
Rio de Janeiro, 25 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190544332

Vítima: JOSEILTON NICACIO DA SILVA OLIVEIRA

Data do Acidente: 23/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSEILTON NICACIO DA SILVA OLIVEIRA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 25 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190544332 Vítima: JOSEILTON NICACIO DA SILVA OLIVEIRA

Data do Acidente: 23/12/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSEILTON NICACIO DA SILVA OLIVEIRA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, original ou cópia autenticada, com o nome completo e sem abreviações do proprietário e os dados do veículo em que a vítima estava no acidente, pois o entregue não possui estas informações.
-----------------------	--

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: **103.159.814.66** Nome completo da vítima: **JOSEILTON NICÁCIO DA SILVA**

RÉGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: **Joseilton Nicácio da Silva** CPF: **103.159.814.66**
Profissão: **Agricultor** Endereço: **Rua Adalgisa Cordeiro** Número: **137** Complemento: _____
Bairro: **Centro** Cidade: **Serrolândia** Estado: **PB** CEP: **58.394.000**
E-mail: **TLCAUDREACINO@gmail.com** Tel.(DDD): _____

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENTA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: **0038** CONTA: **0006002** **3**
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____ Autorização de pagamento
AGÊNCIA: _____
(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no CMI) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúva Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: _____ Falecidos: _____

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

TESTEMUNHAS
1ª Nome: _____ CPF: _____
Assinatura: _____
2ª Nome: _____ CPF: _____
Assinatura: _____
Assinatura do Representante Legal (se houver): _____ Assinatura do Procurador (se houver): _____
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): **Joseilton Nicácio da Silva**
(*) Assinatura de quem assina A ROGO

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. **NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.**

*Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

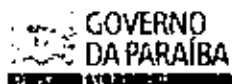
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8169

SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 05

Ouvedoria: 0800 021 91 35

INSTRUÇÕES IMPORTANTES:

1. Necessário o preenchimento completo de todos os dados, sem rasuras e de forma legível.
2. Os nomes da vítima e dos beneficiários deverão ser informados completos e sem abreviações.
3. Informar a quantidade de filhos, pais e avós vivos e falecidos, *nascituros (aquele que está sendo gerado, mas ainda não nasceu).
4. Os beneficiários/vítimas com idade entre 0 e 15 anos ou o incapaz com curador deverão ser **representados pelos pais**, tutor ou curador. A declaração deverá ser preenchida com os dados dos beneficiários/vítimas e assinada somente pelo representante legal.
5. Os beneficiários/vítimas com idade entre 16 e 17 anos deverão ser **assistidos pelos pais ou tutor**. A declaração deverá ser preenchida com os dados dos beneficiários/vítimas e assinada pelos beneficiários/vítimas e, também, por seu **assistente legal**, devidamente identificado por meio dos respectivos documentos.
6. Em caso de indenização por morte com mais de um beneficiário, preencher um formulário para cada beneficiário.



GOVERNO DO ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE SEGURANÇA E DEFESA SOC
21ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLICIA CIVIL
DELEGACIA DE POLICIA DO MUNICIPIO DE BORBOREMA/PB



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

LIVRO Nº: 01/2019

OCORRÊNCIA Nº: 009/2019

Aos quinze (15) dias do mês de janeiro (01) do ano de DOIS MIL E DEZENOVE (2019), nesta cidade de Borborema/PB e nesta Delegacia de Polícia Civil, onde presente se encontrava o Bel. Francisco Deusdedit Leão Filho, Delegado de Polícia Civil Titular, comigo Escrivã ad hoc, aí por volta das 11:00 min, compareceu o (a) Senhor (a):

MARILENE FERREIRA DE OLIVEIRA NASCIMENTO, BRASILEIRA, CASADA, NATURAL DE SERRARIA/PB, NASCIDA AOS 18/04/1970, COM 48 ANOS DE IDADE, FILHA DE JOSE FIDELIS DE OLIVEIRA E DE MARIA FERREIRA DE OLIVEIRA, RESIDENTE NA AVENIDA DUARTE LIMA, Nº 669, CENTRO, SERRARIA, PORTADOR DO RG Nº 1490015 SSP/PB.

A quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu a esta Delegacia de Polícia Civil HH narrar/registrar/informar/noticiar conforme segue:

- 1) **NATUREZA DO FATO:** ACIDENTE DE TRÂNSITO
- 2) **Data do fato:** 23/12/2018
- 3) **Horário do fato:** 17:30 HORAS
- 4) **Local do fato:** Borborema/PB



5-) Breve resumo do fato:

NOTICIU que no dia 23 de dezembro do ano findo, por volta das 17:30 horas, seu sobrinho JOSEILTON NICÁSSIO DA SILVA OLIVEIRA, com 28 anos de idade, foi vítima de acidente automobilístico, quando uma Caminhonete conduzida pelo senhor JORGE SENA colidiu na motocicleta conduzida pelo mesmo, fato esse ocorrido na zona rural desse município; Que a noticiante não sabe informar as características da motocicleta que seu sobrinho conduzia no momento do acidente; Que a noticiante não sabe detalhar como ocorrera tal acidente; Que a noticiante tem conhecimento de que JOSEILTON foi socorrido por uma equipe do Samu da cidade de Serraria/PB; Que nas imediações do Distrito de Vila Maia, houve uma troca de ambulâncias, tendo JOSEILTON passado a ser removido pela ambulância do Samu da cidade de Solânea (Unidade de Suporte Avançado -USA) devido à gravidade dos ferimentos sofridos; Que JOSEILTON foi encaminhado para o Hospital de Emergência e Trauma na cidade de João Pessoa/PB, onde permanece até o presente momento; Que a noticiante informa que o senhor JORGE SENA enviou alguns conhecidos até a residência de JOSEILTON para oferecer apoio, sendo esses: o vereador dessa cidade VIGILANDO, o policial CRUZ e outra pessoa que a noticiante não conhece; Que a noticiante tem conhecimento de que o senhor JORGE SENA não prestou socorro ao seu sobrinho JOSEILTON após a colisão dos veículos;

OBSERVAÇÕES DA UNIDADE POLICIAL:

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo (a) noticiante, e por mim, escrivã (o) que recebe.

M. Nascimento

MARILENE FERREIRA DE OLIVEIRA NASCIMENTO
NOTICIANTE

Heleísa de F. Cavalcante Moreira
HELOÍSA DE F. CAVALCANTE MOREIRA
AGENTE DE POLÍCIA



ATENDIMENTO DE TRAUMA

DATA 23/12/18	HORA 18:06	Nº ORÇ. / PROTOCOLO 260-2293242	PACIENTE / USUÁRIO Gimilson Nicácio da Silva Oliveira	IDADE 28a	SEXO M () F ()
LOCAL DA OCORRÊNCIA Estrada do Sítio 2, Zona Rural			BAIRRO Bela Vista	MÉDICO REGULADOR Gimilson	
VEÍCULO: () PM () RESGATE/BOMBEIROS () PRF () CPTRAN () OUTRO: _____					
CIRCUNSTÂNCIA: () ACIDENTE COM AUTOMÓVEL () CARPINTAMENTO () COLISÃO () FRONTAL () LATERAL () TRASSEIRA () USO DE CINTO DE SEG. () SIM () NÃO () IGR					
AIR BAG () SIM () NÃO () ACIDENTE COM MOTO - USO DE CAPACETE () SIM () NÃO () NÚMERO DE VÍTIMAS NO LOCAL: 3 () QUEDA - ALT. APROX: _____					
() FAB () FAF () FER () FET () EMPALA () AGRESSÃO FIS () ESPANCAMENTO () OUTIMADURA AGENTE () AFOGAMENTO () OUTRO: _____					
VEÍCULO: () DENTRO DO VEÍCULO () FORA DO VEÍCULO () PROJETADA () ENCARCERADA () DECUBITO () LATERAL () DORSAL () VENTRAL () SENTADO () DEAMBULANDO () SOCORRIDA POR TERCEIROS () CAPACETE RETIRADO POR TERCEIROS () NÃO SE ENCONTRA NO LOCAL () RECUSOU ATENDIMENTO () SOCORRIDO PELA BOMBEIRO () LOCAL NÃO ENCONTRADO () ÓBITO NO LOCAL () CANCELADO () OUTRO: _____					
ASSINATURA DO AGENTE: _____					

