



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0368372/18

**Vítima:** GLEYSON BARBOSA DE LIMA

**CPF:** 074.580.634-16

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 25/12/2017

**Titular do CPF:** GLEYSON BARBOSA DE LIMA

**Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

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

**GLEYSON BARBOSA DE LIMA : 074.580.634-16**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 08/10/2018  
Nome: GLEYSON BARBOSA DE LIMA  
CPF: 074.580.634-16

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/10/2018  
Nome: ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA  
CPF: 109.758.064-40

\_\_\_\_\_  
GLEYSON BARBOSA DE LIMA

\_\_\_\_\_  
ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA

---

Rio de Janeiro, 11 de Outubro de 2018

**Aos Cuidados de:** GLEYSON BARBOSA DE LIMA

**Nº Sinistro:** 3180471947

**Vitima:** GLEYSON BARBOSA DE LIMA

**Data do Acidente:** 25/12/2017

**Cobertura:** INVALIDEZ

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180471947**.

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**



---

Rio de Janeiro, 11 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **GLEYSON BARBOSA DE LIMA**

Nº Sinistro: **3180471947**

Vitima: **GLEYSON BARBOSA DE LIMA**

Data do Acidente: **25/12/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

**Senhor(a),**

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180471947**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Declaração do Proprietário do Veículo autenticado

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

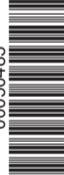
O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

**Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias**, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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**



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

---

**Rio de Janeiro, 09 de Abril de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3180471947**

**Vítima: GLEYSON BARBOSA DE LIMA**

**Data do Acidente: 25/12/2017**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

**Senhor(a), GLEYSON BARBOSA DE LIMA**

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento de oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



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

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

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

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

**É obrigatório Representante Legal para:**

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

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

mero do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

04.580.634-36

Nome completo da vítima

Gleison Barbosa de Lima

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Gleison Barbosa de Lima	04.580.634-36	Mecânico
Endereço	Número	Complemento
Rua São João de Castillo	29	
Bairro	Cidade	Estado
Jurubeba	JCSP-Pernambuco	PB
Email	CEP	Telefone (DDD)
voltv.sport@gmail.com	58055359	8399811-5088

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

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

- |  |  |   |  |
|--|--|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR    | <input type="checkbox"/> SEM RENDA                     | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00       | <input 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"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00 |  |

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

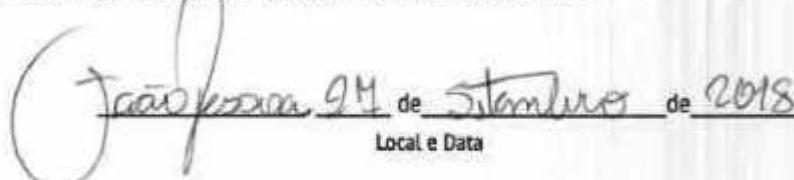
- BRADESCO (237)    BANCO DO BRASIL (001)    ITAÚ (341)  
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. 0034 D/V CONTA NRO. 31832 D/V  
 (Informar dígito se existir)      (Informar dígito se existir)

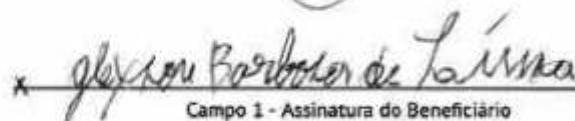
 **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome 03 OUT 2018 NRO. 514  
 AGÊNCIA NRO. 0034 D/V CONTA NRO. 31832 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 Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetuado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.



Local e Data



Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 01851.01.2018.1.00.420**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01851.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 15:40 horas do dia 26 de setembro 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 Dimiz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigação, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu **Gleyson Barbosa de Lima**, CPF nº 074.580.634-16, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Pedreiro, filho(a) de Maria de Lourdes Patrício Barbosa e Jose Wanduil de Lima, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 19/02/1980 (38 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Rodrigues Chaves, N° SN, complemento QD. 15, LT. 29, bairro Centro, tendo como ponto de referência Perto do Distrito Mecânico, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98639-3771.

