

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180073455 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ELIZABETE DOS SANTOS OLIVEIRA **Data do acidente:** 15/08/2017 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA ABDOMINAL COM LESÃO ESPLÊNICA. FRATURA DISTAL DO RADIO DIREITO.

Descrição do exame médico pericial: VÍTIMA REFERE DOR AOS MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO. AO EXAME FÍSICO VÍTIMA APRESENTA DEFORMIDADE COM CICATRIZES CIRÚRGICAS. DEFORMIDADE ÓSSEA COM LIMITAÇÃO SEVERA DOS MOVIMENTOS PRÓPRIOS DO PUNHO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM REDUÇÃO CRUENTA E COM FIXAÇÃO COM PLACA EM T E 03 PARAFUSOS CORTICAIS EM PLACA VOLAR PARA REDUÇÃO DA FRATURA DO RÁDIO. LAPAROTOMIA EXPLORADORA COM ESPLENECTOMIA.

Sequelas permanentes: Esplenectomia, Limitação funcional do punho direito.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 05/03/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Andre Lopes Soares

CRM do médico: 6144

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 completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço	10 %	Em grau completo - 100 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			28,75 %	R\$ 3.881,25

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

CRM do médico: 52.18145-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

**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

Nome do(a) Examinado(a): **ELIZABETE DOS SANTOS OLIVEIRA** Sinistro: **3180073455** Data: **15/08/2017**

Endereço do(a) Examinado(a): **RUA PROJETADA, S/N - EITEL SANTIAGO - Santa Rita - PB - CEP 58919-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSDS /PB**] **3036196**

Data local do exame: [**05/03/2018**] **João Pessoa** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
TRAUMA ABDOMINAL COM LESÃO ESPLÊNICA. FRATURA DISTAL DO RADIO DIREITO. VÍTIMA REFERE DOR AOS MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO. AO EXAME FÍSICO VÍTIMA APRESENTA DEFORMIDADE COM CICATRIZES CIRÚRGICAS. DEFORMIDADE ÓSSEA COM LIMITAÇÃO SEVERA DOS MOVIMENTOS PRÓPRIOS DO PUNHO DIREITO.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
TRATAMENTO CIRÚRGICO COM REDUÇÃO CRUENTA E COM FIXAÇÃO COM PLACA EM T E 03 PARAFUSOS CORTICAIS EM PLACA VOLAR PARA REDUÇÃO DA FRATURA DO RÁDIO. LAPAROTOMIA EXPLORADORA COM ESPLENECTOMIA.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [**X**] Sim [] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Esplenectomia, Limitação funcional do punho direito

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

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

() "Exame não permite conclusão"
Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal (Sequela):
Punho direito

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):
Esplenectomia

% 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

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.



Andre Lopes Soares - CRM: 6144 - PB

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180073455 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ELIZABETE DOS SANTOS OLIVEIRA **Data do acidente:** 15/08/2017 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/02/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: Fratura de rádio distal direito
Trauma abdominal submetido a laparotomia exploradora e esplenectomia

Resultados terapêuticos: Resolução incompleta após o término do tratamento, com evidência de limitação funcional insusceptível a terapêutica.

Sequelas permanentes: Esplenectomia

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: Dano total por retirada de baço

Documentos complementares:

Observações: Indenizado com base em documentação médica.

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 integral (retirada cirúrgica) do baço	10 %	Em grau completo - 100 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: CARLOS MIRANDA CHAGAS

CRM do médico: 52.34765-8

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

Rio de Janeiro, 15 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: ELIZABETE DOS SANTOS OLIVEIRA

Nº Sinistro: 3180073455

Vítima: ELIZABETE DOS SANTOS OLIVEIRA

Data do Acidente: 15/08/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GABRIELE MOREIRA LIMA OLIVEIRA

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180073455**.

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** 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 12381533



Rio de Janeiro, 28 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: **ELIZABETE DOS SANTOS OLIVEIRA**

Sinistro: **3180073455**
Vítima: **ELIZABETE DOS SANTOS OLIVEIRA**
Data do Acidente: **15/08/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **GABRIELE MOREIRA LIMA OLIVEIRA**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180073455** 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** 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, 22 de Março de 2018

Carta nº: 12554242

A/C: ELIZABETE DOS SANTOS OLIVEIRA

Nº Sinistro: 3180073455
Vítima: ELIZABETE DOS SANTOS OLIVEIRA
Data do Acidente: 15/08/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: GABRIELE MOREIRA LIMA 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: **ELIZABETE DOS SANTOS OLIVEIRA**

Valor: **R\$ 3.881,25**

Banco: **104**

Agência: **000001911**

Conta: **000003665-7**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	3.881,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 =	R\$	2.531,25
---	-----	----------

Dano Pessoal: Perda integral (retirada cirúrgica) do braço 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
---	-----	----------

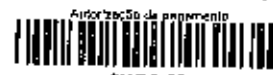
NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





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

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

054.864.794-17

Nome completo da vítima

ELISABETE DOS SANTOS OLIVEIRA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

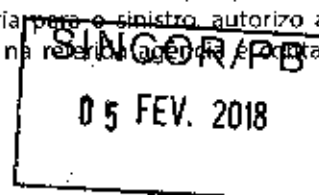
Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
ELISABETE DOS SANTOS OLIVEIRA	054.864.794-17	SUPERVISORA
Endereço	Número	Complemento
AVA. PROJETADA	S/N	
Bairro	Cidade	Estado
ETEL SANTIAGO	SANTA RITA	PB
Email	CEP	Telefone (DDD)
	58919-000	(83) 98780-6479

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"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input checked="" type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRO. 1911 D/V		BANCO Nome NRO.	
CONTA NRO. 3660 D/V 7		AGÊNCIA NRO. D/V CONTA NRO. D/V	
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

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



Sgo PESSOA 23 de JANEIRO de 2018

Local e Data

Elisabete dos Santos Oliveira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

SINCOR/PB
05 FEV. 2018





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00156.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00156.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 14:10 horas do dia 24 de janeiro 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 José Saulo Araújo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **Elisabete dos Santos Oliveira**, CPF nº 054.864.794-17, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero feminino, profissão Supervisora, filho(a) de Maria de Lourdes dos Santos Oliveira e Paulo Rodrigues de Oliveira, natural de Bayeux/PB, nascido(a) em 30/09/1981 (36 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Projetada, bairro Heitel Santiago, tendo como ponto de referência Metalúrgica, na cidade de Santa Rita/PB, telefone(s) para contato (83) 99600-4246.

Dados do(s) Fatos:

Local: Br2 30, Macro, João Pessoa/PB, bairro Ernani Sátiro; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 15/08/17 08:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, no dia 15/08/2017, por volta das 08:00 horas, quando trafegava na BR 230, bairro do Ernani Sátiro, nesta Capital PB, com o veículo tipo motocicleta, marca e modelo: HONDA/CG 125 FAN ES, e cor preta, ano e modelo: 2011/2012, de placa OEZ 6240/PB, chassi nº 9C2JC4120CR5105556, registrado em nome da notificante; QUE ao chegar no endereço acima citado, um outro veículo tipo motocicleta, não sabendo identificar marca e modelo nem o condutor do mesmo, que fez uma ultrapassagem indevida e colidiu com um outro veículo, não sabendo também identificar; QUE segundo a notificante o veículo tipo motocicleta que teria feito a ultrapassagem ao colidir com o veículo, perdeu o controle e colidiu com o veículo da notificante, que devido ao impacto a notificante foi jogado ao chão e se lesionando sendo socorrido pelo SAMU, para o hospital de emergência e trauma Senator Humberto Lucena, conforme laudo médico cujo boletim de entrada nº 1020.698, datado de 16/01/2018, e assinado pelo médico Dr Ewerton Noronha Teixeira CRM 2516/PB, que não quer representar criminalmente.

