

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0368372/18

Vítima: GLEYSON BARBOSA DE LIMA

CPF: 074.580.634-16

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 25/12/2017

Titular do CPF: GLEYSON BARBOSA DE LIMA

CPF de: Próprio

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 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

GLEYSON BARBOSA DE LIMA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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

Carta nº 13469399



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** 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 13471913



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").

Número do Sinistro ou ASI

CPF da Vítima

074.580.634-16

Nome completo da vítima

Gleyson Barbosa de Lima

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Gleyson Barbosa de Lima		CPF titular da conta 074.580.634-16	Profissão Pedreiro
Endereço Rua São João de Castilho		Número 24	Complemento
Bairro Tucuruva	Cidade João Pessoa	Estado PB	CEP 58011-310
Email nobru.opart@gmail.com		Telefone (DDD) (83) 99811-5088	

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

☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ 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 8
 (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome NRO. 00000000000000000000
 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.

João Pessoa 24 de Setembro de 2018
 Local e Data

x Gleyson Barbosa de Lima
 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 Diniz 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, Nº 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:

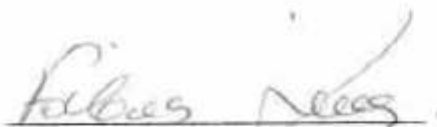
Local: Avenida Principal, Perto da Igreja, João Pessoa/PB, bairro Gramame; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 25/12/17 14:50h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

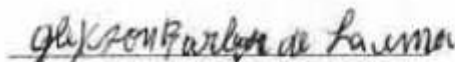
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

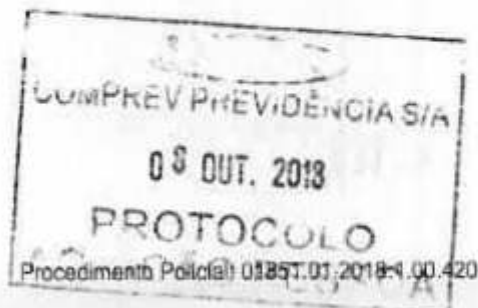
Que estava na garupa da MOTOCICLETA HONDA/NXR 150 BROS ES, LARANJA, ANO 2011, PLACA NPW8843/PB, CHASSI 9C2KD0550BR555845, registrada em nome de JOSE MOACIR PATRICIO BARBOSA e sendo conduzida por JOSE MOACIR PATRICIO BARBOSA (CPF. 050.779.064-24), quando foram atingidos na lateral esquerda por outra MOTO 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 DRª 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, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, excepo 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



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>Gláucia Barbosa de Lima</i>	CPF da Vítima <i>044.580.634-86</i>	Data do Acidente <i>05/10/2013</i>
---	--	---------------------------------------

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

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

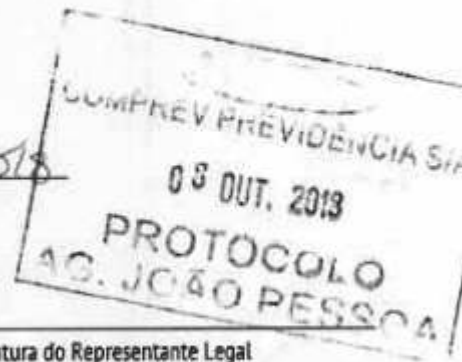
Assinalar uma das opções abaixo:

- ☐ 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.

<p><i>João Pessoa 24 de Setembro de 2013</i></p> <p>Local e Data</p>	<p><i>Gláucia Barbosa de Lima</i></p> <p>Campo 1 - Assinatura do Beneficiário</p>	<p><i>Gláucia Barbosa de Lima</i></p> <p>Campo 2 - Assinatura do Representante Legal</p>
--	---	--



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

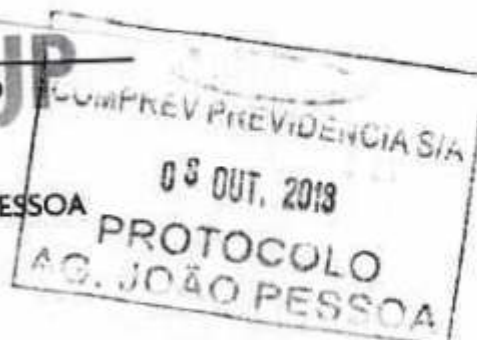
O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 803/083, **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 1928919, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente **GLEYSON BARBOSA DE LIMA** 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 Tarcísio Burity (Ortotrauma - Mangabeira).