**Dados do(s) Fatos:**

Local: Avenida Principal, Perto da Igreja, João Pessoa/PB, bairro Gramame; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 25/12/17 14:50h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97**

**ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

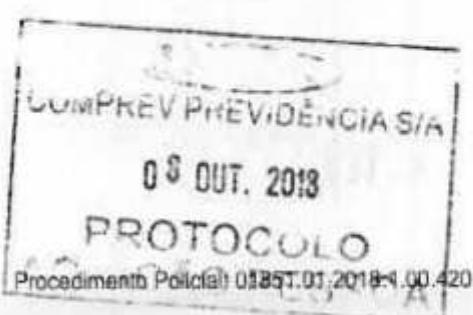
Que estava na garupa da MOTOCICLETA HONDA/NXR 150 BROS ES, LARANJA, ANO 2011, PLACA NPW8843/PB, CHASSI 9C2KD0550BR555845, registrada em nome de JOSE MOACIR PATRICIO BARBOSA e sendo conduzida por JOSE MOACIR PATRICIO BARBOSA (CPF. 050.779.064-24), quando foram atingidos na lateral esquerda por outra MOTO NÃO IDENTIFICADA vindo a cair ao solo; Que apenas o noticiante machucou-se no acidente; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme CERTIDÃO Nº 0541/2018, EXPEDIDO PELA DR<sup>a</sup> ROSSANA DE FATIMA DE ARAUJO BARBOSA, CRM/PB 3533, DATADO DE 05.04.2018, do Complexo Hospitalar de Mangabeira, para onde foi socorrido(a) pelo SAMU; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

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

João Pessoa/PB, 26 de setembro de 2018.

FABIANA DE LIMA BEZERRA  
Agente de Investigação

GLEYSON BARBOSA DE LIMA  
Noticiante



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

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

### INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima <i>Gleyson Barbosa de Lima</i>	CPF da Vítima <i>044.580.634-36</i>	Data do Acidente <i>05/10/2014</i>
---	--	---------------------------------------

### REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal <i>Gleyson Barbosa de Lima</i>	CPF do Representante legal <i>044.580.634-36</i>
Email <i>gleysonbarbosade.lima@gmail.com</i>	Telefone (DDD) <i>(11) 98100-0000</i>

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

#### Assinalar uma das opções abaixo:

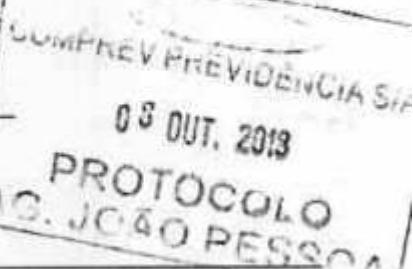
- Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha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

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

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

Local e Data

*Jáson Ferreira 97 de Setembro de 2013*



Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA  
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA - SAME



CNPJ 08.806.754/0015-40  
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA  
Av. Diógenes Chianca, 1777  
Água Fria - CEP 58053-900  
João Pessoa - PB

## DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 803/083, DECLARA para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 1928919, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente GLEYSON BARBOSA DE LIMA idade 38 anos, vítima de Acidente de Trânsito (Queda de Moto) no dia 25/12/2017, na Avenida principal, Bairro: Gramame - João Pessoa - aproximadamente às 14:50 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Complexo Hospitalar Tarcisio Burity (Ort trauma - Mangabeira).

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 23 de Março de 2018.

