

Rio de Janeiro, 12 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **SERGIO EDUARDO FARIAS DE SOUSA**

Nº Sinistro: **3180156934**

Vitima: **SERGIO EDUARDO FARIAS DE SOUSA**

Data do Acidente: **03/12/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180156934**.

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 12644173



Rio de Janeiro, 18 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **SERGIO EDUARDO FARIAS DE SOUSA**

Sinistro: **3180156934**

Vítima: **SERGIO EDUARDO FARIAS DE SOUSA**

Data do Acidente: **03/12/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **NILO TRIGUEIRO DANTAS**

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 3180156934** 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, 04 de Maio de 2018

Carta nº: 12749099

A/C: SERGIO EDUARDO FARIAS DE SOUSA

Nº Sinistro: 3180156934
Vítima: SERGIO EDUARDO FARIAS DE SOUSA
Data do Acidente: 03/12/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: NILO TRIGUEIRO DANTAS

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: SERGIO EDUARDO FARIAS DE SOUSA

Valor: R\$ 945,00

Banco: 001

Agência: 000000657-2

Conta: 000010026953-2

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	945,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 70%) 7,00%

Valor a indenizar: 7,00% x 13.500,00 =	R\$	945,00
--	-----	--------

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



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

112.075.084-97

Nome completo da vítima

Sérgio Eduardo Farias de Sousa

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Sérgio Eduardo Farias de Sousa		CPF titular da conta 112.075.084-97	Profissão Estudante
Endereço Rua Francisco Patrício de Araújo		Número 198	Complemento
Bairro Primeira	Cidade Cuité	Estado PB	CEP 58.175-000
Email		Telefone (DDD) (33) 99932-5490	

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.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

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

BANCO

Nome

NRO

BANCO DO BRASIL

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

0657

2

26553

0

(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.

Picuí - PB, 05 de março de 2018

Local e Data

Sérgio Eduardo Farias de Sousa

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 124/2018

Aos **5 de março de 2018**, nesta cidade de **CUITÉ**, Estado da Paraíba e na **Delegacia de Polícia Civil**, sob a responsabilidade da Autoridade Policial, Bel.(a) **ELIAS JOSÉ RODRIGUES SILVA**, Delegado de Polícia Civil, comigo **LUCIANA MEDEIROS COSTA**, ao final assinado, ai, por volta das **09:32** horas, compareceu **SÉRGIO EDUARDO FARIAS DE SOUSA**, conhecido(a) por **SÉRGIO**, nacionalidade **BRASILEIRO**, estado civil **SOLTEIRO**, ocupação habitual **ESTUDANTE**, grau de instrução **ENSINO MÉDIO**, com **21** anos de idade, nascido(a) aos **01/03/1997** em **CAMPINA GRANDE - PB**, filho(a) de **MANUEL MIGUEL DE SOUSA** e **MARIA DAS GRAÇAS FARIAS SANTOS**, portador(a) de Cédula de Identidade Nº **3.983.684**, expedido pela **SSDDS/PB**, **CNH REGISTRADA SOB O NÚMERO 06680710592** e C.P.F. de Nº **112.075.084-97**, residindo no seguinte endereço **RUA FRANCISCO PATRÍCIO, 198 - CENTRO**, cidade de **CUITÉ - PB**, telefone: () , celular: **(083) 99824-6990**, a(o) qual, ciente das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, Declarou que:

NO DIA 03/12/2017, POR VOLTA DAS 19H, PILOTAVA A MOTOCICLETA HONDA/CG 150 TITAN ESD, PLACA NOD 6547/JAÇANÃ-RN, CHASSI 9C2KC1650BR556840, RENAVAM 00350815534, LICENCIADA EM NOME DE ROGÉRIO ARAÚJO SANTOS, NA BR 104, NA CIDADE DE NOVA FLORESTA, JÁ NA SAÍDA PARA JAÇANÃ/RN, QUANDO SURTIU UMA MOTO NA SUA FRENTE, COMO SE QUIZESSE PARÁ-LO; QUE TENTOU LIVRAR-SE DA COLISÃO, MAS, SEGUNDO O NOTICIANTE, IÁ PARA UM LADO E O PILOTO DA OUTRA MOTO TAMBÉM, TERMINANDO POR COLIDIR COM O NOTICIANTE; QUE, UMA VIATURA DO SAMU SOCORREU O CONDUTOR DA OUTRA MOTOCICLETA E O NOTICIANTE FOI SOCORRIDO POR UM VEÍCULO DESTA CIDADE PARA O HOSPITAL DE CUITÉ, DE ONDE FOI ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DE CAMPINA GRANDE, ONDE FOI SUBMETIDO A UMA CIRURGIA, CONFORME DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA; POSTERIORMENTE FOI ENCAMINHADO AO HOSPITAL REGIONAL DE PICUI, ONDE SUBMETEU-SE A UMA SEGUNDA CIRURGIA NO PUNHO DIREITO, CONFORME DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA; QUE APRESENTA COMO TESTEMUNHAS: 1) EDILSON MOREIRA LIMA JUNIOR, PORTADOR DO RG 4.263.843 SSP/PB, CPF 702.351.294-29, RESIDENTE NA RUA MIN. JOSÉ AMÉRICO DE ALMEIDA, S/N - CENTRO - CUITÉ/PB; 2) KLEBER ROBERTO DA SILVA, PORTADOR DO RG 3.052.309 SSP/PB, CPF 082.826.134-28, RESIDENTE NA RUA MIN. JOSÉ AMÉRICO DE ALMEIDA, S/N - CENTRO - CUITÉ/PB. **Nada mais havendo a tratar, depois de lido e achado conforme, vai por mim e pelo(a) noticiante assinada.**

Sérgio Eduardo Farias de Sousa
SÉRGIO EDUARDO FARIAS DE SOUSA
Noticiante

Luciana Medeiros Costa
LUCIANA MEDEIROS COSTA
Responsável pelo registro



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

Sergio Eduardo Farias de Sousa

CPF da Vítima

112.075.084-97

Data do Acidente

03.12.2017

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.

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

03 ABR. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Picuí - PB, 05 de março de 2018

Local e Data

Sergio Eduardo Farias de Sousa

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Estado da Paraíba
Secretaria Municipal de Saúde
HOSPITAL MUNICIPAL DE CUITÉ

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de direito que o paciente SERGIO EDUARDO FARIAS DE SOUSA, deu entrada nesta Unidade Hospitalar dia 03/12/2017 e em seguida foi encaminhada o Hospital de Trauma de Campina Grande no veículo GOL placa QFY 6509.

Magna Juciene de Melo Silva
Apoiadora do Departamento Administrativo

Magna Juciene de Melo Silva
Apoiadora do Departamento Administrativo



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 27/04/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 945,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SERGIO EDUARDO FARIAS DE SOUSA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00657-2

CONTA: 000010026953-2

Nr. da Autenticação BCA88DE3568FE3FB

SERGIO EDUARDO FARIAS DE SOUSA
RUA FRANCISCO PATRICIO DE ARAUJO, 199 - JAIME PEREIRA
CURITE / PB CEP: 58175000 (AQ: 80)



Emissão: 12/01/2018 Referência: Jan / 2018
Classe/Rubric: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO
Roteiro: 7 - 105 - 20 - 3040

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Cadastrado em: João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 08.095.163/0001-40 Insc. Est. 16.015.823-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 000.498.606
Cód. para Déb. Automático: 00002445740

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesso: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF / CNPJ / RANI
Jan / 2018	12/01/2018	09/02/2018	11207508497

UC (Unidade Consumidora): 5/244574-0
Insc. Est.

Canal de contato

- Compartilhe sua energia conosco também nas redes sociais. Estamos presentes no facebook.com/bfenergisa e no Twitter (@energisa), sempre que precisar da gente. Queremos estar sempre próximos!

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
14/12/17	32584	12/01/18	32672	1	88	29

Demonstrativo									
CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa/cf	Valor Base Calc.	Alíq.	ICMS(%)	Base Calc.	Pot(%)	Consumo(%)
0801	Consumo em kWh	88,000	0,714770	62,90	62,90	25	15,72	62,90	0,85
0801	Adic. B. Vermelha			2,21	2,21	25	0,55	2,21	0,02
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0807	CONTRIBUIÇÃO ILUM. PÚBLICA			4,08	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0804	JUROS DE MORA 12/2017			0,08	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0805	MULTA 12/2017			1,14	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0805	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 12/2017			0,04	0,00	0	0,00	0,00	0,00

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
30 ABR. 2018
PROTOCOLO
A3. JOÃO PESSOA



CTC RECIFE PE PL7

NILO T DANTAS
RUA ROLDAO Z DE MACEDO 145
JK
58187-000 PICUI - PB



Postagem: 26/12/2017

Vencimento: 05/01/2018

7213195086257980000000184430281217

Cartão
Ourocard Mastercard Gold
Nº 5464 **** * 2215

Pag 001 de 002

Data prevista para o fechamento da próxima fatura: 24/01/2018

Vencimento:
05/01/2018

Atenção:

- Em caso de pagamento inferior ao valor total, o cliente deverá arcar com as taxas e encargos apontados nesta fatura, incidentes sobre a diferença entre o valor total e o valor pago.
- Caso seja efetuado exatamente o pagamento mínimo, na próxima fatura poderão ser cobrados encargos financeiros de, no máximo, **R\$ 0,90**. Consulte o CET no quadro Custo Efetivo Total desta fatura. Item Crédito Rotativo/Saques.

Valor Total:R\$ **504,26**

Pagamento mínimo:

R\$ **494,31****> Total da Fatura**

Saldo - R\$ 504,26
Saldo convertido - R\$ 0,00
Total da fatura - R\$ 504,26

> Resumo em Real

Saldo anterior 500,43
Pagamentos/Créditos - 500,43
Compras/Débitos 504,26
Saldo - R\$ 504,26
Saldo parcelado 0
faturas futuras

> Resumo em Dólar

Compras/Saques 0,00
Outros débitos 0,00
Créditos 0,00
Saldo atual - US\$ 0,00
Taxa de conversão 0,0000
Saldo convertido - R\$ 0,00

1 - A variação cambial a crédito ou a débito entre o dólar informado na fatura e a data do vencimento/pagamento, será lançada na próxima fatura, sem encargos.

> IOF e Encargos nesta Fatura

IOF 1,90
Retiradas e uso do limite de crédito rotativo
Encargos 0,00
Retiradas na função crédito
Uso do limite de crédito rotativo 5,42

> Limites

Total para transação à vista 6.400
Saques (incluído no total transação à vista) 6.400
Total para transações parceladas 0
Crédito 0

Consulte seus limites disponíveis, acesse www.bb.com.br

> Ponto pra Você/Livelo

Consulte pontos a prescrever e saldo atual - **caixas eletrônicas: Ponto pra Você > Prog Recompensas**
- **internet: Ponto pra Você > Dem. Acum. Pontos**
- **Aplicativo BB no mobile: Ponto pra Você > Dem. Acum. Pontos**

> Encargos Financeiros

	1	2
Crédito Rotativo	9,89	9,89
Crédito Parcelado	9,30	9,30
Juros de mora	1,00	1,00
Multa por atraso	2,00	2,00

1 - Para o período - % ao mês
2 - Máximo para o próximo período - % ao mês

> Tarifas

Consulte as tarifas do seu cartão na Tabela de Tarifas do Banco do Brasil, disponível em todas as agências ou acesse www.bb.com.br

> Uso no Exterior

E preciso habilitar seu Ourocard antes de utilizá-lo no exterior ou em sites hospedados fora do Brasil.

> Custo Efetivo Total (CET)

Serviços	Taxa ao Mes (%)	Taxa ao Ano (%)	IOF Adicional (%)	IOF Diário (%)	CET ao Ano (%) ²
Crédito Rotativo Saques ¹	9,89	210,09	0,38	0,0082	224,19
Parcelado administrado ³	9,30	190,69	0,38	0,0082	192,53
Pagamento de Contas (parcelado) ⁴	7,35	134,22	0,38	0,0062	138,05

1 - Taxas vigentes até o vencimento desta fatura, sujeito a alterações para o próximo período. Para clientes que aderiram ao pacote BOMPRATODOS, a taxa de crédito do rotativo e saque Brasil será de 15,00% ao mês, CET 499,28 ao ano, a partir do vencimento da próxima fatura.

2 - Resultado de incidência da Taxa ao ano, IOF Adicional e IOF Diário projetado para o período de um ano.

3 - Taxas de juros sujeitas a alterações. Em caso de dúvidas, consulte o Central de Atendimento BB.

4 - Os serviços não estão disponíveis para clientes não-comerciais do Banco do Brasil.

Obs.: Tarifa de Saque: R\$ 6,00 por evento. Tarifa de Pagamento de Contas: R\$ 4,00 por evento.

BANCO DO BRASIL

001-9 00194.52101 00053.167276 80000.000663 5 000

Nome do Pagador/CPF/CNPJ/Endereço/Cidade/UF/CEP NILO T DANTAS - CPF 047.951.774-65

RUA ROLDAO Z DE MACEDO 145 - JK - 58187-000 - PICUI - PB

Assinatura / Avalista

Nosso Número

00000000053167276

Nº do documento

Data de Vencimento

05/01/2018

Valor Documento

504,26

Valor Pago

Nome do Beneficiário/CPF/CNPJ/Endereço

Banco do Brasil S.A. - CNPJ nº 00.000.000/0001-01 - SBS Qd. 01 - SlA lote 31 - Ed Sede 1 - 2º ss - 70073-900 Brasília (DF)

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
31 ABR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/bibliotecaWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CD=163-29636>

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 NILO TRIGUEIRO DANTAS inscrito (a) no CPF/CNPJ 047.951.774 / 65 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário SERGIO EDUARDO FARIAS DE SOUZA inscrito (a) no CPF sob o Nº 112.075.084 / 97 do sinistro de DPVAT cobertura AVIÃO da Vítima SERGIO EDUARDO FARIAS DE SOUZA inscrito (a) no CPF sob o Nº 112.075.084 / 97, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

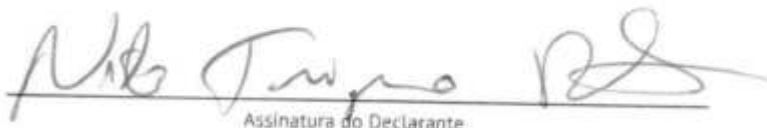
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço		Número	Complemento
Rua Roldão Zacarias de Macedo		145	casa
Bairro	Cidade	Estado	CEP
JK	Picuí	PB	58187-000
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)
nilotdantas@hotmail.com		(83)33712274	(83) 999125490

Picuí/PB, 19 de Maio de 2018

Local e Data



Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Rogério Araújo Santos,
RG nº 003.443.094, data de expedição 25/09/2012
Órgão SSP/RN, portador do CPF nº 107.719.614-80, com
domicílio na cidade de NOVA FLORESTA, no Estado de
PB, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua FERNÃO FLORENTINO, nº 412,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Sílcio Eduardo F. de Sousa, cujo o condutor era
o mesmo.

Veículo: motocicleta
Modelo: Honda CG 150 Titan ES
Ano: _____
Placa: NOD 65471 - Paraíba
Chassi: 962 KC 1650 BR 556840
Data do Acidente: 03.12.2017
Local e Data: Picada PB, 05 de março de 2018

RECONHECIMENTO

Rogério Araújo Santos
Assinatura do Declarante

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

SERVIÇO NOT. E REGISTRO CIVIL
Rua Prof. Felinto Florentino, 608
Centro - Tel: (83) 3374-1414
NOVA FLORESTA - PB

Reconheço a(s) fi(ma)s e letra(s) por autenticidade
de: Rogério Araújo Santos.

Dou fé. Teste (Ass) da verdade.
Nova Floresta - PB 05 de março de 2018.

Eliana Clementino Pereira
Escriventa Substituta

AGO06735 - EPXO

Consulte a autenticidade em: <https://reelodigital.pb.gov.br>

Serviço Not. e Registro Civil
Eliana Clementino Pereira
Escriventa Substituta
Nova Floresta - Comarca de Cuité - PB

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
09 ABR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

[illegible]





HOSPITAL MUNICIPAL DE CUITÉ

Rua 15 de Novembro, nº. 160 – Centro- Cuité-PB – CEP.: 58-175000

Fone: (83) 3372-2240 - CNPJ: 11.404.674/0001-78

FICHA DE ENCAMINHAMENTO

AO HOSPITAL: _____ DATA: ____/____/____

IDENTIFICAÇÃO

PACIENTE: Luiz Roberto de A. Silva

IDADE: 20

DATA DE INTERNAÇÃO: ____/____/____ DATA DE SAÍDA ____/____/____

ENDEREÇO: Rua João Pessoa 198

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO

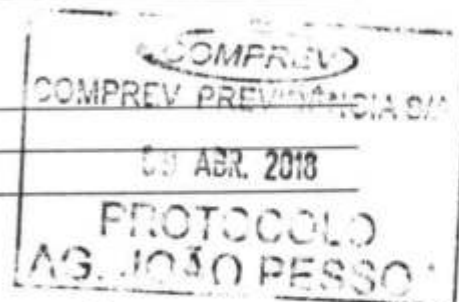
Doença não é conhecida, mas há sintomas de
cefaleia + insônia + irritabilidade + perda de
apetite + vômitos.

Chama-se para o exame físico
de acordo com o quadro.

- Exame físico
- Exame laboratorial
- TCE

MEDICAÇÃO:

SAF - 600 - C
Exames - 1 ano
de 1 ano



Hilda Moreira M. Oliveira
MÉDICA - CRM/PB 3769

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL





ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº: 1555290 CLASS. DE RISCO: AMARELO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52

Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 03/12/2017

Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07

Atendente: Mercia De Sousa Melo

PACIENTE: SERGIO EDUARDO
FARIAS DE SOUSA

Endereço: RUA JOSE PATRICIO DE SOUSA

CEP: 58175000

Nascimento: 01/03/1997

Sexo: M

Telefone: 996425396

Idade: 020

Bairro: CENTRO

RG: 3983684

Nº: 198

CPF: 11207508497

Profissão: ESTUDANTE

Responsável:

Data de

CNS: 705804463882034

Estado Civil: Solteiro(a)

Atend: 03/12/2017

CONVÊNIO: SUS

Motivo: ACIDENTE DE MOTO MOTO X MOTO

Hora: 23:13:36

Especialidade:

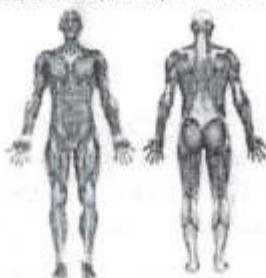
Médico:

CRM:

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO (identifique o local com o número correspondente ao lado)



1. Abrasão
2. Amputação
3. Avulsão
4. Cantuário
5. Crepitação
6. Dor
7. Edema
8. Empalhamento
9. Eritema subcutâneo
10. Enregelamento
11. Equimose
12. F. Arma branca
13. F. Arma de fogo
14. F. Cortado
15. F. Cortante
16. F. Corto-contuso
17. F. Perfuro-contuso
18. F. Perfuro-cortante
19. Fratura óssea fechada
20. Fratura óssea aberta
21. Hematoma
22. Injuriamento Venoso
23. Laceração
24. Lesão tendinosa
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento torácico paradoxal
28. Objeto Encaixado
29. Otiorragia
30. Paralisia
31. Parosia
32. Parosteia
33. Queimadura
34. Rinite
35. Sinal de isquemia
- 36.

OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada = % Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau

DIAGNÓSTICO / CID:

Acidente de moto

EXAME PRIMÁRIO - DADOS

última de colisão moto-moto há 4h. Estava com capacete e não recorda o acidente. Traído por terceiros, sem imobilização. Queixa de dor epalmar e tendão superior D. Equimose em palmeira. Não ingestão de bebida alcoólica.

ALERGIA: Neqa

MEDICAMENTOS: Neqa

PATOLOGIAS: Neqa

EXAME FÍSICO

PUPILAS: (X) Fotorreagentes (X) Isocóricas () Anisocóricas ()

Glasgow 15 PA HGT: SatO2

Ao EXAME: BEE, corado, acianótico, amniótico.

ABD: Deprimível, indolor a palpação.

TOMOGRAFIA
REALIZADA EM:

03/12/17

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais
() Gasometria arterial
() Tomografia Computadorizada

() Ultrassonografia:
() Radiografias:

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: NCR, BNP as Dia / /

Especialista: Antepedion as Dia / /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	SRL 1000ml, EV, AGORA	18:35
2	Dipirona (500mg/ml) 2 FA + AD, EV	12:40
3	Tilatil 40mg - 2 FA + AD, EV	12:40
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

http://10.1.1.148/projetos/legis/imp/urgencia.php?contar=1555290

1/2

Paciente Admitido às 18h5

Diagnóstico

Ft CFM (E)

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente: Sergio Eduardo Farias de Sousa Alojamento: 1 Leito: 2 Convênio:

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
03/12/17	1) Dieta pastosa	cf.	BME DOR + L.M. A. Bucal.
	2) Jato parolizado	cf.	Edema e equimose
	3) Diclofenac 4mg @ 8h	cf.	Parosteia.
	4) Tilatil 40mg @ 12h	cf.	Conduta mantida
	5) Dipirona 2ml @ 6h	cf.	Quando corrigir
	6) Comprimidos quentes em mto	cf.	
	7) SUST-C660	cf.	

COMPREV
COMPREV PREVENÇÃO

03 ABR. 2018

PROTOCOLADO
AS 10:40 PESSO



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Ficha de Acolhimento

Nome: Sergio Edmundo Farias de Sousa
End: Jose Patricio de Sousa 198 Bairro: Conjunto
Data de Nascimento: 01-03-94 Documento de Identificação: Quito PB
Queixa: colica Data do Atend.: 08/2/17 Hora: 23:03 Documento:
Acidente de trabalho? () Sim (x) Não

Classificação de Risco

Nível de consciência: () Bom (X) Regular () Baixo Aspecto: () Calmo (X) Fáceis de dor () Gemente
Frequência respiratória: Frequência cardíaca: 69
Pressão arterial: 150 x 70 mm Hg Temperatura axilar:
Dosagem de HGT: Mucosas: (X) Normocorada () Pálida
Deambulação: () Livre () Cadeira de rodas () Maca

Estratificação

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

- ☒ Amarelo - atendimento até 1 hora
☐ Azul - atendimento ambulatorial

Assinatura e carimbo do profissional

GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Diagnóstico

Função do Complexo trigonométrico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Sergio Eduardo Farias de Souza	Alojamento	12477610	Leito	1 - E.	Convênio	
----------	--------------------------------	------------	----------	-------	--------	----------	--

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
07/10/17	① Diete pastosa ② Felco Salivagelo ③ Secunday 4mg ex 018L ④ Flutif 2mg + AD ex 121126 SN ⑤ Digipon 2ml + AD ex 0166 SN ⑥ Compressas nasais em fase 4x/dia Sint. Cuidados Gerais. Flaviano Palco de Araújo Cirurgião e Implantodontia CRO-3195PB-3843RN	CR 14h 00 15h 00 CR CR	Pres. 3º dia. Em bom estado geral, s/ febre. Limitação de deamb. por cur. Apresenta cianose per- f. Pres. Flaviano Palco de Araújo Cirurgião e Implantodontia CRO-3195PB-3843RN

Diagnóstico

Ent. complex 3/4/21

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

9

Paciente	Sousa, Eduardo F. de Souza	Alojamento	9	Leito		Convênio	
----------	----------------------------	------------	---	-------	--	----------	--

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
4/12/17	① Dente Livre Conf. ventres ② S.F. 517. 100ml cv 24/11/17 ③ Deposito 4mg cv 8/8/17 ④ Telat 20 mg cv 12/11/17 ⑤ Deprox 720 mg cv 6/6/17 ⑥ SSUV/CC f f	12h 12h 12h 12h 12h 12h	B.L.T. Paciente vítima de acidente de trânsito no município de Mafra, sus- ceptível a lesões e danos físicos e materiais. Remanejo de fragmentos do maxilar inferior. O. Interius e redução do osso no osso maxilar
	Dr. Francisco Xavier de Matos CIRURGIÃO MAXILO FACIAL CRM - PR. 1.026		Dr. Francisco Xavier de Matos CIRURGIÃO MAXILO FACIAL CRM - PR. 1.026

COMPREV
 COMPREV PREVENÇÃO
 01.03.2018
 PROTOCOLADO
 AG. 10/03/2018





Pele: (X) Corada () Hipocorada () Canosa () Sudorosa () Fria () Aquecida.
 Tempo de enchimento capilar: () ≤ 3 segundos; () > 3 segundos; () Turbência jugular: ()
 Precordialgia: ()
 Drogas vasotivas: () Quais?
 Ausculta cardíaca: (X) Rítmica () Arritmica () Soco () Outro. Marcopasso: () Transitório () Definitivo
 Critério vascular: (X) Periférico () Central () Dissociação. Localização: Data da punção: / /
 Edema: () MMSS () MMII (X) Face () Anasarca. Observações:
 ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)
 Tipo somático: (X) Nítido () Emagrecido () Caquético () Obeso.
 Dentição: () Completa () Incompleta () Prótese.
 Alimentação: (X) VO () SNG () SNE () Gástronomia () Jejunoestomia () NPT. Hora: Data: / /
 Alterações: () Inapetência () Distúrbio () Intolerância alimentar () Vômito () Prisão () Outros.
 Abdômen: () Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros.
 RHA: () Normotensos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados
 Eliminação intestinal: (X) Normal () Yruca () Conspicua há dias () Outros.
 Eliminação urinária: (X) Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematuria () SVD. Débito ml/h:
 Aspecto: () Outros. Observações:
 INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA
 Condição da pele: (X) Íntegra () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outro.
 Coloração da pele: (X) Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Candida Tumor da pele: () Preservado
 Condições das mucosas: (X) Íntimas () Secas Manifestações de sede: ()
 Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto: Curativo em: / /
 Débito: Retido em: / /
 Dreno: () Tipo/Aspecto: Local: Descrição: Curativo: / /
 Úlcera de pressão: () Estádio: Local: Descrição: Curativo: / /
 CUIDADO CORPORAL
 Cuidado corporal: (X) Independente () Dependente () Parcialmente dependente. Observações:
 Higiene corporal: (X) Satisfatória () Insatisfatória Higiene Corporal: () Satisfatória () Insatisfatória
 Limite físico: () Acamado () Cadeira de rodas () Outro.
 SONO E REPOUSO
 () Preservado () Insônia () Dorma durante o dia () Sono interrompido. Observações:
 4. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSÍQUICAS
 COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL
 Comunicação: () Preservada () Prejudicada Sentimentos e comportamentos: () Cooperativo () Medo.
 () Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros.
 5. NECESSIDADES PSÍQUICAS
 RELIGIOSA/ RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE
 Tipo: () Praticante () Não praticante Observações:
 INTERCORRÊNCIAS
 Paciente evoluiu com bom estado, orientado quanto
 do grau de consciência e estado de saúde.
 Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: DATA: 12/12/11 HORA: 8:15 h
 Popelme M



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Diagnóstico

Fratura de Complexo ginecrático

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente: Diego Eduardo Tavares de Sousa Alojamento: 7 Leito: 1 Convênio:

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
08/12	1. Dieta Parafra		#BMT 4º Dia
12/12	2. Dieta Parafra		
12/12	3. Dipirona 4mg (td) 8/8h	26 06	Paciente apresenta bom estado
12/12	4. Paracetamol 20mg + AD (td) 12/12h	14 06	geral, sem queixas. Ao exame
12/12	5. Dipirona 2mg + AD (td) 6/6h	14 26 06	clínico apresenta hemorragia de
12/12	6. Compressor Manual em Jato 4x/Dia	17 7 3 6	abertura bucal.
12/12	7. SSVV + CCGG		Aguardar cirurgia pela BMT

COMPRES

ABR. 2013

PROTÓTIPO



Pele: (X) Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.
 Tempo de enchimento capilar: () ≤ 3 segundos; () > 3 segundos; () Turgência jugular: ()
 Ausculta cardíaca: (X) Rítmica () Arritmica () Sopro () Outro. Marcações: () Transitório () Definitivo
 Caderter vascular: (X) Periférico () Central () Dissociação. Localização: Data da punção: / /
 Edema: () MMSS () MMII () Face () Ausente. Observações:
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)
 Tipo alimentar: (X) Líquido () Sólido () Enteral () Jejunado () Jejunado () Obeso.
 Dentição: () Completa () Incompleta () Prótese.
 Alimentação: () VO () SNG () SJNE () Gatrostomia () NPT. Hora: Data: / /
 Alterações: () Inapetência () Distúrbio () Intolerância alimentar () Vômito () Fecese () Outros:
 Abdômen: (X) Normotenso () Distendido () Tenso () Macio () Outros:
 RHA: () Normotensos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados
 Eliminação intestinal: (X) Normal () Líquida () Constipada há dias () Outros:
 Eliminação urinária: (X) Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematuria () SVD. Debito ml/h.
 Aspecto: () Outros: Observações:
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA
 Condição da pele: () Úmida () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outros:
 Coloração da pele: () Normotônica () Hipocorada () Ictérica () Cianótica Tumor da pele: () Preservado
 Condições das mucosas: () Úmidas () Secas Manifestações de sede: ()
 Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto: Curativo em: / /
 Dreno: () Tipo/Aspecto: Debito: Curativo em: / /
 Úlcera de pressão: () Estádio: Local: Descrição: Curativo em: / /
CUIDADO CORPORAL
 Cuidado corporal: (X) Independente () Dependente () Parcialmente dependente. Observações:
 Higiene corporal: (X) Satisfatória () Insatisfatória Higiene Corporal: () Satisfatória () Insatisfatória
 Limitação física: () Acamado () Cabeira de rodas () Outro:
SONO E REPOUSO
 (X) Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono interrompido. Observações:
4. AVILIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSÍCO-SOCIAIS
COMUNICAÇÃO, GREGARIA E SEGURANÇA EMOCIONAL
 Comunicação: () Preservada () Prejudicada Sentimentos e comportamentos: () Cooperativo () Medo:
 () Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:
5. NECESSIDADES PSÍCO-ESPIRITUAIS
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE
 Tipo: () Praticante () Não praticante. Observações:
INTERCORRÊNCIAS
paciente evolui com dor abdominal não referida no momento da avaliação da BNF.
11 - 11
 Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: DATA: 09/12/14 HORA: 8:26 h

FOITE: BORDINATO, R.C. Cálculo de dados por meio de grupo focal. Porto Alegre (2009).

GOVERNO DA PARAIBA SECRETARIA DE SAÚDE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Diagnóstico
 Pol. Complexo Esquematico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente: Sérgio Eduardo Santos de Sousa Alojamento: 7 Leito: 1 Convênio:

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
09.12.14	① Dieta pastosa ② Xelco pulverizado ③ Dexamet 4mg EV. 8h ④ Tilatil 20mg E.V. 2h ⑤ Dipirona 200+200 AD EV. 6h ⑥ Compressa morna em face 4x dia ⑦ SSNII + OCECO.	18:00 18:00 12:00 18:00 18:00 18:00	# BNF# Pac. no 5ª DIN, evolui sem queixa de dor, apresentando um fôlego de abertura bucal. Equilibrando prontidão emir glia pela BNF.

Prof. Gustavo L. de Oliveira
 Cirurgião Geralista
 Rua: São João - Fone: 3333
 CROFPEI 7202

Prof. Gustavo L. de Oliveira
 Cirurgião Geralista
 Rua: São João - Fone: 3333
 CROFPEI 7202

COMPRESSA PREVENÇÃO
 01.12.2013
 PROTOCOLO



Pele: ☒ Corada ☐ Hipocorada ☐ Canosa ☐ Sudorese ☐ Fria ☐ Aquecida.
Tempo de enchimento capilar: ☐ < 3 segundos; ☐ > 3 segundos; ☐ Turbêndia jugular: ☐
Drogas vasodilatadoras: ☐ Quais?
Ausculta cardíaca: ☒ Rítmica ☐ Arritmica ☐ Súbito ☐ Outro: Marcapasso: ☐ Transitório ☐ Definitivo
Caráter vascular: ☒ Periférico ☐ Central ☐ Dissecção. Localização: USC Data da punção: 01/12/11
Edema: ☐ MMSS ☐ MMII ☐ Face ☐ Anasarca Observações:
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)
Tipo alimentar: ☒ Múido ☐ Emagrecido ☐ Caquético ☐ Obeso.
Dentição: ☒ Completa ☐ Incompleta ☐ Prótese.
Alimentação: ☒ VNO ☐ SNG ☐ SNE ☐ Xistronomia ☐ Jejunosomia ☐ NPT. Hora: ____ Data: ____
Alterações: ☐ Intolerância ☐ Distúrbio ☐ Intolerância alimentar ☐ Vômito ☐ Prisão ☐ Outros:
Abdômen: ☒ Normotenso ☐ Distendido ☐ Tenso ☐ Ascítico ☐ Outros:
RHA: ☒ Normotensos ☐ Ausentes ☐ Diminuídos ☐ Aumentados
Eliminação intestinal: ☒ Normal ☐ Liquida ☐ Constipada há ____ dias ☐ Outros:
Eliminação urinária: ☒ Esporádica ☐ Retenção ☐ Incontinência ☐ Hematuria ☐ ISVD. Débito ____ ml/h.
Aspecto: ☐ Outros: Observações:
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA
Condição da pele: ☐ Inteira ☐ Ressecada ☐ Equimoses ☒ Hematomas ☐ Escoriações ☐ Outros:
Coloração da pele: ☐ Normocorada ☐ Hipocorada ☐ Ictérica ☐ Cianótica Túrgor da pele: ☐ Preservado
Condições das mucosas: ☒ Úmidas ☐ Secas Manifestações de sede: ☐
Incisão cirúrgica: ☐ Local/Aspecto: ____ Curativo em: ____
Dreno: ☐ Tipo/Aspecto: ____ Local: ____ Débito: ____ Refilado em: ____
Úlcera de pressão: ☐ Estágio: ____ Local: ____ Descrição: ____ Curativo: ____
CUIDADO CORPORAL
Cuidado corporal: ☐ Independente ☐ Dependente ☒ Parcialmente dependente. Observações:
Higiene corporal: ☒ Satisfatória ☐ Insatisfatória Higiene Corporal: ☒ Satisfatória ☐ Insatisfatória.
Limitação física: ☐ Acamado ☐ Cadeira de rodas ☐ Outro:
SONO E REPOUSO
Preservado ☐ Insônia ☐ Dorme durante o dia ☐ Sono interrompido. Observações:
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS
COMUNICAÇÃO, GREGARIA E SEGURANÇA EMOCIONAL
Comunicação: ☒ Preservada ☐ Prejudicada Sentimentos e comportamentos: ☐ Cooperativo ☐ Medo:
☐ Ansiedade ☐ Ausência de familiares/vizinhos ☐ Outros:
5 - NECESSIDADES PSICOSPÍRITUAIS
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE
Tipo: ☐ Praticante ☐ Não praticante. Observações:
INTERCORRÊNCIAS
Fórmula de Anís no marinho, água em
olho verde
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: [Assinatura] DATA: 01/12 HORAS: 32h

GOVERNO DA PARAÍBA SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Diagnóstico
Fret. Complexo Sifilítico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente: Souza Eduardo P. de S. Alojamento: 7 Leito: 1 Convênio:

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
10/11/12	<u>Duflon 100mg</u> <u>Salina fisiológica</u> <u>Tubalina 20mg ou 12/12h</u> <u>Difenidramina 50mg ou 4/6h. S.N</u> <u>SSVV/CC 88</u>	<u>24</u> <u>Sin</u>	<u>BUFF:</u> <u>Presença de 6 D, 1 H</u> <u>ass. BGG, Anál. Glicose</u> <u>Opagel, Glicose de</u> <u>glucose, 5g por</u> <u>engozar em copo</u> <u>na boca</u>
	<u>Dr. Francisco Antonio de Morais</u> <u>CRM: 10.102</u>		<u>Dr. Francisco Antonio de Morais</u> <u>CRM: 10.102</u>

COMPREV PREVENÇÃO
01 ABR. 2013
PROTOCOLADO
AO MÃO PESSO

10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65
66
67
68
69
70
71
72
73
74
75
76
77
78
79
80
81
82
83
84
85
86
87
88
89
90
91
92
93
94
95
96
97
98
99
100

101
102
103
104
105
106
107
108
109
110
111
112
113
114
115
116
117
118
119
120
121
122
123
124
125
126
127
128
129
130
131
132
133
134
135
136
137
138
139
140
141
142
143
144
145
146
147
148
149
150
151
152
153
154
155
156
157
158
159
160
161
162
163
164
165
166
167
168
169
170
171
172
173
174
175
176
177
178
179
180
181
182
183
184
185
186
187
188
189
190
191
192
193
194
195
196
197
198
199
200



Front Coupler present (✓)

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Sergio Belmonte F. de Saes	Alojamento	20	Leito	1	Convênio	
----------	----------------------------	------------	----	-------	---	----------	--

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
13/12/79	1 D Dufin Perleu 2 D J. L. Salmirand 3 D Depuoy 50mg 1 cap. Vo 6h/5m 4 D 55 UU/CC ff		BUFF Pacient. em 8:30 em BO f. sem Gessy superficial 0/0 sem Comp.
	Dr. FRANCISCO ALBERTO DE MORAIS CRM-SP 1.028	Finalizado 2-90 7-1	Dr. FRANCISCO ALBERTO DE MORAIS CRM-SP 1.028
		11/11/79	COMPREV COMPREV PREVENÇÃO

COMPREV PREVIOUSLY ON

Set APR. 2013

PROTOCOLS

AG 100 RES⁵

Pele:	(X) Corada	() Hipocrorada	() Cianose	() Sudorese	() Fria	() Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar:	() ≤ 3 segundos;	() > 3 segundos;	() Turgência jugular;	() Precordialgia	()		
Drogas vasoativas:	() Quais?						
Ausculta cardíaca:	(X) Rítmica	() Arritmica	() Sopro	() Outro	Marcapasso:	() Transitório	() Definitivo
Cateter vascular:	(X) Periférico	() Central	() Dissecção,	Localização:	Data da punção	/ /	/ /
Edeema:	() MMSS	() MMII	() Face	() Anasarca.	Observações:		
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)							
Tipo somático:	X Nutrido	() Enagredido	() Caquético	() Obeso.			
Dentição:	(X) Completa	() Incompleta	() Prótese.				
Alimentação:	X VO	() JSNG	() SNE	() Xatronomia	() Jejunostomia	() NPT;	Hora:
Alterações:	() Intolerância alimentar	() Vômito	() Pirose	() Outros;			
Abdomen:	(X) Normotenso	() Distendido	() Tenso	() Ascítico	() Outros:		
RHA:	(X) Normosíveis	() Ausentes	() Diminuídos	() Aumentados			
Eliminação intestinal:	(X) Normal	() Líquida	() Constipado há dias	() Outros:			
Eliminação urinária:	(X) Espontânea	() Retenção	() Incontinência	() Hematuria	() JSDV- Débito	mL/h;	
Aspecto:	() Outros:	Observações:					
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA							
Condição da pele:	(X) Íntegra	() Ressecada	() Equimoses	() Hematomias	() Escoriações	() Outras:	
Coloração da pele:	(X) Normocorada	() Hipercorada	() Ictérica	() Cianótica	Tumor da pele:	() Preservado	
Condições das mucosas:	() Umidas	() Secas	Manifestações de sede:	()			
Início cirúrgico:	() Local/Aspecto:						
Dreno:	() Tipo/Aspecto:	Débilto:	Description:				
Úlcera de pressão:	() Estágio:	Local:					
CUIDADO CORPORAL							
Cuidado corporal:	(X) Independente	() Dependente	() Parcialmente dependente.	Observações:			
Higiene corporal:	(X) Satisfatória	() Insatisfatória	Higiene Corporal:	() Satisfatória	() Insatisfatória		
Limitação física:	() Acamado	()adeira de rodas	() Outra:				
SONO E REPOUSO							
(X) Preservado	() Insônia	() Dorme durante o dia	() Sono interrompido.	Observações:			
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICO-SOCIAIS							
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIAS E SEGURANÇA EMOCIONAL							
Comunicação:	(X) Preservada	() Prejudicada	Sentimentos e comportamentos:	() Cooperativo	() Medo:		
() Ansiedade	() Ausência de familiares/visita	() Outros:					
5 - NECESSIDADES PSICOSPIRITUAIS							
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE							
Tipo:	() Praticante	() Não praticante.	Observações:				
INTERCORRENCIAS							
(Resistente ao tratamento físico-químico)							
(Prófugo)							
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:							HORA: 19h
DATA: 6/12/17							



COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA SA
09 ABR. 2013
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

GOVERNO DA PARAÍBA

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

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Fartando do Complexo
Ergonômico D

Paciente Sérgio Edvardo F. de Sousa Alojamento Unimob Leito 721 Convênio

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
13/12	1) Dieta Pastosa		BHF 92 DTH.
13/12	2) Dieta Salgada		Em bom estado geral.
13/12	3) Dipirona 500mg v Comp. 16/1h 50		S/ queixas
	ESV + Cuidados Gerais		Aguarda cirurgia pela
	Flaviano Falcão de Araújo		BHF
	Cirurgião Especialista em		Flaviano Falcão de Araújo
	CRO 133828 - PB		Cirurgião Especialista em
	13/12/12 Dieta Líquida às 16:45		CRO 133828 - PB
	Flaviano Falcão de Araújo		
	Cirurgião Especialista em		
	CRO 133828 - PB		

100

100

100

100

100

Abstract

1000-0000-0000-0000

Vol. 100 No. 2 February 1998

Phreatia
Life Magazine L. M. Martin
CRF-PB 1463

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

Fratura do complexo zigomático (D)

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

DIETA ZERO A PARTIR DE MEIA NOITE

Paciente	Sr. Eduardo B. de Souza	Alojamento	Leito	7-1	Convênio	
----------	-------------------------	------------	-------	-----	----------	--

Paciente	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
14-12	① Dieta Pastosa ② Salco salinizado ③ Dipirona 500mg s comp. Vo 6/6 h S/N. SSVV + cuidados gerais	Att-	BMF. Em bom estado geral, sem queixas. Aguarda cirurgia pelo BMF.



TM Cirúrgica Ortopedia - Neurologia - Buco PEDIDO DE FATURAMENTO		Rua Guadalupe, 43 - Guadalupe - Olinda-PE CEP.: 53.020-230 E-mail: tmcirurgica@hotmail.com Fones: 3431.4960 3076.0422 9452.1153	
NOME DO HOSPITAL			
CONJUNTO			
Hospital de Emergência e Trauma		TEL/FAX/EMAIL	
Campina Grande			
NOME DO PACIENTE			
Sergio Eduardo F. Dunga		COD. PROCEDIMENTO	
Nº DO PRONTUÁRIO			
1555290			
PROCEDIMENTO REALIZADO			
Rede Cing. Físt. de Zigueira		REF.	
PRODUTO		QUANT.	
Roto mini placa em L 20		01	
Resposta 20 rebo		05	
CÓD. ROMP.			
COMPROVAÇÃO			
11 ABR. 2019			
PROTOCOLO			
AG. JOÃO PESSOA			
DATA DA UTILIZAÇÃO		MÉDICO RESPONSÁVEL - CIM	
15-12-17		Dr. Gustavo Gomes	
OBSERVAÇÕES			
utilizado ex puro modelo		no 072	
ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL			
Tamyres Figueiredo			
RESPONSÁVEL TÉCNICA			
(03) 99654-2150			

T.M. Cirúrgica
Ortopedia - Neurologia - Buco

Rua Guadalupe, 43 - Guadalupe - Olinda-PE
CEP.: 53.020-230 | E-mail: tmcirurgica@hotmail.com Nº 0628
Fones: 3431.4950 | 3076.0422 | 9452.1153

PEDIDO DE FATURAMENTO

NOME DO HOSPITAL

Hospital de Emergência e Trauma
TEL/FAX/E-MAIL

CONE

Campina Grande

NOME DO PACIENTE

Sergio Eduardo F. Braga

Nº ALH

Nº DO PROCEDIMENTO

1555290

PROCEDIMENTO REALIZADO

Bid Long. Fist. de Zingaro

PRODUTO

REF.

QUANT.

COD. ROMP.

Proteção para em L 20

Resposta 20 rebo

01

05

DATA DA UTILIZAÇÃO

15-12-17

OBSERVAÇÕES

DATA DA COMUNICAÇÃO

MÉDICO RESPONSÁVEL - CHM

Dra. Gustavo Gonçalves

utilizado ex puro modelo no 072

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

Tamires Figueiredo
RESPONSÁVEL TÉCNICA
(03) 99654-2150

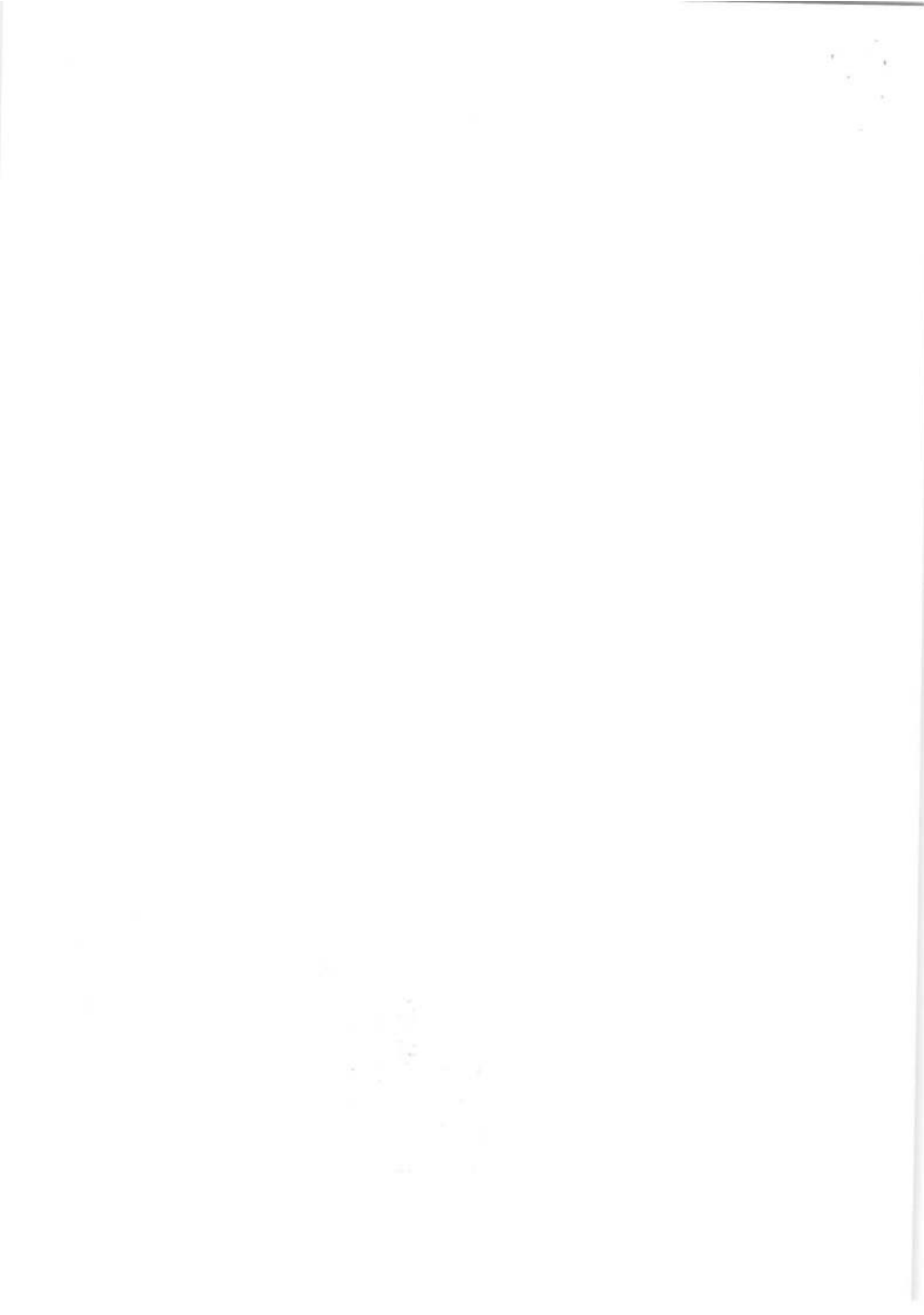
DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

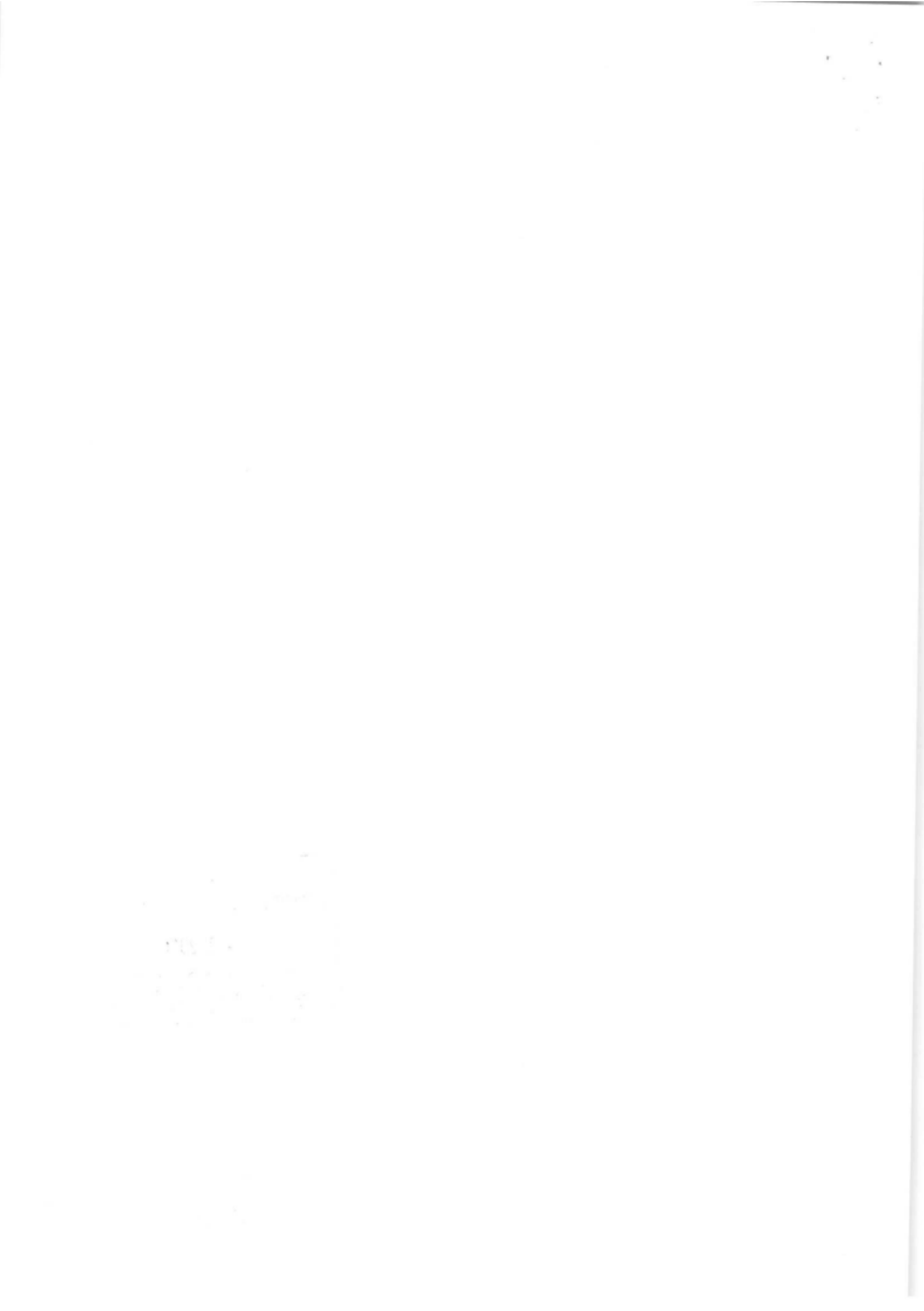
Tática e Técnica - Táticas e Técnicas - Sutura - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceral

- ① Petiolato an Spz sehr ansehnliche Lippe
- ② Esulaia + Endlagerung
- ③ Protoplast des korymbösen Chlamydomonas
- ④ Endlagerung + Vertikalstellung des korymbösen
- ⑤ Protoplast - Chlamydomonas
- ⑥ Fruchtkörper 1 Platz 2" 2. Raum 0.5 fächerförmig
- ⑦ Esulaia
- ⑧ Petiolato

[illegible]

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO







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

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

[illegible]

Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico	Hora entrada	Hora saída
Nenhum Movimento = 0		
Movimentar 2 membros = 1		
Movimentar 4 membros = 2		
Apnéia = 0		
Respiração Limitada, Dispneia = 1		
Respiração profunda e tosse = 2		
PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0		
PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1		
PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2		
Sat O2 < 90 com oxigênio = 0		
Sat O2 > 90 com oxigênio = 1		
Sat O2 > 92% sem oxigênio = 2		
Não responde ao chamado = 0		
Despertado ao chamado = 1		
Completamente acordado = 2		
TOTAL DE PONTOS:		

Assinatura do anestesista

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA SA
01 ABR. 2013
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: George Eduardo Farias de Souza Idade: 20 anos
Convênio: S.G.V. 5 Data: 15/12/17
Procedimento: Fratura do Complexo Zigomático D.

Cirurgião: Dr. Gustavo	Auxiliar:	Anestesia: Dr. Sirocchi
Início: 14:30	Término: 16:00	Anestesia: Geraldo

[illegible]

Medicamentos/Materials	Quantidade
COMPREV COMPREV PREVENÇÃO 01 Abr. 2019	

[illegible]

Assinatura Anestesiista

Relatório de Operação

Circulante

1000

[illegible]



ESTADO DA PARAIBA - SECRETARIA DE SAÚDE
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CÓDIGO DA UNIDADE:	2757710	CGC/CNPJ:	08.778.269.000/160
NOME:	HOSPITAL REGIONAL DE PICUI		
END :	RUA FRANCISCO PEREIRA GOMES, 15 - BAIRRO MONTE SANTO		
MUNICÍPIO:	PICUI	ESTADO:	PARAIBA
UF:	25		
Nome: SERGIO EDUARDO FARIAS DE SOUSA			
Raça/Cor: PARDA			
DI. Nasc:	01/03/1997	Idade:	20 ano(s)
mês(es) de Idade:		dia(as) de Idade:	
Sexo:	F		
Mãe: MARTIA DAS GRACAS FARIAS			
Profissão: ESTUDANTE			
Endereço: RUA FRANCISCO PATRICIO			
Bairro: CENTRO			
Município/CEP/IBGE: CUITÉ - PB - 58175000 - 250510			
Telefone para contato: (83) 9922-3778 /			
Data e Hora: 22/12/2017 08:30:02			
SSVV			
CNS: 705804463882034			
Nº: 79			
Documento: 3983684			
PA:			
TEMP:			
PESO:			

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

COMPREV	
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A	
09 ABR. 2013	
PROTOCOLO	
AG. JOÃO PESSOA	

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)

RESULTADOS

Adácio de Sousa Silva
Administrativo

RECEPCIONISTA: HRP

STA: URB
TEL: 206.248-6

22.12.17

Autumn

Jose Lucienio Silva Santos
Téc. Radiologia
CRTR 01042T

CARÁTER DO ATEN	
☐ 01 - ELETIVO	
☐ 02 - URGÊNCIA	
☐ 03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVI	
☐ 04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO	
☐ 05 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTO P	

PROCEDIMENTO - descrição:

Interenb

DIAGNÓSTICO:

ENCAMINHAMENTO

CID-10:

MEDICAÇÃO:		ENCAMINHAMENTO:	
☐ 1. PRESCRITA	☐ OBSERVAÇÃO	☐ RESIDÊNCIA	☐ INTERNAÇÃO
☐ 2. APLICADA	☐ OUTRO HOSPITAL	☐ ÓBITO	☐ OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO:

1 - _____

2 - _____

3 - _____

ASS. DO(S) PROFISSIONAL(IS) ASSISTENTE(S): CARIMBO(S)

CNS

CBO

CRIM

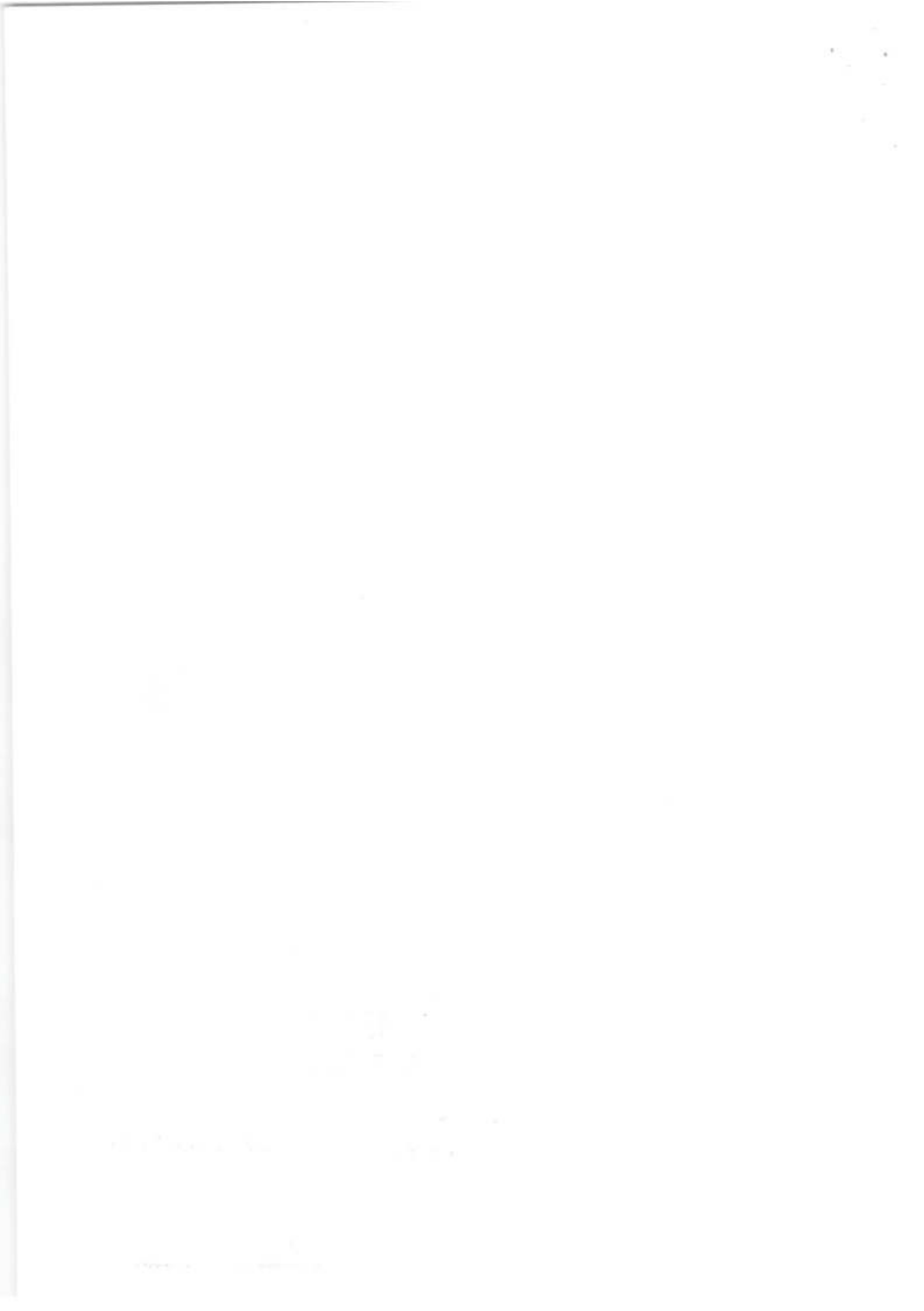
ASS. DO PACIENTE/COMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

OU POLEGAR DIREITO

ASS. DO REVISOR TÉCNICO CARIMBO

ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO CARIMBO

CADASTRO: 358325



Sistema
Único de
SaúdeMinistério
da
SaúdeLAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL REGIONAL DE PICUI

2 - CNES

2757710

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE

Vagner Eduardo Farias de Souza

4 - N° DO PRONTUÁRIO

91.466

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

804463882034

6 - DATA DE NASCIMENTO

21/03/47

7 - SEXO

Masculino ☒ 1 Feminino ☐ 3

8 - RAÇA/COR

Branca

9 - NOME DA MÃE

Marta dos Santos Farias Gomes

10 - TELEFONE DE CONTATO

DDD () 31 N° DO TEL. 9922-3778

11 - NOME DO RESPONSÁVEL

Rosália Montano Gomes

12 - TELEFONE DE CONTATO

DDD () N° DO TEL.

13 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

Rua: Francisco Balduino

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Picuí

15 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

290510

16 - UF

PB

17 - CEP

58175-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

18 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente com febre
há 2 dias

19 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Dor + febre + tosse

20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

forno cefálico + RX

21 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Pneumonia

22 - CID 10 PRINCIPAL

J55.23

23 - CID 10 SECUNDÁRIO

24 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Ant. campo de febre + tosse + dor

26 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0408030302

27 - CLÍNICA

28 - CARÁTER DA INFORMAÇÃO

29 - DOCUMENTO

30 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

() CNS () CPF

31 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

32 - DATA DA SOLICITAÇÃO

33 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DE REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

34 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - CNPJ DA SEGURADORA

38 - N° DO BILHETE

39 - SÉRIE

35 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

40 - CNPJ DA EMPRESA

41 - CNAE DA EMPRESA

42 - CBOR

36 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

50 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

47 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS () CPF

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

49 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

COMPREV PREVIDENCIÁRIO

29 ABR. 2013

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



GOVERNO
DA PARAÍBA

HOSPITAL REGIONAL DE PICUI
Rua Francisco Pereira Gomes, 15 - Monte Santo
CEP: 58187-000 - Tel.: (83) 3371-2554/2990
Picuí - PB - CNPJ: 08.778.268/0001-60

Nº AIH _____

Nº de Ordem _____

Nº de Reg. 91-466

Nº do Docum. 3.983.684

ARQUIVO MÉDICO

Nome: Guilherme Eduardo Farias de Sousa

Responsável: Rosália Montenegro Santos

Pai: Manoel Miguel de Sousa

Mãe: Maria das Graças Farias Santos

Prof.: Estudante Data Nasc.: 06/03/1997 Idade: 20 anos

Endereço: Rua: Francisco Palácio Nº 79

Bairro: Centro Cidade: Araruna Est. Civil: -

PREENCHIMENTO MÉDICO

Diagnóstico definitivo: _____

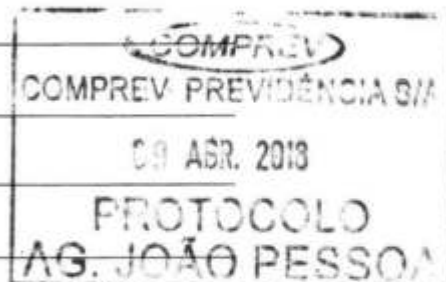
Tratamento efetuado no hospital: _____

Exames realizados: _____

Internado em 22/12/17 Alta em 1/1 Óbito em 1/1

Arquivista

Médico Assistente



NOME: *Wagner Antônio Pereira de Souza*
 HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS:

IDADE: *40 anos*
 ENFERMARIA: *90x*
 LEITO: *07*

PRONTUÁRIO Nº: *91.016*
 DATA DA INTERNAÇÃO: *22.12.17*
 DATA ATUAL:
 EVOLUÇÃO DIÁRIA

Nº	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIOS							
		1	2	3	4	5	6	7	8
1	<i>24/12/17</i>								
2									
3									
4									
5	<i>Am - 1000</i>								
6	<i>S. 1000</i>								
7	<i>1000</i>								
8	<i>1000</i>								
9	<i>1000</i>								
10	<i>1000</i>								
11	<i>1000</i>								
12	<i>1000</i>								
13	<i>1000</i>								
14	<i>1000</i>								
15	<i>1000</i>								

*Amel. med
 1000 x 1000
 1000 x 1000
 1000 x 1000*

COMPREV
 COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
 09 ABR. 2013
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA

CLÍNICA CIRÚRGICA
SAE - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

RESOLUÇÃO COFEN N.º 358/2009

NOME: <u>YREGO EDUARDO DA SILVA</u> Idade: <u>20</u>	Prontuário: <u>9126</u>	Data: <u>22 / 12 / 11</u>
Hipótese Diagnóstica:	Dia Internação:	Enfermaria: <u>204</u>
CONTROLE DE CATETERES E SONDAS	Sexo: () Masc. () Fem.	Leito: <u>22</u>
Cateter Periférico: <u>10</u>	Local: <u>W3</u>	Sondas () SNG () SOG () SNE () SOE <u>W3</u>
Cateter Central:	Local:	P.A. <u>110</u> mmHg P. <u>70</u> bpm
Cateter Vesical:	Dreno de:	TA. <u>90</u> °C R. <u>70</u> irpm
HISTÓRIA PREGRESSA:	Tabagista: () sim () não	PESO:
QUEIXA PRINCIPAL:	Etilista: () sim () não	Obs:

Alergias:

Medicação em uso:

SISTEMA NEUROLÓGICO	SISTEMA GASTROINTESTINAL
() Consciente () Orientado () Desorientado	() SNG/SOG () SNE/SOE () NPT () VO <u>22/12/11</u>
() Sedado () Torporoso () Comatoso	() Gavagem () Aberta () Emese
() Agitado () Reage a estímulos () Não reage	() Evacuações () Presente () Ausente
PUPILAS	() Flatos () Presente () Ausentes
() Mióticas () Midríáticas () Fotorreagentes	REGULAÇÃO VASCULAR
() Não reagentes () Isocóricas () anisocóricas	() Normocárdico () Bradicárdico () taquicárdico
REGULAÇÃO TÉRMICA	() Pulso () Cheio () Filiforme
() Hipotermico () Subfebril <u>36,5</u> °C	() Ritmico () Aritmico () Normotenso
() Afebril () Febril <u>36,5</u> °C	() Hipertenso () hipotenso
OXIGENAÇÃO	REGULAÇÃO ABDOMINAL
() Eupnéico () Bradipnéico () Traquipnéico	() Normotenso () Tenso () Globoso
() Dispneico () Oxigenioterapia () ar ambiente	() Distendido () Côncavo
() Mascara Venturi () Intubação	() RHA () Presente () Ausente
PELE	() Visceromegalias () Presente () Ausente () FO
() Normocorada () Hipocorada () acianótica	SISTEMA URINÁRIO / DIURESE
() Cianótica () Ictérica () Anictérica	() Espontâneo () SVD () Anúria () colúnia
() Hipertérmico () Afebril () Hipotermico	() Poliúria () Oligúria
ÚLCERA POR COMPRESSÃO () SIM () NÃO	() Disúria () Hematúria
() GRAU I () GRAU II () GRAU III () GRAU IV	() Cistostomia () Estímulo Medicamentoso
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	PRESCRIÇÃO DIÁRIA DE ENFERMAGEM
() Ansiedade relacionada à Procedimento cirúrgico evidenciado por agitação, preocupação.	() Comunicar a enfermeira plantonista quaisquer intercorrências
() Desobstrução ineficaz das vias áreas superiores relacionada a secreções em grande quantidades	() Aferir e Registrar SSVV de 8/8 Hs
() Dor aguda relacionada a lesão tecidual/cirurgia e evidenciada por facies de dor/sofrimento	() Observar alterações do nível de consciência do paciente
() Mobilidade física prejudicada relacionada a força insuficiente para movimentar-se evidenciada por cirurgia	() Realizar mudança de decúbito de 2/2 horas
() Retenção urinária relacionada à bloqueio no esfíncter urinário evidenciado por presença de globo vesical e dor	() Verificar saturação de O2
() Risco de infecção relacionado à procedimentos invasivos evidenciado por sinais flogísticos	() Observar e anotar características da dor
() Constipação relacionado a administração de fármacos e modificações recentes no ambiente e evidenciado por Timpanismo abdominal	() Administrar analgésicos conforme prescrição médica
() Náusea relacionada à período pós operatorio evidenciado por relato de náusea e palidez cutânea	() Observar e anotar edemas;
() Padrão respiratório ineficaz relacionada à ansiedade evidenciado por dispneia, tosse e saturação alterada.	() Preparar material para cateterismo vesical
() Déficit no auto cuidado-banho e higiene relacionada à fraqueza, dor e fadiga evidenciado por incapacidade de fazer a própria higiene.	() Auxiliar o (a) enfermeiro (a) em procedimento
() Padrão do Sono Alterado relacionado a mudança no ambiente e evidenciado por insônia	() Aplicar compressas () frias () mornas no baixo ventre
	() Observar integridade da pele se há sinais de rubor/calor.
	() Estimular a deambulação;
	() Registrar características da êmese;
	() Colocar o paciente em Fowler
	() Colocar o paciente em semi/ Fowler
	() Observar cianose periférica e perioral
	() Observar e anotar padrão respiratório;
	() Observar cianose periférica e perioral
	() encaminhar () orientar () realizar banho
	() encaminhar () orientar () realizar higiene oral
	() administrar infusão venosa de 1.500 ml de soro ringer lactado ou S.fisiológico num período de 1 hora pós operatório imediato
	() administrar infusão venosa de 2.000 ml de soro glicosado num período de 23 horas do P.O em pacientes jovens e adultos
	() Administrar Infusão Venosa conforme Prescrição médica em pacientes Idosos/cardiopatas/hipertensos/diabéticos, etc.
	() trocar equipo a cada 24 horas
	() trocar cateter venoso a cada 72 horas.
	() aferir P.A a cada 15 minutos na 1.ª hora pos operatoria
ASSINATURA E CARIMBO DO (A) ENFERMEIRO (A)	Fonte: Diagnóstico de Enfermagem: 2010. / NANDA 2014.



GOVERNO DA PARAÍBA

FICHA DE ANESTESIA

Hospital Regional de Picuí "Felipe Tiago Gomes"

NOME:	Idade:	SEXO:	GR. SANGÜÍNEO
Sírcia Eduarda Soares de Souza	20a	M	-
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:	CATEGORIA:	DATA:	
Fratura de rádio D	SUS	22/12/17	
OPERAÇÃO REALIZADA:			
Trat. cir. de fratura de rádio e fixação			
CIRURGIÃO:	AUXILIAR:	ANESTESISTA:	
Dr. Raulton	-	Die Vívie	

AGENTES COMUNITÁRIOS

CÓDIGO	220
Anestesia X	200
Oper. Inturb T	180
Endotr Pres A	160
Distol Pulso O	140
Resp. RA	120
Assit. Resp. RE	100
Exbont. Resp. RC	80
Contr.	40
	20

Pré-anestésico:

Anestesia: ☐ Geral ☐ Raquiana ☐ Peridural ☐ Bloqueio de Plexo ☐ Outras

Técnica:

Início: Término: Venoclise: Duração minutos:

AGENTES DOSES

Propofol 0.5% 100
Dilúente 0.1% 100
Ketorolac 100
Fentanyl 100
Dexametasona 100
Dilúente 0.1% 100
Guedes 100
Painkiller 200

LÍQUIDO

S. FISIOL. 0.9%

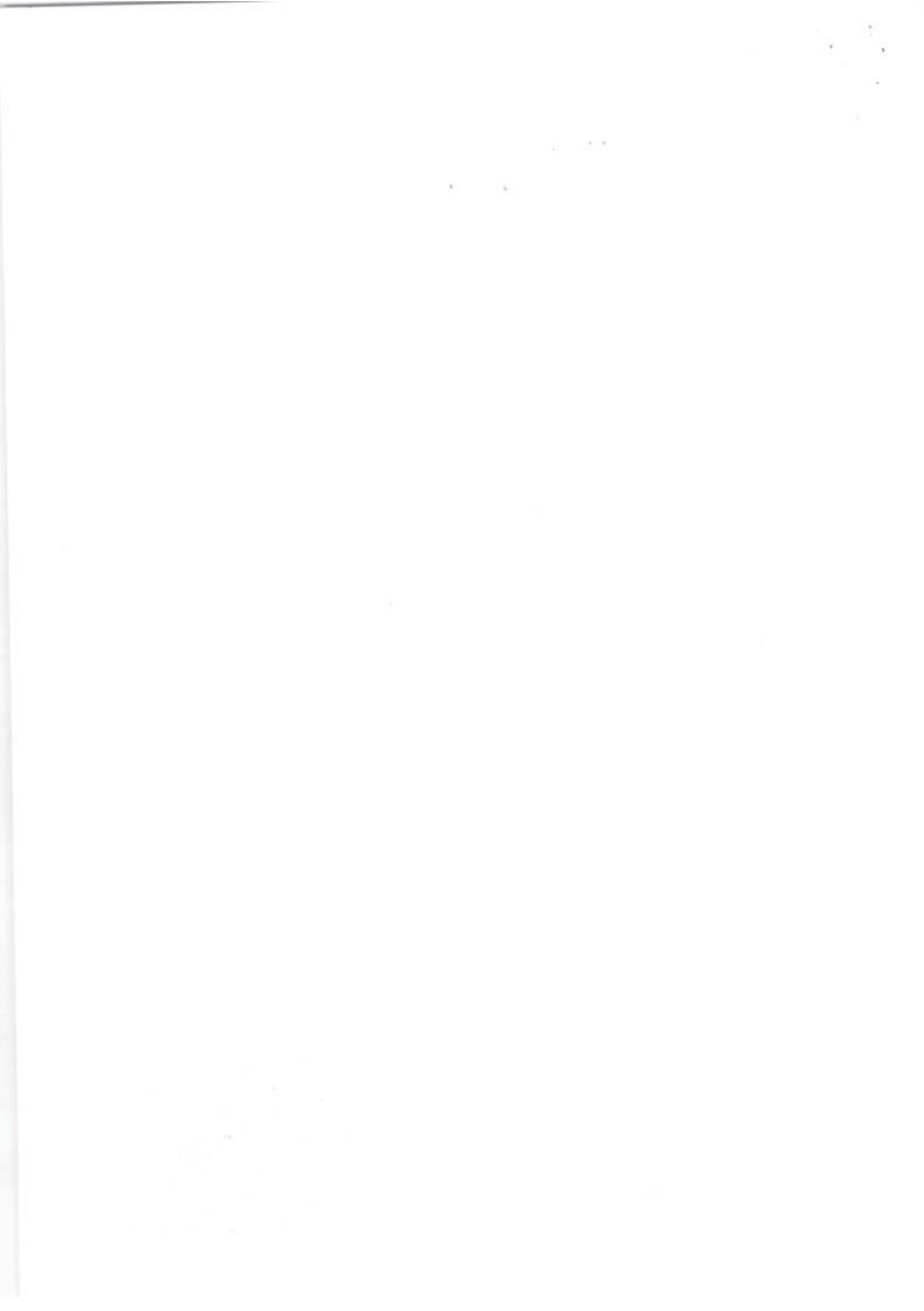
ML

2000

OBS:

Handwritten signature

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
09.06.2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA





DESCRIÇÃO DE CIRURGIA

Nome do Paciente: <u>Sepo Garcia</u>			
Data da operação: <u>22-12-12</u>	Enf.: <u>207</u>	Leito: <u>02</u>	
Operador: <u>[assinatura]</u>		1º Auxiliar: <u>-</u>	
2º Auxiliar: <u>-</u>	3º Auxiliar: <u>-</u>	Instrumentador: <u>-</u>	
Anestesista: <u>[assinatura]</u>		Tipo de Anestesia: <u>geral</u>	
Diagnóstico Pré-operatório: <u>Fúnculo hídrico</u>			
Tipo de operação: <u>fund. cego h fúnculo / ceco c/f</u>			
Diagnóstico Pós-operatório: <u>-</u>			
Relatório Imediato do Patologista: <u>-</u>			
Exame Radiológico no Ato: <u>-</u>			
Acidente durante a operação: <u>-</u>			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras

Ampl. com ceco
fúnculo hídrico
2 -
cedo ampl
seções por ceco
após

[assinatura]

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
01 ABR. 2013
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Hospital Regional De Pícal "Felipe Tiago Gomes"

Nome: Seuque Eduardo Soares de Souza Idade: 20 e Sexo: MAdmissão: 22/12/17 Clínica: Ortopedia Ala: 257 Leito: 02Diagnóstico: Trauma de punção de rádioINFECÇÃO: ☐ SIM ☒ NÃO ☐ HOSPITALAR ☐ COMUNITÁRIATOPOGRAFIA DA INFECÇÃO: ☐ GASTRO INTESTINAL ☐ GENITAL ☐ S.N.C.
☐ FERIDA CIRÚRGICA ☐ URINÁRIA ☐ SEPTICEMIA
☐ RESPIRATÓRIA ☐ PELE / TSC ☐ OUTROSPROCEDIMENTOS REALIZADOS: ☐ Biópsia ☐ Respirador ☐ Punção Venosa
☐ Catéter Venoso ☐ Diálise ☐ Punção Lombar
☐ Catéter Vesical ☐ Endoscopia ☐ Punção Abdominal
☐ Corticoterapia ☐ Flebotomia ☐ Punção Torácica
☐ Drogas Antineoplásicas ☐ Hemoterapia ☐ Traqueostomia
☐ NP ☐ Nebulizador ☐ Outros

CONSIDERAÇÕES CIRÚRGICAS:

Cirurgia realizada: Trauma de punção de rádio e fixação Anestesiado: Qual (EV)Data: 22/12/17 Tempo: 25 min☒ Limpa ☐ Potenc. Contaminada
☐ Contaminada ☐ Infectada☐ Urgência ☐ Emergência
☒ Eletivo☐ PP ☒ MP ☐ GPEQUIPE: Cirurgião: Dr. Raiton Auxiliar: —
Instrumentador: — Anestesiado: Dr. JureRAIO X NA SALA: ☐ Sim ☒ NãoUSO DE ANTIBIÓTICO: ☒ Profilático ☐ TerapêuticoNome: Cefazolin 1g Nome: —Dose / Dia: 2g f/Amf Dose / Dia: —Duração: Trans-operatório Duração: —

BACTERIOLOGIA

GRAM		CULTURA		RESULTADO	ATB
	☐ Sim ☒ Não		☐ Sim ☒ Não		
MATERIAL		DATA			

Outras Observações: —CONDIÇÕES DE ALTA: ☐ Curado ☐ Transferido ☐ Óbito ☐ Melhorado ☐ À reavaliação☐ InalteradoCausa: —

MÉDICO ASSISTENTE

C.C.L.H.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CRIMINAL
COMANDO EM CHEFE

153




SERGIO EDUARDO FARIAS DE SOUSA

DATA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

RENTE 3.983,684
DATA DE EXPEDICÃO 04/08/2011

SERGIO EDUARDO FARIAS DE SOUSA

ALUGADO MANUEL MIGUEL DE SOUSA
MARIA DAS GRAÇAS FARIAS SANTOS

DATA DE NASCIMENTO 01/03/1997

CAMPINA GRANDE - PB

NASC. N 19203 FLS. 267 LIV. A18
CARTÓRIO CUITE - PB
CP 112.075.084-97

ASSINATURA DO DETENTOR DO DOCUMENTO

LEI Nº 7.112 DE 20/06/2006

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

NOME: SERGIO EDUARDO FARIAS DE SOUSA
NASCIMENTO: 01/03/1997

VALIDOSAMENTE COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

COMPROVANTE DE CONTROLE

95548009 B020 EFAA

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada no Internet: www.fazenda.gov.br

Comprovante de controle de acesso ao sistema de informações do Cadastro de Pessoas Físicas (CPF) do Brasil.

Ass - 143271163 - 01/07/2011 (hora e data de emissão)

Assinatura Verificadora: 00000000000000000000

COMPREV

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

01 ABR. 2013

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

TEM FE PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 05461822

USO OBRIGATÓRIO
IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS
(Art. 1º da Lei nº 1.904/64)