EXAME FÍSICO				ESTADO INICIAL				CRÍTICO		X GRAVE		MODERADO		LEVE																																																																																									
								INSTÁVEL				ESTÁVEL																																																																																											
A	V	LIVRE () OBSTRUÇÃO PARCIAL () OBSTRUÇÃO TOTAL () CORPO ESTRANHO () BRONCOASPIRAÇÃO () EDEMA DE GLOTE																																																																																																					
		() NORMAL () BRADIPNEIA () TAQUIPNEIA () APNEIA () DISPNEIA () RESP. RUIDOSA () HEMOPTISE () TOSSE PRODUTIVA VENTILAÇÃO () ESPONT () VENT ASSIST AUSC. PULM: () MV () RA () CREPITOS () SIBILOS () RONCOS MV DIMINUI. A () AUSÊNCIA DE MV A () EXPOSIÇÃO DE () BILATERAL () IRRIG () INFIEMIA SUBCUTÂNEA () DESVIO DE TRAQUEIA																																																																																																					
R	E	PULSO () BILATERAL () CRESC () REGULAR () AUSENTE () REG () IRRIG PELE () FALSO () CORADA () HUMIDA () SECA () FRIA () QUENTE () PEGAGOSA () SUDOREICO () CIANÓTICO PERFUSÃO ENCH. CAP () 1-2S () 3-2S () HEMORRAGIA () TUBO JUGULAR () NORMOCÁRDICO () BRADICÁRDICO () TAQUICÁRDICO () NORMOTENSO () HIPOTENSO () HIPERTENSO () PCR () CHOCQUE																																																																																																					
		() CONSCIENTE () ORIENTADO () CONFUSO () DESORIENTADO () HAL. ETÍLICO () AGITADO () SONOLENTO () OBNUBILAÇÃO () INCONSCIENTE																																																																																																					
C	I	ABERTURA OCULAR () RESPOSTA VERBAL () RESPOSTA MOTORA ESPONTANEA () 4 ORIENTADA () 2 OBEDECE A COMANDOS () 6 A VOZ () 3 CONFUSA () 4 LOCALIZA DOR () 5 A DOR () 2 PALAVRAS INAPROPRIADAS () 4 MOV DE RETIRADA () 4 NENHUMA () X PALAVRAS INCOMPREENSÍVEIS () X DECORTICAÇÃO () X NENHUMA () 1 DESCEREBRAÇÃO () 2 NENHUMA () 1																																																																																																					
		PUPILAS: () MIDRIASE () MIOSE () ANISOCORIA () ISOCÓRICA () REAG () NÃO REAG () DEFICIT MOTOR () DEFICIT SENSITIVO () CONVULSÃO																																																																																																					
D	N	LESÕES																																																																																																					
		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th>CRA</th> <th>FAÇ</th> <th>TOR</th> <th>CO</th> <th>PEL</th> <th>MSD</th> <th>MSE</th> <th>MID</th> <th>MIE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ESCO</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> </tr> <tr> <td>CONTU</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>LUXA</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>FRATU</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td>X</td> <td></td> </tr> <tr> <td>AMPU</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>LACER</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>EDEM</td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>HEMA</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>															CRA	FAÇ	TOR	CO	PEL	MSD	MSE	MID	MIE	ESCO					X	X	X	X	X	CONTU										LUXA										FRATU							X	X		AMPU										LACER										EDEM		X								HEMA							
	CRA	FAÇ	TOR	CO	PEL	MSD	MSE	MID	MIE																																																																																														
ESCO					X	X	X	X	X																																																																																														
CONTU																																																																																																							
LUXA																																																																																																							
FRATU							X	X																																																																																															
AMPU																																																																																																							
LACER																																																																																																							
EDEM		X																																																																																																					
HEMA																																																																																																							
E	X	() NORMOTERMIA () HIPOTERMIA () HIPERTERMIA () NORM () DISTENDIDO () DOLOROSO () LOCAL																																																																																																					
		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th>CAB</th> <th>PESC</th> <th>TANT</th> <th>TPOS</th> <th>PERI</th> <th>MSD</th> <th>MSE</th> <th>MID</th> <th>MIE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>I</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>II</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>III</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>															CAB	PESC	TANT	TPOS	PERI	MSD	MSE	MID	MIE	I										II										III																																																									
	CAB	PESC	TANT	TPOS	PERI	MSD	MSE	MID	MIE																																																																																														
I																																																																																																							
II																																																																																																							
III																																																																																																							

MANUTENÇÃO PARÂMETROS COLETIVOS

HORA	PA mmHg	FR/min	PC bpm	SPO ₂ %	T _{ax} °C	HCO ₃ mg/dl	ECG	APGAR
	120 x 80	28	150	60%	36.7	18		

PRINCIPAIS EXAMES DE LABORATÓRIO

O₂: 15 l/min () CAT. NASAL () MR () BVM () JML () CT
 () CAN ORO () ASPIRAÇÃO DE VVAA () ELEVAÇÃO DE
 DECOB () SNG () SVT
 CURATIVO: () COMPR () SIMPLES () TORNOQUETE
 () IRRIG OCUL () IMOBILIZAÇÃO TALAS DE EXTRE-
 LOCAL () 14 () RED () PRANCHIA RÍGIDA () COLLAR
 CERV () TAM () 2 () ESTABI. LAT. DE CABE () TRACÃO
 DE FÊMUR () MOBI. DE OBJ. IMPALA () RETIR. RÁDIDA
 AVP ABOCATH N° 20 LOCAL () 45D
 OUTROS:

TRATAMENTO ESPECÍFICO

MEDICAÇÕES SOLUÇÕES	DOSE/ VOLUME	VIA DE ADM	HORARIO
STRL		EV	

HISTÓRICO: () DIABETES () HAS () CARDIOPATIA () TABAGISTA () ETILISTA () ALERGIAS
MEDICAMENTOS EM USO: _____ ANTICEDENTES FAMILIARES: _____
QUEIXAS: () DOR () PARESTESIA () PULEGIA () PARESTIA () OUTRAS: _____

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM: () PADRÃO RESP. INEFICAZ () RIS PARA ASPIRAÇÃO () VOLUME DE LIQ. DEFICIENTE () RISC PARA FUNC. RESP. ALT. () PERF. TISSULAR INEF. : PERIFÉRICA () PERF. TISSULAR INEF. : CEREBRAL () PERF. TISSULAR INEF. : GI () RISC P VOL. DE LIQ. DEFIC () PERCEPÇÃO SENSORIAL PERTURBADA () RISC. P DISTIN. NEUROVASCULAR PERI () DOR AGUDA () CONFUSÃO AGUDA () RISC P TEMP. CORPO. Desequil. () INTEGRIDADE DA PELE PREJU () INTEGRIDADE TISSULAR PREJU. () IMOBILIDADE FÍSICA PREJU () RISCO P TRAUMA () RISCO P INEC () RISCO DE CHOQUE () HIPOTERMIA () HIPERTERMIA () RISC. DE DHE () NAUSEA () ANSIEDADE () MEDO OUTROS: _____

RELACIONADO A: in una

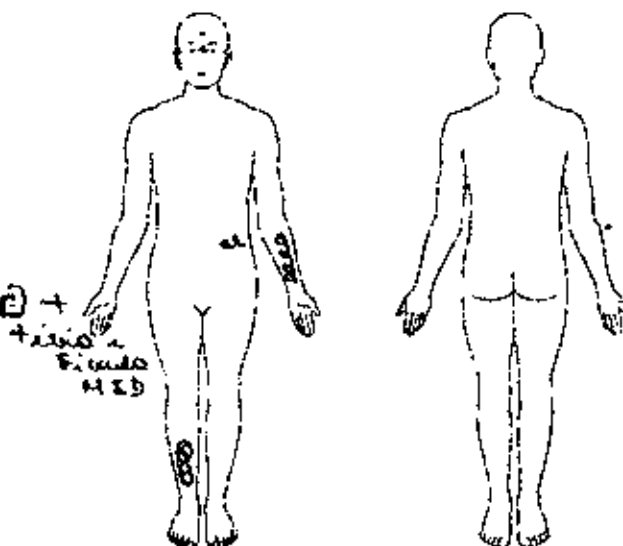
IMPLEMENTAÇÃO DA ASSIST. avaliação SSUV + instrumentalizar, compor protocolo de
trabalho

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM: Última de colisão: carro, moto, sem impacto no acidente. C66, encaminhado ao solo decúbito dorsal, inconsciente, palido, dispneico, frêmito para taquipneus, Taquicárdico, Glasgow 06, Arterialmente com Trauma de face e edema (suspeito de fratura do dorso do nariz) + TCE (otomagia D) + Fratura de antebraço (rádio e ulna - MSE) + Pulso (tímido e fraco - MSE) + Fratura (pule D + MSE + MSS), com contato com a CTR de acordo com quadro de PC, solicitado após a USA - Solano para intubação no Traxto, ao realizar intubação pelo Integre e USA - Solano, ficando sob cuidados médicos plantonista