Jefferson da Rocha Augusto

Estatístico

CRE/5ª Região: 10171

Jefferson da Rocha Augusto

Matrícula: 67.155-6

Coordenação do SAME

SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA

03 OUT. 2018

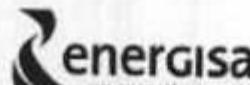
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

# DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Effeto para simples pagamento da nota fiscalizada de energia elétrica - Nº 012.037.140



EEG. MARQUES, Ribeira do Ap.  
ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 330, Km 25 - Distrito Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680  
CNPJ 00.005.183 / 0001-40 - Inscrição 14.015.823-0

## DADOS DO CLIENTE

MARIA DE LOURDES PATRÍCIO BARBOSA  
RUA SÃO JOÃO DE CASTILHO 29  
JOÃO PESSOA

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/325235-0

### REFERÊNCIA

SET/2018

### APRESENTAÇÃO

10/09/2018

### CONSUMO

122

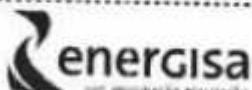
### VENCIMENTO

17/09/2018

### TOTAL A PAGAR

R\$ 107,35

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)



DESENQUE AGUA

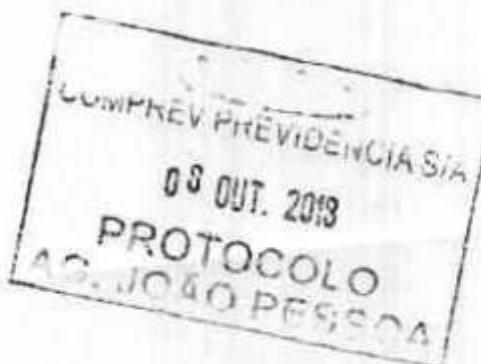
MARIA DE LOURDES PATRÍCIO BARBOSA

Rotativo: 04-001-136-1200

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 13/09/2018

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
17/09/2018	R\$ 107,35	325235-2018-08-1

(83) 99855-5088





## LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: <b>Gleyson Barbosa</b>		PRONTUÁRIO N°			
IDADE:	SEXO:	DOB:	CLÍNICA		
DATA DE ADMISSÃO: <b>23/12/17</b>	DATA DE ALTA: <b>27/12/17</b>		TEMPO DE PERMANÊNCIA		
DIAGNÓSTICO INICIAL:				CID	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: <b>Fx exposta do 2º, 3º molar</b>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS:					
PRINCIPAIS EXAMES:					
TRATAMENTO REALIZADO: <b>Realizado enxerto com ósio de K + hinc com fsp 0,9%</b>					
TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA					
INFECÇÃO F.O.	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	COLETA DE MATERIAL	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDICIONE DE ALTA	MELHORADO	REMOVIDO	A PEDIDO	CURADO	ÓBITO

### RESUMO CLÍNICO (HISTÓRICO EPISÓDICO, TERAPÉUTICO, COMPlicações)

**Palúria de tronco direito em febre desencadeante de mto. Abcesso axilar externo + inflam.**

### ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

#### DIETA:

REPOUSO: Relativo em casa por \_\_\_\_\_ dias.

Retorno às atividades sem esforço físico em \_\_\_\_\_ dias.

Retorno às atividades com esforço físico leve em \_\_\_\_\_ dias e com esforço maior em \_\_\_\_\_ dias.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavá-la com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA: **Cefalexina + Ave + Antigásico**

RETORNO Ao posto de saúde em \_\_\_\_\_ para retirada de pontos.  
Ao Ambulatório do **Kortney** em **30** dias para revisão.

**27/12/17**

**03 OUT. 2018**

DATA

PROTOCOLO

ASSE MÉDICO / CRM

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



## CERTIDÃO

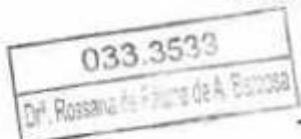
Nº. 0541/2018

Atendendo solicitação de **GLEYSON BARBOSA DE LIMA** de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação da Ficha de atendimento ambulatorial Nº89226 e Prontuário nº 2017.12.003489, pertencentes ao requerente que foi atendido dia 25/12/2017 ás 15H44min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em 2º e 3º dedos do pé esquerdo.

