo. Fraturas dos seios maxilares.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX de punho esquerdo AP/P

RX de torax AP

Tomografia computadorizada de crânio

RESULTADOS DOS EXAMES:

Fraturas no segmento distal do rádio esquerdo, no processo estiloide da ulna esquerda e no quinto metacarpo esquerdo.

TCC: Fratura no assoalho dos seios maxilares.

TRATAMENTO:

Tratamento conservador das fraturas.

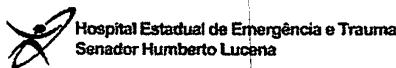
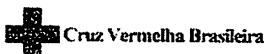
ALTA HOSPITALAR: 28/09/16

DATA DA EMISSÃO: 31/01/17

Dr. José de Almeida Braga
CRM: 2329/PB

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





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

Boletim de Atendimento: 950663



Identificação do paciente			
ID 1087339	Nome SEVERINO SEBASTIAO BELIZARIO		Sexo Masculino
Data de nascimento 20/01/1988	Idade 28 anos 8 meses 8 dias	Estado civil	Religião
Mãe MARIA ANA DA SILVA		Pai SEBASTIAO PEDRO BELIZARIO	
Escolaridade		Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 991942542	DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3444396	Nº Cns	
Local de procedência MAMANGUAPE		Tipo MUNICÍPIO	UF PB
Email	Naturalidade SAPE	CBO/R	
Endereço			
CEP 58340000	Município de residência SAPE	UF PB	Logradouro CARNAUBA
Número SN	Complemento		Bairro ZONA RURAL
Admissão			
Data e Hora 28/09/2016 01:24:49	Número da pulseira 947361		Convênio SUS
Especialidade CLINICA GERAL		Clínica	
Classificação de risco		Origem do paciente OUTRA UNIDADE DE SAUDE	
Caráter de atendimento URGENCIA	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA		Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS
Indicadores e Transporte			
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte AMBULANCIA		Quem transportou	
Sinais Vitais			
PA X mmHg	P脉	Temperatura	
Exames complementares			
Ralo X []	Sangue []	Urina []	TC []
Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []	
Dados clínicos		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> TÔNICO GRAFIA DATA: 28/09/2016 CID </div>	
Diagnóstico			
Atendido por JOSEFA BARBALHO FERNANDES		Tempo 05min 41seg	

Imprimir

14/12

28/09/2016 01:24

Fractura
de pulso R/P
Rx de mao R/P
Fractura
de radio e
Fractura de metacarpio
Tilt good
all ok

Josévaldo Ribeiro Nascimento
ORTOPEDIA - CRM/PB 1595
CN 108235374870009

NHL 300g
TCE: 100g
anatomia
anatomia
TCE 100g
TCE: 100g
W: 100g

Alexandre B. C. da Silva
CRM-PB 4988
MÉDICO

OCN
28.09.16

Acidentado de trato
ECG: IT
sem disfunção motr
e anatômica / lombalgia
col: Alta Qnd

Dra. THAISE ALPAIXEIRA
NEUROLOGISTA
CRM-PB 247





CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

Primeiro Atendimento Médico

PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

947361 BE.: 950663
SEVERINO SEBASTIAO BELIZARIO
DT. NASC.: 20/01/1988
MAE: MARIA ANA DA SILVA
END.: CARNAUBA
N. S/N - ZONA RURAL
SAPE
FONE: ()
CELULAR: (83) 991942842
IDADE: 28
DT. ENTRADA: 28/09/2016 01:24:49

NOME DO PACIENTE:	IDADE:
-------------------	--------

DADOS CLÍNICOS – MECANISMOS DO TRAUMA

*Vítima do trânsito de motocicleta.
Refre que não faz uso de capacete.
Nega trauma, náuseas, vômitos.
Refre ter aparentes unhas e etc.*

EXAME PRIMARIO		CIRCULAÇÃO																					
VIAS AÉREAS: <input type="checkbox"/> Périvas <input type="checkbox"/> Obstruídas CERVICAL IMOBILIZADA: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não VENTILAÇÃO: TRAQUEIA NA LINHA MEDIANA <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA <input type="checkbox"/> Sem dificuldade <input type="checkbox"/> Com dificuldade VENTILAÇÃO MECÂNICA APNÉIA AUSCUTA PULMONAR: 1- MURMÚRIO VESICULAR <table border="0"> <tr> <td>HTD</td> <td><input type="checkbox"/> Presente e normal</td> <td><input type="checkbox"/> Rude</td> <td><input type="checkbox"/> Diminuído</td> <td><input type="checkbox"/> Ausente</td> <td>HTE</td> <td><input type="checkbox"/> Presente e normal</td> <td><input type="checkbox"/> Rude</td> <td><input type="checkbox"/> Diminuído</td> <td><input type="checkbox"/> Ausente</td> </tr> </table> 2- RUIDOS <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> sim</td> <td>HTD</td> <td>Roncos</td> <td>Roncos</td> <td><input type="checkbox"/> Ausente</td> <td><input type="checkbox"/> Sibilos</td> <td>Sibilos</td> <td><input type="checkbox"/> Ausente</td> <td><input type="checkbox"/> Estertores</td> <td>Estertores</td> </tr> </table> FR: _____ imp SaO ₂ : _____ %		HTD	<input type="checkbox"/> Presente e normal	<input type="checkbox"/> Rude	<input type="checkbox"/> Diminuído	<input type="checkbox"/> Ausente	HTE	<input type="checkbox"/> Presente e normal	<input type="checkbox"/> Rude	<input type="checkbox"/> Diminuído	<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> sim	HTD	Roncos	Roncos	<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Sibilos	Sibilos	<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Estertores	Estertores	COR DA PELE: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Pálida <input type="checkbox"/> Cianótica <input type="checkbox"/> Pletórica <input type="checkbox"/> Ictérica TEMPERATURA DA PELE: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Quente <input type="checkbox"/> Fria PULSO: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Aumentado <input type="checkbox"/> Fino <input type="checkbox"/> Ausente AUSCUTA CARDÍACA RÍTIMO: <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Irregular <input type="checkbox"/> Ausente BULHAS: <input type="checkbox"/> Normatonéticas <input type="checkbox"/> Hippofonéticas <input type="checkbox"/> Hipofonéticas <input type="checkbox"/> Ausente SOPRO: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente BE OU B4: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não FC: _____ bmp PA: _____ X mmHg T: _____ °C ECG:	
HTD	<input type="checkbox"/> Presente e normal	<input type="checkbox"/> Rude	<input type="checkbox"/> Diminuído	<input type="checkbox"/> Ausente	HTE	<input type="checkbox"/> Presente e normal	<input type="checkbox"/> Rude	<input type="checkbox"/> Diminuído	<input type="checkbox"/> Ausente														
<input type="checkbox"/> sim	HTD	Roncos	Roncos	<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Sibilos	Sibilos	<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Estertores	Estertores														
		ABDOMEN: <i>Anéolitos</i>																					

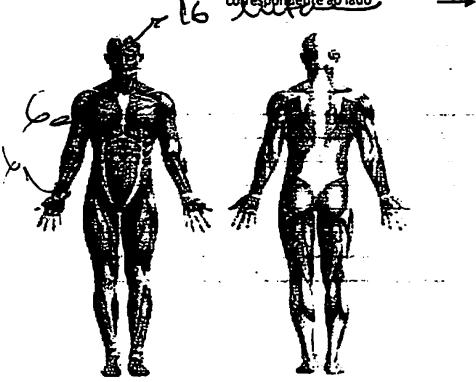
DÉFICIT NEUROLÓGICO			
Pupilas: <input type="checkbox"/> Fotorreagente		<input type="checkbox"/> Paralisadas	<input type="checkbox"/> Isocóricas
<input type="checkbox"/> Anisocóricas		(diferença = _____ mm)	
Escala de Glasgow:			

ABERTURA OCULAR		MELHOR RESPOSTA VERBAL ESCALA VÉRBAL PEDIÁTRICA (<4anos)		MELHOR RESPOSTA MOTORA	
Espontânea	4	Consciente / Palavras apropriadas, sorriso social, fixa e segue objetos	5	Obedece aos comandos	6
À solicitação verbal	3	Confuso / Chora, mas é consolável	4	Localiza a dor	5
Ao continuo estímulo	2	Palavras inapropriadas / Irritado (persistente)	3	Retira o Membro	4
Nenhuma	1	Sons incompreensíveis / Inquieto	2	Flexão anormal (decorticação)	3
		Nenhuma / Nenhuma	1	Extensão Anormal (decerebração)	2
				Nenhuma	1
TOTAL:	6				

F(NG).CC.001-1



EXAME SECUNDÁRIO

ALERGIA:	<input checked="" type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim:																																																																								
MEDICAMENTOS:	<input checked="" type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim:																																																																								
IMUNIZAÇÃO:	<input type="checkbox"/> Não	<input checked="" type="checkbox"/> Sim: <i>Atento OR</i>																																																																								
PATOLOGIA:	<input checked="" type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim:																																																																								
ALIMENTOS INGERIDOS:	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim:																																																																								
LOCAL DA LESÃO	Identifique o local com o número correspondente ao lado																																																																									
		<table border="0"> <tr><td>1</td><td>Abrasão</td><td>19</td><td>Fratura Óssea Fechada</td></tr> <tr><td>2</td><td>Amputação</td><td>20</td><td>Fratura Óssea Aberta</td></tr> <tr><td>3</td><td>Avulsão</td><td>21</td><td>Hematoma</td></tr> <tr><td>4</td><td>Contusão</td><td>22</td><td>Ingurgitamento Nervoso</td></tr> <tr><td>5</td><td>Crepitação</td><td>23</td><td>Lacerção</td></tr> <tr><td>6</td><td>Dor</td><td>24</td><td>Lesão Tendínea</td></tr> <tr><td>7</td><td>Edema</td><td>25</td><td>Luxação</td></tr> <tr><td>8</td><td>Empalamento</td><td>26</td><td>Mordedura</td></tr> <tr><td>9</td><td>Efisema subcutâneo</td><td>27</td><td>Movimento torácico paradoxal</td></tr> <tr><td>10</td><td>Esmagamento</td><td>28</td><td>Objeto Encravado</td></tr> <tr><td>11</td><td>Equimose</td><td>29</td><td>Otorragia</td></tr> <tr><td>12</td><td>F. Arma Branca</td><td>30</td><td>Paralisia</td></tr> <tr><td>13</td><td>F. Arma de Fogo</td><td>31</td><td>Paresia</td></tr> <tr><td>14</td><td>F. Contuso</td><td>32</td><td>Parestesia</td></tr> <tr><td>15</td><td>F. Cortante</td><td>33</td><td>Quelmadura</td></tr> <tr><td>16</td><td>F. Corte-Contuso</td><td>34</td><td>Rinorragia</td></tr> <tr><td>17</td><td>F. Perfuro-Contuso</td><td>35</td><td>Sinais de Isquemia</td></tr> <tr><td>18</td><td>F. Perfuro-Cortante</td><td>36</td><td></td></tr> </table>	1	Abrasão	19	Fratura Óssea Fechada	2	Amputação	20	Fratura Óssea Aberta	3	Avulsão	21	Hematoma	4	Contusão	22	Ingurgitamento Nervoso	5	Crepitação	23	Lacerção	6	Dor	24	Lesão Tendínea	7	Edema	25	Luxação	8	Empalamento	26	Mordedura	9	Efisema subcutâneo	27	Movimento torácico paradoxal	10	Esmagamento	28	Objeto Encravado	11	Equimose	29	Otorragia	12	F. Arma Branca	30	Paralisia	13	F. Arma de Fogo	31	Paresia	14	F. Contuso	32	Parestesia	15	F. Cortante	33	Quelmadura	16	F. Corte-Contuso	34	Rinorragia	17	F. Perfuro-Contuso	35	Sinais de Isquemia	18	F. Perfuro-Cortante	36	
1	Abrasão	19	Fratura Óssea Fechada																																																																							
2	Amputação	20	Fratura Óssea Aberta																																																																							
3	Avulsão	21	Hematoma																																																																							
4	Contusão	22	Ingurgitamento Nervoso																																																																							
5	Crepitação	23	Lacerção																																																																							
6	Dor	24	Lesão Tendínea																																																																							
7	Edema	25	Luxação																																																																							
8	Empalamento	26	Mordedura																																																																							
9	Efisema subcutâneo	27	Movimento torácico paradoxal																																																																							
10	Esmagamento	28	Objeto Encravado																																																																							
11	Equimose	29	Otorragia																																																																							
12	F. Arma Branca	30	Paralisia																																																																							
13	F. Arma de Fogo	31	Paresia																																																																							
14	F. Contuso	32	Parestesia																																																																							
15	F. Cortante	33	Quelmadura																																																																							
16	F. Corte-Contuso	34	Rinorragia																																																																							
17	F. Perfuro-Contuso	35	Sinais de Isquemia																																																																							
18	F. Perfuro-Cortante	36																																																																								
OBS.:																																																																										
QUEIMADURA:																																																																										
Superfície corporal lesada (regra da palma)		% Graus de queimadura:																																																																								
		<input type="checkbox"/> 1º grau	<input type="checkbox"/> 2º grau	<input type="checkbox"/> 3º grau																																																																						
EXAMES SOLICITADOS																																																																										
<input type="checkbox"/> Radiografias <input type="checkbox"/> Ultrassonografia (FAST) <input checked="" type="checkbox"/> Tomografia computadorizada		<input type="checkbox"/> Lavado peritoneal <input type="checkbox"/> Gasometria arterial <input type="checkbox"/> Tipagem sanguínea																																																																								
EXAMES SOLICITADOS																																																																										
PROCEDIMENTOS REALIZADOS																																																																										
<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>CONDUTAS E PROCEDIMENTOS</th> <th>CÓDIGO</th> <th>ASSINATURA E CARIMBO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td><i>Abdômen</i></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>2</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>3</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>4</td><td><i>St-Sonar</i></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>5</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>6</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>7</td><td><i>Respiratória</i></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>8</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>9</td><td><i>Fratura</i></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>10</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>				CONDUTAS E PROCEDIMENTOS	CÓDIGO	ASSINATURA E CARIMBO	1	<i>Abdômen</i>			2				3				4	<i>St-Sonar</i>			5				6				7	<i>Respiratória</i>			8				9	<i>Fratura</i>			10																															
	CONDUTAS E PROCEDIMENTOS	CÓDIGO	ASSINATURA E CARIMBO																																																																							
1	<i>Abdômen</i>																																																																									
2																																																																										
3																																																																										
4	<i>St-Sonar</i>																																																																									
5																																																																										
6																																																																										
7	<i>Respiratória</i>																																																																									
8																																																																										
9	<i>Fratura</i>																																																																									
10																																																																										
SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO																																																																										
Solicito parecer da <u>DR</u> <u>ana</u> <u>07/07/16</u> às: <u>10:00</u> do dia <u>1/1/16</u> Solicito parecer da <u>DR</u> <u>ana</u> <u>07/07/16</u> às: <u>10:00</u> do dia <u>1/1/16</u>																																																																										
DESTINO DO PACIENTE																																																																										
DATA <u>28/09/16</u> DA <u>09:34</u> SAÍDA <u>09:34</u> HORAS: <u>09:34</u> () Centro cirúrgico () Tranferência (unidade de saúde) () Internado (setor) () Alta hospitalar () Decisão médica () A pedido () A revália () Desistência () Óbito () Até 48 hs. () Após 48 hs. () Família () IML () SVO																																																																										
Dra. THAISE AGUIAR NEUROLOGIA CRM: 1145331420000022444017		ASSIN																																																																								
ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL																																																																										

F(NG).CC.001-1





CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

947361 BE.: 950663
SEVERINO SEBASTIÃO BELIZARIO
DT. NASC.: 20/01/1908
MRE: MARIA ANA DA SILVA

END.: CARNAUBA
N. S/N - ZONA RURAL
SAPE
FONE: ()
CELULAR: (83) 991942842
IDRDE: 20
DT. ENTRADA: 20/09/2016 01:24:49

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

B.E./PRONTUÁRIO

NOME DO PACIENTE:		IDADE:	DATA:
PROCEDÊNCIA: <input type="checkbox"/> Domicílio <input type="checkbox"/> Ambulância de resgate <input type="checkbox"/> Ambulância SAMU <input type="checkbox"/> Polícia TIPO DE ACIDENTE: <input type="checkbox"/> Moto <input type="checkbox"/> Automóvel <input type="checkbox"/> Ônibus <input type="checkbox"/> Bicicleta <input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> Envenenamento <input type="checkbox"/> Incêndio <input type="checkbox"/> Explosão <input type="checkbox"/> Arma de Fogo <input type="checkbox"/> Arma branca <input type="checkbox"/> Outros			
TIPO DE LESÃO: <input type="checkbox"/> Fratura fechada <input type="checkbox"/> Ferimento aberto <input type="checkbox"/> Esmagamento <input type="checkbox"/> Laceração <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Mordedura <input type="checkbox"/> Objeto encravado <input type="checkbox"/> Ferimento contínuo <input type="checkbox"/> Amputação membro <input type="checkbox"/> Outros			
LOCAL DA LESÃO: <input type="checkbox"/> Membro sup. <input type="checkbox"/> Membro inf. <input type="checkbox"/> Tronco <input type="checkbox"/> Cabeça e pescoço <input type="checkbox"/> Outros:			
DADOS CLÍNICOS (sintomas)			
DATA DE INÍCIO DOS SITOMAS:			
EXAME FÍSICO PA: ____ / ____ mmhg P: ____ bpm SpO2: ____ Tax: ____ Sistema Neurológico: Nível de Consciência: <input type="checkbox"/> Consciente <input type="checkbox"/> Inconsciente <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado Avaliação das pupilas: Simetria: <input type="checkbox"/> Isocônicas <input type="checkbox"/> Tamanho: <input type="checkbox"/> Midriase <input type="checkbox"/> Anisocônicas <input type="checkbox"/> Miose			
Sistema Respiratório: <input type="checkbox"/> Ventilação invasiva <input type="checkbox"/> Ventilação espontânea <input type="checkbox"/> Vias aéreas pervias <input type="checkbox"/> Tranquestomia <input type="checkbox"/> Respiração rápida <input type="checkbox"/> Obstrução parcial das vias aéreas <input type="checkbox"/> Respiração ruidosa <input type="checkbox"/> Suporte ventilatório não invasivo <input type="checkbox"/> Obstrução total das vias aéreas			
Sistema Circulatório: <input type="checkbox"/> Pulso ausente <input type="checkbox"/> Pele fria e úmida <input type="checkbox"/> Perfusion tissular satisfatória <input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Bradicardia <input type="checkbox"/> Perfusion tissular comprometida <input type="checkbox"/> Palidez <input type="checkbox"/> Outros:			
Sistema Digestório: <input type="checkbox"/> HDA <input type="checkbox"/> Uso de SNG <input type="checkbox"/> Vômitos <input type="checkbox"/> Dor à palpação superficial <input type="checkbox"/> HDB <input type="checkbox"/> Corpo estanho <input type="checkbox"/> Dor à palpação profunda <input type="checkbox"/> Outros: <input type="checkbox"/> Rigidex abdôm <input type="checkbox"/> Distensão abdominal			
Sistema Genito-urinário: <input type="checkbox"/> Disúria <input type="checkbox"/> Hematuria <input type="checkbox"/> Oligúria <input type="checkbox"/> Poliúria <input type="checkbox"/> SVD <input type="checkbox"/> Outros			
HISTÓRICO CLÍNICO E CIRÚRGICO: <input type="checkbox"/> Hipertensão <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Câncer <input type="checkbox"/> Alergias <input type="checkbox"/> Cirurgias <input type="checkbox"/> Internações <input type="checkbox"/> Outros: Especificar: _____			
USO DE MEDICAÇÃO? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Especificar: _____			
HORÁRIO DA ÚLTIMA REFEIÇÃO:			
IMUNIZADO CONTRA O TÉTANO? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
OUTRAS INFORMAÇÕES IMPORTANTES:			
DESTINO:		ENFERMEIRO:	COREM:

F(NG) ENF 022-1



AVALIAGÃO DE ENFERMAGEM		B.E./PRONTUÁRIO	
NAME DO PACIENTE: _____			
DATA: _____			
TIPO DE ACIDENTE: () Moto () Automóvel () Ônibus () Bicicleta () Atrapelamento () Envenenamento () Incêndio () Explosão () Arma de Fogo () Arma branca () Outros			
TIPO DE LESÃO: () Fratura fechada () Fratura aberta () Esmagamento () Laceração () Quimizada () Moredura () Objeto encaixado () Ferrorrato contínuo () Amputação membro () Outros			
LOCAL DA LESÃO: () Membro sup. () Membro inf. () Tórax () Gábea e pescoço () Outros			
DADOS CLÍNICOS (sintomas):			
EXAME FÍSICO PA: _____ mmhg P: _____ bpm SpO2: _____ Tax: _____			
Nível de consciência: () Consciente () Incconsciente () Desorientado () Desorientado			
Avaliação das pupilas: Síntoma: () Isocárticas () Hiperárticas () Midriásicas () Mioses			
Sistema Respiratório: () Ventilação invasiva () Ventilação não invasiva () Vias aéreas patológicas () Transtorno pulmonar () Respiração ríspida () Obstrução parcial das vias aéreas () Respiração ríspida () Sopro ventrilar não invasivo () Obstrução total das vias aéreas			
Sistema Circulatório: () Pulsos ausentes () Pela tra e umida () Perfurado tissular subfratária () Taquicardia () Bradicardia () Outros			
Sistema Digestório: () HDA () Uso de SNG () Vômitos () Dor a palpago subperficial () Pálias () Outros			
Sistema Genito-urinário: () Diabetes () Hematuria () Oliguria () Políuria () SVD () Outros			
Histórico Clínico e Cirúrgico: () Hipertensão () Diabetes () Câncer () Alergias () Cirurgias () Intemagões () Outros: _____			
USO DE MEDICAGÃO: () Sim () Não Especificar			
HORÁRIO DA ÚLTIMA RECEIÇÃO: _____			
IMUNIZADO CONTRA O TETANO? () Sim () Não			
OUTRAS INFORMAÇÕES IMPORTANTES: _____			
DESTINO: _____			
COR: _____			
ENFERMEIRO: _____			





Atendimento: 000000050642

Idade: 28 anos

Paciente: SEVERINO SEBASTIÃO BELIZARIO

Data: 28/09/2016

RADIOGRAFIA PUNHO ESQUERDO -

Não há evidências de calcificações periarticulares.

Fraturas no segmento distal do rádio, no processo estilóide da ulna e no quinto metacarpo, sem desvios significativos de fragmentos ósseos.

Espaços articulares sem reduções expressivas.

* O Raio-X é um exame subsidiário, devendo ser correlacionada com outros dados clínico-laboratoriais a critério clínico.

Este laudo foi liberado em 28/09/2016 05:44.


Dra. Alessandra P. C. Mendes
CRM: 6293 - PB





Atendimento: 000000050642

Idade: 28 anos

Paciente: SEVERINO SEBASTIÃO BELIZARIO

Data: 28/09/2016

RADIOGRAFIA DO TÓRAX

Estruturas ósseas sem alterações significativas.

Campos pulmonares com transparência normal.

Não há evidência de consolidação focal atual do parênquima pulmonar ou de coleção pleural.

Seios costofrênicos livres.

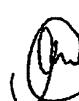
Área cardíaca normal.

IMPRESSÃO RADIOGRÁFICA

Estudo radiográfico do tórax dentro dos padrões da normalidade.

* O Raio-X é um exame subsidiário, devendo ser correlacionada com outros dados clínico-laboratoriais a critério clínico.

Este laudo foi liberado em 28/09/2016 05:45.


Dra. Alessandra P. C. Mendes
CRM: 6293 - PB



 CRUZ VERMELHA BRASILEIRA	SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA		REQUISIÇÃO DE EXAMES	
	NOME: <u>Genaro Sebastião Belizano</u>		Nº. BE: <u>950663</u>	
SEXO: M () F () NASCIDO EM: / / ENF. / LEITO:		CLÍNICA:		
DADOS CLÍNICOS:				
MATERIAL:				
EXAMES SOLICITADOS:		OUTROS:		
<input type="checkbox"/> HEMOGRAMA COMPLETO <input type="checkbox"/> COAGULOGRAMA <input type="checkbox"/> GLICEMIA DE JEJUM <input type="checkbox"/> URÉIA <input type="checkbox"/> CREATININA <input type="checkbox"/> SÓDIO / POTÁSSIO <input type="checkbox"/> GASOMETRIA <input type="checkbox"/> SUMÁRIO DE URINA (EAS)		<u>RX torax PA/Perfil</u> <u>RX punho ① DP/Perfil</u> <u>Exames Realizados</u> <u>Lev. Júnior</u>		
OBS.				
<u>28/09/16</u> DATA E HORA - SOLICITAÇÃO	<u>CRM/PE 11133 CRM/PE 9341</u> ASSINATURA E CARIMBO - MÉDICO	<u>DATA E HORA - COLETA</u>	<u>ASS. E CARIMBO - TÉCNICO COLETADOR</u>	

30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	21 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	32 - QTDE	
33 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	34 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	35 - QTDE	
JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)			
36 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO	37 - CID 10 PRINCIPAL	38 - CID 10 SECUNDÁRIO	39 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
<u>TCE</u>			
40 - OBSERVAÇÕES			
<u>TUMOREGRAFIA</u> <u>Orbita</u> <u>28/09/16</u>			
SOLICITAÇÃO			
41 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	42 - DATA DA SOLICITAÇÃO	43 - DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
	<u>28/09/16</u>	<u>(CNS)</u>	
44 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	45 - ASSINATURA E CARIMBO (N° REGISTRO DO CONSELHO)		
() CNS () CPF	 <u>ANNA RAQUEL DE SOUSA COUTINHO</u>		
AUTORIZAÇÃO			
46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR	52 - N° DA AUTORIZAÇÃO (APAC)	
48 - DOCUMENTO	49 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		
() CNS () CPF			
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	53 - PÉRIODO DE VALIDADE DA APAC	
		<u>8/10/16</u>	
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)			
54 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE	55 - CNES		



32146062

DATA DE RETORNO	ESPECIALIDADE	TURNO	SALA
11/10/16 20:00	<i>Jane Gomes</i>		



CARTÃO DE RETORNO

PACIENTE: João S. Gomes

DATA DO ATENDIMENTO: 11/10/16
Nº PRONTUÁRIO: 1234567890 FICHA: 1234567890
MÉDICO (CARIMBO): Dr. João S. Gomes
DIAGNÓSTICO: Fractura de colo de fêmur
PROCEDIMENTO: redução e imobilização
fixação

SEMPRE QUE RETORNAR AO HOSPITAL É
NECESSÁRIO APRESENTAR ESTE CARTÃO

RECIBO CARTÃO DE RETORNO
Nº PRONTUÁRIO: 1234567890
ORIGÉNIA: 19823531437009
CN: 190731145331420000022444017





**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Senador Humberto Lucena

Atendimento: 000000050642

Idade: 28 anos

Paciente: SEVERINO SEBASTIÃO BELIZARIO

Data: 28/09/2016

RADIOGRAFIA DO TÓRAX

Estruturas ósseas sem alterações significativas.

Campos pulmonares com transparência normal.

Não há evidência de consolidação focal atual do parênquima pulmonar ou de coleção pleural.

Seios costofrênicos livres.

Área cardíaca normal.

IMPRESSÃO RADIOGRÁFICA

Estudo radiográfico do tórax dentro dos padrões da normalidade.

* O Raio-X é um exame subsidiário, devendo ser correlacionada com outros dados clínico-laboratoriais a critério clínico.

Este laudo foi liberado em 28/09/2016 05:45.


Dra. Alessandra P. C. Mendes
CRM: 6293 - PB





**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Senador Humberto Lucena

Atendimento: 000000050642

Idade: 28 anos

Paciente: SEVERINO SEBASTIÃO BELIZARIO

Data: 28/09/2016

RADIOGRAFIA PUNHO ESQUERDO -

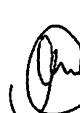
Não há evidências de calcificações periarticulares.

Fraturas no segmento distal do rádio, no processo estilóide da ulna e no quinto metacarpo, sem desvios significativos de fragmentos ósseos.

Espaços articulares sem reduções expressivas.

* O Raio-X é um exame subsidiário, devendo ser correlacionada com outros dados clínico-laboratoriais a critério clínico.

Este laudo foi liberado em 28/09/2016 05:44.


Dra. Alessandra P. C. Mendes
CRM: 6293 - PB





**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Senador Humberto Lucena

Atendimento: **000000050642**

Paciente: **SEVERINO SEBASTIÃO BELIZARIO**

Idade: **28 anos**

Data: **28/09/2016**

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

Técnica:

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste iodado endovenoso.

Exame realizado sob a indicação clínica de TCE.

Análise:

- Fratura no assoalho dos seios maxilares, associado a hemossinus.
- Conteúdo preenchendo o seio esfenoidal.
- Hematoma agudo subgaleal frontal esquerdo.
- Parênquima cerebral com morfologia e coeficientes de atenuação normais.
- Sistema ventricular com morfologia e dimensões normais.
- Estruturas da linha mediana sem desvios significativos.

O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.

Este laudo foi liberado em 28/09/2016 08:25.

Dr. Lautonio Junior Loureiro
CRM: 5053 - PB





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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima	Nome completo da vítima
	082 110 494 22	Severino Sclostus Belizário

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	Severino Sclostus Belizário	CPF titular da conta	082 110 494 22	Profissão	agricultor
Endereço	Sítio Bonnávia	Número	11m	Complemento	
Bairro	Área Rural	Cidade	Sapé	Estado	PB
Email		CEP	58340000	Telefone (DDI)	993212681

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	ATÉ R\$ 1.000,00	R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	RS 7.001,00 ATÉ RS 10.000,00	ACIMA DE RS 10.000,00
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)		<input type="checkbox"/> BANCO Nome: Baixa NRO. 104	
<input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		AGÊNCIA NRO. 0922 CONTA NRO. 01806 D/V 08	
AGÊNCIA NRO.	D/V	AGÊNCIA NRO.	D/V
<input type="checkbox"/> (Informar dígito se existir)	<input type="checkbox"/> (Informar dígito se existir)	<input type="checkbox"/> (Informar dígito se existir)	<input type="checkbox"/> (Informar dígito se existir)

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

Severino Sclostus Belizário, 20 de setembro de 2018

Local e Data

Severino Sclostus Belizário

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017





AUTO-ATENDIMENTO - AG. SAPE
DATA: 11/07/2018 HORA: 12:56:08
TERMINAL: 09221908 CONTROLE: 092219080193

AGÊNCIA: 0922 - SAPE
CONTA: 023.00001806-8
CLIENTE: SEVERINO SEBASTIAO BELIZARIO

EXTRATO PARA SIMPLES CONFERÊNCIA

MOVIMENTAÇÃO

DIA	NR.DOC	HISTÓRICO	VALOR
		SALDO ANTERIOR	4,26C
		Julho	
04	000004	PARSEG-DES	954,00C
05	050835	SAQUE ATM	958,00D

RESUMO

SALDO	0,26C
APLICACAO C/RESG.AUTOM	0,00C
CREDITOS A CONFIRMAR	0,00C
DEBITOS A CONFIRMAR	0,00D
TOTAL LIMITES	0,00C
SALDO TOTAL	0,26C
SALDOS BLOQUEADOS	0,00C
SALDO DISPONIVEL	0,26C

Informações, reclamações, sugestões e elogios
SAC CAIXA: 0800-726 0101
Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474
www.caixa.gov.br

RETIRE NOVO EXTRATO SEM TARIFA A PARTIR
DO PRÓXIMO MÊS



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Severino Sebastião Belizário,

RG nº 3444396, data de expedição 10/05/06, Órgão SSP,

CPF nº 0821049422, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Sítio Bonanilha</u>
Número	<u>1m</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Área Rural</u>
Cidade	<u>Sapé</u>
Estado	<u>PB</u>
CEP	<u>58340 000</u>
Telefone de Contato	<u>993212681</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: João Pessoa, 20/09/2018

Assinatura do Declarante: Severino Sebastião Belizário



	
SEVERINO SEBASTIÃO BEUZARIO	SIT CARNABA, S/N - ZONA RURAL
SAP/FP/CEP: 56340-000 (AGS 51)	EMBOSA 2105/2018 Referência: Mai 17/2016
Classificação: RESIDENCIAL / Bárba Reyma, Maria dos Anjos Corrêa	NR: 0001 13664-98
Protocolo: 11-51-223-4615	0800 083 0196
     	
     	
     	
     	
     	
     	
     	
     	
     	
     	
     	
     	
     	
     	
     	
     	
     	
     	
     	
     	
     	
     	
     	
     	
     	
     	
     	
     	
     	
     	
     	
     	
     	
     	
     	
     	
     	
     	
     	
     	
     	
     	
     	
     	
     	
     	
     	
     	
     	
     	
     	
     	
     	
     	
     	
     	
     	
     	
     	
     	
    <img alt="Energisa logo" data-bbox="111	





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

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima: Severino Sebastião Belizário | CPF da Vítima: 08211049422 | Data do Acidente: 27/10/2016

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:	
Assinalar uma das opções abaixo:	
<input checked="" type="checkbox"/> Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou	
<input type="checkbox"/> O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou	
<input checked="" type="checkbox"/> O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.	
Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Lider DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.	
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.	

josé Peres, 20 de outubro de 2018

Local e Data

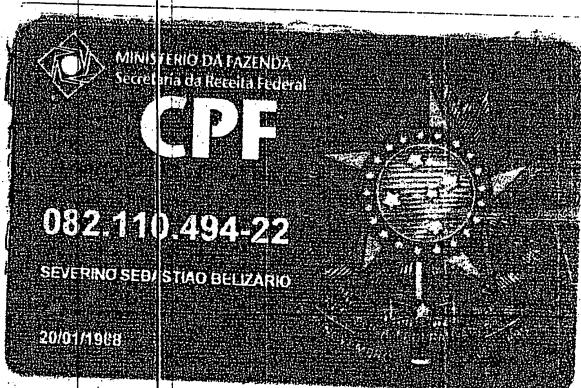
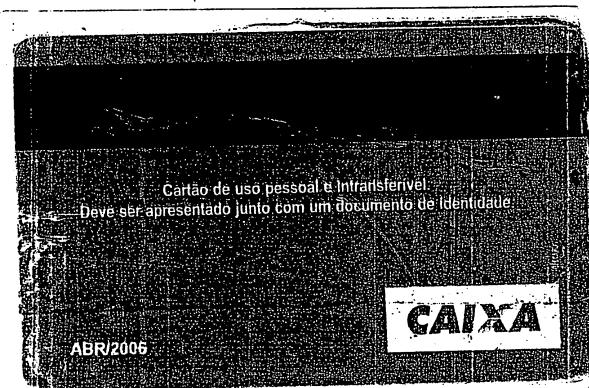
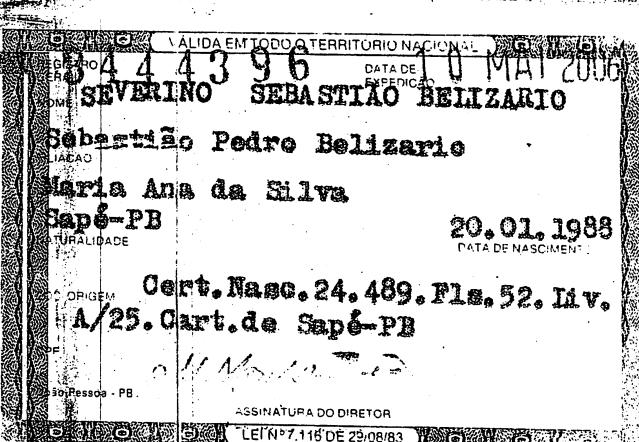
Severino Sebastião Belizário

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017





PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA

Através do presente instrumento particular de mandato,

OUTORGANTE:

Nome: SEVERINO SEBASTIÃO BEUZARIO
Qualificação: agricultor
CPF/MF: 082 110 494-22 RG: 3444396 SSP/PB
Endereço: Sítio Bonnaiúva, km Área Rural
Sape-PB

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

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

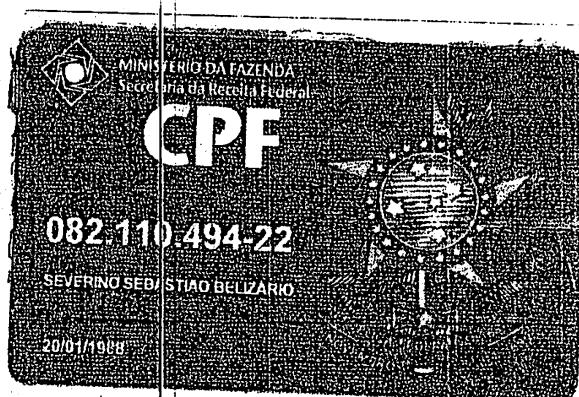
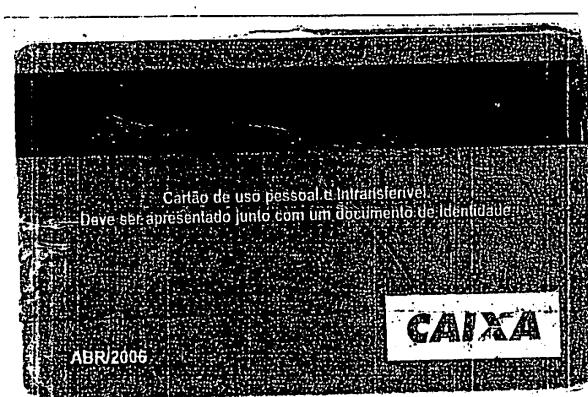
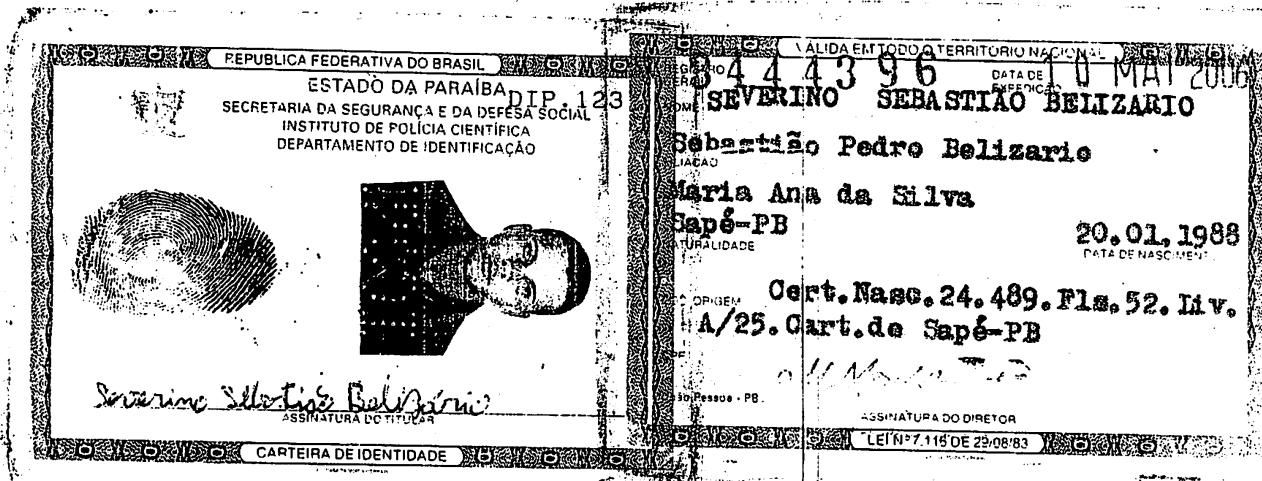
GRATUIDADE JUDICIÁRIA:

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

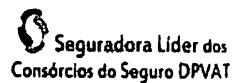
João Pessoa – PB, de _____ de 2019.

Severino Sebastião Beuzario
Outorgante





PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0367095/18

Vítima: SEVERINO SEBASTIAO BELIZARIO

CPF: 082.110.494-22

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 27/09/2016

CPF de: Próprio

Titular do CPF: SEVERINO SEBASTIAO BELIZARIO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

Sinistro

3580/470208

SEVERINO SEBASTIAO BELIZARIO : 082.110.494-22

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: 05/10/2018
Nome: SEVERINO SEBASTIAO BELIZARIO
CPF: 082.110.494-22

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/10/2018
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

SEVERINO SEBASTIAO BELIZARIO

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA



SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
1^a Superintendência Regional de Polícia Civil
Delegacia Especializada de Acidentes de
Veículos da Capital



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01298.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01298.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 13:53 horas do dia 12 de julho de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigacao, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu **Severino Sebastião Belizario**, CPF nº 082.110.494-22, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Trabalhador Rural, filho(a) de Maria Ana da Silva e Sebastião Pedro Belizario, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 19/01/1988 (30 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Carnauba, complemento ZONA RURAL, bairro [Indeterminado], tendo como ponto de referência Casa de Farinha, na cidade de Sapé/PB, telefone(s) para contato (83) 99321-2681.

Dados do(s) Fatos:

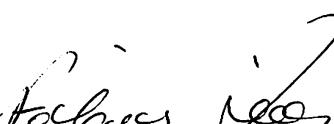
Local: Pb 041, Perto de Finado Bodeiro, Sentido Capim/sapé, Capim/PB, bairro [Indeterminado]; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 27/09/16 21:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que conduzia a MOTOCICLETA HONDA/CG 150 TITAN MIX KS, PRETA, 2009/2010, PLACA MOL3092/PB, CHASSI 9C2KC1610AR022227, registrada em nome do noticiante, quando perdeu o controle numa curva vindo a cair ao solo; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. JOSÉ DE ALMEIDA BRAGA, CRM 2329/PB, DATADO DE 31.01.2017, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, para onde foi socorrido(a) pelo SAMU; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

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

João Pessoa/PB, 12 de julho de 2018.


FABIANA DE LIMA BEZERRA

Agente de Investigacao


SEVERINO SEBASTIÃO BELIZARIO
Noticiante

Procedimento Policial: 01298.01.2018.1.00.420

1/1



Assinado eletronicamente por: ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO - 31/07/2019 14:53:34
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19073114533414900000022444448>
Número do documento: 19073114533414900000022444448

Num. 23146344 - Pág. 1



DIVISÃO MÉDICA
LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

PACIENTE: Severino Sebastião Belizário

DATA DE NASCIMENTO: 20/01/1988

NOME DA MÃE: Maria Ana da Silva

DADOS EXTRAÍDOS

BAE Nº: 149.321

DATA DE ENTRADA: 27/09/2016

HORA DO ATENDIMENTO: 21:59h

DADOS COLHIDOS FIELMENTE DO PRONTUÁRIO MÉDICO

AVALIAÇÃO INICIAL: Paciente vítima de queda de moto, estava sem capacete, bateu a cabeça. Nega perda de consciência. Refere sangramento nasal no momento do acidente (sic). Nega alergias. Nega vômitos e náuseas.

Ao Exame: Consciente e orientado, sem sonolência.

CONDUTA: Realizado medicação e Raio X de crânio. Solicitado avaliação neurológica. Paciente é encaminhado para conduta e avaliação especializada em Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

MEDICAÇÕES: Dipirona Sódica, Diclofenaco sódico.

OBSERVAÇÃO: Conduta adotada de acordo a Anamnese, Exame Físico e Exames solicitados e avaliados pelo médico (a)(s) responsável (is) pelo atendimento deste paciente.

DATA DA EMISSÃO: 28/08/2018

Dr. Frederico Tácito
Diretor Técnico

Hospital Geral de Mamanguape

Dr. Frederico Tácito

Diretor Técnico

HGM

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





RUA WALFRIDO DE ALMEIDA E SILVA, sn - PB 057
CNES: 7666772 - Tel.: 8332929050

Paciente SEVERINO SEBASTIAO BELIZARIO	BAE 149321	Data/Hora Entrada 27/09/2016 21:59:48	Data Baixa
Data de nascimento 20/01/1988	Idade 28	Sexo Masculino	CNS
Mãe MARIA ANA DA SILVA			Telefone de Contato (83) 900000000
Endereço CARNAUBA; S/N	Bairro ZONA RURAL	Município SAPE	UF PB
Acidente	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional KARINA DOS SANTOS BARBOSA	Nº Cons. Regional 10103/PB
Data/Hora Classificação 27/09/2016 22:13:36		Data/Hora Prescrição 27/09/2016 22:24:30	

Anamnese

QUEDA DE MOTO SEM CAPACETE. BATEU CABEÇA. NEGA PERDA DE CONSCIENCIA. NEGA VOMITOS E NAUSEAS. NO MOMENTO CONSCIENTE E ORIENTADO, SEM SONOLENCIA. REFERE SANGRAMENTO NASAL NO MOMENTO DO ACIDENTE (SIC). DOR. SEM CORTES. NEGA ALÉRGIA A MEDICAÇÃO

MEDICAMENTO / RADIOLOGIA

DIPIRONA SÓDICA 500MG/ML, ADMINISTRAR 2,0 AMPOLA VIA EV, AGORA, (OBSERVAÇÕES: DILUIR EM AD)

DICLOFENACO SODICO 75MG/3ML, ADMINISTRAR 1,0 AMPOLA VIA IM, AGORA

RADIOGRAFIA DE CRANIO

CID10

Código	Descrição	
T14.0	Traumatismo superficial de região não especificada do corpo	23-22

KARINA DOS SANTOS BARBOSA
(10103/PB)

SEVERINO SEBASTIAO BELIZARIO

REQUISIÇÃO DE EXAMES DE IMAGEM

Nome SEVERINO SEBASTIAO BELIZARIO		
Data de 20/01/1988	Nº Boletim Emergencia 149321	Prontuario
Material a examinar		
RADIOLOGIA RADIOGRAFIA DE CRANIO		

27 de Setembro de 2016

Assinatura e Carimbo do Profissional

1) preencher cópias separadas para imagem e laboratório e/ou análises clínicas





ENCAMINHAMENTO

HOSPITAL GERAL DE MAMANGUAPÉ

Para: Unicurso

Encaminho o (a) paciente: _____

Residente à: _____

Telefone _____ para atendimento referente à _____

... O (a) paciente tem por responsável legal/acompanhante o (a) senhor (a) _____

portador do RG nº _____
CPF _____ sendo o mesmo (a) _____
do(a) paciente _____

Motivo:

O Contato foi realizado com Ene - Helen

Mamanguape, 11 de 19 de 19

Horário:

Solicitante





**Poder Judiciário da Paraíba
5ª Vara Cível da Capital**

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7) 0842682-90.2019.8.15.2001

DESPACHO

Nas ações de cobrança de DPVAT, dificilmente ocorre acordo antes de realizada a perícia médica. Portanto, a audiência prévia de conciliação poderá ser postergada para momento posterior ao do exame pericial, fazendo-se adaptações no procedimento que conduzam à máxima efetividade dos atos processuais e à maior celeridade do processo.

Em consequência, CITE-SE a promovida para oferecer contestação, em 15 dias úteis, querendo, sob pena de revelia.

DEFIRO a justiça gratuita, consoante art. 98 do NCPC (ID 23146074).

CUMPRA-SE.

J.Pessoa, 6/8/2019

ONALDO ROCHA DE QUEIROGA

Juiz da 5ª Vara Cível



Assinado eletronicamente por: ONALDO ROCHA DE QUEIROGA - 06/08/2019 12:06:47
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19080612064668000000022525932>
Número do documento: 19080612064668000000022525932

Num. 23233176 - Pág. 1