RESUMO DE IDENTIFICAÇÃO DE LOCAL DA LESÃO

Lesões Apresentadas:

- o Contusão: _____
- o Corte: _____
- o Dor Muscular: _____
- o Edema: 20cc
- o Entorse: _____
- o Equimose: _____
- o Escoriação: Pulso + MSE + MSS
- o Fratura: Imo: Fratura Rádio, Ulna - MSE + tímido e fraco MSE
- o Hematoma: _____
- o Ruptura Muscular: _____
- o Suspensão de Fratura: _____
- o Outro(s): Trauma de face (fratura do dorso do nariz) + TCE (otomagia D)



LOCAL DE DESTINO: UVA DE SOLANO RESPONSÁVEL: [Assinatura] Nº CONSELHO: 333 PINÇAO: [Assinatura]

TIPO:

INTERMITENTE: ENFERMEIRA COREN-PE: 377.304 TELEFONE: [Assinatura] CTRFN: _____ CONHECER: Sendo

TERMO DE RECUSA

DECLARO PARA TODOS OS FINS QUE ESTOU RECUSANDO O ATENDIMENTO DISPONIBILIZADO PELO SAMUSFERRARIA - PB, NESTA OPORTUNIDADE:

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL: _____ RG: _____

TESTEMUNHA 01: _____ TESTEMUNHA 02: _____

PERTENCES DO PACIENTE

DESCRIÇÃO: _____ FUNÇÃO: _____

NOME DO RECEPTOR: _____

ASSINATURA DO RECEPTOR: _____

MATERIAL DESCARTÁVEL UTILIZADO

	QUANT.		QUANT.		QUANT.
Aguilha <u>X</u>		Jelon nº <u>30</u>	<u>01</u>	Sonda Vesical de Alívio	
Atadura de crepon <u>15</u> cm	<u>10</u>	Luva Esteril		Sonda Vesical de Demora	
Cateter tipo óculos		Luva de Procedimento	<u>20</u>	Outros	
Compressa Cirúrgica		Máscara Descartável	<u>03</u>		
Equipo Microgotas	<u>01</u>	Saco Coletor			
Equipo Microgotas	<u>-</u>	Scalp Nº			
Fita de Oxicamit	<u>01</u>	Seringa Nº			
Gaze esteril (pequena)	<u>05</u>	Sonda de Aspiração Nº			



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

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima

JOSEILTON NICÁCIO DA SILVA

CPF da Vítima

103.159.814.66

Data do Acidente

23/12/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante Legal

E-mail

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.

Serraia, 09 de setembro de 2019

Local e Data

JOSEILTON NICÁCIO DA SILVA

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradorafeder.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, JOSEILTON NÍCIO DA SILVA

RG nº 55.368.554.5, data de expedição 02 / 06 / 2011,

Órgão SSP-PB, CPF nº 103.159.814.66,

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

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Adalgisa Carnealente</u>
Número	<u>137</u>
Apto/Complemento	
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>SERRARIA</u>
Estado	<u>PARANÁ</u>
CEP	<u>58.394.000</u>
Tel. de contato	<u>(83)</u>
E-mail	<u>SLCADVOCACIA@gmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me

Local e Data: Serraria, 09 de setembro de 2019.

Joseilton Nício da Silva

Assinatura do Declarante



energisa
ENERGIA ELETTRICA

ENERGISA CARLEN - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Av. ZDZ, Km 25 - Cadeia Rendimento - Jussara (Pezos) - PE - CEP 55001-680
CNPJ 085 183/0001-43 - Fone: 071 015.823-0

LUGAR MONOFÁSICO
 CRISTO RESENTE C/BI/PESQUEIRA, BARRA PENHA
 RUA 2. 42. 500. 3500
 MONTOR. 05004-2502

Nº de Falso Centro de Entrega Eléctrica Nº 024 339 241
Cód. para OPA. Automática: 0000000241

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

Conta referente a
Mai/2019

Apresentação
06/05/2019

DATA prevista da
próxima leitura
04/06/2019

CPF/ CNPJ/ RAN
65.106.644-69
Inscr. Est.

UC (Unidade Consumidora):

5160285

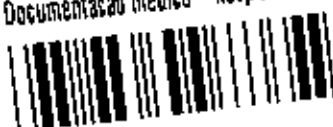
Cănaș de contact

Comissão Especial de Energia Elétrica - TSEE criada pela Lei nº 514/93 de 25 de abril de 2002
Jurisdição do MOVIMENTO VACINA BRASIL Sob o comando do Dr. Roberto de Almeida

Anterior		Atual		Constante		Consumo		Dias	
Data	Leitura	Data	Leitura						
04/07/75	1504	05/07/75	1712	1		69			27
Demonstrativo									
CC- Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base	Valor Base	Valor Base	Valor Base	Valor Base	Valor Base	Valor Base
0001 Consumo de 20 kWh	20,000	0,200750	4,015	0,00	0	0,00	4,015	0,00	0,00
0002 Consumo de 20 kWh	20,000	0,200750	4,015	0,00	0	0,00	4,015	0,00	0,00
0003 Adc. B. Anual			0,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0010 Substituição			25,50	0,00	0	0,00	25,50	0,00	0,00
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0001 CONTRIBUIÇÃO LUM. P. U. E. L.			2,42	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0002 Despesa Substituição			19,41	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
TOTAL				50,22	0,00	0,00	49,31	0,00	0,00



Documentação médico-hospitalar



GOVERNO DO ESTADO DA PARÁ
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
TAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIREÇÃO TÉCNICA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE JOSEILTON NICÁCIO DA SILVA OLIVEIRA
DADOS DE NASCIMENTO 27/09/90
NOME DA MÃE ROSYMARY NICÁCIO DA SILVA

DADOS EXTRAÍDOS DO PRONTUÁRIO

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1.131.261
Nº PRONTUÁRIO 113.036
DATA DO ATENDIMENTO 23/12/18
HORA DO ATENDIMENTO 21:04
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S) CONTUSÃO DE CORPO/CALO - ESPLÊNIO + CONTUSÃO FRONTAL E + HEMORRAGIA EXTRA-AXIAL LAMINAR D + FRATURA DOS OSSOS DA PERNA D
CID 10 S 06.2 + S 06.3 + S 06.8 + S 82.7

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta (colisão carro x moto), trazido pelo SAMU, apresentando TCE grave, entubado, sedado, sob ventilação mecânica e em uso de drogas vasoativas, além de escoriação em flanco E, fratura do antebraço E e da perna E. Glasgow 6. Avaliado pela equipe médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC do crânio
TC da coluna cervical
TC do tórax e abdome
TC da bacia
RX do antebraço E - AP e P
RX do joelho D - AP e P
RX da perna D - AP e P

TRATAMENTO:

Contusão de corpo/calco - esplênio + contusão frontal E + hemorragia extra-axial laminar D à TC do crânio. Fratura dos ossos da perna E ao RX. Sem alteração às outras TC's e aos outros RX. Realizado internamento e tratamento conservador das lesões cerebrais pela equipe da Neurocirurgia. Tratamento cirúrgico da fratura pelo Dr. Luciano Lira e equipe da Ortopedia. Obteve suporte da Terapia Intensiva.

ALTA HOSPITALAR: 13/02/19
DATA DA EMISSÃO: 04/07/19

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA
MÉDICO ORTOPEDISTA
CRM 2516

Dr. Ewerton Noronha Teixeira
CRM: 2516/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO. OBS: O profissional que assina este laudo não participou do atendimento médico.