REGISTRO DO PORTUGÊS

Nilo Trigueiro Dantas



CAB



RESTRALCO

ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL

CONSELHO SECCIONAL DA PARAIBA
IDENTIDADE DE ADVOGADO

Nome
NILO TRIGUEIRO DANTAS

PROCURADOR
NILVAN ARAÚJO DANTAS
MARLI LÚCIA TRIGUEIRO DANTAS

NATURALIDADE
JOÃO PESSOA-PB

DATA DE NASCIMENTO
08/08/1983

RG
2869925 - SSP/PB

CPF
047.951.774-85

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO
NÃO

DATA DE EMISSÃO
01/10/2013

ASSINATURA
Edson Rezerra Cavalcanti

EDSON REZERRA CAVALCANTI SUBSINHO
PASSO DUTRA

13220

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

01 ABR. 2015

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RN Nº 011624364203

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

1 00360816534 2016

ROGERIO APAYAO SANTOS

107.719.614-80

NOD6547/RN

9C2XC1650BR556840

PASSEIRO/MOTOCICLETA/NAO APPLICAVE ALCOOL-GASOL

HONDA/CG 150 TITAN ESD

OCY/149 CILINDRAIS

1 R\$ 0.00

2 R\$ 0.00

3 R\$ 0.00

4 R\$ 0.00

5 R\$ 0.00

6 R\$ 0.00

7 R\$ 0.00

8 R\$ 0.00

9 R\$ 0.00

0 R\$ 0.00

1 R\$ 0.00

2 R\$ 0.00

3 R\$ 0.00

4 R\$ 0.00

5 R\$ 0.00

6 R\$ 0.00

7 R\$ 0.00

8 R\$ 0.00

9 R\$ 0.00

0 R\$ 0.00

1 R\$ 0.00

2 R\$ 0.00

3 R\$ 0.00

4 R\$ 0.00

5 R\$ 0.00

6 R\$ 0.00

7 R\$ 0.00

8 R\$ 0.00

9 R\$ 0.00

0 R\$ 0.00

1 R\$ 0.00

2 R\$ 0.00

3 R\$ 0.00

4 R\$ 0.00

5 R\$ 0.00

6 R\$ 0.00

7 R\$ 0.00

8 R\$ 0.00

9 R\$ 0.00

0 R\$ 0.00

1 R\$ 0.00

2 R\$ 0.00

3 R\$ 0.00

4 R\$ 0.00

5 R\$ 0.00

6 R\$ 0.00

7 R\$ 0.00

8 R\$ 0.00

9 R\$ 0.00

0 R\$ 0.00

1 R\$ 0.00

2 R\$ 0.00

3 R\$ 0.00

4 R\$ 0.00

5 R\$ 0.00

6 R\$ 0.00

7 R\$ 0.00

8 R\$ 0.00

9 R\$ 0.00

0 R\$ 0.00

1 R\$ 0.00

2 R\$ 0.00

3 R\$ 0.00

4 R\$ 0.00

5 R\$ 0.00

6 R\$ 0.00

7 R\$ 0.00

8 R\$ 0.00

9 R\$ 0.00

0 R\$ 0.00

1 R\$ 0.00

2 R\$ 0.00

3 R\$ 0.00

4 R\$ 0.00

5 R\$ 0.00

6 R\$ 0.00

7 R\$ 0.00

8 R\$ 0.00

9 R\$ 0.00

0 R\$ 0.00

1 R\$ 0.00

2 R\$ 0.00

3 R\$ 0.00

4 R\$ 0.00

5 R\$ 0.00

6 R\$ 0.00

7 R\$ 0.00

8 R\$ 0.00

9 R\$ 0.00

0 R\$ 0.00

1 R\$ 0.00

2 R\$ 0.00

3 R\$ 0.00

4 R\$ 0.00

5 R\$ 0.00

6 R\$ 0.00

7 R\$ 0.00

8 R\$ 0.00

9 R\$ 0.00

0 R\$ 0.00

1 R\$ 0.00

2 R\$ 0.00

3 R\$ 0.00

4 R\$ 0.00

5 R\$ 0.00

6 R\$ 0.00

7 R\$ 0.00

8 R\$ 0.00

9 R\$ 0.00

0 R\$ 0.00

1 R\$ 0.00

2 R\$ 0.00

3 R\$ 0.00

4 R\$ 0.00

5 R\$ 0.00

6 R\$ 0.00

7 R\$ 0.00

8 R\$ 0.00

9 R\$ 0.00

0 R\$ 0.00

1 R\$ 0.00

2 R\$ 0.00

3 R\$ 0.00

4 R\$ 0.00

5 R\$ 0.00

6 R\$ 0.00

7 R\$ 0.00

8 R\$ 0.00

9 R\$ 0.00

0 R\$ 0.00

1 R\$ 0.00

2 R\$ 0.00

3 R\$ 0.00

4 R\$ 0.00

5 R\$ 0.00

6 R\$ 0.00

7 R\$ 0.00

8 R\$ 0.00

9 R\$ 0.00

0 R\$ 0.00

1 R\$ 0.00

2 R\$ 0.00

3 R\$ 0.00

4 R\$ 0.00

5 R\$ 0.00

6 R\$ 0.00

7 R\$ 0.00

8 R\$ 0.00

9 R\$ 0.00

0 R\$ 0.00

1 R\$ 0.00

2 R\$ 0.00

3 R\$ 0.00

4 R\$ 0.00

5 R\$ 0.00

6 R\$ 0.00

7 R\$ 0.00

8 R\$ 0.00

9 R\$ 0.00

0 R\$ 0.00

1 R\$ 0.00

2 R\$ 0.00

3 R\$ 0.00

4 R\$ 0.00

5 R\$ 0.00

6 R\$ 0.00

7 R\$ 0.00

8 R\$ 0.00

9 R\$ 0.00

0 R\$ 0.00

1 R\$ 0.00

2 R\$ 0.00

3 R\$ 0.00

4 R\$ 0.00

5 R\$ 0.00

6 R\$ 0.00

7 R\$ 0.00

8 R\$ 0.00

9 R\$ 0.00

0 R\$ 0.00

1 R\$ 0.00

2 R\$ 0.00

3 R\$ 0.00

4 R\$ 0.00

5 R\$ 0.00

6 R\$ 0.00

7 R\$ 0.00

8 R\$ 0.00

9 R\$ 0.00

0 R\$ 0.00

1 R\$ 0.00

2 R\$ 0.00

3 R\$ 0.00

4 R\$ 0.00

5 R\$ 0.00

6 R\$ 0.00

7 R\$ 0.00

8 R\$ 0.00

9 R\$ 0.00

0 R\$ 0.00

1 R\$ 0.00

2 R\$ 0.00

3 R\$ 0.00

4 R\$ 0.00

5 R\$ 0.00

6 R\$ 0.00

7 R\$ 0.00

8 R\$ 0.00

9 R\$ 0.00

0 R\$ 0.00

1 R\$ 0.00

2 R\$ 0.00

3 R\$ 0.00

4 R\$ 0.00

5 R\$ 0.00

6 R\$ 0.00

7 R\$ 0.00

8 R\$ 0.00

9 R\$ 0.00

0 R\$ 0.00

1 R\$ 0.00

2 R\$ 0.00

3 R\$ 0.00

4 R\$ 0.00

5 R\$ 0.00

6 R\$ 0.00

7 R\$ 0.00

8 R\$ 0.00

9 R\$ 0.00

0 R\$ 0.00

1 R\$ 0.00

2 R\$ 0.00

3 R\$ 0.00

4 R\$ 0.00

5 R\$ 0.00

6 R\$ 0.00

7 R\$ 0.00

8 R\$ 0.00

9 R\$ 0.00

0 R\$ 0.00

1 R\$ 0.00

2 R\$ 0.00

3 R\$ 0.00

4 R\$ 0.00

5 R\$ 0.00

6 R\$ 0.00

7 R\$ 0.00

8 R\$ 0.00

9 R\$ 0.00

0 R\$ 0.00

1 R\$ 0.00

2 R\$ 0.00

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO TÉCNICO CIENTÍFICO DE POLÍCIA
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO

POLEGAR DIREITO

Rogério Araújo Santos
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 003.443.094 DATA DE EXPEDIÇÃO 25/09/2012

NOME
ROGERIO ARAUJO SANTOS

FILIAÇÃO
FRANCISCO REGINALDO DA SILVA SANTOS
MARIA DAS VITORIAS DOS SANTOS ARAUJO

NATURALIDADE
CUITE PB DATA DE NASCIMENTO 22/07/1995

CERT. DE NASCIMENTO L-A-18 F-174 RG-18031
CUITE PB-CARTORIO UNICO CARTORIO

CPF 107.719.614-80 1a. VIA

ASSINATURA DO DIRETOR
JOSÉ CARLOS DE SOUZA FILHO
Coordenador da COID
ITEP

Proprietário do veículo:

COMPREV

COMPREV-BREVIA NCIA SIA

01 ABR. 2013

PROTOCOLADO
AG. JOÃO PESSOA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180156934 **Cidade:** Cuité **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SERGIO EDUARDO FARIAS DE SOUSA **Data do acidente:** 03/12/2017 **Seguradora:** ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/04/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA NO PUNHO DIREITO

Resultados terapêuticos: DEPENDE DE PERICIA MEDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NO PROCESSO NÃO FORAM PERTINENTES PARA QUE O EXAMINADOR VALORASSE COM SEGURANÇA POSSÍVEIS SEQUELAS ADQUIRIDAS

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: PAULO ARTUR DE ARAUJO AMORIM

CRM do médico: 52.86271-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180156934 **Cidade:** Cuité **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SERGIO EDUARDO FARIAS DE SOUSA **Data do acidente:** 03/12/2017 **Seguradora:** ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA NO PUNHO DIREITO. FRATURA DO ZIGOMÁTICO DIREITO.

Descrição do exame médico pericial: VÍTIMA REFERE PARESTESIA EM CICATRIZ CIRÚRGICA NA REGIÃO ZIGOMÁTICA E REDUÇÃO DA FORÇA PARA MASTIGAÇÃO. AO EXAME, APRESENTA DIMINUIÇÃO DA SUPINAÇÃO DO PUNHO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA AMBAS AS FRATURAS. RECEBEU ALTA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do membro superior direito

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 23/04/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Marcio Alberto de Lima Cavalcanti

CRM do médico: 6508

UF do CRM do médico: PB

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			7 %	R\$ 945,00

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:

PROCURAÇÃO

Outorgante: Sergio Eduardo Farias de Sousa,
brasileiro(a), solteiro, estudante,
portador(a) do RG nº. 3.983.684 expedido por SSP/PB em
04/08/2011 e do CPF nº. 112.075.084-97, residente na (o)
Rua Francisco Patricio de Araujo - 198 - Jurema
Pereira, município de Cuité - PB, CEP 58.175-000.

Outorgado: **NILO TRIGUEIRO DANTAS**, brasileiro, casado, advogado, inscrito a
OAB/PB sob nº. 13220 e na OAB/RN sob nº. 834-A, portador do RG nº 2.669.825
SSP/PB 2ª via e CPF nº 047.951.774-65, residente e domiciliada na Rua Roldão
Zacarias de Macedo, 145, JK, Picuí – PB. e-mail: nilotdantas@hotmail.com tel.:
(83) 3371-2274/ 99912-5490/ 99104-9190/ 98852-4690.

Poderes: Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo
meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes
para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO
DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

Picuí - PB, 05 de março de 2018.

SERGIO EDUARDO FARIAS DE SOUSA
outorgante

SERVIÇO NOT. E REGISTRO CIVIL
Rua Prof. Felinto Florentino, 60
Cedro - Tel: (83) 3374-1414
NOVA FLORESTA - PB

Reconheço as, firmas e rubricas por autenticidade
de: Sergio Eduardo Farias
de Sousa

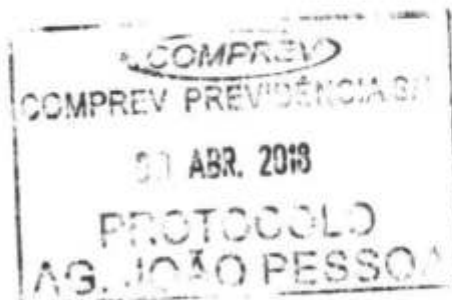
Dou fé. Teste (Assinatura) da verdade.
Nova Floresta - PB 05/1 março/2018.

Adriana da Silva Costa Oliveira
p/ Eliana Clementino Pereira
Escritora Substituta

AGO06734 - 4ONW

Consulte a autenticidade em: <https://selodigital.tpb.jus.br>

Serviço Not. e Registro Civil
Eliana Clementino Pereira
Escritora Substituta
Nova Floresta - Comarca de Cuité - PB



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3180156934**

Nome do(a) Examinado(a): **SERGIO EDUARDO FARIAS DE SOUSA**

Endereço do(a) Examinado(a):

RUA FRANCISCO PATRICIO DE ARAUJO, 198 - JAIME PEREIRA - Cuité - PB - CEP 58175-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSDS /PB**] **3983684**

Data e local do acidente: [**03/12/2017**] **NOVA FLORESTA**

Data e local do exame: [**23/04/2018**] **Campina Grande** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

FRATURA NO PUNHO DIREITO. FRATURA DO ZIGOMÁTICO DIREITO.

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

TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA AMBAS AS FRATURAS. RECEBEU ALTA.

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

VÍTIMA REFERE PARESTESIA EM CICATRIZ CIRÚRGICA NA REGIÃO ZIGOMÁTICA E REDUÇÃO DA FORÇA PARA MASTIGAÇÃO. AO EXAME, APRESENTA DIMINUIÇÃO DA SUPINAÇÃO DO PUNHO DIREITO.

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[☒] Sim [☐] Não

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[☒] Sim [☐] Não

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

Limitação funcional do membro superior direito

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo 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)

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

Região Corporal (Sequela):

Membro superior direito

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.



Marcio Alberto de Lima Cavalcanti - CRM: 6508 - PB