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 23 de Março de 2018.

Jefferson da Rocha Augusto
Estatístico
CRE/S* Região: 10171

Jefferson da Rocha Augusto
Matrícula: 67.155-6
Coordenação do SAME
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA

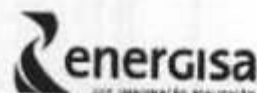


DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-vida de conta.

Bolero para serviços pagamento de nota fiscalizada de energia elétrica - Nº 012.037.140



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Centro Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-600
CNPJ 06.686.183 / 0001-40 - Insc. Est. 15.815.823-0

DADOS DO CLIENTE

MARIA DE LOURDES PATRICIO BARBOSA
RUA SAO JOAO DE CASTILHO 29
JOAO 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



DESTINQUE AQUI

MARIA DE LOURDES PATRICIO BARBOSA

Telefone: 04-001-136-1200

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

VENCIMENTO

17/09/2018

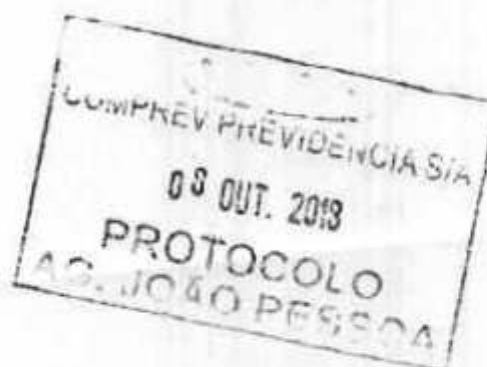
TOTAL A PAGAR

R\$ 107,35

MATRÍCULA

325235-2018-09-1

(83) 99835-5088





LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME		Gleyson Barbosa		PRONTUÁRIO Nº	
IDADE	SEXO	COR	CLÍNICA	ENF	LEITO
DATA DE ADMISSÃO		DATA DE ALTA		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
23/12/17		27/12/17			
DIAGNÓSTICO DICIAL					CID
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO					
Fratura do 2º, 3º metacarpo					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES					

PROCEDIMENTO REALIZADO			
Realizado fixação com fio de K + hanc com 18 0,9!			
TERAPIA MEDICAMENTOSA			
ANATOMIA PATOLÓGICA			
INFECÇÃO F.O.	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	COLETA DE MATERIAL	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
RESULTADO BACTERIOLOGIA			
EVOLUÇÃO DE ALTA	MELHORADO	REMOVIDO	A PEDIDO
			CURADO
			ÓBITO

RESUMO CLÍNICO	(HISTÓRIA EVOLUÇÃO TERAPÊUTICA COMPLICAÇÃO)
Fratura de terceiro dedo em 1º grau do acidente de moto. Apresenta fratura extensa + infiltração	

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:	Lava-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 + Aine + Analgésico

RETORNO	Ao posto de saúde em _____ para retirada de pontos.
	Ao Ambulatório do Dr. Kariney em 30 dias para revisão.
DATA	27/12/17
	03 OUT. 2018
ASS. MÉDICO / CRM	
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar	
Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO	
TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.	

06

CERTIDÃO

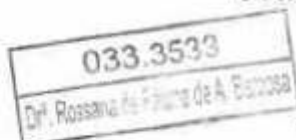
Nº. 0541/2018

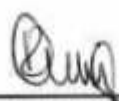
Atendendo solicitação de **GLEYSON BARBOSA DE LIMA** de acordo com buscas realizadas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Buritty, certifico a constatação da Ficha de atendimento ambulatorial Nº89226 e Prontuário nº 2017.12.003489, pertencentes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