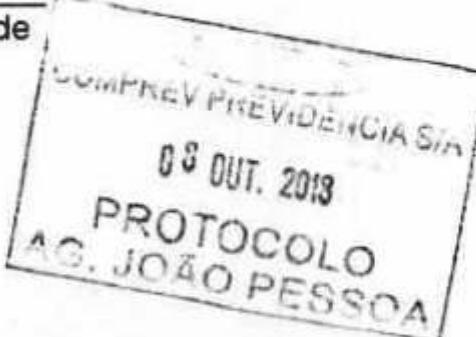
Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura exposta de 2º e 3º metatarso esquerdo + fratura exposta de 2º pododáctilo esquerdo da falange proximal. Realizado procedimento cirúrgico dia 25/12/2017 com alta médica dia 27/12/2017.

E para constar eu, Rossana de Fatima de Araújo Barbosa, Médica da Vigilância à saúde, data e assino a presente certidão.

João Pessoa, 05 de abril de 2018



Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/PB 3533



EFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA  
CO PLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY  
RUI AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N  
580 5-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980  
FAX: ( ) - CNPJ:

Ficha Nr: 89226 Attd: Nao Regulado  
Data: 25/12/2017  
Hora: 15:44:47  
Recepctionista: NARJARA DOS SANTOS ALVES  
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE Num. de vezes atendido: 1

Nome: GLEYSON BARBOSA DE LIMA Num. Prontuario: 2017.12.003489

CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 3015531 Fone: 0

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 19/02/1980 Id: 37 ano(s)

End.: RUA PROJETADA, OGERVASIO MAIA

Bairro: GRAMAME Cidade: JOAO PESSOA UF :PB

Mae: MARIA DE LOURDES PATRICIO BARBOSA Pai: JOSE WANDUIL DE LIMA

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: PEDREIRO (FORA EXCECOES) Estado Civil: NRO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA Escolaridade:

Resp.: GLEYSON BARBOSA DE LIMA

Tel/Doc. Responsavel: 0 / IDENTIDADE: 3015531

P\* encia: RUA

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: QUEDA DE MOTO HJ AS 15:00/EM GRAMAME

Vitima de violência por: CONDUTOR /ALCOOLIZADO

[ ] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA:	FR:	[X] Aparentemente Bem [ ] Grave
FC:	TP:	[ ] Politraumatizado [ ] Convulsao
Peso:	Altura:	[ ] Hemorragia [ ] Dispneia
Glicemia:	IMC:	[ ] Diarreia [ ] Agitado
Circ. Abd:	O2%:	[ ] Regular [ ] Chocado
		[ ] Vomito

C<sup>o</sup> a Principal

1. AENTE VITIMA DE COLISAO MOTO COM MOTO COM ESCORIACOES NEGA VOMITO E DESMAIO

Paciente vitima de queda de moto haja... pel...  
APL 198, em que se feriu na face e no abd.

História - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Uso raras poeas, comum indole vera excreta,  
objeto liso, glaus 15, ferido no dorso de pe e  
ambas coxas.

Diagnostico

Prescriçao

Atendida:

Abelio Souza para trat

L. P. M. 1033-PH/17

I. Conduta

an. Horario da medicacao

Cuidado Geral

CRNPG 6894

08 OUT. 2013

PROTÓCOLO  
C. JOAO PESSOA

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

## PROCEDIMENTO REALIZADO

ESTINO DO PACIENTE

- [ ] Residencia [ ] Transferido [ ] Desistencia [ ] UTI  
[ ] Alta a pedido [ ] Enfermaria Óbito: [ ] Atestado [ ] SVO [ ] IMI

**Assinatura do Paciente/Responsável**

Assinatura e Carimbo do Médico

UNIVERSITÀ PIRELLA GÖTTSCHE LOWE  
08 AGT. 2013  
ad Medico  
PROTACOLLO  
N. 60 PEG-074

## FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Glyson Barbosa de Lima Data da Admissão: 15/12/17

Prontuário: \_\_\_\_\_ Idade: 27 Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_

Nome da Mãe: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_

Sexo: F( ) M( ) Cor: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Religião: \_\_\_\_\_

Escolaridade: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: / /

QPD: Parente em pé Enquanto apo higi

HDA: Parente vítima de queda de moto hoje resultando  
em fratura fêmur e encontro em  
todo corpo. Parente alcoolizado

Medicações em uso: \_\_\_\_\_

### **Interrogatório Sintomatológico:**

**Geral:** [ ]Febre [ ]Astenia [ ]Anorexia [ ]Perda de Peso \_\_\_\_\_ Kg em \_\_\_\_\_ [ ]Prurido [ ]Sudorese  
[ ]Calafrios [ ]Alopecia [ ]Adenomegalias [ ]Icterícia [ ]Tonturas [ ]Outros: \_\_\_\_\_

**Pele:** \_\_\_\_\_

**Cabeça e PESCOÇO:** [ ]Cefaléia [ ]Espirros [ ]Rinorréia [ ]Obstrução Nasal [ ]Epistaxe  
[ ]Dor de Garganta [ ]Bócio [ ]Rouquidão [ ]Disfagia Audição: \_\_\_\_\_ Visão: \_\_\_\_\_

**AR e ACV:** [ ]Dor \_\_\_\_\_ [ ]Tosse [ ]Expectoração [ ]Hemoptise  
[ ]Dispneia [ ]Palpitações [ ]Desmaio [ ]Cianose [ ]Edema \_\_\_\_\_ Outros: \_\_\_\_\_

**ABD:** [ ]Dor \_\_\_\_\_ [ ]Pirose [ ]Soluço [ ]Regurgitação [ ]Hematêmese [ ]Náuseas  
[ ]Vômitos [ ]Dispepsia [ ]Diarréia [ ]Melena [ ]Enterorragia [ ]Constipação [ ]Aumento de volume

**AGU:** [ ]Disúria [ ]Incontinência [ ]Retenção [ ]Poliúria [ ]Oligúria [ ]Noctúria [ ]Hematúria  
[ ]Mal Cheiro [ ]Corrimento [ ]Outras: \_\_\_\_\_

**SME:** [ ]Dor \_\_\_\_\_ [ ]Rigidez pós-reposo [ ]Deformidades  
[ ]Artralgia [ ]Calor [ ]Rubor [ ]Edema [ ]Crepitação [ ]Fraqueza [ ]Atrofia [ ]Espasmos

**SN e PSQ:** [ ]Insônia [ ]Sonolência [ ]Convulsões [ ]Motricidade e Sensibilidade \_\_\_\_\_  
[ ]Amnésia [ ]Libido [ ]Humor

03 OUT. 2013  
PROTOCOLO  
JOÃO PESSOA

**Antecedentes Pessoais e Hábitos:**

Doenças Anteriores: \_\_\_\_\_

Alergias: \_\_\_\_\_

Cirurgias: \_\_\_\_\_ [ ] JHTF

[ ] HAS [ ] DMD [ ] TBC [ ] HEP [ ] Dislipidemia [ ] Banho de Rio [ ] Casa de Taipa \_\_\_\_\_