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBAINTERNO, S/N -
CNES: 454547 - Tel.:Impresso por: THIAGO CATAO
DE VASCONCELOS
Em: 13/02/2019 11:22:23

Nome JOSEILTON NICACIO DA SILVA		Boletim de Atendimento 1131261	Data/Hora Entrada 23/12/2018 21:04:59	Data/Hora Saída
Data de nascimento 27/09/1990	Idade 28	Sexo Masculino	CNS 706604520387610	Prontuário 113036
Tempo de Internação 1m 20d 11h 15min		Convênio SUS	Plantão NOTURNO	
Data de Entrada 23/12/2018 21:04:59	Data Internação 24/12/2018 00:07:36	Permanência na Unidade: 1m 20d 14h 18min		Permanência no Leito: 23d 18h 28min

EVOLUÇÃO MEDICA (NEUDER ROMERO LIBERALINO DA NOBREGA - 13/02/2019 06:36:44)**EVOLUÇÃO****PROCEDIMENTO:****DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:**

2º DPO de tratamento cirúrgico de fratura de tibia direita com haste intramedular bloqueada, sem intercorrências por Dr Luciano Lira

Dr Ricardo Ramos suspendeu a cirurgia de rádio devido já está com calo ósseo. Orienta que o mesmo seja acompanhado e em 6 meses realizado tratamento cirurgico de consolidação viciosa, caso necessário.

cd: alta da ortopedia

Seção: POSTO IA - ENF 5 - Leito: 0002 - NEUROCIRURGIA
Profissional responsável pela informação: NEUDER ROMERO LIBERALINO DA NOBREGA

Número Conselho: 5050

Nos dias 01 e 02 de Fevereiro de 2019 - com 2 ERV

RETORNO AMBULATORIAL EM

UMA SEMANA

Thiago Catao
Médico Internista
C.R.O. 113036



Cruz Vermelha Brasileira

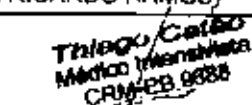
Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBAAV. ORESTES LISBOA, S/N - CONJ. PEDRO GONDIM JOÃO PESSOA
CNES: 122334 - Tel.: 8332165736

DADOS GERAIS		
Marcação da agenda 03/05/2019 14:14:28	Convênio SUS	
Nome do paciente JOSEILTON NICACIO DA SILVA	Data de Nascimento 27/09/1990	
Dados do agendamento		
Data e Hora 05/07/2019 12:00 12.00	Serviço CONSULTA DE RETORNO	Seção CONSULTÓRIOS - HTOP
Tipo de Agenda Consulta de Profissional	Especialidade ORTOPEDIA	Profissional LUCIANO JOSE LIRA MENDES
Procedimento	Exame	
Observações		

Documento de Alta

Nome JOSEILTON NICACIO DA SILVA			Número Prontuário: 113036
Data de 27/09/1990	Sexo: Masculino	Data de Internação: 24/12/2018 00:07:36	Data de Alta: 13/02/2019 11:34:50
Motivo da alta: ALTA HOSPITALAR			
Conduta: conduta=ALTA HOSPITALAR RETORNO PARA ORTOPEDIA - CARTAO EM ANEXO (DR. LUCIANO LIRA E DR. RICARDO RAMOS)			
Resumo da Internação: resumoInternacao=# TCE-GRAVE-ACIDENTE MOTOCICLISTICO (LAD TIPO II+CONTUSÃO FRONTAL ESQUERDA+ HEMATOMA EXTRAXIAL LAMINAR DIREITA) # FRATURA DO MID (2º DPO de tratamento cirúrgico de fratura de tibia direita com haste intramedular bloqueada, sem intercorrências, no momento com fo limpa sem sinais de infecção) PACIENTE ESTAVEL HEMODINAMICAMENTE, RESPONSIVO, INTERAGE COM O EXAMINADOR, VENTILA ESPONTANEAMENTE EM AR AMBIENTE. ENCONTRA-SE EUPNEICO, ACIANOTICO, ANICTERICO, E AFEBRIL, LIBERADO DIETA V.O Dr Ricardo ramos suspendeu a cirurgia de rádio devido já está com calo ósseo. Orienta que o mesmo seja acompanhado em AMBULATÓRIO, onde será reavaliado a indicação cirúrgica			
Resultado de Exames: resultadoExames=ANEXO			
Tratamento: tratamento=CLÍNICO E CIRÚRGICO			
Diagnóstico: T14.9 - Traumatismo não especificado			
Recomendações: recomendacoes=RETORNO PARA ORTOPEDIA - CARTAO EM ANEXO (DR. LUCIANO LIRA E DR. RICARDO RAMOS)			

Data: 13/02/2019


Thiago Catao
Médico Internista
CRM-PB 9685THIAGO CATAO DE
VASCÓNCLOS
CRM: 9685 - PB

Receituário

Paciente: JOSEILTON NICACIO DA SILVA

Idad: 28

Data: 13/02/2019 11:43:38

Sexo: Masculino CPF: Não Informado BAE: 1131261

USO ORAL:

1- RACECADOTRILA ----- 30 MG ----- 1 EMBALAGEM (18 SACHÊS)

Ingerir por via oral com água dissolvendo pela agitação o conteúdo de 2 sachês ou misturado a pequena quantidade de alimento 3 x ao dia até remissão dos sintomas

Thiago Catao
Médico Internista
CRM-PB 9685

Dr. THIAGO CATAO DE VASCONCELOS
9685/PB

Receituário

Paciente: JOSEILTON NICACIO DA SILVA

Idad: 28

Data: 13/02/2019 11:43:38

Sexo: Masculino CPF: Não Informado BAE: 1131261

USO ORAL:

1- RACECADOTRILA ----- 30 MG ----- 1 EMBALAGEM (18 SACHÊS)

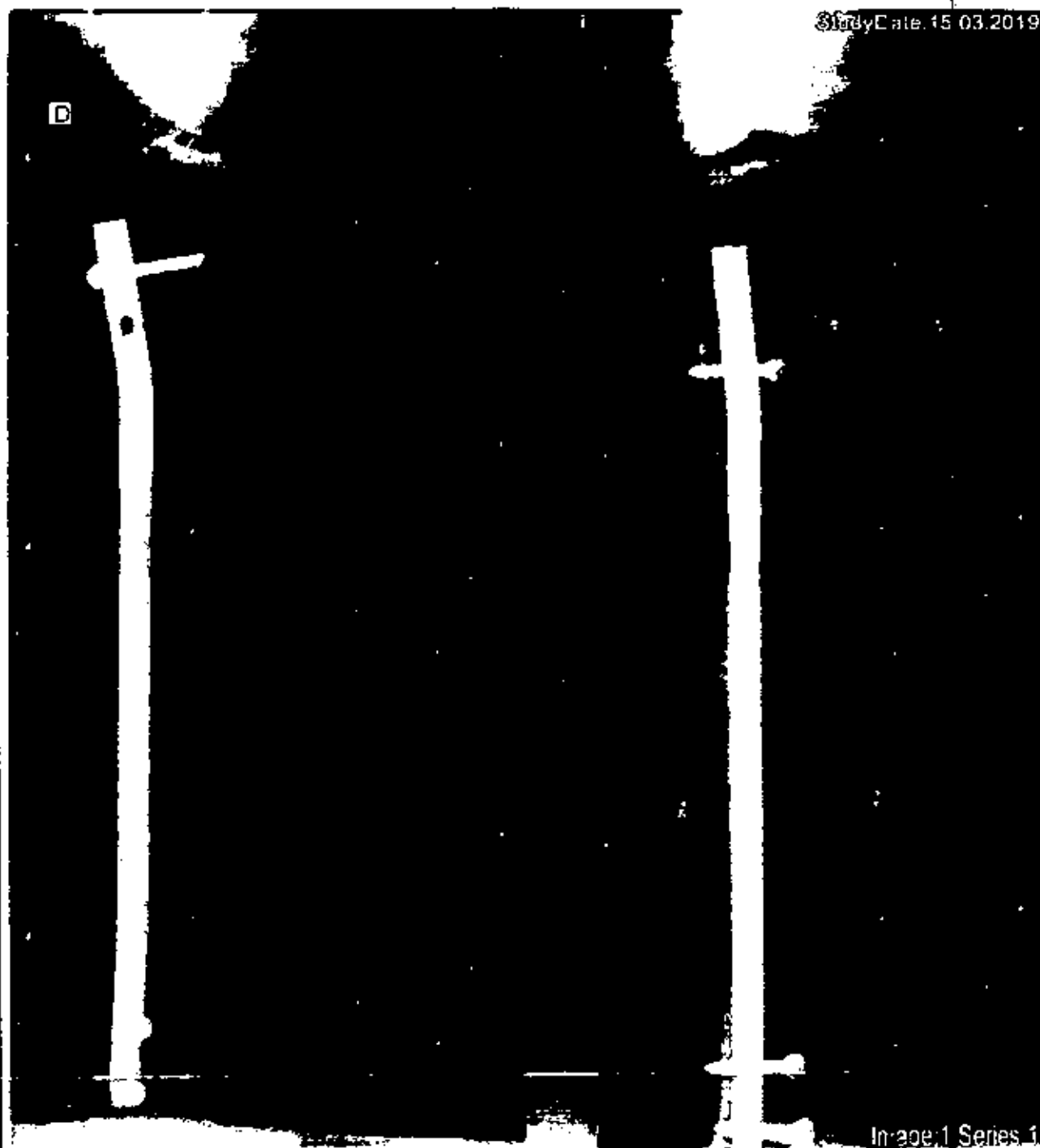
Ingerir por via oral com água dissolvendo pela agitação o conteúdo de 2 sachês ou misturado a pequena quantidade de alimento 3 x ao dia até remissão dos sintomas

Thiago Catao
Médico Internista
CRM-PB 9685

Dr. THIAGO CATAO DE VASCONCELOS
9685/PB

PatientID: 000000083869
PatientName: JOSEILTON NICACIO DA SILVA

Sex: Masculino
BirthDate: 27.09.1990
Age: 28a.



PatientID: 000000083869
PatientName: JOSEILTON NICACIO DA SILVA

Sex: Masculino
BirthDate: 27.09.1990
Age: 28a.



**SUS**Sistema
Único de
Saúde
Ministério
da
Saúde**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO /AUTORIZAÇÃO DE
PROCEDIMENTO AMBULATORIAL**

fls. 1/2

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - C/ES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE

4 - Nº DO PROFISSIONÁRIO

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

5 - DATA DE NASCIMENTO

7 - SEXO

Masc. ☐Fem. ☐

8 - RAÇA/COR

9 - NOME DA MÃE

DDD

10 - TELEFONE DE CONTATO

11 - NOME DO RESPONSÁVEL

DDD

12 - TELEFONE DE CONTATO

13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

15 - COD. IBGE MUNICÍPIO

16 - UF

17 - CEP

PROCEDIMENTO SOLICITADO

18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

19 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

20 - QTD

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO 1

22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO 1

23 - QTD

24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO 2

25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO 2

26 - QTD

27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO 3

28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO 3

29 - QTD

30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO 4

31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO 4

32 - QTD

33 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO 5

34 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO 5

35 - QTD

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

36 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

37 - CID 10 PRINCIPAL

38 - CID 10 SECUNDÁRIO

39 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

40 - OBSERVAÇÕES

SOLICITAÇÃO

41 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

42 - DATA DA SOLICITAÇÃO

43 - ASSINATURA E CARTEIRA DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

44 - DOCUMENTO

45 - DOCUMENTO CATEGÓRICO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

CNS

CPF

01486423441-33

Rafael Henrique Ramalho
Ortopedia
Prostética do Ombro
54 7145 7145 3456**AUTORIZAÇÃO**

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - CÓDIGO CBO DO AUTORIZADOR

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO (ARAC)

48 - DOCUMENTO

49 - DOCUMENTO CATEGÓRICO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

CNS

CPF

51 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

52 - ASSINATURA E CARTEIRA DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

53 - DATA DE VALIDADE DA AUTORIZAÇÃO

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

54 - NOME RAZÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

55 - C/ES



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

AV. GREGES LISBOA, 51 - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 3332165700

Boletim de Atendimento: 1131261



Identificação do paciente

ID 1358788	Nome JOSEILTON NICACIO DA SILVA	Sexo Masculino	
Data de nascimento 27/09/1990	Idade 28 anos 2 meses 26 dias	Estado civil	Religião
Mãe ROSYMARY NICACIO DA SILVA OLIVEIRA	Pai VANILDO FERREIRA DE OLIVEIRA		
Escolaridade	Responsável (Parentesco) JANDERILSON NICACIO DA SILVA - IRMÃO(A)		
DDD Móvel 83	Fone Móvel 898318354	DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 553685545	Nº Cns	
Local de procedência BOREBOREMA	Tipo MUNICIPIO	UF PB	
E-mail	Naturalidade SERRARIA	CBO/R	

Endereço

CEP 58395000	Município de residência SERRARIA	UF PB	Logradouro ADALGISA CAVALCANTE
Número 141	Complemento	Bairro CENTRO	

Admissão

Data e Hora 23/12/2018 21:04:59	Número da pulseira 17121899	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica	
Classificação de risco	Origem do paciente RUA	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Método de transporte SAMU	Outro transportador		

Sinais Vitais

PA _____ X _____ mmHg	Pulso	Temperatura
--------------------------	-------	-------------

Exames complementares

Raio X [] Sanguine [] Urina [] TC [] Liquor [] ECG [] Ultrasonografia []

Dados clínicos

Paciente vítima de trauma, trazido pelo SAMU em TOT. Grave. Apresentando escoriações no flanco E e no perna D e antebraço E.

Diagnóstico	CID
Atendido por YSLA MANUELLA SOARES VIRGINIO DA SILVA	Tempo 01min 24seg

Imprimir

23/12/2018 21:04:59

COPIA DO BOLETIM DE ATENDIMENTO
DO - 1131261

AREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel:

CNES: 6121221

Paciente JOSEILTON NICACIO DA SILVA	BAE 1131261	Data/Hora Entrada 23/12/2018 21:04:59	Data Baixa
Data de nascimento 27/09/1990	Idade 28a 2m 27d	Sexo Masculino	CNS
Mãe ROSYMARY NICACIO DA SILVA OLIVEIRA			Telefone de Contato (83) 998318354
Endereço ADALGISA CAVALCANTE, 141	Bairro CENTRO	Município SERRARIA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional ATTILA RAPHAEL BARBOSA ARAUJO SOUZA DE OLIVEIRA ALVES	Nº Cons. Regional 11491
Data/Hora Classificação 23/12/2018 21:04:59		Data/Hora Prescrição 23/12/2018 21:18:56	

Anamnese
***CIRURGIA GERAL#**

PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU EM PROTOCOLO DE IMOBILIZAÇÃO, COM RELATO DE TER SOFRIDO ACIDENTE COM AUTOMÓVEL ENQUANTO PILOTAVA UMA MOTO. RECEBO O PACIENTE INTUBADO, SEDADO, EM VENTILAÇÃO MECÂNICA, SEM USO DE DROGAS VASOATIVAS. TORAX SEM ALTERAÇÕES AO EXAME FÍSICO. BOA EXPANSIBILIDADE, ABDOME PLANO, DEPRESSIVEL, SEM DEFESA ABDOMINAL. APRESENTANDO ESCORIAÇÃO EM FLANCO ESQUERDO, SEM HEMORRAGIAS EXTERNAS, PULSOS PERIFÉRICOS CHEIOS E SIMÉTRICOS, SINAIS DE FRATURA EM PERNA DIREITA E ANTEBRAÇO ESQUERDO.

CD:

TC DE CRÂNIO, CERVICAL, TORAX, ABDOME, PÉLVIS
RX DE ANTEBRAÇO ESQUERDO, RX DE JOELHO E PERNA DIREITAS
PARECER DA NEUROCIRURGIA E ORTOPEDIA

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUMA CERVICAL S/ CONTRASTE

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PÉLVIS

RADIOGRAFIA DE ANTEBRAÇO ESQUERDO

RADIOGRAFIA DE JOELHO DIREITO (AP + LATERAL)

RADIOGRAFIA DE PERNA DIREITA

CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

Dr. Attila Raphael
Médico Residente - Cirurgia Geral
CRM/PB: 11.491

JOSEILTON NICACIO DA SILVA

ATTILA RAPHAEL BARBOSA ARAUJO SOUZA DE OLIVEIRA ALVES
(CRM: 11491)

AREA AMARELA
Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, , JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700
CNES: 454554

Paciente JOSEILTON NICACIO DA SILVA	BAE 1131251	Data/Hora Entrada 23/12/2018 21:04:59	Data Baixa
Data de nascimento 27/09/1990	Idade 28a 2m 27d	Sexo Masculino	CNS
Mãe ROSYMARY NICACIO DA SILVA OLIVEIRA	Bairro CENTRO	Município SERRARIA	UF PB
Endereço ADALGISA CAVALCANTE, 141	Profissional TOMAS CATAO MONTE RASO	Nº Cons. Regional 7742/PB	
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Data/Hora Prescrição 23/12/2018 22:59:30	
Data/Hora Classificação 23/12/2018 21:04:59			

Anamnese

ANCIR##

DOENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO.
LEZÃO GRAVE.

AO EXAME:

IOT + VM
COLAR CERVICAL
PUPILAS ISOCORICAS/MIOTICAS
RAMSAY DE 6
SEDADO

TCC:

COTUSÃO FRONTAL ESQ
CONTUSÃO DE CORPO CALO - ESPLÊNIO
PEQ COLEÇÃO, LAMINAR, PARIETAL DIREITA
LINHA MEDIA CENTRADA

TC COL CERVICAL/DORSAL/LOMBAR:
SEM FRATURAS, SEM LISTESE

UTI

REPETIR TC EM 12HRS

SEDAÇÃO

RETIRAR COLAR E PRANCHA

DIETA

DIETA ZERO, VIA NENHUMA

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 1500,0 ML VIA E.V., 24H, DURANTE 24 HORA(S)

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 8/8H, DURANTE 8 HORA(S)

Diluir

BROMOPRIDA 10MG (AMPOLA 2ML), DILUIR 2,0 ML

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% - (AMPOLA 10ML), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 8/8H

Diluir

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), DILUIR 2,0 ML



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBAAV. ORESTES LISBOA, s/n - PEDRO GONDIM
CNEB: 2692983 - Tel.: 6332186700Impresso por: ELZIMAR
MAGALHAES LEITE
Em: 10/01/2019 16:27:59

Nome JOSEILTON NICACIO DA SILVA		Boletim de Atendimento 1131261	Data/Hora Entrada 23/12/2018 21:04:59	Data/Hora Saída
Data de nascimento 27/09/1990	Idade 28	Sexo Masculino	CNS	Prontuário 113036
Tempo de Internação		Convênio SUS	Plantão DIURNO	
Data de Entrada 23/12/2018 21:04:59	Data Internação 24/12/2018 00:07:36	Permanência na Unidade: 17d 19h 23min		Permanência no Leito: 16d 19h 23min

EVOLUÇÃO DO PACIENTE (ELZIMAR MAGALHAES LEITE - 10/01/2019 16:27:35)**EVOLUÇÃO DO PACIENTE****PROCEDIMENTO:****DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:**

PACIENTE EVOLUI ESTADO GERAL GRAVE, TQT + VMI SIMV BEM ACOPLADO AO VENTILADOR P/F: 457; HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL SEM DVA, SEDADO EM USO DE DORMONID 40ML/H E FENTANIL 20ML/H RASS-2. AFEBRIL NOS CONTROLES, LEUCO 14490, HB 11,1. EM USO DE MEROPENEM (30/12) E VANCOMICINA (DI:02/01), CULTURA ST PSEUDOMONAS AERUGINOSA SENSÍVEL À MEROPENEM. DIURESE SATISFATORIA, CLARA E SEM GRUMOS, BH NEGATIVO, FUNÇÃO RENAL PRESERVADA UR-23,1 CR 0,66, K 3,2, MELHORADO DIARREIA, SEM DISGLICEMIAS.

MOTIVOS DE INTERNAÇÃO

1.: TCE GRAVE + POLITRAUMATISMO 2.: HEMATOMA EXTRA AXIAL LAMINAR A ESQUERDA 3.: FRATURA MASTOIDE E ESPENOIDE

MOTIVO DE PERMANÊNCIA (INTERCORRÊNCIAS)

1.: SUPORTE NEUROLÓGICO 2.: SUPORTE HEMODINÂMICO 3.: SUPORTE VENTILATORIO

DOENÇA MÓRBIDA / PRÉVIA

1.: NENHUMA

IMPRESSÃO CLÍNICA**DESCRIÇÃO:**

PACIENTE GRAVE, EM DESMAME DE SEDAÇÃO, COM HIPOCALEMIA, EM USO DE ANTIBIOTICOTERAPIA EM BOA RESPOSTA. HEMODINÂMICA ESTÁVEL SEM DVA

ANTIBIÓTICOS

1.: MEROPENEM DI=30/12/18 2.: VANCOMICINA DI=02/01/19 3.: CEFTRIAXONA
4.: CLINDAMICINA

SONDAS, DRENOS E CATETERES

1.: SONDA FOLEY 2.: ACESSO VENOSO CENTRAL 3.: SNE

CHECAGEM DE METAS

EVOLUÇÃO: DECÚBITO ELEVADO, PROFILAXIA PARA TVP, LIMPEZA DE CAVIDADE ORAL 3/3HRS RELAÇÃO PAO2/FIO2 (MMHG): 457

ESCALA DE RASS: -2 SEDAÇÃO LEVE

RX TORAX: REALIZADO

EXAME FÍSICO: PACIENTE RASS -2

SISTEMA RESPIRATÓRIO

ESPONTÂNEA: SOB TRAQUEOSTOMIA

FR: 13,00

SECREÇÕES: SEM ALTERAÇÃO

Nome JOSEILTON NIGACIO DA SILVA		Boletim de Atendimento 1131261	Data/Hora Entrada 23/12/2018 21:04:59	Data/Hora Saída
Data de nascimento 27/09/1990	Idade 28	Sexo Masculino	CNS	Prontuário 113036
Tempo de Internação		Convênio BUS	Plantão DIURNO	
Data de Entrada 23/12/2018 21:04:59	Data Internação 24/12/2018 00:07:35	Permanência na Unidade; 17d 18h 23min	Permanência no Leito 16d 18h 23min	

SISTEMA CARDIOVASCULAR

FC: 88,00

SPO₂: 97,00

DROGAS: FENTANIL + DORMOMID

EVOLUÇÃO: PULSOS PERIFÉRICOS

EXAME FÍSICO: RCR BNF EM 2 TEMPO

SISTEMA NEUROLÓGICO

AO: CHAMADO 3

RV: TUBO

EVOLUÇÃO: SEDAÇÃO, TC CRÂNIO

PUPILAS: ISOFOTORREAGENTES

LAUDO TC CRÂNIO: NO SISTEMA

SISTEMA DIGESTIVO/NUTRICIONAL

DIETA: ENTERAL

EVACUAÇÃO: MELHORA DA DIARREIA

ABDÔMEN: PLANO, FLACIDO

EVOLUÇÃO: RHA POSITIVO

EXAME FÍSICO:

EPISÓDIOS DIARREICOS

SISTEMA TÓXICO/INFECCIOSO

EVOLUÇÃO: ANTIBIOTICOTERAPIA, EVIDÊNCIA DE INFECÇÃO NÃO CONTROLADA LACTATO SÉRICO: 1,6

EXAME FÍSICO:

AFEBRIL NOS CONTROLES, LEUCO 14.490, EM USO DE MERO E VANCOMICINA.

SISTEMA RENAL/METABÓLICO

DIURESE PARA ÚLTIMAS 24HS: 4700,00

EDEMA: SEM EDEMA

EVOLUÇÃO: GLICEMIA CONTROLADA

EXAME FÍSICO:

UR 18,9 CR 0,65

EVOLUÇÕES FINAIS

OUTROS EXAMES:

CREAT=065;LEUC=15,460; HB=12,3; PLAQ=530; K=3,2;NA=139; MG=2; PCR=54,0 CA 7,3

CONCLUSÕES:

CD= SUPORTE INTENSIVO

-REPONHO CALCIO

-PARECER ORTOPEDIA PARA AVALIAR MSE E MID

-MANTENHO ANTIBIOTICOTERAPIA

Seção: UPG ENF 37 Leito: 0001

Profissional responsável pela informação: ELZIMAR MAGALHAES LEITE

Dr. Maria Elzimar P. M. Leite

CRM 2292

Número Conselho: 2292



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBAAV. ORESTES LIEBOA, s/n - PEDRO GONDIM
CNPES: 2592983 - Tel.: 33221657/00Impressão por: JULIANA
MAGALHAES LEITE
Em: 09/01/2019 10:19:10

Nome JOSEILTON NICACIO DA SILVA		Boleto de Atendimento 1131261	Data/Hora Entrada 23/12/2018 21:04:59	Data/Hora Saída
Data de nascimento 27/09/1990	Idade 28	Sexo Masculino	CNS	Prontuário 113036
Tempo de Internação		Convênio SUS	Plantão DIURNO	
Data de Entrada 23/12/2018 21:04:59	Data Internação 24/12/2018 00:07:36	Permanência na Unidade: 16d 13h 15min		Permanência no Leito: 15d 13h 15min

EVOLUÇÃO DO PACIENTE (JULIANA MAGALHAES LEITE - 09/01/2019 10:19:03)**EVOLUÇÃO DO PACIENTE**

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

PACIENTE EVOLUI ESTADO GERAL GRAVE, TQT + VMI SIMV BEM ACOPLADO AO VENTILADOR P/F: 386; HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL SEM DVA, SEDADO EM USO DE DORMONID 40ML/H E FENTANIL 20ML/H RASS-2. AFEBRIL NOS CONTROLES, LEUCO 13570, HB 11,1. EM USO DE MEROPENEM (30/12) E VANCOMICINA (DI-02/01), CULTURA ST PSEUDOMONAS AERUGINOSA SENSÍVEL À MEROPENEM. DIURESE SATISFATORIA, CLARA E SEM GRUMOS, BH POSITIVO, FUNÇÃO RENAL PRESERVADA UR-23,1 CR 0.66. K 3.2. DIETA POR SNE 21ML/H, POIS APRESENTANDO DIARREIA. SEM DISGLICEMIAS.