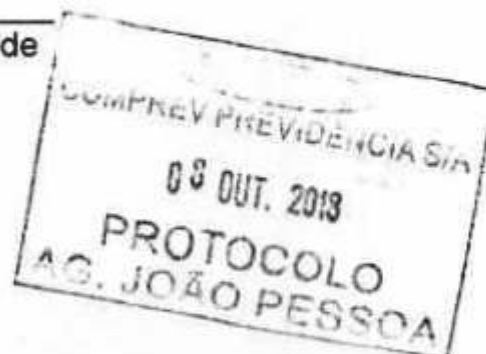
Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura exposta de 2º e 3º metatarso esquerdo + fratura exposta de 2º pododáctilo esquerdo da falange proximal. Realizado procedimento cirúrgico dia 25/12/2017 com alta médica dia 27/12/2017.

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

João Pessoa, 05 de abril de 2018




Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3533



CO PLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY

Data: 25/12/2017

RUI AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N

Hora: 15:44:47

580 5-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980

Recepcionista: NARJARA DOS SANTOS ALVES

FAX: () - CNPJ:

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: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: GLEYSON BARBOSA DE LIMA

Tel/Doc. Responsavel: 0 / IDENTIDADE: 3015531

End.: RUA

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

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

Vitima de violència por: CONDUTOR /ALCOOLIZADO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA:

FR:

[X] Aparentemente Sem [] Grave

FC:

TP:

[] Politraumatizado [] Convulsao

Peso:

Altura:

[] Hemorragia [] Dispneia

Glicemia:

IMC:

[] Diarreia [] Agitado

Circ. Abd:

O2%:

[] Regular [] Chocado

[] Vomito

Observacao

Causa Principal

1. PACIENTE VITIMA DE COLISAO MOTO COM MOTO COM
ESCORIAÇOES NEGA VOMITO E DESMAIO

*Paciente vítima de queda de moto no asfalto, pelo
APR 1982, com quebra de fêmur na região da coxa direita.*

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Visuagem normal, com membros superiores e inferiores, membros superiores e inferiores, membros superiores e inferiores, membros superiores e inferiores.

Diagnostico

Conduta

Prescricao

Prescricao da medicacao

Prescricao da medicacao

Prescricao da medicacao

Prescricao da medicacao

IMPRESSO PREVIDENCIA S/A
08-OUT-2018
PROTOCOLO
AC. JOAO PESSOA

Dr. Hugo Dias Alves
Cirurgião Geral
CRM/PB 6894

Dr. Hugo Dias Alves
Cirurgião Geral
CRM/PB 6894

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ liberacao

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

[] Residencia [] Transferido [] Desistencia [] UTI
[] Alta a pedido [] Enfermaria Obito: [] Atestado [] SVO [] IML

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Gláucia Barbra de Lima Data da Admissão: 25/12/17
 Prontuário: _____ Idade: 27a Enfermaria: _____ Leito: _____
 Nome da Mãe: _____
 Endereço: _____ Bairro: _____
 Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
 Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
 Escolaridade: _____ Data de Nascimento: 1/1/

QPD: Prontuário empi Esquema de hoje
 HDA: Prontuário vítima de queda de leito hoje resultando em fratura de fêmur esquerdo + lesões em todo corpo. Prontuário atualizado

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
☐ Dispnéia ☐ Palpitações ☐ Desmaio ☐ Cianose ☐ Edema _____ Outros: _____

ABD: ☐ Dor _____ ☐ Pirose ☐ Solução ☐ Regurgitação ☐ Hematemese ☐ 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-reposou ☐ Deformidades
☐ Artralgia ☐ Calor ☐ Rubor ☐ Edema ☐ Crepitação ☐ Fraqueza ☐ Atrofia ☐ Espasmos

SN e PSO: ☐ Insônia ☐ Sonolência ☐ Convulsões ☐ Motricidade e Sensibilidade
☐ Amnésia ☐ Libido ☐ Humor

03 OUT. 2013
 PROTOCOLO
 JOÃO PESSOA

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____ [] HTF

[] HAS [] DM [] TB [] 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 abd. hat exposta de P^o E,*

2^o e 3^o Metatarsos Enq. + fat. dos falanges proximais de

2^o PDD

Hipóteses Diagnósticas: *Ex. exposta de II^o e III^o Metatarsos Enq. +*

fat. exposta de falange proximal de II^o PDD.