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, exceção a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 24 de janeiro de 2018.


JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigação


ELISABETE DOS SANTOS OLIVEIRA
Notificante

Procedimento Policial: 00156.01.2018.1.00.420



CARTÓRIO CELEIDA
SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL
COMARCA DA CAPITAL

Certifico que a presente cópia é a reprodução fiel do original que me foi exibido. Dou fé. **CELEIDA COSMO PEREIRA SILVA** - Tabelião, em 24/01/2018 17:10:44
Escr: R\$12,37 FEEJ R\$0,12 FAFEN: R\$0,40 ISS R\$ 0,11, Selo Digital- AGJ36389-7015 Consulte em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

SINCOR/PB

05 FEV. 2018

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

ELISABETE DOS SANTOS OLIVEIRA

CPF da Vítima

054.864.194-11

Data do Acidente

15/08/17

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:

Assinar uma das opções abaixo:

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

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

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



João Pessoa, 14 de DEZEMBRO de 2017

Local e Data

Elisabete dos Santos Oliveira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISSOA, s/n - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1020698



Identificação do paciente

ID	Nome	Sexo
200452	ELISABETE DOS SANTOS OLIVEIRA	Feminino
Data de nascimento	Idade	Estado civil
30/09/1981	35 anos 10 meses 13 dias	Reigião
Mãe	Pai	Prontuario
MARIA DE LOURDES DOS SANTOS OLIVEIRA	PAULO RODRIGUES DE OLIVEIRA	
Escolaridade	Responsável (Parentesco)	
	GISELE DAS NEVES ALMEIDA - ACOMPANHANTE	
DDD Móvel	Fone Móvel	DDD Fixo
83	988009555	Fone Fixo
Tipo documento	Número documento	Nº Cns
RG (IDENTIDADE)	3036195	
Local de procedência		Tipo
BR 230		BAIRRO
E-mail	Naturalidade	UF
	JUAO PESSOA	PB
		CSOR

Endereço

CEP	Município de residência	UF	Logradouro
58309013	BAYEUX	PB	ANTONIO FELIPE DOS SANTOS
Número	Complemento	Bairro	
SN		SESI	

Admissão

Data e Hora	Número da pulseira	Convênio
15/08/2017 08:58:05	1000006190940	SUS

Capacitação Clínica

CIRURGIA GERAL

Classificação da lesão

Origem do paciente

RODOVIA

Caráter de atendimento

Motivo do atendimento

ACIDENTE DE MOTOCICLETA

Devolução do acidente

MOTO X MOTO

Indicadores e Transporte

Caso policial	Plano de saúde	Veio de ambulância	Trauma
Não	Não	Não	Não
Meio de transporte	Quem transportou		
SAMU			

Sinais Vitais

PA	Pulso	Temperatura
X mmHg		

Exames complementares

Razão X [] Sangue [] Urina [] TC [] Líquor [] ECG [] Ultrasonografia []

Dados clínicos

PACIENTE VÍTIMA DE ACID. DE MOTO (SIC), CONSCIENTE, ORIENTADA, DOR EM CAIXA TORÁCICA (EXTERNO), ESCORIAÇÕES DIVERSAS, SEGUE EM TRATAMENTO

Diagnóstico

José Firmino de O. Junior
Enfermeiro
COREN: 259822-PB

Atendido por

PRISCILA JORGE DA SILVA

CID

Tempo

01 min 05 seg

Imprimir

SINCOR/PB

05 FEV. 2018

destal (nada)
30/08/2017
DE
NS
OK
RAX

673 implantado
15/08
DE
NS
RAX

15/08 2017 08:58

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 16/03/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.881,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ELIZABETE DOS SANTOS OLIVEIRA

BANCO: 104

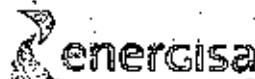
AGÊNCIA: 01911

CONTA: 000000003665-7

Nr. da Autenticação EDF5BEFAB4877558



ELIZABETE DOS SANTOS OLIVEIRA
RUA PROJETADA, S/N - SETEL SANTIAGO
SANTARITA - PB CEP: 58515-000 (AO-1)
Emissão: 27/12/2017 Referência: Dez/2017
Cidade/Estado: RESIDENCIAL/RESIDENCIAL MONOFÁSICO Br240, Km25 - Santa Rita - PB CEP: 58073-880
Roteiro: PB - 9 - 341 - 4246 Nº medidor: 03300369806 CNF: 200095183/0001-40 Insc Est: 19.915.822-0



Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica nº001/277565
Cód. par. Oth. Automático: 00014981104

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 - Atendimento 24h

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CNPJ/CPF/RAEI
Dez/2017	27/12/2017	25/01/2018	5486479417

UC (Unidade Consumidora): 871498110-4

Canal de contato:
Divisão com segurança é a que as crianças devem aprender.
Nunca entre nas partes dos fios da rede elétrica e não as rodeie caso estejam presas na rede e não as use para
instalação para evitar acidentes. Com segurança, não se brinca.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data: 28/11/17	Data: 27/12/17	Leitura: 6778	137	29

Demonstrativo									
001	Descrição	Quantidade	Valor Base	Imposto	Outros	Preço	Consumo		
056	Consumo em kWh	137,000	0,722280	95,35	95,35	27	25,76	95,35	0,77 9,56
060	Adu. B. Verificação			5,94	6,04	27	1,39	5,94	0,05 0,27
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0907	CONTROLE SERVIÇO PÚBLICA			2,78	0,01	0	0,00	0,00	0,00 0,00

Cód. Código de Classificação de Rem. TOTAL: 134,17 101,29 27,37 101,29 0,82 9,77

Média últimos meses (kWh): 124
VENCIMENTO 05/01/2018
TOTAL A PAGAR R\$ 104,17

Histórico de Consumo (kWh)

195 147 146 117 115 153 139 105 132 100 110 118
Nov/17 Out/17 Set/17 Ago/17 Jul/17 Jun/17 Mai/17 Abr/17 Mar/17 Fev/17 Jan/17 Dez/17

RESERVADO: 4045.ec19.2289.4fa4.ef63.4b20.fd49.f7c6.