[ ] Trauma \_\_\_\_\_ [ ] Neo \_\_\_\_\_ [ ] Tabagismo \_\_\_\_\_

[ ] Alcoolismo \_\_\_\_\_

Exercício Físico: \_\_\_\_\_ Alimentação \_\_\_\_\_

**Antecedentes Familiares:**

HA \_\_\_\_\_ DM \_\_\_\_\_ TB \_\_\_\_\_ NEO \_\_\_\_\_

Dislipidemias \_\_\_\_\_ ♡ \_\_\_\_\_

**Exame Físico:**

Peso: \_\_\_\_ Kg Altura: \_\_\_\_ m IMC = \_\_\_\_\_ PA= \_\_\_\_\_ mmHg

FC= \_\_\_\_\_ FR= \_\_\_\_\_ TEMP(°C)= \_\_\_\_\_

Geral: \_\_\_\_\_

Cabeça e PESCOÇO (ORF e Otoscopia): \_\_\_\_\_

Gânglios: \_\_\_\_\_

Pele: \_\_\_\_\_

ACV: \_\_\_\_\_

AR: \_\_\_\_\_

AB: \_\_\_\_\_

AGU: \_\_\_\_\_

SME: \_\_\_\_\_

SN: \_\_\_\_\_

Resultados de Exames Complementares: Rx evid. frat. exosto de Pé E

2<sup>o</sup> e 3<sup>o</sup> metatarso Eng + frat. da falange proximal da2<sup>o</sup> PDD.Hipóteses Diagnósticas: Ex- exosto de II<sup>o</sup> e III<sup>o</sup> metatarso Eng +frat. exosto da falange proximal de II<sup>o</sup> PDD.

Conduta: histerização para o cirurgião

RIT  
Dr. Kartner

03 OUT. 2013

PROTÓCOLO



## **RELATÓRIO DE CIRURGIA**

Nome: Gleison Barbosa de Lima				Registro:
Idade: 37a	Sexo: Mas	Cor:	Clínica:	EMP: LR:
Data: 05/12/17	Cirurgião: Dr. Kaitney			1º Assistente: Kiyoshi
2º Assistente:	3º Assistente:			Instrumentador:
Anestesista: Dr. Roberto	Tipo Anestesia: Raquitomia		Horário: I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID
Frat. exposta de II <sup>o</sup> e III <sup>o</sup> Metatarso Eng. + frat exposta de II <sup>o</sup> PDEng. palavipa proximal				
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID
O membro				
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO
frat. limpa a frat exposta de II <sup>o</sup> e III <sup>o</sup> Metatarso Eng + LMC + Enxadaamento de tec. devitalizado - descartado e anel fisiológico				
Acidente durante Ato Cirúrgico				1 ( ) Sim 2 (x) Não
Biópsia de Congelação:				1 ( ) Sim 2 (x) Não
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: (x) Enfermaria 2( ) Terapia Intensiva 3( ) Residência 4( ) Óbito durante o Ato Cirúrgico				08 OUT. 2013 PROTOCOLO AG. INÇÃO PESSOA

## DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

**Posição e Preparo:**

- ① Paciente em DDH sob anest.
- ② Aneprox + anti náusea
- ③ aspiração de caixas artículas

**Incisão:** ④ Ausplanação de fundo exposto.

**Achados:** ⑤ Fratura de 2º e 3º metatarso L.

**Conduta:**

- ⑥ Lavagem mecânica. Clampro exantem com SFGK com soro fisiológico.
- ⑦ Desbridamento de tecidos devitalizados.
- ⑧ Fixação com 2 fios de K nº 2 mm + Redução de fratura de 3º e 4º metatarso Eng. sob Expos.
- ⑨ lavagem com soro fisiológico.

**Fechamento:**

- ⑩ Sutura de fundo exposto. com Nylo n: 2-0
- ⑪ evanescência com tecido gaze estéril
- ⑫ falso botão

**OBS:**

03 OUT. 2018

PROTOCOLO

AB. JOÃO PESSOA

Data: 25/12/17

Dr. João Braga  
CRM 102.220

Rit Dr.  
MÉDICO/CRM  
Katney



VALDO SOLENTI COM PROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

Vestimento  
19/02/1980

GENOVESE DE LIMA

OTÁVIO SOLENTI

GRUPO  
GARANTIA DE INVESTIMENTO

VALDO