Conduta: *internação para o cirúrgico.*

R1 +

Dr. Karth

03 OUT. 2013

PROTÓCOLO

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58065-354, Mangabeira II, João Pessoa - PB

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>Gleyson Barbosa de Lima</u>				Registro:	
Idade: <u>37a</u>	Sexo: <u>hom</u>	Cor:	Clínica:	EMP:	LR:
Data: <u>25/12/17</u>	Cirurgião: <u>Dr. Kartney</u>			1º Assistente: <u>Diogo R.</u>	
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista: <u>Dr. Roberto</u>		Tipo Anestesia: <u>Raquiambiot</u>		Horário: I:	T:

DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO	CID
<u>Fract. exposta de II e III Metatarsos Esq.</u>	
<u>+ fract. exposta de II° P.D. Esq. falange proximal</u>	

DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO	CID
<u>O mesmo</u>	

PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)	CÓDIGO
<u>Trat. Cirúrgico de fract. exposta de II e III° Metatarsos Esq.</u>	
<u>LMC + Desbridamento de fer. de fratura distal fixação com 2 fios de Kirsch</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico	1 () Sim 2 (x) Não	Descreva:
Biópsia de Congelação:	1 () Sim 2 (x) Não	
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:		
1 (x) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico		

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- ① Paciente em DDA sob anest. g.
- ② Anestesia + antiemético
- ③ aplicação de campos estímulos

Incisão:

- ④ Ampliação de ferida exposta.

Achados:

- ⑤ Fratura de 2º e 3º Metacarpo E.

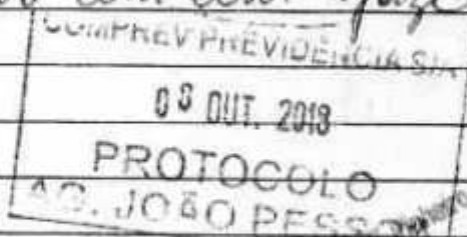
Conduta:

- ⑥ Limpeza Mecânica Cirúrgica Exantese causada por soro fisiológico.
- ⑦ Isolamento de tendões desnervados.
- ⑧ Fixação com 2 fios de K nº 2 mm + Redução da fratura de 2º e 3º Metacarpo Esq. sob Expor.
- ⑨ Lavagem com sol fisiológico.

Fechamento:

- ⑩ Sutura de ferida cirúrgica com Nylon 2-0
- ⑪ Sutura de pele com fio de seda
- ⑫ Tala bota

OBS:



Data:

25/12/17

MÉDICO/CRM

Rit. Dr. Katny

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.015.531 - 2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 30/03/2010

NOME GLEYSON BARBOSA DE LIMA

FILIAÇÃO JOSÉ WANDUIL DE LIMA
MARIA DE LOURDES PATRICIO BARBOSA

NACIONALIDADE DATA DE NASCIMENTO
JOÃO PESSOA-PB 19/02/1980

SOC ORDEM NASC.N.14532 FLS.74.V LIV.A.15
CARTÓRIO 3º JOÃO PESSOA-PB

Assinatura do titular

LEI Nº 7.115 DE 20/06/83

2163

ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA IDENTIFICAÇÃO
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Gleyson Barbosa de Lima

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

TÍTULO ELEITORAL IDENTIFICAÇÃO BIOMÉTRICA

NOME DO ELEITOR
GLEYSON BARBOSA DE LIMA

DATA DE NASCIMENTO 19/02/1980 Nº IDENTIFICAÇÃO 0363 0455 1279 ZONA 070 SEÇÃO 0560

MUNICÍPIO/UF
JOÃO PESSOA/PB DATA DE EMISSÃO 04/11/2013

JUIZ ELEITORAL

Assinatura do titular

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

PROVIDÊNCIAS SIN

03 OUT. 2013

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

Gleyson Barbosa de Lima

ASSINATURA DO IMPRESSÃO DIGITAL DO ELEITOR

MINISTÉRIO DA FAZENDA



Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
074.580.634-16

Nome
GLEYSON BARBOSA DE LIMA

Nascimento
19/02/1980

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO