

Rio de Janeiro, 21 de Março de 2018

Aos Cuidados de: EGNALDA FAUSTO DOS SANTOS LIMA

Nº Sinistro: 3180127943

Vitima: EGNALDA FAUSTO DOS SANTOS LIMA

Data do Acidente: 24/08/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RENNAN CASSIO MAIA OLIVEIRA

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180127943**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 12545846



Rio de Janeiro, 27 de Março de 2018

Aos Cuidados de: EGNALDA FAUSTO DOS SANTOS LIMA

Sinistro: 3180127943

Vítima: EGNALDA FAUSTO DOS SANTOS LIMA

Data do Acidente: 24/08/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RENNAN CASSIO MAIA OLIVEIRA

**Assunto: INTERRUÇÃO DE PRAZO**

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180127943** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 25 de Abril de 2018

Carta nº: 12704900

A/C: EGNALDA FAUSTO DOS SANTOS LIMA

Nº Sinistro: 3180127943  
Vítima: EGNALDA FAUSTO DOS SANTOS LIMA  
Data do Acidente: 24/08/2017  
Cobertura: INVALIDEZ  
Procurador: RENNAN CASSIO MAIA OLIVEIRA

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: EGNALDA FAUSTO DOS SANTOS LIMA

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 001

Agência: 000000991-1

Conta: 000010023120-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 50%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 =	R\$	3.375,00
---	-----	----------

Dano Pessoal: Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau completo 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 10%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 =	R\$	1.350,00
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



**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: 3180127943  
Nome do(a) Examinado(a): Egnalda Fausto dos Santos Lima  
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Jose Geronimo, S/N 1 Andar  
Centro Teixeira PB CEP: 58735-000  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SDS / PB ] 2870029  
Data local do acidente: [ 24/08/2017 ]  
Data local do exame: [ 11/04/2018 ] Patos [ PB ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

**FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DO PÉ ESQUERDO COM LESÃO GRAVE DE PARTES MOLES MAIS AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DO 1º PODODÁCTILO ESQUERDO**

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

**Tratamento: PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 17/10/2017 COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DO PÉ ESQUERDO COM LESÃO GRAVE DE PARTES MOLES MAIS AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DO 1º PODODÁCTILO ESQUERDO. O MESMO FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO DE URGÊNCIA PARA LIMPEZA, DESBRIDAMENTO, REGULARIZAÇÃO DE PARTES MOLES E DE COTO DE AMPUTAÇÃO MAIS FIXAÇÃO DE FRATURA DOS OSSOS DO MÉDIO PÉ COM USO DE 3 FIOS DE KIRSCHNER 2.0 MM, RECEBEU ALTA HOSPITALAR APÓS UM PERÍODO DE 8 DIAS E REALIZADA A RETIRADA DOS FIOS APÓS UM PERÍODO DE 70 DIAS, FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E REALIZOU 5 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.**  
**Complicações: PACIENTE APRESENTA DOR CRÔNICA E CLAUDICAÇÃO DURANTE A FASE DE APOIO.**  
**Data da Alta: 25/10/2017**

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

**AO EXAME DO PÉ ESQUERDO: APRESENTA RETRAÇÃO DE PARTES MOLES EM REGIÃO DORSAL ESTENDENDO-SE ATÉ REGIÃO PLANTAR DE APROXIMADAMENTE 10 CM, DIMINUIÇÃO DA ADUÇÃO DO ANTE PÉ EM 10°, DÉFICIT DE FORÇA EXTENSORA DOS DEDOS GRAU II, DOR CRÔNICA, ALÉM DE CLAUDICAÇÃO DURANTE A FASE DE APOIO, OBSERVA-SE A INEXISTÊNCIA DO 1º PODODÁCTILO ESQUERDO.**

- IV. Nexa de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

(X) Sim ( ) Não

- V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

(X) Sim ( ) Não

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

**DIMINUIÇÃO DA ADUÇÃO DO ANTE PÉ EM 10°  
DÉFICIT DE FORÇA EXTENSORA DOS DEDOS GRAU II  
INEXISTÊNCIA DO 1º PODODÁCTILO**

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 o 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

( ) "Sem seqüela 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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

**PÉ - Lado Esquerdo**

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve

(X) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

**1º DEDO DO PÉ (HÁLUX) - Lado Esquerdo**

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve

( ) 50% médio ( ) 75% intensa (X) 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 à valoração do dano corporal.

Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com Nome e CRM

  
**Dr. Tiago Martins Formiga**  
Ortopedia e Traumatologia  
8085 CRM-PB / 24411 CRM-PE  
TEOT 14830

**Nº DE ORDEM: 005/2017**

Em resposta ao Requerimento do Atendimento prestado pela equipe do SAMU 192 o Sr.(a): **EGNALDA FAUSTO DOS SANTOS**, Inscrito(a) no RG: 28.700.29 SSP-PB, CPF: 059.549.644-08, nascido em 04/03/1983, passamos a informar o que segue:

**ID da Ocorrência: 144**

Equipe Plantonista	<b>Central de Regulação Médica:</b> <b>Médico Regulador:</b> Dr. Marciel <b>Telefonista Auxiliar de Regulação Médica (TARM):</b> Jaciele e Evania <b>Rádio Operador (RO):</b> Paulo.	
	<b>USB- 05</b> <b>Enfermeiro:</b> Maria Aparecida <b>Téc. De Enfermagem:</b> Gesildo <b>Condutor Socorrista:</b> Cendecias	<b>Tempo Resposta:</b> 05 min. <b>Saída da Base:</b> 10h37min. <b>Chegada no local:</b> 10h42min. <b>Chegada no Hospital:</b> 13hs30min.

**TRAUMA DE CAMPINA GRANDE**

<b>Data:</b> 24/08/2017	<b>Hora:</b> 10hs37min	<b>Idade:</b> 34 anos	<b>Sexo:</b> F ( X ) M ( )	<b>Nº de Vítimas no local:</b> DUAS
<b>Local da Ocorrência:</b>				
<b>Centro</b>		<b>Cidade:</b> Livramento	<b>Apoio no Local:</b> Não	

\*TEMPO RESPOSTA: 05 minutos.

**Tipo de Agravamento (Natureza da Ocorrência)**

Trauma ( X ) Clínico ( ) Gineco-Obstétrico ( ) Psiquiátrico ( )	<b>Outro:</b>
--	---------------

**Resumo da ocorrência:**

Paciente consciente, orientado, vítima de colisão moto/carro, SSVV PA: 120x90mmHg, SPO<sub>2</sub> 98%, FC 67bpm, HGT 115dl, apresentando fratura exposta com amputação do MIE (dedão completo). Após regulação foram administradas as seguintes medicações: ( Dipirona, Tenoxicam, Nauseidron, Tramau + 1500 de Soro Ringer) com acesso calibroso de jelco 14, feito compressivo, paciente com Glasgow 15 encaminhado direto para o Trauma.

  
**Maria Damiana Marques da Nobrega**  
 Enfermeira  
 COORDENADORA DO SAMU

20 MAR. 2018

Assinatura do Recebedor: \_\_\_\_\_

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001            AGÊNCIA: 1769-8            CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 17/04/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EGNALDA FAUSTO DOS SANTOS LIMA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00991-1

CONTA: 000010023120-9

---

Nr. da Autenticação 99635D34389BD74A



8 - Conto Recorrente - João Pessoa / PB - CEP 58007-100  
CNPJ 09.085.783/0001-60 Insc. Est. 16.019.823-4

Nota Fiscal/Comprobante de Pago No. 002,441,201

Atendimento ao Cliente INTERCASA 0800 083 0196 Acesso: [www.intercasa.com.br](http://www.intercasa.com.br)

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CNPJ / CNPJ / ENEC
FEV/2018	20/02/2018	21/03/2018	6784535430

UC (Unidade Consumidora): 5/1713525-2

Canal de contato

**Canal de contato**  
- Latores (quem os chamou)? Hora da chamada um telefonista do conselho. Não chegou a fazer contato. Oê um bicho de categoria.  
- Chama os videntes e amigos e entre os contatos, os amigos, o contato de quem, oê e o contato de quem. Mensagem da Igreja.  
Gostaria de falar.

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Letras	Data	Letras			
19/01/18	6371	20/02/18	6517	1	146	32

**Demonstrativo**

CO Descripción	Quantidade	Tarifa de Importação	Valor Total Base Calc. (R\$)	Base Calc. (R\$)	Alíq. (%)	Base Calc. (R\$)	PIS (%)	Contrib. de 0,500000
001 CONCRETO DE CIMENTO	1,00	0,211000	100,50	100,50	21	20,10	10,05	0,05
<b>CONCRETO DE CIMENTO</b>								
002 CONCRETO EM PAREDE			10,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00

CCB - Cálculo da Classificação do Risco	Total	121,00	100,00	210,00	100,00	1,00	1,00
---	-------	--------	--------	--------	--------	------	------

Modelo: 170	<b>VENCIMENTO</b> 06/03/2018	<b>TOTAL A PAGAR</b> R\$ 121,90
-------------	---------------------------------	------------------------------------

### histórico de Communa (aWh)

154	145	173	167	148	180	145	179	172	179	245	168
JANU	FEBRU	MARCH	APRIL	MAY	JUNE	JULY	AUGUST	SEPTEMBER	OCTOBER	NOVEMBER	DECEMBER

RESERVADO AO FISCO

230D.6606.B1AD 9C77.225A DE35.1581.B582

## Indicadores de Qualidade

	Limites da ANEEL	Agrupado	Limite de Tensão (V)
ONCEMUSAL	7,20	2,11	NOMINAL
ONCE TRIMESTRAL	14,20		CONTRATADA
ONCE ANUAL	28,00		LIMITE INFERIOR 2
ONCE MENSAL	3,48	3,00	LIMITE SUPERIOR 2
ONCE TRIMESTRAL	6,97		
ONCE ANUAL	13,95	1,08	
OMC	4,14		
OCRI	12,20		

### Computing and the Environment

Discriminação	Valor (R\$)	%
Servi. Gêl.	27,44	22,67
Cargas do Unidade	32,58	26,91
Serviço de Transmissão	4,34	3,58
Energia Fornecida	7,85	6,38
Impostos Devidos à Unidade	49,83	40,76
Outros Serviços	0,00	0,00
<b>Total</b>	<b>121,94</b>	<b>100,00</b>

Werte der Elongation 12000 Pa, 10% im 43.

**ATENÇÃO**

## SEGUNDA VIA DE CONTA

**SEGUNDA MÃO**  
 O ALUGUJO DE VANDERBEEK. Com esta história, o autor holandês trata de um assunto que  
 é, de fato, um problema sério em muitos países: a poluição. O livro, de 1980, de 128  
 páginas, é escrito em português e trata de um assunto que é, de fato, um problema sério  
 em muitos países: a poluição. O livro, de 1980, de 128 páginas, é escrito em português e  
 trata de um assunto que é, de fato, um problema sério em muitos países: a poluição. O  
 livro, de 1980, de 128 páginas, é escrito em português e trata de um assunto que é, de  
 fato, um problema sério em muitos países: a poluição. O livro, de 1980, de 128 páginas,  
 é escrito em português e trata de um assunto que é, de fato, um problema sério em  
 muitos países: a poluição. O livro, de 1980, de 128 páginas, é escrito em português e  
 trata de um assunto que é, de fato, um problema sério em muitos países: a poluição.

**Faturas em atraso**

15/03/2018 11:57:43

**ETNAPOLIS PARAIBA**  
 Telefone: 12-0183-060-3730  
 Mail: 1713525-2018-024

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
06/03/2018	R\$ 121,90

83670000001-8 21900054000-1 17135252018-2 02800133018-1



20 MAR. 2018





ENFERMAGEM PEDIÁTRICA - DISTRIBUIÇÃO DE ENERGIA ELÉTRICA  
S - Curso Referência - João Pessoa / PB - CEP 58007-140  
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 - Insc. Est. 16.015.823-2

Nota Fiscal/Comprovante de Entrega (Nº 002.441.201)

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse [www.energia.com.br](http://www.energia.com.br)

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CNPJ / CNPJ / E-NEC
FEV/2018	20/02/2018	21/03/2018	6784535430

UC (Unidade Consumidora): 5/1713525-2

## Canal de contato

**Canal de contato**  
- Latores (quem os chamou)? Hora da chamada um telefonista do consórcio. Não chegou a fazer ligação. Já um banco de segurança.  
- Chama os vizinhos e amigos e entre os contatos, um amigo interessado no negócio, já o colega do trabalho. Menor do que a Saurer.  
Gustavo Fialho

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Letras	Data	Letras			
19/01/18	6371	20/02/18	6517	1	146	32

**Demonstrativo**

CO Descripción	Quantidade	Tarifa de Importação	Valor Total Base Calc. (R\$)	Base Calc. (R\$)	Alíq. (%)	Base Calc. (R\$)	PIS (%)	Contrib. de 0,500000
001 CONCRETO DE CIMENTO	1,00	0,211000	100,50	100,50	21	20,10	10,05	0,05
<b>CONCRETO DE CIMENTO</b>								
002 CONCRETO EM PAREDE			10,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00

CCB - Cálculo da Classificação do Risco	Total	121,00	100,00	210,00	100,00	1,00	1,00
---	-------	--------	--------	--------	--------	------	------

170	<b>VENCIMENTO</b>	<b>TOTAL A PAGAR</b>
	<b>06/03/2018</b>	<b>R\$ 121,90</b>

### histórico de Communa (aWh)

184	185	173	187	148	186	146	178	172	178	245	188
JANIS	DOGT	WONIT	OWIT	SECT	AGGIT	JULIT	JUNIT	MAJIT	AGGIT	MAJIT	SECT

RESERVADO AO FISCO

23CD.6606.B1AD 9C77.225A DE35.1581.B582

## Indicadores de Qualidade

Índices de Qualidade	Limites da ANEEL	Aparado	Limites de Tensão (V)
QIC MENSAL	7,20	2,11	NORMAL
QIC TRIMESTRAL	14,53		CONTRATADA
QIC ANUAL	29,06	3,09	LIMITE INFERIOR 2
QIC MENSAL	3,48		LIMITE SUPERIOR 2
QIC TRIMESTRAL	6,97		
QIC ANUAL	13,95		
QIC	4,14	1,08	
QIC	12,20		

### Computing and the Environment

Descrição	Valor (R\$)	%
Serviços	27,64	22,57
Cargas de Energia	32,58	26,81
Serviço de Transmissão	4,34	3,58
Energia Solar	7,85	6,39
Impostos, Oneros e Taxas	49,30	40,30
Outros Serviços	0,30	0,25
<b>Total</b>	<b>121,90</b>	<b>100,00</b>

Werte der Elongation 12000 Pa, 10% im 43.

**ATENÇÃO**

## SEGUNDA VIA DE CONTA

**SEGUNDA MÃO**  
 O ALUGADO DE VILHARMAZ: Com esta fazenda, o grupo industrializador vai comprar um terreno de 40 hectares para ser vendido a partir de 1990. O preço de venda é de 10 milhões de francos suíços. O grupo também vai comprar um terreno de 10 hectares a 10 milhões de francos suíços. O grupo também vai comprar um terreno de 10 hectares a 10 milhões de francos suíços. O grupo também vai comprar um terreno de 10 hectares a 10 milhões de francos suíços.

**Faturas em atraso**

10/10/2018 1:57 PM

**ETNAPOLIS PARAIBA**  
 Telefone: 12-0183-060-3730  
 Mail: 17.13525-2018-024

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
06/03/2018	R\$ 121,90

83670000001-8 21900054000-1 17135252018-2 02800133018-1



20 MAR. 2018



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

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

**INFORMAÇÕES 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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> 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 COAF<sup>2</sup>**.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> 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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Germano Lino M. Silva inscrito (a) no CPF/CNPJ 067.845.354, 30 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário EGMARIA FAUSTO DOS SANTOS LIMA inscrito (a) no CPF sob o Nº 059.549.644, 08 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima EGMARIA FAUSTO DOS SANTOS LIMA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 059.549.644, 08, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: RECUSA Renda: RECUSA e apresento os documentos comprobatórios: RECUSA

☒ 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 <u>Rua José Geronimo</u>		Número <u>23</u>	Complemento <u>CASA</u>
Bairro <u>CENTRO</u>	Cidade <u>TEJESITA</u>	Estado <u>PO</u>	CEP <u>58735-000</u>
Email <u>RECUSA</u>		Telefone comercial(DDD) <u>(83) 99958-2737</u>	Telefone celular (DDD) <u>(83) 99958-2737</u>

Tejésita - PB, 26 de FEVEREIRO de 2018  
Local e Data

20 MAR. 2018

Germano Lino M. Silva  
Assinatura do Declarante

### Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, EGNALDO FAUSTO,  
RG nº 2870 003, data de expedição 06 / 04 / 2007,  
Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 062.584.054-28, com  
domicílio na cidade de LIVRAMENTO, no Estado de  
PB, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
RUA RAIMUNDO GALDINO DE SOUSA, nº S/N,  
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 EGNALDA FAUSTO DOS SANTOS LIMA, cujo o condutor era  
EGNALDA FAUSTO DOS SANTOS LIMA.

Veículo: MOTOCICLETA  
Modelo: HONDA/CG 350 TITAN K5  
Ano: 2005  
Placa: MMY 0802/PB  
Chassi: 9C2KC0830SR088317  
Data do Acidente: 24.08.2017  
Local e Data: Teixeira - PB, 16 de Fevereiro de 2018

**FIRMA**

  
Assinatura do Declarante

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



DOCUMENTO ORIGINAL

20 MAR. 2018



ESTADO DA PARAÍBA

**PREFEITURA MUNICIPAL DE TEIXEIRA**

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

**RECEITUÁRIO MÉDICO**

Sr.(a) Atestado médico.

Atesto para os devidos  
fins que a Sra. Egueda  
Frausto dos Santos Lima,  
agricultora, 34 anos, vítima  
de acidente de moto, a  
menor apurados sequelas  
fraturas do tornozelo exp.  
e amputação de dedo  
da perna E. CID 10 S-99+  
N826.

Teixeira, 26-02  
2018

Maria da Salete de Lucena Batista  
CRM-PB 2129 - CPF 432.091.894-91  
SUS 702404518065322

MÉDICO - CRM



20 MAR. 2018



Ortopedia 2

Hora	PA	Pulso	SAT 02	Responsável	A. Motora	Consciência
14:35	110 x 75	65	95%	Lucineide	+ -	Consciente
18:00	145 x 107	105	95%	Madalene	+ -	"
20:00	110 x 68	106	99%	Laise Albuquerque de Almeida	+	consciente
21:00	125 x 69	88	99%	ENFERMEIRA	+	consciente
23:00	136 x 66	86 bpm	97%	COREN/PB 506.355	+	Orientada
01:00	129 x 75	100	96%	(assinatura)	+	Orientada
03:45	131 x 76	102	95%	(assinatura)	+	consciente
3h 25	121 x 75	97	98%	Sabrina	+	consciente
05h	150 x 76	91	99%	Madalene	+	consciente
07:50	116 x 65 mmHg	100 bpm	99%	Anne Karine de Almeida	+	"
				Enfermeira		consciente
				COREN/PB 303.727		

**Observações:**

- Desaparecido 75% de diurese em 24h.
- Administrado as medicações de rotina.

07:50 - Paciente consciente, orientada, eupneica. em O<sub>2</sub> ambiente. apresentando febre nos membros. Possui vesículas periféricas em H.S.D. em Análises, com curativos em M.I. E (pe) local da amigdalite, limpo. Segue nos cuidados da equipe.

- Realizado novo exame físico - M.S.E. -

Anne Karine de A. Almeida  
Enfermeira

05:30 After Septa

Assinatura Anestesista

Laise Albuquerque de Almeida  
ENFERMEIRA  
COREN-PR 506.355







EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Samuel da Paqueta dos Santos Registro: 310000 Leito: 2-4 Setor Atual: II

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: 36.9 °C; P: 72 bpm; FR: 12 irpm; PA: 120/70 mmHg; FC: 74 bpm; SPO2: 97 %

HGT: 1.70 m; Peso: 70 Kg; Altura: 170 cm Dor: ( ) Local: Costas Obs.: 31/03/2018

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: ( ) 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:

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: 31/03/2018 Hora: 14h

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS 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.

20 MAR. 2018



**TABELA DE ALDRETE E KROULIK MODIFICADA**  
( Critérios para altas da SRPA)

<b>Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico</b>	<b>Hora entrada</b>	<b>Hora saída</b>
Nenhum Movimento = 0 Movimenta 2 membros = 1 Movimenta 4 membros = 2		
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispnéia = 1 Respiração profunda e tosse = 2		
PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0 PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1 PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2		
Sat O <sub>2</sub> < 90 com oxigênio = 0 Sat O <sub>2</sub> > 90 com oxigênio = 1 Sat O <sub>2</sub> > 92% sem oxigênio = 2		
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		
<b>TOTAL DE PONTOS:</b>		

---

Assinatura do anestesista


20 MAR. 2018

## SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES				ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO	
FOLHA DE ANESTESIA		NOME <i>Ernaldo Fauto do S. Lima</i>				IDADE	SEXO <i>F</i>	COR	
DATA <i>27-08-17</i>	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA			
TIPO SANGÜÍNEO	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	URÉIA	OUTROS			
URINA									
AP. RESPIRATÓRIO					ASMA		BRONQUITE		
AP. CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA				
AP. DIGESTIVO			DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIO				
ESTADO MENTAL			ATÁRAXICOS	CORTICOIDES	ALERGIA		HIPOTENSORES		
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					ESTADO FÍSICO		RISCO		
ANESTESIAS ANTERIORES									
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA				APLICADA	ÀS	EFEITO			
AGENTES ANESTÉSICOS	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">O<sup>2</sup></div> <div style="flex-grow: 1; border: 1px solid black; position: relative;"> <!-- Grid for Induction --> <div style="position: absolute; top: 0; left: 0; width: 100%; height: 100%; background: repeating-linear-gradient(45deg, transparent, transparent 2px, black 2px, black 4px);"></div> </div> </div>								
LIQUIDOS	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">F</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">F</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">F</div> </div>								
CÓDIGOS VP - ARTERIAL: O - PULSO: O - RESPIRAÇÃO AX - ANESTESIA: O - OPERAÇÃO	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">260</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">240</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">220</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">200</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">180</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">160</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">140</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">120</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">100</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">80</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">60</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">40</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">20</div> </div>								
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">140</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">120</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">100</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">80</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">60</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">40</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">20</div> </div>								
POSICÃO									
AGENTES	<i>Nice-10mg + Dumax-10mg + ceftaz-20mg + Valat-20mg + A-fri 7-20mg</i>								
TÉCNICA	<i>Rapida</i>								
OPERAÇÃO									
CIRURGIÕES	<i>Edinimar</i>								
ANESTESISTAS	<i>Wanderley - Du</i>								
OBSERVAÇÕES									
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E POS-OPERATÓRIAS.					PERDA SANGÜÍNEA				



# NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: <u>Ednaldo Figueiredo dos Santos</u> <u>04-03-1983</u>					
QI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO	 <b>GOVERNO DA PARAÍBA</b> SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes
CIRURGIA	<u>Fratura exposta do pé 1ª metatarso distal</u>		CIRURGIÃO	<u>Dr. Wandorley</u>	
ANESTESIA	<u>Raqui</u>		ANESTESIA	<u>Dr. Wandorley</u>	
INSTRUMENTADORA	DATA	INÍCIO	FIM		
		<u>24-08-17</u>	<u>16:30</u>	<u>17:30</u>	

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.	01		Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.			Catgut cromado Sertix	
	Diazepam amp.	01		Catgut cromado Sertix	
	Dimore amp.			Catgut Simples	
	Dolantina amp.			Catgut Simples Sertix	
	Efrane ml			Catgut Simples Sertix	
	Fenegan amp.			Catgut Simples Sertix	
	Fentanil ml			Cera pl osso	
	Inova ml			Ethibond	
	Ketalar ml			Ethibond	
01	Morona 02% ml	01		Ethibond	
01	Morona amp.			Fio de Algodrão Sertix	
	Pavulon amp.			Fio de Algodrão Sertix	
	Protigmine amp.	01		Fio de Algodrão Sutupak	
	Protóxido l/m			Fio de Algodrão Sutupak	
	Quelicin ml	05		Fila cardíaca	
	Rapifen amp.		05	Mononylon 2-0	
	Thionembatal ml			Mononylon	
	Tracrium amp.			Prolene Sertix	
Qtd.	MEDICAÇÕES				
03	Água Destilada amp.	02		Lâmina de Bisturi nº 23	
01	Decadron amp.			Lâmina de Bisturi nº 11	
01	Dipirona amp.			Lâmina de Bisturi nº 15	
02	Fluorolud amp.	08		Luvas 7.0	
02	Fluorolud amp.	08		Luvas 7.5	
	Geramicina amp.	02		Luvas 8.0	
	Glicose amp.	05		Luvas 8.5	
	Glucon de Cálcio amp.			Oxigênio l/m	
	Haemacel ml.	05		Poliflix	
	Heparema ml.			PVPI Degemante ml	
	Kanakion amp.	05		PVPI Tópico ml.	
	Lasix amp.			Sabão Antisséptico	
	Medrotilnazol.	02		Saco coletor	
	Plasil amp.			Seringa desc. 10 ml	
	Proflamina	03		Seringa desc. 20 ml	
	Revivan amp.		08	Seringa desc. 05 ml	
	Stupanton amp.			Sonda	
	Cefalotina 1g			Sonda foley	
				Sonda Nasogátrica	
				Sonda Uretral nº	
				Sterydrem ml	
				Torneirinha	
Qtd.	MATERIAIS / SOLUCÕES				
	Aguilha desc. 25 x 40 x 12	01		Gelcon 18	
	Aguilha desc. 28 x 28			Latese	
	Aguilha desc. 3 x 4,5	05		elétrica	
01	Aguilha pl raque nº 25				
01	Alcool de Enfermagem 40%				
	Alcool Iodado ml				
04	Ataduras de Crepon 15				
	Ataduras de Gessada				
	Azul metileno amp.				
	Benzina ml				