Indicadores de Qualidade				Composição do Consumo		
10/2017 - Sincor/PB				Discriminação	Valor (R\$)	%
Limites da ANEEL		Apurado	Limite de Tensão (V)	Serviços de Dist. da Empresa/PB	25,05	24,04
DIAGNÓSTICO TRIMESTRAL	11,34	0,00	NOMINAL 220	Custos de Energia	33,59	32,25
DIAGNÓSTICO ANUAL	22,69			Serviço de Transmissão	3,95	3,70
POTENCIAL	3,48	0,00	CONTA CADA	Serviço de Distribuição	8,34	7,99
POTENCIAL TRIMESTRAL	6,97		INTEINFERIOR 220	Imposto de Renda e Encargos	36,74	35,25
POTENCIAL ANUAL	13,95		INTE SUPERIOR 231	Outros Serviços	0,00	0,00
OMG	9,39	3,00		Total	104,17	100,00
OMG	12,27					

ATENÇÃO: Faturas em anexo

SINCOR/PB
05 FEV. 2018



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, GABRIELE MOREIRA LIMA OLIVEIRA

RG nº 3690469, data de expedição 16/03/12, Órgão SSDS/PB

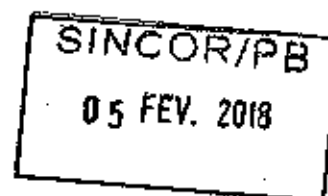
CPF nº 014.104.514-41, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>AV. NERO</u>
Número	<u>420</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>TAMBAÚ</u>
Cidade	<u>JOÃO PESSOA</u>
Estado	<u>PARRAÍBA</u>
CEP	<u>58039.101</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 98850-8065</u>
E-mail	<u>GABILIMA.FE@HOTMAIL.COM</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: JOÃO PESSOA, 01 Fevereiro 2018

Assinatura do Declarante: Gabriele Moreira L. Oliveira





04400856



CTC RECIFE PE PLS
LEONARDO DANTAS VIEIRA DOS
SANTOS
AV NEGÓ 720
CASA TAMBAU
58039-101 JOAO PESSOA PB

DATA DE VENCIMENTO: 05/01/18 - DATA DE POSTAGEM: 21/12/17



7216210573315570000061078530211217

Atendimento Claro - Ligue 1052.
Auto-Atendimento - Ligue *1052#
Na Web - claro.com.br
Visite o site: minhaclaro.com.br
para consultar o detalhamento da sua fatura.
Se preferir receber mensalmente a sua fatura
detalhada solicite através do 1052.
Atendimento ao deficiente auditivo e
da fala - Ligue 0800 026 2323

Número do seu Claro	Período de Uso	Vencimento	Total a Pagar
83 98826 1736 / 83 99107 5836 83 99123 0607 / 83 99133 6001	de 14/11/2017 a 13/12/2017	05/01/2018	R\$ 637,97

Valor pago na última conta: R\$ 807,61

Veja aqui o que está sendo cobrado

	Contratado	Utilizado	Excedente
Plano Claro			
Oferta Conjunta Claro MIX	R\$ 349,99	-	-
Aplicativos Digitais	R\$ -	-	-
Claro Pós Giga 25GB + minutos ilimitados (119)	R\$ -	-	-
Desconto Claro Pós Giga 25GB + minutos ilimitados (119)	R\$ -	-	-
Internet	25.600,0MB	25.600,0MB	-
Internet	Ilimitado	2	-
Serviços	Ilimitado	314min00s	-
Tarifados	Ilimitado	-	-
Voz	Ilimitado	583min54s	-
Ligações locais e LD para Claro, NET Fone e Claro Fixo	0,00	-	-
Ligações locais e LD para outras operadoras utilizando 21	Ilimitado	-	-
Plano Claro			
Bônus Minutos Ilimitados Claro Pós Giga	-	-	-
Voz	-	-	-
Ligações locais para outras operadoras	-	-	-
Subtotal	R\$ 349,99		R\$ 349,99
Contratações Adicionais			
Promoção WhatsApp Claro Pós Giga 25GB	-	-	-
83 98826 1736	R\$ 49,99	-	-
Dependentes Compartilhamento Total	-	-	-

Prezado Cliente,
Este boleto não quita débitos de meses anteriores.



Pague sua conta nos Bancos e Lojas credenciados. Encargos por atraso serão cobrados na próxima conta. Contribuições para o FUST e FUNTEL (1% e 0,5% do valor dos serviços) são repassadas ao cliente. Central de Atendimento da Anatel: 1331 - Ao ligar, informe o nº da reclamação registrada no prestador.

Atenção: Não rasurar, dobrar ou perfurar
esta parte da fatura, para não danificar o código de barras



Sr. Caixa, receber pagamento em dinheiro.

Pague sua conta nos bancos credenciados preferencialmente: Itaú, HSBC, Banco do Brasil, Santander e outros.

Cliente	Código Débito Automático	Período de Uso	Total	Vencimento
LEONARDO DANTAS VIEIRA D	107861582	14/11/17 a 13/12/17	R\$ 637,97	05/01/18
	Claro NE DDO 81 a 89			

84890000006-1 | 37970221201-0 | 80105107881-2 | 58200318122-3



Autenticação: Mecânica solicitamos não rasurar, dobrar ou perfurar
esta parte da fatura, para não danificar o código de barras



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO 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 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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

¹ Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu GABRIEL C. MOREIRA L. OLIVEIRA inscrito (a) no CPF 014.101.514 / 41 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário ELISABETE DOS SANTOS inscrito (a) no CPF sob o Nº 054.864.794 / 17 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima ELISABETE DOS SANTOS OLIVEIRA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 054.864.794 / 17, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

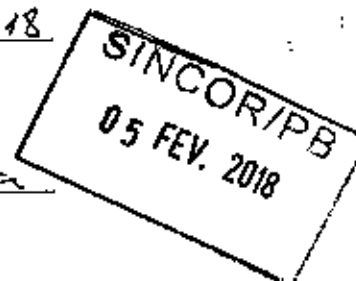
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço		Número	Complemento
AV. NEGÓ		420	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
TAMBAÚ	JOÃO PESSOA	PB	58039-101
E-mail	Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD)
GABILIMA.FE@HOTMAIL.COM	(83) 35 76-0695		(83) 99 850-8065

JOÃO PESSOA 04 de JANEIRO de 2018
Local e Data

Gabriele Moreira L. Oliveira
Assinatura do Declarante



INTERNO: S/N -
CNES: 4545454 - Tel.:Impresso por: LUCIANO
JOSE LIRA MENDES
Em: 25/08/2017 11:05:12

Paciente ELISABETE DOS SANTOS OLIVEIRA		Boletim de Atendimento 1020698	Data/Hora Entrada 15/08/2017 08:56:06	Data/Hora Saída
Data de nascimento 30/09/1981	Idade 35	Sexo Feminino	CNS 708707191873195	Prontuário 103690
Tempo de Internação 9d 18h 35min		Convênio SUS	Plantão DIURNO	

EVOLUÇÃO DO PACIENTE (LUCIANO JOSE LIRA MENDES - 25/08/2017 11:04:48)**EVOLUÇÃO DO PACIENTE**

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

#ortopedia

#fratura de rádio distal com traço articular

Seção: POSTO II - ENF 22 Leito: 0002 - NEUROCIRURGIA
Profissional responsável pela informação: LUCIANO JOSE LIRA MENDES

Número Conselho: 4290

SINCOR/PB

05 FEV. 2018

INTERNO, S/N -
CNS: 4545454 - Tel.:Impresso por: LUCIANO
JOSE LIRA MENDES
Em: 25/08/2017 11:05:12

Paciente ELISABETE DOS SANTOS OLIVEIRA	Boletim de Atendimento 1020698		Data/Hora Entrada 15/08/2017 08:56:06	Data/Hora Saída
Data de nascimento 30/09/1981	Idade 35	Sexo Feminino	CNS 708707191873195	Prontuário 103690
Tempo de Internação 9d 18h 35min	Convênio SUS		Plantão DIURNO	

EVOLUÇÃO DO PACIENTE (LUCIANO JOSE LIRA MENDES - 25/08/2017 11:04:48)**EVOLUÇÃO DO PACIENTE**

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

#ortopedia

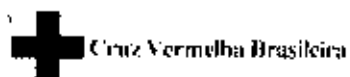
#fratura de rádio distal com traço articular