Qtd.	SOROS
	SG Normotérmico fr 500 ml
	SG Gelado fr 500 ml
	SG Hipertérmico fr 500 ml
	SG Ringr fr 500 ml
08	SG 500 ml para mma

Qtd.	ORTESE E PRÓTESE
02	frade tucador 20

EQUIPAMENTOS	
<input checked="" type="checkbox"/> Oxímetro de Pulso	<input checked="" type="checkbox"/> Foco Auxiliar
<input checked="" type="checkbox"/> Serra	<input type="checkbox"/> Eletrocautério
<input type="checkbox"/> Desfibrilador	<input type="checkbox"/> Oxícapígrafo
<input checked="" type="checkbox"/> Foco Frontal fixo	<input checked="" type="checkbox"/> Cardiomonitor
<input type="checkbox"/> Fonte de Luz	<input checked="" type="checkbox"/> Perfurador Elétrico

20 MAR. 2018


CIRCULANTE RESPONSÁVEL  
 Vanda Luc. B. R.  
 TÊC. DE EN. R.M. L.  
 COREN - PE 03.727  
 Vanda Luc. B. R.  
 Lucineide



[illegible]

[illegible]



	<b>SUS</b> Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)</b>	<b>Folha 1/2</b>
---	--	---------------------------	---	----------------------

Identificação do Estabelecimento de Saúde	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	4 - CNES

Identificação do Paciente	
5 - NOME DO PACIENTE	6 - Nº DO PRONTUÁRIO
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	8 - DATA DE NASCIMENTO
9 - SEXO Masc. <input type="checkbox"/> 1 Fem. <input type="checkbox"/> 3	10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL
11 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)	12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DE TELEFONE
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO
15 - UF	16 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)
---

<b>MUDANÇA DE PROCEDIMENTO</b>	
18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO ANTERIOR	19 - Cód. DO PROCEDIMENTO ANTERIOR
20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA	21 - Cód. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA
22 - DIAGNÓSTICO INICIAL	23 - CID 10 PRINCIPAL
24 - CID 10 SECUNDÁRIO	25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

<b>SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)</b>	
26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	27 - Cód. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL
28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE	
<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE	<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO I
<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO II	<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO III
29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	30 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
31 - QTDE	32 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
33 - QTDE	34 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
35 - QTDE	36 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
37 - QTDE	38 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO
20 MAR. 2018

<b>PROFISSIONAL SOLICITANTE</b>	
39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	40 - DATA DE SOLICITAÇÃO
41 - DOCUMENTO	42 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	44 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

<b>AUTORIZAÇÃO</b>	
45 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO	46 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR
47 - DOCUMENTO	48 - DATA DE SOLICITAÇÃO
49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	50 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)





**RESUMO DE ALTA  
( REFERÊNCIA OU CONTRA REFERÊNCIA )**

**NOME:**

**DN:**

**PRONT. Nº:**

**NATURALIDADE:**

**PROCEDÊNCIA:**

**ADMISSÃO:**

**ALTA:**

1. Motivo da hospitalização (dados positivos da anamnese / exame físico)

2. Resultado dos principais exames

3. Evolução e complicações

4. Terapêutica realizada

5. Diagnóstico (hipotético ou definitivo)

6. Orientações médicas para pacientes / egresso

20 MAR. 2018

7. Condições de alta

☐ Curado

☐ A pedido

☐ Óbito

☐ Melhorado

☐ Inalterado


☐ Transferido para: \_\_\_\_\_

Campina Grande, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Responsável pelo resumo




Data de Internação: 24/08/2017 Hora: 13:57:07

	<b>Sistema Único da Saúde</b> <b>Ministério da Saúde</b>	<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR</b>
<b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b>		
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE <b>HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES</b>		2 - CNES <b>2362856</b>
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE <b>HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES</b>		4 - CNES <b>2362856</b>
<b>Identificação do Paciente</b>		
5 - NOME DO PACIENTE <b>EGNALDA FAUSTO DOS SANTOS LIMA</b>		6 - N° DO PRONTUÁRIO <b>1492530</b>
7 - CARTÃO DO SUS <b>709802072971994</b>	8 - DATA DE NASCIMENTO <b>04/03/1983</b>	9 - SEXO Masc <input type="checkbox"/> Fem <input checked="" type="checkbox"/>
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL <b>ESPEDITA JOANA FAUSTA</b>		11 - TELEFONO DO CONSULTÓRIO <b>83</b>
12 - ENDEREÇO (RUA, N° BAIRRO) <b>CECILIA GENEBRA, 0, SANTA TEREZINHA</b>		
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA <b>Livramento</b>	14 - CÓDIGO MUNICIPAL <b>250850</b>	15 - UF <b>PB</b>
		16 - CEP <b>58690000</b>
<b>JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO</b>		
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Ac MOTO</i> <i>Grave lesão na perna (E)</i>		
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Tipo Unificado</i>		
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <i>Ver</i>		
20 - EXAME FÍSICO INICIAL <i>Ex f.p. p. 1500</i>		
21 - CID 10 PRINCIPAL 		
22 - CID 10 SECUNDÁRIO 		
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS 		
<b>PROCEDIMENTO SOLICITADO</b>		
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Tipo Unificado</i>		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO 
26 - CLÍNICA 	27 - CARATER DA INTERNAÇÃO <b>02</b>	28 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF 
29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <b>980016282270869</b>		
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <b>ELDIMAN SOARES DE ARAUJO</b>		31 - DATA DA SOLICITAÇÃO <b>24/08/2017</b>
32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO) 		
<b>PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)</b>		
33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO 34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO 35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJECTO	36 - CNPJ DA SEGURADORA 	37 - N° DO BILHETE 
	38 - SÉRIE 	
	39 - CNPJ EMPRESA 	40 - CNAE DA EMPRESA 
	41 - CBOA 	
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURO		
<b>AUTORIZAÇÃO</b>		
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 		44 - COD. ORGÃO EMISSOR 
45 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF 		46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO <b>20 MAR 2018</b>		48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO) 
49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR 		



Data de Emissão: 24/08/2017 Hora: 13:57:07

 <b>SUS</b> Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde	<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR</b>	
---	---	--

<b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b>	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE <b>HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES</b>	2 - CNES <b>2362856</b>
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE <b>HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES</b>	4 - CNES <b>2362856</b>

<b>Identificação do Paciente</b>	
5 - NOME DO PACIENTE <b>EGNALDA FAUSTO DOS SANTOS LIMA</b>	6 - Nº DO PRONTUÁRIO <b>1492530</b>
7 - CARTÃO DO SUS <b>709802072971994</b>	8 - DATA DE NASCIMENTO <b>04/03/1983</b>
9 - SEXO Masc <input type="checkbox"/> Fem <input checked="" type="checkbox"/>	10 - NOME DA MÃE DO RESPONSÁVEL <b>ESPEDITA JOANA FAUSTA</b>
11 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) <b>CECILIA GENEBRA, 0, SANTA TEREZINHA</b>	12 - TELEFONE DE CONTATO Nº 18 TELEFONE <b>83</b>
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA <b>Livramento</b>	14 - CDD (Cidade Municipal) <b>250850</b>
15 - UF <b>PB</b>	16 - CEP <b>58690000</b>

<b>JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO</b>	
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Ac. agudo Grande lesão de p. @</i>	
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>HTA (controlado)</i>	
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <i>Ex. 1</i>	
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Ex. 1</i>	21 - CID 10 PRINCIPAL <i>Ex. 1</i>
22 - CID 10 SECUNDÁRIO	23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

<b>PROCEDIMENTO SOLICITADO</b>	
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Ex. 1</i>	25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
26 - CLÍNICA	27 - CARACTER DA INTERNAÇÃO <b>02</b>
28 - DOCUMENTO (X) CNS ( ) CPF	29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <b>980016282270869</b>
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <b>ELDIMAN SOARES DE ARAUJO</b>	31 - DATA DA SOLICITAÇÃO <b>24/08/2017</b>
32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	

<b>PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)</b>	
33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO	36 - CNPJ DA SEGURADORA
34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	37 - Nº DO BILHETE
35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	38 - CNPJ EMPRESA
39 - CNPJ EMPRESA	40 - CNPJ DA EMPRESA
41 - CBOR	42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA
( ) EMPREGADO	( ) EMPREGADOR
( ) AUTÔNOMO	( ) DESEMPREGADO
( ) APOSENTADO	( ) NÃO SEQUIADO

<b>AUTORIZAÇÃO</b>	
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	44 - COD. ORGÃO EMISSOR
45 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF	46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO <b>20 MAR. 2018</b>	48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)
49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	





Nome do Paciente <b>LEONARDO TAUSTO DOS SANTOS LIMA</b>		Nº Prontuário
Data da Operação <b>24/08/12</b>	Enf.	Leito
Operador <b>DR. STÁVIO FERREIRA</b>	1º Auxiliar <b>DR. ELIOMAR</b>	
2º Auxiliar <b>---</b>	3º Auxiliar <b>---</b>	Instrumentador <b>---</b>
Anestesia <b>DR. WANDERLEY</b>	Tipo de Anestesia <b>NGU</b>	
Diagnóstico Pré-Operatório <b>TUM. EXCISTA DE O.C. (R)</b>		
Tipo de Operação <b>LNC + DESBRANQUEAMENTO + FIMOSIS COM F.O. (R) +</b>		
Diagnóstico Pós-Operatório <b>NEOVASCULARIZAÇÃO DO COTO DE AMPUTAÇÃO</b>		
Relatório Imediato da Patologia <b>2. TUM. EXCISTA DE O.C. DE O.C. (R)</b>		
Exame Radiológico no Ato <b>SIM</b>		
Acidente Durante a Operação <b>NAO</b>		

## DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras
1. Paciente em decúbito dorsal sob
2. Posição assupina e antissupina
3. Colocação dos Campos Cirúrgicos
4. LNC elevativo com 250g, 20g.
5. Neovascularização do Coto de Amputação
6. Flebotomia Venosa + Morte com
7. Nova LNC.
8. Sutura por planos.
9. Curativos esteril.
20 MAR. 2018
Dr. Otávio Ferreira Jr. CRM-PB 7103







GOVERNO  
DA PARAIBA

20 MAR 2018 SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

## Ficha de Acolhimento

Nome:	Esmalado Loureiros Santos Lima		
End:	Rua Genoveza		
Data de Nascimento:	04.03.83	Documento de Identificação:	Bairro: STS Teixeira
Queixa:	cad mto	Data do Atend.: 04.08.17	Hora: 12:55 Documento:
Acidente de trabalho?	( ) Sim	( ) Não	

## Classificação de Risco

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

## Estratificação

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

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

MOD. 110

Assinatura e carimbo do profissional

20 MAR. 2018

CÓPIA DIGITALIZADA NO SAME  
CONFERE COM O ORIGINAL  
11/109/2017  
ASS. de macedo.



20 MAR. 2018

**Núcleo de Segurança do Paciente**  
**TRAUMA - CG**

### LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA (CHECKLIST)

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

Emenda feita do Santo Limão Ar: 04-03.1983

**IDADE:**

34

PRONTUÁRIO:

## ANES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA ▶▶

[illegible]

ENTRADA

## PAUSA CIRÚRGICA

ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA  
CIRÚRGICA  
SAÍDA

- CONFIRMAÇÃO SOBRE O PACIENTE
- IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE
- SÍTIO CIRÚRGICO
- PROCEDIMENTO A SER REALIZADO
- CONSENTIMENTO

☒ CIRURGIÃO, ANESTESISTA E ENFERMEIRO  
CONFIRMAM VERBALMENTE

O PROFISSIONAL DA EQUIPE DE ENFERMAGEM OU DA EQUIPE MEDICA CONFIRMA VERBALMENTE COM A EQUIPE:

☒ O NOME DO PROCEDIMENTO REALIZADO

**VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA**

OXÍMETRO DE PULSO INSTALADO E FUNCIONANDO

**O PACIENTE POSSUI:**

## ALERGIA CONHECIDA?

## VIA AÉREA DIFICIL RISCO DE BRONCOASPIRAÇÃO?

Q10

SIM E HA EQUIPAMENTO DISPONÍVEL

**RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ML**

(7 MILKES EM CRIANÇAS)?

~~NYA~~

**SIM E HÁ ACESSO VENOSO ADEQUADO E PLANEJAMENTO PARA REPOSIÇÃO**

## EVENTOS CRÍTICOS PREVISTOS

☒ REVISÃO DO CIRURGIÃO: HÁ PASSOS CRÍTICOS NA CIRURGIA? QUAL A DURAÇÃO? HÁ POSSÍVEIS PERDAS SANGÜÍNEAS?

**X REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA: HÁ ALGUMA PREOCUPAÇÃO ESPECÍFICA EM RELAÇÃO AO PACIENTE?**

☒ **REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM:** OS MATERIAIS NECESSÁRIOS, COMO INSTRUMENTAIS, PRÓTESES E OUTROS ESTÃO PRESENTES E DENTRO DA VALIDADE DE ESTERILIZAÇÃO? (INCLUINDO RESULTADOS DO INDICADOR?)

**HÁ QUESTÕES RELACIONADAS A EQUIPAMENTOS OU QUAISQUER PREOCUPAÇÕES?**

**A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS?**

5/11

NÃO SE APLICA

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS?

~~SW~~

NÃO SE APLICA

O CIRURGIÃO, O ANESTESISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTE PACIENTE

☐ HOUVE ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTOS PARA SER RESOLVIDO 1/15/5

☐ BIÓPSIAS ESTÃO IDENTIFICADAS E COM O NOME DO PACIENTE

Nov

☒ A CONTAGEM DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS OU NÃO SE APLICAM

Amanda Lício R. Medeiros  
 TÉCNICA DE ENFERMAGEM  
 CONCRETO Nº 703.722 Assinatura





## Diagnóstico

## FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Ex Exp of Angular Momentum

d value ( $e$ )
For MIT ( $e$ )

Paciente	Camila Faria do Socio.	Alojamento	8	Leito	4	Convênio	
----------	------------------------	------------	---	-------	---	----------	--

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
25/3	1) Dieta LIVRE		
	2) S.O. 9: 1.500 ml EV p/ 24h.	<input checked="" type="checkbox"/>	28°C, estável. 20 MAR 2018
	3) Esfenacipora 3g + ASA 3 EV 12/12h.	<input checked="" type="checkbox"/>	
	4) Gofra 240 ml + ASA 3 EV 12/12h.	<input checked="" type="checkbox"/>	Tº: 38,0 evolui.
	5) Dipirona 3g + ASA 3 EV 6/6h.	<input checked="" type="checkbox"/>	col: Upr + ASA estável.
	6) Termol 100 mg + 100ml SC EV 8/3h 5ml	<input checked="" type="checkbox"/>	Agente analgésico
	7) Amoxicilina 1000 + ASA 3 EV 8/3h 5ml.	<input checked="" type="checkbox"/>	pt estável
	8) Amoxicilina 1000		
	9) Sulfacet		



## FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

FOLHA DE TRATAMEN

Paciente

Alojamento

Leito

## Convênio

Temp. Below 0  
12 deg. water @

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
21 8 In	<p>Beta 200, 2160 a.v.m.c</p> <p>3450, 3450 to dia</p> <p>Amprova 140 in glicose</p> <p>Expiratório 140 in 14.14.14</p> <p>Proced 300 mg, 340.8. 2001 in 8.18.14</p> <p>Curativa 2.14.14</p> <p>Veget. 340</p> <p>Quem 200-14 to dia</p> <p><i>Dr. Carlos Roberto de Souza</i></p>		<p>Bay com 14.14.14</p> <p>Pol. 14.14.14</p> <p>1. 340</p>
20 MAR 2018			
20 MAR 2018			



## EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

Folha 100 - 200

Folha 100 - 200

Folha 100 - 200

Folha 100 - 200

Folha 100 - 200

Folha 100 - 200

Folha 100 - 200

Folha 100 - 200

Folha 100 - 200

Folha 100 - 200

Folha 100 - 200

Folha 100 - 200

DESTINO DO PACIENTE / / / às : hs.

( ) Centro cirúrgico

( ) Internação (setor)

( ) Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL

( ) Alta hospitalar / ( ) A revelia / ( ) Decisão Médica

Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

HTCG-Painel Administrativo

20 MAR. 2018

## SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO

CBO

IDADE

Principais Index.	ênio
+ part.	

Evolução Médica

GRM-PS 95



Data: 28.08.2017 Hora: 08:00 120x80

Paciente: Heitor PR: 11.08.2011

Ana Rita Ricardo da Silva  
Téc. Enfermagem  
COREN/PB 432.154

Adm. 11.08.2011

11.08.2011

11.08.2011

11.08.2011

20 MAR 2018

11.08.2011

- NO 10 (11) No + pulso normal. 11.08.2011  
11.08.2011 11.08.2011 11.08.2011 11.08.2011  
11.08.2011 11.08.2011 11.08.2011 11.08.2011

11.08.2011

Data Hora PA: Paciente avaliado e orientado  
26.08.17 08:00 140x80. Medicação prescrita M.S.E. e M.C.P. de

Ana Rita Ricardo da Silva  
Téc. Enfermagem  
COREN-PB 432.154

20 MAR 2018



FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

DIAGNÓSTICO

Paciente

Alojamento:

Leito

Convênio

Data

Prescrição Médica

Horário

Evolução Médica

1. Dieta

2. SML 1500ml EV/24h

3. Dipirona 02ML + AD EV 06/06h

4. Tlail 20mg + AD EV 12/12h

5. Omeprazol 40mg EV/jejum

6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN

7. Nauseodron 01 FA + AD EV 8/8h SN

8. Clexane 40mg SC/dia

9. SSVV + CCGG

445M3000 19/03/17h.  
Clexane 80mg + SSVV 8/8h

20 MAR 2018





GOVERNO  
DA PARÁIBA

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

Diagnóstico

ORTOPE: IA 2

LEITO 2-4

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente **EGNALDA FAUSTO DOS SANTOS LIMA, 34**

Alojamento

2

Leito

4

Convênio

FX HÁLUX + MTT E  
Exposita

Data

Prescrição Médica

Evolução Médica

LEITO 2-4

23/03

1 DIETA LIVRE

2 SF 0,9% 1500ML EV p/ 24H

3 CLINDAMICINA 600MG + ABD EV 6/6H

4 GENTAMICINA 80MG + SF EV 8/8H

5 DIFIRONA 1g+ABD EV 6/6H

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

7 TRAMAL 100MG + 100ML SF EV 8/8h SN

8 CLEXANE 40MG SC 1xDIA

9 MUDANÇA DE DECÚBITO 2/2H

10 CURATIVO 1xDIA

11 SSVV+CCGG

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

01

02

03

04

05

06

07

08

09

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

01

02

03

04

05

06

07

08

09

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

01

02

03

04

05

06

07

08

09

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

01

02

03

04

05

06

07

08

09

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

01

02

03

04

05

06

07

08

09

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

01

02

03

04

05

06

07

08

09

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

01

02

03

04

05

06

07

08

09

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

01

02

03

04

05

06

07

08

09

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

01

02

03

04

05

06

07

08

09

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

01



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTERIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO CARTEIRO NACIONAL DE HABILITACAO	
NOME <b>EDSON CASSIO MAIA OLIVEIRA</b>	
DOC. IDENTIFIC. - TITULO ORIGINAL DE <b>3199470</b>	UF <b>PE</b>
CN <b>067.845.354-30</b>	DATA NASCIMENTO <b>04/03/1986</b>
FUNCAO <b>JOSE DO EGITO OLIVEIRA</b> <b>ASSARO</b> <b>MARIA ELIENE SANTOS</b> <b>MAIA</b>	
SEX <b>M</b>	RACIA <b>BR</b>
1ª RESIDENCIA <b>03763659163</b>	2ª RESIDENCIA <b>09/01/2006</b>
DATA EXPIRACAO <b>21/03/2021</b>	
ASSINATURA DO TITULAR 	
LOCAL <b>FATOS, PE</b>	DATA EXPIRACAO <b>07/04/2016</b>
ASSINATURA DO TITULAR 	
ASSINATURA DO TITULAR <b>EDSON CASSIO MAIA OLIVEIRA</b>	
ASSINATURA DO TITULAR <b>06652470102</b> <b>09032322170</b>	

20 MAR. 2018

20 MAR 2018

**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

DETRAN - PB N° 9167845644  
 3346653145

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

VIA 1 84689887-0 00/00000000

EGNALDO FAUSTO  
 SITIO CATOLE DA PISTA SN  
 58735000 TEIXEIRA-PB

06258405428

FLAVIO BRAGA PONCE

NOVO PB 9C2KC08105R088317

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC

HONDA/CG 150 TITAN KS

2 P/149 /CI

SEM RESERVA DE DOMINIO

DOCUMENTO VALIDO CONTRA O FURTO E O LADO

N.Motor : KC08E15088317

TEIXEIRA PB 40886

16/09/2011

31054

**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

DETRAN - PB N° 9167845644

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 84689887-0 00/00000000 2011

EGNALDO FAUSTO

06258405428

NOVO PB 9C2KC08105R088317

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC

HONDA/CG 150 TITAN KS

2 P/149 /CI

10/08/2011

SEM RESERVA DE DOMINIO

DOCUMENTO DE FORTE OBRIGATORIEDADE

NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

TEIXEIRA PB 40886

16/09/2011

31054



20 MAR 2018

**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

DETRAN - PB N° 9167845644  
 3346653145

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

VIA 1 84689887-0 00/00000000

EGNALDO FAUSTO  
 SITIO CATOLE DA PISTA SN  
 58735000 TEIXEIRA-PB

06258405428

FLAVIO BRAGA PONCE

NOVO PB 9C2KC08105R088317

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC

HONDA/CG 150 TITAN KS

2 P/149 /CI

SEM RESERVA DE DOMINIO

DOCUMENTO VALIDO SOMENTE PARA TRANSFERENCIA

N.Motor : KC08E15088317

TEIXEIRA PB 40886

16/09/2011

31054

**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

DETRAN - PB N° 9167845644

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 84689887-0 00/00000000 2011

EGNALDO FAUSTO

06258405428

NOVO PB 9C2KC08105R088317

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC

HONDA/CG 150 TITAN KS

2 P/149 /CI

10/08/2011

SEM RESERVA DE DOMINIO

DOCUMENTO DE FORTE OBRIGATORIEDADE

NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

TEIXEIRA PB 40886

16/09/2011

31054

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180127943 **Cidade:** Livramento **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** EGNALDA FAUSTO DOS SANTOS **Data do acidente:** 24/08/2017 **Seguradora:** MONGERAL AEGON  
LIMA **SEGUROS E PREV. S/A**

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DO PÉ ESQUERDO COM LESÃO GRAVE DE PARTES MOLES MAIS AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DO 1º PODODÁCTILO ESQUERDO

**Descrição do exame médico pericial:** AO EXAME DO PÉ ESQUERDO: APRESENTA RETRAÇÃO DE PARTES MOLES EM REGIÃO DORSAL ESTENDENDO-SE ATÉ REGIÃO PLANTAR DE APROXIMADAMENTE 10 CM, DIMINUIÇÃO DA ADUÇÃO DO ANTE PÉ EM 10º, DÉFICIT DE FORÇA EXTENSORA DOS DEDOS GRAU II, DOR CRÔNICA, ALÉM DE CLAUDICAÇÃO DURANTE A FASE DE APOIO, OBSERVA-SE A INEXISTÊNCIA DO 1º PODODÁCTILO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 17/10/2017 COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DO PÉ ESQUERDO COM LESÃO GRAVE DE PARTES MOLES MAIS AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DO 1º PODODÁCTILO ESQUERDO. O MESMO FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO DE URGÊNCIA PARA LIMPEZA, DESBRIDAMENTO, REGULARIZAÇÃO DE PARTES MOLES E DE COTO DE AMPUTAÇÃO MAIS FIXAÇÃO DE FRATURA DOS OSSOS DO MÉDIO PÉ COM USO DE 3 FIOS DE KIRSCHNER 2.0 MM, RECEBEU ALTA HOSPITALAR APÓS UM PERÍODO DE 8 DIAS E REALIZADA A RETIRADA DOS FIOS APÓS UM PERÍODO DE 70 DIAS, FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E REALIZOU 5 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.  
PACIENTE EVOLUIU COM LIMITAÇÃO DE FORMA MODERADA EM PÉ ESQUERDO E DE FORMA COMPLETA EM 1 PODODÁCTILO ESQUERDO  
COMPLICAÇÕES: PACIENTE APRESENTA DOR CRÔNICA E CLAUDICAÇÃO DURANTE A FASE DE APOIO.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO ANATÔMICA TOTAL DO 1º DEDO DO PÉ ESQUERDO.  
LIMITAÇÃO FUNCIONAL MODERADA DO PÉ ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 11/04/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Tiago Martins Formiga

**CRM do médico:** 8085

**UF do CRM do médico:** PB

## 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 pés	50 %	Em grau médio - 50 %	25%	R\$ 3.375,00
Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau completo - 100 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00



**PRESTADOR**

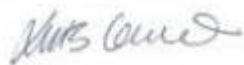
SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** LUIZ DE LIMA CASANOVA NETO

**CRM do médico:** 17761

**UF do CRM do médico:** PE

**Assinatura do médico:**



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180127943 **Cidade:** Livramento **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** EGNALDA FAUSTO DOS SANTOS **Data do acidente:** 24/08/2017 **Seguradora:** MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A  
LIMA

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

**Data da análise:** 27/03/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA NO PE ESQUERDO

**Resultados terapêuticos:** FRATURA DO HALUX

**Sequelas permanentes:** AMPUTAÇÃO

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** HÁLUX 100% PERDA ANATÔMICA

**Documentos complementares:**

**Observações:**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau completo - 100 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

## PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

**Nome do médico:** PAULO ARTUR DE ARAUJO AMORIM

**CRM do médico:** 52.86271-1

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**