Seção: POSTO II - ENF 22 Leito: 0002 - NEUROCIRURGIA
Profissional responsável pela Informação: LUCIANO JOSE LIRA MENDES

Número Conselho: 4290

SINCOR/PB

05 FEV. 2018



INTERNO, S/N -
CNES: 4545454 - Tel.:

Impresso por: LUCIANO
JOSE LIRA MENDES
Em: 25/08/2017 11:05:12

Paciente ELISABETE DOS SANTOS OLIVEIRA		Boletim de Atendimento 1020698	Data/Hora Entrada 15/08/2017 08:56:06	Data/Hora Saída
Data de nascimento 30/09/1981	Idade 35	Sexo Feminino	CNS 708707191873195	Prontuário 103690
Tempo de Internação 9d 18h 35min		Convênio SUS	Plantão DIURNO	

EVOLUÇÃO DO PACIENTE (LUCIANO JOSE LIRA MENDES - 25/08/2017 11:04:48)

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

#ortopedia

#fratura de rádio distal com traço articular

Seção: POSTO II - ENF 22 Leito: 0002 - NEUROCIRURGIA
Profissional responsável pela informação: LUCIANO JOSE LIRA MENDES

Número Conselho: 4290

~~SINCOR/PB~~

05 FEB. 2018

INTERNO, S/N -
CNES: 4545454 - Tel:Impresso por: GLAUBER
MELO NOVAIS MIRANDA
Em: 23/08/2017 12:34:37

Paciente ELISABETE DOS SANTOS OLIVEIRA		Boletim de Atendimento 1020698	Data/Hora Entrada 15/08/2017 08:56:06	Data/Hora Saída
Data de nascimento 30/09/1981	Idade 35	Sexo Feminino	CNS 708707191873195	Prontuário 103690
Tempo de Internação 7d 20h 4min		Convênio SUS	Plantão DIURNO	

EVOLUÇÃO DO PACIENTE (GLAUBER MELO NOVAIS MIRANDA - 23/08/2017 12:34:28)**EVOLUÇÃO DO PACIENTE****DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:**

#ortopedia

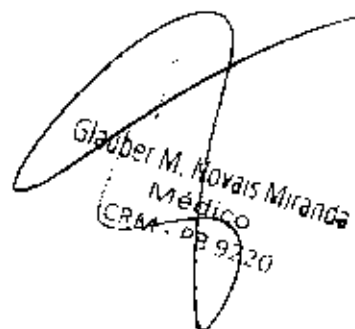
#FRATURA DE RÁDIO DISTAL COM TRAÇO ARTICULAR

PACIENTE AINDA AGUARDA ACESSO VENOSO CENTRAL. APRESENTA ANEMIA (HB 9,3) . CD:

- HEMOTRANSFUSÃO + AGENDAR CIRURGIA

Seção: POSTO II - ENF 22 Leito: 0002 - NEUROCIRURGIA
Profissional responsável pela informação: GLAUBER MELO NOVAIS MIRANDA

Número Conselho: 9220


Glauber M. Novais Miranda
Médico
CRM - PB 9220

SINCOR/PB

05 FEV. 2018



INTERNO, S/N -
CNES: 4545454 - Tel.:

Impresso por: GLAUBER
MELO NOVAIS MIRANDA
Em: 22/08/2017 12:38:54

NOME: SETE DOS SANTOS OLIVEIRA		Boletim de Atendimento 1020698	Data/Hora Entrada 15/08/2017 08:56:06	Data/Hora Saída
Idade 1981	Idade 35	Sexo Feminino	CNS	Prontuário 103690
de Internação 8min		Convênio SUS	Plantão DIURNO	

EVOLUÇÃO DO PACIENTE (GLAUBER MELO NOVAIS MIRANDA - 22/08/2017 12:37:18)

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

ORTOPEDIA

PACIENTE APRESENTA FRATURA DE RÁDIO DISTAL DIREITO, SEM RX DE QUALIDADE SATISFATÓRIA NO
SISTEMA. APRESENTA ANEMIA (HB:9,5) E FRAGILIDADE CAPILAR, SEM CONDIÇÕES DE MANUTENÇÃO DE
CATETER VENOSO PERIFÉRICO
D: SOLICITO RX DE QUALIDADE (AP/PERFIL) DE PUNHO D/ SOLICITO ACESSO VENOSO CENTRAL

Local: POSTO II - ENF 22 Leito: 0002 - NEUROCIRURGIA
Médico responsável pela informação: GLAUBER MELO NOVAIS MIRANDA

Número Conselho: 9220

Glauber M. Novais Miranda
Médico
CRM - PB 9220

SINCOR/PB
05 FEV. 2018



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBAAV. ORESTES LISBOA, Sn - PEDRO GONDIM
CNES: 445365 - Tel: 8332165700Impresso por: PEDRO
HENRIQUE GUTIERREZ
VARGAS FREITAS
Em: 19/08/2017 12:38:17

Paciente ELISABETE DOS SANTOS OLIVEIRA		Boletim de Atendimento 1020698	Data/Hora Entrada 15/08/2017 08:56:06	Data/Hora Saída
Data de nascimento 30/03/1981	Idade 35	Sexo Feminino	CNS	Prontuário 103690
Tempo de Internação 3d 20h 8min		Convênio SUS	Plantão DIURNO	

EVOLUÇÃO DO PACIENTE (PEDRO HENRIQUE GUTIERREZ VARGAS FREITAS - 19/08/2017 12:38:03)**EVOLUÇÃO DO PACIENTE**

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

##Ortopedia##

Paciente em 4DII após acidente automobilístico queixando-se de dor em punho direito. Apresentando edema importante. Neurovascular sem alterações. Ao RX: Fratura de rádio distal direito. CD: Programar cirurgia. Aguardo liberação das demais clínicas. Solicito tala axilopalmar

STAFF: Dr. Indalécio Pacelli

Seção: POSTO II - ENF 22 Leito: 0002 - NEUROCIRURGIA
Profissional responsável pela Informação: PEDRO HENRIQUE GUTIERREZ VARGAS FREITAS

RECIBO DE NOTIFICAÇÃO
DE Ocorrência e Exatidão
do Relatório Médico
Solicitado pelo
Serviço de Ortopedia
Número Conselho: 10575

SINCOR/PB

05 FEV. 2018

AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNES: 2778696 - Tel.: 8332165700Impresso por: ALDENIO
AMORIM DE LIMA
Em: 19/08/2017 07:51:54

Paciente	BOLIM de Atendimento		Data/Hora Entrada	Data/Hora Saída
ISABETE DOS SANTOS OLIVEIRA	1020698		15/08/2017 08:58:06	
Data de nascimento	Idade	Sexo	CNS	Prontuário
30/09/1981	35	Feminino		103690
Tempo de Internação	Convênio			Plantão
3d 15h 21min	SUS			DIURNO

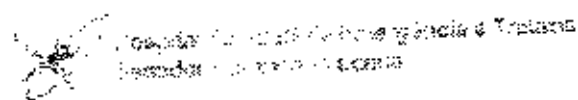
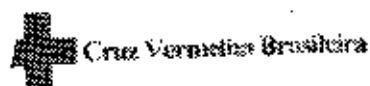
EVOLUÇÃO DO PACIENTE (ALDENIO AMORIM DE LIMA - 19/08/2017 07:51:49)**EVOLUÇÃO DO PACIENTE****DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:**TRAUMA ABDOMINAL CONTUSO - 15/08/2017 - ESPLENECTOMIA
PACIENTE EVOLUI BEM E SEM INTERCORRÊNCIAS NO MOMENTO. CONDUTA: VPM.Seção: POSTO II - ENF 22 Leito: 0002 - NEUROCIRURGIA
Profissional responsável pela informação: ALDENIO AMORIM DE LIMA

Número Conselho: 5815

ALDENIO AMORIM DE LIMA
CRM-PR-5815

SINCOR/PB

05 FEV. 2018



GOV
DAF

AV. ORESTES LISBOA, 811 - PEDRO GONÇALVES
CNES: 2778696 - Tel. 8332165700

Imp.
AMC
Ent.

ALDENIO

10:35:46

Paciente ELISABETE DOS SANTOS OLIVEIRA		Boletim de Atendimento 1020628	Data/Hora Entrada 15/08/2017 08:56:05
Data de nascimento 30/09/1981	Idade 35	Sexo Feminino	CNS
Tempo de Internação 2d 18h 5min		Comorbidade S10.1	

EVOLUÇÃO DO PACIENTE (ALDENIO AMORIM DE LIMA - 18/08/2017 10:35:40)

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

TRAUMA ABDOMINAL CONTUSO - 15/08/2017 - ESPLINEOTOMIA.
PACIENTE EVOLUI BEM E SEM INTERFERÊNCIAS AO MOMENTO. CONDUTA: VPM.

Local: POSTO II - ENF 22 Lator: 0002 - NEUROCIQUIRIA
Profissional responsável pela informação: ALDENIO AMORIM DE LIMA

Número

SINCOR/PB
05 FEV. 2018

AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNES: 2778696 - Tel.: 8332165700Impresso por: ALDENIO
AMORIM DE LIMA
Em: 17/08/2017 08:54:21

Paciente ELISABETE DOS SANTOS OLIVEIRA		Boletim de Atendimento 1020698	Data/Hora Entrada 15/08/2017 08:56:06	Data/Hora Saída
Data de nascimento 30/09/1981	Idade 35	Sexo Feminino	CNS	Prontuário 103690
Tempo de Internação 1d 16h 24min		Convênio SUS	Plantão DIURNO	

EVOLUÇÃO DO PACIENTE (ALDENIO AMORIM DE LIMA - 17/08/2017 08:53:16)**EVOLUÇÃO DO PACIENTE**

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

TRAUMA ABDOMINAL CONTUSO - 15/08/2017 - ESPLENECTOMIA
PACIENTE EVOLUI BEM E SEM INTERCORRÊNCIAS NO MOMENTO. CONDUTA: VPM.Seção: BLOCO - URPA ENF 41 Leito: LEITO URPA - 9002
Profissional responsável pela informação: ALDENIO AMORIM DE LIMA

Número Conselho: 5815

**SINCOR/PB**
05 FEV. 2018



CRUZ VERMELHA
'BRASILEIRA

REGISTRO DE UTILIZAÇÃO DE MATERIAIS
ÓRTESES PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME



Número:00

Paciente: Elisabete dos Santos Oliveira

Procedimento: Ext. Rótulo Postal pinto

SUS: () Não SUS: ()

Médico: Ricardo Rojas + Glauco (R2)

Prontuário: 102.6698.

Date: / /

Reposição: _____

Date: 30/08/17

Caixa Pronta: _____

DISPENSACÃO CME

[illegible]

05 FEB. 2018

SINCORRA

DISPENSACÃO - FARMÁCIA

FORNECEDOR	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE	CÓDIGO/SUS	MARCA
VIGON	01 Agulha de Pluro A - 50	64		

ASSINATURA DO MÉDICO - CRM

Luana Carla M.A. de Oliveira
Enfermeira
ASSINANTE Nº 119
FARMACIA - COREN

ASSISTENTE SOCIAL DE ANTI-RESPONSÁVEL
CITREN-PE 601 av.

F(NG).APC.013-2

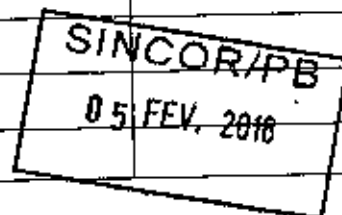
RELATÓRIO DE CIRURGIA

10025111

Nome: Elisabete dos Santos Oliveira BE/Prontuário: 3020698
Idade: _____ Sexo: () Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 1 / 1 / 1
Clínica/Setor: Ortopedia EMP: _____ LR: _____
Cirurgia: _____
Cirurgião: Dr. Ricardo Romão 1º Assistente: Dr. Glauber Rd.
2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____
Instrumentador: _____ Anestesista: Dr. Adam
Tipo de Anestesia: _____ Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
- <u>fratura da Rádio distal</u> (D)	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
- <u>Tratamento cirúrgico de fratura de Rádio distal</u>	



Acidente durante Ato Cirúrgico: () Sim ☒ Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelação: () Sim ☒ Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

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

Médico/CRM: _____

CRM: 9220
Glauber Novais

João Pessoa, 30 / 10 / 17

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- 1 - Paciente em Decúbito Dorsal sobre Manteira
- 2 - Anestesia + Antiseptico
- 3 - Aposição de campos de campos limpos

Incisão:

- 4 - Incisão em Furg
- 5 - Desbridamento das placas
- 6 - Placas e parafusos retirados

Achados:

- 7 - fratura comunita da tibia distal

Conduta:

- 8 - Redução aberta + fixação com placa em T (3x3) + 3 parafusos corticais

- 9 - Lavagem com SF0,9%

Fechamento:

- 10 - Sutura das placas
- 11 - Curativo estátil

Observação:

SINCOR/PB
05 FEV. 2018

Médico/CRM:

CRM: 2000
E. Cavali
Novais

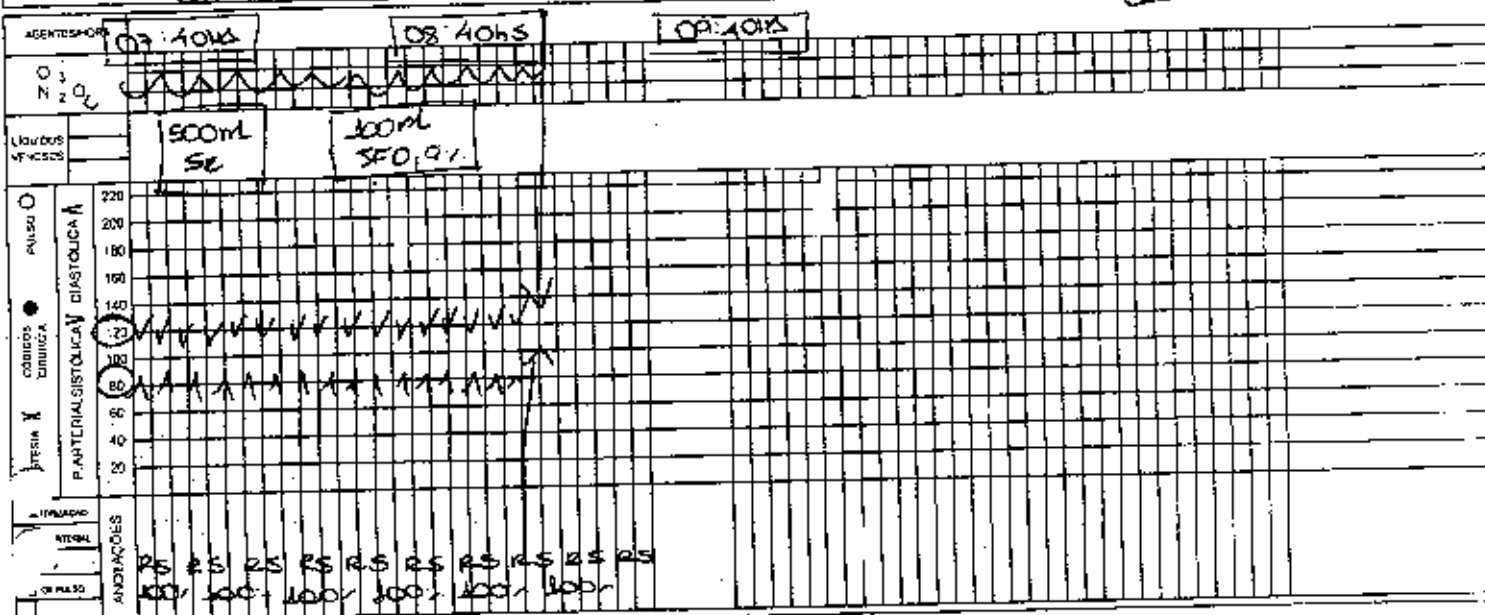
João Pessoa, 30/08/18

FICHA DE ANESTESIA

DATA: 20/08/17

PRONTUÁRIO: 10200698

PACIENTE: ELISABETE DOS SANTOS OLIVEIRA		SEXO: F	COR: B	IDADE: 35 anos
PRESSÃO ARTERIAL	PULSO 98	RESPIRAÇÃO 12	TEMPERATURA	PESO
ESTADO GERAL (X) BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO		RISCO CIRÚRGICO (X) BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO		
EXAMES COMPLEMENTARES VER PRONTUÁRIO 1 DEGA MARCA				
AP. RESPIRATÓRIO MV + em Ambros Hmt		AP. CIRCULATÓRIO OK		
AP. DIGESTIVO Em jejum		ESTADO MENTAL ORIENTADA		DROGAS EM USO
PRÉ-ANESTÉSICO DOSE/HORA Dormonid + fentanil				ESTADO FÍSICO (ASA) I
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO FISTULA DE RÁDIO DISTAL (S)				
CIRURGIA REALIZADA FHO CIRÚRGICO DE FISTULA DE RÁDIO DISTAL (S)				
CIRURGIÃO DR. RICARDO RAMOS		AUXILIARES DR. GIANDEE		
INÍCIO DA ANESTESIA 07:40HS		TÉRMINO DA ANESTESIA 08:40HS		DURAÇÃO DA ANESTESIA 1H
TÍTULO DO PROCEDIMENTO		QUANT. DE CH.		VALORES RS
ANESTESISTA DR. ABDON		CPF		CRM PB Dr. Abdon Moreira Lustosa Anestesiologista CRM 4384



<input type="checkbox"/> ANESTESIA GERAL	<input type="checkbox"/> RAQUIDIANA	<input type="checkbox"/> EPIDURAL	<input checked="" type="checkbox"/> BLOQUEIO	<input type="checkbox"/> BLOQ. NERVOS	<input type="checkbox"/> OUTROS
--	-------------------------------------	-----------------------------------	--	---------------------------------------	---------------------------------

QUANTOS	07:40HS	08:40HS	09:40HS
1 NOVA BUPI 20ml	[Gráfico de ondas]		
2 Lidocaina 20ml	[Gráfico de ondas]		
3 clonidina 150mcg	[Gráfico de ondas]		
4 Retardina 25 EV	[Gráfico de ondas]		
5 Dexametasona 10mg EV	[Gráfico de ondas]		
6 endosulfona 8mg EV	[Gráfico de ondas]		
7 Dipirona 25 EV	[Gráfico de ondas]		
8 Atropina 1mg EV	[Gráfico de ondas]		
9 Fentanil 100mcg EV	[Gráfico de ondas]		
10 Dormonid 2mg EV	[Gráfico de ondas]		

SINCOR/PB
05.FEV.2018

DESTINO DO PACIENTE: ☐ APS ☐ ENFERMARIA ☐ UTI ☐ RESIDÊNCIA ☒ OUTROS: UREA

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES: Paciente monitorizada, submetida à venoclise prévia em BOM, AUTO ANESTESIA ANTI-NAUSEA DA REGIÃO CERVICAL ANTERIOR A BLOQUEIO DE PLEXO BRACHIAL POR VIA INTRAVENOSA, ANCIOSINADO COM BLOQUEIO COMBINADO POR VIA PERIF. CONTRA MARCHA POR CLÍNICA + ESTÍMULO DOLOROSO. Efeito satisfatório.

ASSINATURA DO ANESTESISTA: Dr. Abdon Moreira Lustosa Anestesiologista CRM 4384

Nota de Sala Cirúrgica

TECOM ENFERMAGEM
COREN-PR 501.985



RELATÓRIO DE CIRURGIA

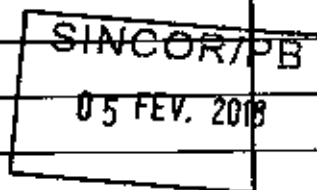
12

12

Nome: Elisabete Dos Santos Oliveira BE/Prontuário: 1020698
Idade: 35 Sexo: () Masculino (X) Feminino Cor: _____ Data: 15 DE 117
Clínica/Setor: _____ EMP: _____ LR: _____
Cirurgia: Laparotomia Exploradora
Cirurgião: P. Edigilson 1º Assistente: P. S. Moreira
2º Assistente: P. Ugo 3º Assistente: _____
Instrumentador: _____ Anestesista: P. André
Tipo de Anestesia: geral Horário: Início _____ : _____ Término _____ : _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Trauma esplênico grau IV</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Laparotomia Exploradora</u>	
<u>Esplenectomia</u>	



Acidente durante Ato Cirúrgico: () Sim (X) Não Descrição: _____

Biopsia de Congelamento: () Sim () Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

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

Médico/CRM: _____

João Pessoa, 15 DE 117

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em P.D. mesa operatória e
antiespasmódico

Incisão:

Laparotomia Médiana e abdominal
por planos musculares

SINCOR/PB

05 FEV. 2018

Achados:

Grande quantidade de sangue
e coágulos; lesão esplênica grau
IV

Conduta:

Realizada a sutura de sangue
na cavidade peritoneal com pontos de PDS
de abdominal. Ligadura ligamentar
ligamento anterior do fígado; ligamento
de Sten de hilo esplênica; duas ligaduras
na base do fígado; ligadura
Pâncreas do duodeno; Ligadura
da cavidade com PDS; Lavagem
da cavidade e irrigação;

Fechamento:

Por planos com Vicryl 2 e PDS
com nylon 3-0

Observações:

Procedimento cirúrgico concluído
sem incidentes para encerrar a cirurgia

18/02/17

Médico/CRM:

João Pessoa, 1/1

10/10/17

Nota de Sala Cirúrgica

09.30.09.1994

NOME DO PACIENTE: Elisabete dos Santos Oliveira							
IDADE: 25		BOB: 1020698		PRONTUÁRIO:		ENFERMARIA:	
CIRURGIÃO: Jorge Luis de Almeida		CIRURGIÃO: Dr. Edmundo		CIRURGIÃO: Dr. Edmundo		CIRURGIÃO: Dr. Edmundo	
ANESTESIA: Anal		ANESTESISTA: Dr. Marcos Vinícius + Luiz Rion		INSTRUMENTADOR: José Maria Nascimento		DATA: 09.09.1994	
TEMPO CIRÚRGICO: 13:35		ANESTESIA INÍCIO: 13:35		CIRURGIÃO INÍCIO: 13:35		FIM: 13:35	
ÍNDICE DE RISCO DE CIRÚRGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)							
ASA 1 () ASA 2 () ASA 3 () ASA 4 () ASA 5 ()							
GRAU DE CONTAMINAÇÃO: () LIMPA () CONTAMINADA () INFECTADA () POTENCIALMENTE CONTAMINADA							
MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS: QTD.							
ALFENTANIL		1000 2.40	NI	JELCO Nº18		FIO CAT GUT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA ISOBARICA				JELCO Nº20		FIO CAT GUT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA PESADA		1000 EL	IT	JELCO Nº22		FIO DE AÇO Nº 3.0	IT
CETAMINA				JELCO Nº24		FIO DE AÇO Nº	
DROPERIDOL				KIT SIST. DREN. TORÁXICA Nº		FIO DE NYLON Nº	
ETOMIDATO	1	SOLUÇÕES	QTD.	LÂMINA BISTURI Nº11		FIO DE NYLON Nº	
FENOBARBITAL		ALCOOL ETÍLICO 70%	C	LÂMINA BISTURI Nº15		FIO DE NYLON Nº	
FENTANILA	1	PVPÍ DEGERMANTE	C	LÂMINA BISTURI Nº23	1	FIO POLIGLACTINA Nº 3.0	IT
FLUMAZENIL	1	PVPÍ TINTURA	C	LÂMINA BISTURI Nº24		FIO POLIGLACTINA Nº	
ISOFLURANO		PVPÍ TÓPICO		LÂMINA DE DERMATOMO		FIO POLIGLACTINA Nº	
LEVOPRIVACAÍNA C/ VASO		SABÃO ANTISÉPTICO		LÂMINA DE ENXERTO		FIO POLIPROPILENO Nº 3.0	IT
LEVOPRIVACAÍNA S/ VASO		MATERIAIS	QTD.	LUVA DE PROCEDIMENTO PAR.	30	FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAÍNA C/ VASO		AGULHA 13X4.5		LUVA ESTÉRIL Nº7.0	IT	FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAÍNA S/ VASO		AGULHA 25X07		LUVA ESTÉRIL Nº7.5	IT	FIO POLIGLECAPRONE Nº	
MIDAZOLAM	1	AGULHA 25X08		LUVA ESTÉRIL Nº8.0	IT	FIO SEDA Nº	
MORFINA		AGULHA 40X12		LUVA ESTÉRIL Nº8.5		FITA CARDÍACA	
NIMBILUM		AGULHA PERIDURAL Nº16		MÁSCARA CIRÚRGICA		MATERIAL ESPECIAL	QTD.
PANCURÔNIO		AGULHA PERIDURAL Nº17		MULTIVIAS		CATETER DE PIC	
PETIDINA		AGULHA PERIDURAL Nº18		PERFURADOR DE SORO		CIMENTO CIRÚRGICO	
PROPOFOL		AGULHA RAQUI Nº25G		SCALP Nº19		CLIP TITÂNIO LIGADURA	
RAMIFENTANILA		AGULHA RAQUI Nº26G		SCALP Nº21		FIO DE KIRSCHNER Nº	
ROCURÔNIO		AGULHA RAQUI Nº27G		SERINGA 3ML		FIO DE KIRSCHNER Nº	
SEVOFLURANO		ALGODÃO ORTOPÉDICO	F	SERINGA 5ML	2	FIO STEINMAN Nº	
SUXAMETÔNIO		ATADURA DE CREPOM	F	SERINGA 10ML	2	FIO STEINMAN Nº	
TIOPENTAL		ATADURA GESSADA		SERINGA 20ML		GRAMPEADOR CIRÚRGICO	
MEDICAÇÕES	QTD.	BOLSA P/ COLOSTOMIA		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº8		HEMOST. ABSORVÍVEL	
ADRENALINA		CÂNULA P/ TRAQUEOSTOMIA Nº		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº10		KIT. DERIVA. VENTRICULAR	
ÁGUA DESTILADA		CATETER DE OXIGÊNIO	1	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº12	1	PRÓTESE VASCULAR	
ATROPINA		CATETER EMBOLEC. ARTERIAL Nº		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº14		KIT. PAM	
BEXTRA		CATETER EPIDURAL Nº16		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº16		FIXADOR EXTERNO	
CEFAZOLINA		CATETER EPIDURAL Nº17		SONDA FOLEY 2VIAS Nº12		EMPRESA	
DEXAMETASONA		CATETER EPIDURAL Nº18		SONDA FOLEY 2VIAS Nº14			
DIPERONA SÓDICA		CERA PARA OSO		SONDA NASOG. CURTA		PARAFUSOS CORTICAIS	
EFEDRINA		COLET. URINA FECHADO		SONDA NASOG. LONGA		PARAFUSOS CORTICAIS	
FUROSEMIDA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	1	SONDA URETRAL Nº		PARAFUSOS ESPONJOSO	
GLICOSE 50%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	1	TORNEIRINHA	1	PARAFUSOS ESPONJOSO	
GLUCONATO DE CÁLCIO		DRENO DE PENROSE		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		PARAFUSOS MALEOLAR	
INDROCORTISONA		DRENO DE SUÇÃO		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		PARAFUSOS MALEOLAR	
LIDOCAÍNA GELEIA		ELETRODOS	N	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		PLACA	
ONDASENTRONA		EQUIPO MACRODOTAS	1	TUBO SILICONE (LATEX)	F	PLACA	
PLASIL		EQUIPO TRANSF. SANGUE					
PROSTIGMINE		EQUIPO MICRODOTAS					
PROTAMBIA		ESPONJA DE PVPÍ		FIOS	QTD.	EQUIPAMENTOS	
TENOXICAN		ESPARADRAPO	C	FIO ALGODÃO S/A Nº 2.0	IT	ASPIRADOR	
		GAZES	IT	FIO ALGODÃO S/A Nº		BIÓPSIA ELÉTRICA	
		GAZES ALGODOADAS		FIO ALGODÃO C/A Nº 2.0	1	ECGAPNOGRAFO	
		GEL ELETROLÍTICO	C	FIO ALGODÃO C/A Nº		ECGARDOMONITOR	
		JELCO Nº14				() DESFIBRILADOR	
		JELCO Nº16				() FOCO AUXILIAR	
						() FOCO CENTRAL	
						() MICROSCOPIO	
						() TOXÍMETRO DE PULSO	
						() TPA INVASIV/NÃO INVASIVA	
						() PERFURADOR ELÉTRICO	
						() SERRA	
						CIRCULANTE	
						Elisabete dos Santos	
						877714	
						FOR-ASCIR-021-2	

SINGOR/PB

05 REV. 2018

[illegible]



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE ELISABETE SANTOS OLIVEIRA
DADOS DE NASCIMENTO 30/09/81
NOME DA MÃE MARIA DE LOURDES DOS SANTOS OLIVEIRA

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1.020.698
Nº PRONTUÁRIO 103.690
DATA DO ATENDIMENTO 15/08/17
HORA DO ATENDIMENTO 08:56
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S) FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO D +
TRAUMATISMOS MÚLTIPLOS NÃO ESPECIFICADOS
CID 10 S 52.5 + T 07

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta (colisão carro x moto), apresentando dor torácica, dor em ombro e punho E + escoriações leves no local, escoriações na face e na mucosa labial. Glasgow 15. Avaliada pela equipe médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX do tórax - AP
RX do ombro E - AP
RX do punho E - AP
RX da bacia - AP
RX da coluna tóraco-lombar - AP e P
RX da coluna lombo-sacra - AP e P
USG do abdome total - FAST



TRATAMENTO:

Fratura da extremidade distal do rádio D ao RX. Sem alteração à USG e aos outros RX. Realizado internamento e tratamento cirúrgico pelo Dr. Ricardo Ramos.

ALTA HOSPITALAR: 31/08/17
DATA DA EMISSÃO: 16/01/18

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA
MÉDICO ORTOPEDISTA
CRM - 2516

Dr. Ewerton Noronha Teixeira
CRM: 2516/PB

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



GOVERNO DA PARAÍBA



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, s/n - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1020698



Identificação do paciente

D 1200452	Nome ELISABETE DOS SANTOS OLIVEIRA	Sexo Feminino
Data de nascimento 30/09/1981	Idade 35 anos 10 meses 13 dias	Estado civil Solteira
Mãe MARIA DE LOURDES DOS SANTOS OLIVEIRA	Pai PAULO RODRIGUES DE OLIVEIRA	
Escolaridade	Responsável (Parentesco) GISELE DAS NEVES ALMEIDA - ACOMPANHANTE	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 938009585	DDD Fixo Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3038195	INCRs
Local de procedência BR 230	Tipo BAIRRO	UF PB
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	CGOR

Endereço

CEP 5306013	Município de residência BAYEUX	UF PB	Logradouro ANTONIO FELIPE DOS SANTOS
Número SN	Complemento	Bairro SESI	

Admissão

Data e Hora 15/02/2017 08:56:06	Número de pulseira 1000006190940	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica	
Classificação de risco	Origem do paciente RODOVIA	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente MOTO X MOTO

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte SAMU	Quem transportou		
Sinais Vitais			
PA	Pulso	Temperatura	

desta história
30/08/2017
DE
Nº
CA
RA

Exames complementares

Raio X[]	Sangue[]	Urina[]	TC[]	Liquor[]	ECG[]	Ultrassonografia[]
----------	----------	---------	------	----------	-------	--------------------

Dados clínicos

PACIENTE VÍTIMA DE ACID. DE MOTO(SIC), CONSCIENTE, ORIENTADA, DOR EM CAIXA TORÁCICA (EXTERNO), ESCORIAÇÕES DIVERSAS, SEGUE EM TRATAMENTO

Diagnóstico	Assinatura de Enfermeiro JOSE FERNANDO OLIVEIRA COREN: 259927-PB	CID
Atendido por PRISCILA JORGE DA SILVA	Tempo 01min 05seg	

Imprimir

SINCOR/PB
05 FEV. 2018

15/02/2017
DE
NS
KA



Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

INTERNO, S/N -
CNES: 4545454 - Tel.:

Impresso por: GLAUBER
MELO NOVAIS MIRANDA
Em: 29/08/2017 14:50:58

Paciente ELISABETE DOS SANTOS OLIVEIRA		Boletim de Atendimento 1020698	Data/Hora Entrada 15/08/2017 08:56:06	Data/Hora Saída
Data de nascimento 30/09/1981	Idade 35	Sexo Feminino	CNS 708707191873195	Prontuário 103690
Tempo de Internação 13d 22h 20min		Convênio SUS	Plantão DIURNO	

EVOLUÇÃO DO PACIENTE (GLAUBER MELO NOVAIS MIRANDA - 29/08/2017 14:50:53)

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

#ORTOPEDIA


- FRATURA DE RÁDIO DISTAL

EXAMES LAB OK

CD: CIRURGIA PROGRAMADA PARA AMANHÃ

Seção: POSTO II - ENF 22 Leito: 0002 - NEUROCIRURGIA
Profissional responsável pela informação: GLAUBER MELO NOVAIS MIRANDA

Número Conselho: 9220


Glauber M. Novais Miranda
Médico
CRM - PB 9220

SINCOR/PB
05 FEV. 2018



Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

22102

INTERNO, S/N -
CNES: 4545454 - Tel.:

Impresso por: GLAUBER
MELO NOVAIS MIRANDA
Em: 28/08/2017 09:56:41

Paciente ELISABETE DOS SANTOS OLIVEIRA		Boletim de Atendimento 1020598	Data/Hora Entrada 15/08/2017 08:56:06	Data/Hora Saída
Data de nascimento 30/09/1981	Idade 35	Sexo Feminino	CNS 708707191873195	Prontuário 103690
Tempo de Internação 12d 17h 26min		Convênio SUS	Plantão DIURNO	

EVOLUÇÃO DO PACIENTE (GLAUBER MELO NOVAIS MIRANDA - 28/08/2017 09:56:33)

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

#ortopedia

#fratura de rádio distal com traço articular

- eVOLUI SEM QUEIXAS, hb(24/08) 9,8; hb 10,4(26/08) INR (26/08): 1

CD: VPM

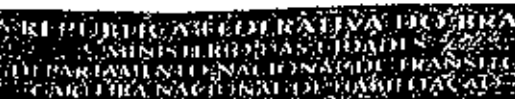
-SOLICITADO CIRURGIA

Unidade: POSTO II - ENF 22 Leito: 0002 - NEUROCIRURGIA
Profissional responsável pela informação: GLAUBER MELO NOVAIS MIRANDA

Número Conselho: 9220

Glauber M. Novais Miranda
Médico
CRM - 18 9220





SINCOR/PB
05 FEB. 2018

99600-4246
98780-6479

REPÚBLICA FEDERATIVA
MINISTÉRIO DAS C



DETRAN - PB Nº 013929092998
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
VIA COD. RENAVAM 20180000005984 Exercício
1 0038288936-3 00/00000000 2017

NOME
ELISABETE DOS SANTOS OLIVEIRA

CPF / CNPJ 05486479417 PLACA OEZ6240/PB
PLACA ANT / UF NOVO PB 9C2JC4120CR510556

ESPECIE TIPO COMBUSTÍVEL
DES / MOTOCICLETA / VEICULO ABILIS GASOLINA
MARCA / MODELO ANO FAB. ANO MOD.
HONDA / CG 125 FAN ES 2011 2012
CAP / POT / CIL CATEGORIA COR PREDOMINANTE
2 P / 124 / C PARTIC PRETA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC / COTAS
1 00/00/0000
2
3
FAIXA I.P.V.A. PARCELAMENTO / COTAS

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
***** SEGURO P A G O 21/12/2017

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA DE DOMÍNIO

LOCAL DATA
BAYEUX - PB 05/01/2018

32280



8290

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO SEGURO DPVAT

PB Nº 013929092998 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2017 05/01/2018

VIA CPF / CNPJ PLACA
1 05486479417 OEZ6240/PB
RENAVAM MARCA / MODELO
00382889363 HONDA / CG 125 FAN ES
ANO FAB. Nº CH / SSI
2011 9 9C2JC4120CR510556

PRÊMIO TARIFÁRIO

FIAS (R\$) DENATRAM (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)
***** ***** *****
CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) ROLA SERVIÇO FISCALIZADOR (R\$)
***** SEGURO P A G O
PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO
☐ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO 21/12/2017

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.688/0001-44

8290-0946383-20180105

SINCOR/PB

05 FEV. 2018