MOTIVOS DE INTERNAÇÃO

1.: TCE GRAVE + POLITRAUMATISMO 2.: HEMATOMA EXTRA AXIAL LAMINAR A ESQUERDA 3.: FRATURA MASTOIDE E ESFENOIDE

MOTIVO DE PERMANÊNCIA (INTERCORRÊNCIAS)

1.: SUPORTE NEUROLÓGICO 2.: SUPORTE HEMODINÂMICO 3.: SUPORTE VENTILATORIO

DOENÇA MÓRBIDA / PRÉVIA

1.: NENHUMA

IMPRESSÃO CLÍNICA

DESCRIÇÃO:

PACIENTE GRAVE, EM DESMAME DE SEDAÇÃO, COM HIPOCALEMIA, EM USO DE ANTIBIOTICOTERAPIA EM BOA RESPOSTA.

ANTIBIÓTICOS1.: MEROPENEM DI-30/12/18 2.: VANCOMICINA DI-02/01/19 3.: CEFTRIAXONA
4.: CLINDAMICINA**SONDAS, DRENOS E CATETERES**

1.: SONDA FOLEY 2.: ACESSO VENOSO CENTRAL 3.: SNE

CHECAGEM DE METAS

EVOLUÇÃO: DECÚBITO ELEVADO, PROFILAXIA PARA TVP, LIMPEZA DE CAVIDADE ORAL 3/3HRS, RELAXAMENTO MUSCULAR (MMHG): 386

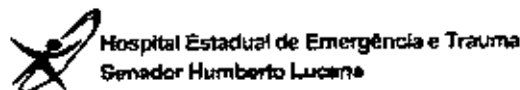
ESCALA DE RASS: -2 SEDAÇÃO LEVE RX TORAX: REALIZADO EXAME FÍSICO: PACIENTE RASS = 2

SISTEMA RESPIRATÓRIO

ESPONTÂNEA: SOB TRAQUEOSTOMIA

FR: 18,00

SECREÇÕES: SEM ALTERAÇÃO



INTERNO, S/N -
CNES: 454546 - Tel.:

Impresso por: JOELMA
PEDRO DA SILVA
Em: 08/01/2019 14:15:56

Nome JOSEILTON NIGACIO DA SILVA		Boletim de Atendimento 1131261	Data/Hora Entrada 23/12/2018 21:04:59	Data/Hora Saída
Data de nascimento 27/09/1990	Idade 28	Sexo Masculino	CNS	Prontuário 113036
Tempo de Internação		Convênio SUS	Plantão DIURNO	
Data de Entrada 23/12/2018 21:04:59	Data Internação 24/12/2018 00:07:36	Permanência na Unidade: 15d 17h 11min	Permanência no Leito: 14d 17h 11min	

EVOLUÇÃO DO PACIENTE (JOELMA PEDRO DA SILVA - 08/01/2019 14:15:44)

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

PROCEDIMENTO: TOMOGRAFIA REALIZADA

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

PACIENTE GRAVE, SEDADO, TQT+VMI, CORADO, HIDRATADO, ACIANOTICO, SEM REGISTRO DE FEBRE. BEM ADAPTADO AO VMI, SEM USO DE DVA, ESTAVEL HEMOCINAMICAMENTE.

MOTIVOS DE INTERNAÇÃO

1.: TCE GRAVE + POLITRAUMATISMO 2.: HEMATOMA EXTRA AXIAL LAMINAR A ESQUERDA 3.: FRATURA MASTOIDE E ESFENOIDE

MOTIVO DE PERMANÊNCIA (INTERCORRÊNCIAS)

1.: SUPORTE NEUROLÓGICO 2.: SUPORTE HEMODINÂMICO 3.: SUPORTE VENTILATORIO

DOENÇA MÓRBIDA / PRÉVIA

1.: NENHUMA

IMPRESSÃO CLÍNICA

DESCRIÇÃO:

PACIENTE GRAVE, DRIVE RESPIRATORIO IRREGULAR, BEM ADAPTADO AO VMI.

ANTIBIÓTICOS

1.: MEROPENEM DI=30/12/18 2.: VANCOMICINA DI=02/01/19 3.: CEFTRIAXONA
4.: CLINDAMICINA

SONDAS, DRENOS E CATETERES

1.: SONDA FOLEY 2.: ACESSO VENOSO CENTRAL 3.: SNE

CHECAGEM DE METAS

EVOLUÇÃO: DECÚBITO ELEVADO, PROFILAXIA PARA TVP, LIMPEZA DE CAVIDADE ORAL 3/3HRS ESCALA DE RASS 0 ALERTA E CALMO

RX TORÁX: REALIZADO

EXAME FÍSICO: PACIENTE RASS =2

SISTEMA RESPIRATÓRIO

ESPONTÂNEA: SOB TRAQUEOSTOMIA

SECREÇÕES: SEM ALTERAÇÃO

SISTEMA CARDIOVASCULAR

PA: 120X60

SPOT: 99.00

DROGAS: FENTANIL + DORMINID

EVOLUÇÃO: PULSOS PERIFÉRICOS

INTERNO, S/N -
CNES: 454546 - Tel.:Impresso por: ALEX RONALD
MAURICIO SILVA DE ALENCAR
Em: 04/02/2019 09:36:25

Nome JOSELTON NICACIO DA SILVA	Boletim de Atendimento 1131261	Data/Hora Entrada 23/12/2018 21:04:59	Data/Hora Saída
Data de nascimento 27/09/1990	Idade 28	Sexo Masculino	CNS 706604520387610
Tempo de Internação 1m 11d 9h 28min	Convênio SUS	Plantão DIURNO	
Data de Entrada 23/12/2018 21:04:59	Data Internação 24/12/2018 00:07:36	Permanência na Unidade: 1m 11d 12h 32min	Permanência no Leito: 14d 16h 40min

EVOLUÇÃO MÉDICA (ALEX RONALD MAURICIO SILVA DE ALENCAR - 04/02/2019 09:36:10)**EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

CLÍNICA MÉDICA

TCE-GRAVE-ACIDENTE MOTOCICLISTICO (LAD TIPO II+CONTUSÃO FRONTAL ESQUERDA+ HEMATOMA EXTRAXIAL LAMINAR DIREITA)

FRATURA DO MID (PENDENTE TTO CIRURGICO)

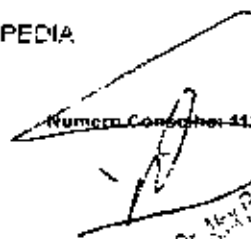
PACIENTE ESTAVEL HEMODINAMICAMENTE, RESPONSIVO, INTERAGE COM O EXAMINADOR. VENTILA ESPONTANEAMENTE EM AR AMBIENTE. ENCONTRA-SE EUPNEICO, ACIANOTICO, ANICTÉRICO, E AFEBRIL AO EXAME.

CD:

1) LIBERADO PELA CLÍNICA MÉDICA P/ ORTOPEDIA-SEGUE AOS CUIDADOS DA ORTOPEDIA

Seção: POSTO IA - ENF 5 Leito: 0002 - NEUROCIURGIA

Profissional responsável pela informação: ALEX RONALD MAURICIO SILVA DE ALENCAR


Número Conselho: 41296
Dr. Alex Ronald
Especialista em
Ortopedia e Traumatologia
CRM 41296



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



Número:

Prontuário: 1131261

Data: 11 / 02 / 19

Paciente:

Data: 11 / 02 / 19

Caixa Pronta:

Procedimento:

Reposição:

SUS: (X) Não SUS ()

Médico:

Paciente: Jefferson Nícolas da Silva
Procedimento: Trat. cirurgico de fratura diafise de tibia Direita
SUS: (X) Não SUS ()
Médico: Dr. Luciano Lira Mendes

Reposição: haste intramedular bloqueada

Haste de Tibia T.M. cirurgica DISPENSACÃO CME

FORNECEDOR	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE	CÓDIGO SUS	MARCA
T.M. cirurgica	Haste de Tibia 10X30	01		
1	parafuso de bloqueio proximal R45 n°35	01		
1	1 1 1 n°55	01		
1	parafuso de bloqueio distal R45 n°35	02		

DISPENSACÃO - FARMÁCIA

FORNECEDOR	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE	CÓDIGO SUS	MARCA
Bygon	Agulha de plaseo A 200 (100)	01		

Dr. Luciano Lira Mendes
Ortopedista - Traumatologista
CRM 2290

ASSINATURA DO MÉDICO - CRM

Ferlena Martins B. Luna
COREN-PR 122717 - ENF

ASSINATURA ENFERMAGEM - COREN

Maria Luiza Miguel R. dos Santos
Téc. de Enfermagem
COREN-PR 250.862

ASSINATURA CIRCULANTE - COREN-PR

SUS

SISTEMA
Unidade de
SaúdeMinistério
da
SaúdeLAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE
PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

H.E.E.T.S.H.L

Identificação do Paciente

3 - NOME DO PACIENTE

Jesilton nicácio da Silva

4 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Serraria

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (A.I.T.)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

22 - DIAGNÓSTICO INICIAL

23 - DOENÇA PRIMÁRIA

24 - DOENÇA SECUNDÁRIA

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

25 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

26 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTILIZAÇÃO DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

27 - DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

28 - DIÁRIA DE UTILIZAÇÃO

29 - DIÁRIA DE UTILIZAÇÃO

30 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

31 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

cc. Gloriete da T.M.C

01 - haste de tábua 10x30

03 - parafuso de bloqueio proximal R45 m 35

04 - parafuso de bloqueio distal R45 m 35

02 - parafuso de bloqueio distal R45 m 35

01 - Agulha de placo A 200 (100)

PROFISSIONAL SOLICITANTE

34 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

35 - DOCUMENTO

41 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

36 - CNS

37 - CPF

42 - ASSINATURA E CARIMBO Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - DOCUMENTO

46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

47 - CNS

48 - CPF

49 - ASSINATURA E CARIMBO Nº DO REGISTRO DO CONSELHO



RELATÓRIO DE CIRURGIA

MESTRE

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA
Posição e Preparo:
PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL HORIZONTAL SOB ANESTESIA
ASSEPSIA E ANTISSEPISIA
APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS
INCISÃO EM TERÇO MÉDIO SOBRE A TÍBIA DIREITA E EM REGIÃO INFRA PATELAR
DIVULSSÃO E DISSECÇÃO POR PLANOS
CUIDADOS COM HEMOSTASIA
Conduta:
CALOCCLASIA E RETIRADA DE FIBRO EM FOCO DE FRATURA
CURETAGEM DOS FOCOS DE FRATURA
REDUÇÃO DIRETA DA FRATURA
PASSAGEM DE FIO GUIA EM REGIÃO PROXIMAL DA TÍBIA
FRESSAGEM DO CANAL MEDULAR DA TÍBIA ATÉ O Nº 10,5
PASSAGEM DA HASTE INTRAMEDULAR 10X300 MM
COLOCAÇÃO DE DOIS PARAFUSOS PROXIMAIS CORTICAIS DE BLOQUEIO E DOIS
PARAFUSOS DISTAIS CORTICAIS DE BLOQUEIO
AUXÍLIO DE ESCOPIA
Fechamento:
LIMPEZA MECÂNICO CIRÚRGICA COM SF 0,9%
REVISÃO DE HEMOSTASIA
SUTURA POR PLANOS E CURATIVOS ESTÉREIS
Observação:
RAIO-X DE CONTROLE

Médico/CRM:


Jaelene de Deus Dantas Barreto
MÉDICA
CRM- 3491

João Pessoa,

11/02/2019



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

Parecer Médico

Nome	Idade	Prontuário
JOSEILTON NICACIO DA SILVA	28A 3M 5D	113036
Boletim de Atendimento	Data de Entrada	Data Internação
1131261	23/12/2018 21:04:59	24/12/2018 00:07:36
Convênio	Leito	Clinica
SUS	POSTO 1A - ENF 5 - 0002 - CIRURGIA GERAL	NEUROCIRURGIA
		Permanência na Unidade
		1m 7d 19h 44min
		Permanência no Leito
		10d 23h 52min

Parecer médico

Especialidade: INFECTOLOGIA
Profissional: RAISSA HOLMES SIMOES RICARTE
Motivo da solicitação: Data da Solicitação: 31/01/2019 07:12:08
PACIENTE MANTENDO DIARREIA LIQUIDA HA MAIS DE UMA SEMANA, ESTAVA EM USO DE MEROPENEM HA 32 DIAS. FOI INICIADO VANCOMICINA PENSANDO-SE EM COLITE PSEUDOMEMBRANOSA MAS JA DESCONTINUADA SEM TERMINO DE ATB. SOLICITEI EXAMES LAB HOJE E SOLICITO AVALIAÇÃO DA INFECTOLOGIA SOBRE ORIENTAÇÃO DE ANTIBIOTICOTERAPIA

Parecer: Data de Resposta: 31/01/2019 16:48:52

31/01/19 #Avaliação CCIH

#DI: 23/12/18 - TCE grave/Acidente automobilístico (LAD tipo II + contusão frontal E + hematoma extra axial aminalar D)/Fratura de MID/Infecção pulmonar/Diarréia.

#Em uso: Meropenem (D0: 29/01/19)

#Dispositivos: Dispositivo urinário instalado em 30/01/19 e acesso venoso periférico sem sinais flogísticos

#Exames laboratoriais (31/01/19): Hb: 12,9 Leuc: 14510 Pla: 339000 PCR: 33,4 EAS: 17 plócitos p/c Ur: 19,4 Cr: 0,54

#Culturas: Urocultura (28/01/19): Klebsiella aerogenes sens à Amicacina, Meropenem.

Paciente evolui sem febre, TQT em ar ambiente, sem O2 suplementar e sem desconforto respiratório. No momento encontra-se sonolento, responde aos estímulos de dor, porém não interage durante exame físico. Acompanhante refere que o mesmo apresenta-se sonolento desde o acidente de automobilístico. Relata que o mesmo vem apresentando diarreia com fezes pastosas, seguidas de fezes líquidas (05 episódios), sem sangue e muco. SVD retirada há um dia, em uso de dispositivo urinário com urina clara. Nega lesão de pressão, febre, vômitos, tosse. Relata fratura de MID, aguarda avaliação da ortopedia para possível abordagem cirúrgica.

AR: MV+ AHT, sem RA.

AV: RCR em 2T, BCNF, sem sopros.

Abd: plano, depressível, indolor à palpação.

Ext: sem edemas.

1. Sugiro manter o Meropenem 1g EV 8/8h (infundir em 3 horas). O tratamento para ITU é em torno de 7-10 dias. Se suspeita de Pneumonia hospitalar, solicitar novo Rx de tórax, se possível, coletar cultura de secreção traqueal e manter antimicrobiano por 14 dias. Para o quadro de diarreia, sugiro prescrever probiótico para flora intestinal e iniciar Metronidazol 500 mg VO 8/8h, na falta da medicação VO que não é padronizada no serviço, sugiro iniciar Metronidazol 500 mg EV 8/8h durante 10-14 dias.

2. Acompanhar com exames laboratoriais semanalmente.

Raissa Holmes Ricarte
Infeccionista
CRM - PB 8674

五五

INDICE DE RISCO DE CIRUGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGIST)

Barte de Tilia

Tilia T.M.C
B- barto de tília 10x30
A - parquero de blaqueus proximal 845 mⁿ 35
C - " " " " " " " " " "
D - parquero de blaques distal 645 mⁿ 35

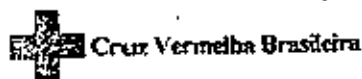
Entertainment Weekly

FRONTU-3.0: 4434264

10-11-11

ANESTESISTA En Colaboración Permana

1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 2674, 2675, 2676, 2677, 2678, 26



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



AV. ORESTES LISBOA, Sn - PEDRO GONDIM
CNPJ: 445365 - Tel.: 8332165700

Impresso por: LAIANA
KAREN DANTAS BARRETO
Em: 11/02/2019 10:29:53

Nome JOSEILTON NICACIO DA SILVA		Boletim de Atendimento 1131261	Data/Hora Entrada 23/12/2018 21:04:59	Data/Hora Saída
Data de nascimento 27/09/1990	Idade 28	Sexo Masculino	CNS 706604520387610	Prontuário 113036
Tempo de Internação 1m 18d 10h 22min		Convênio SUS	Plantão DIURNO	
Data de Entrada 23/12/2018 21:04:59	Data Internação 24/12/2018 00:07:35	Permanência na Unidade: 1m 18d 13h 25min		Permanência no Leito: 21d 17h 33min

EVOLUÇÃO MEDICA (LAIANA KAREN DANTAS BARRETO - 11/02/2019 10:28:15)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

foi de tratamento cirúrgico de fratura de tibia direita com haste intramedular bloqueada, sem intercorrências por Dr Luciano Lira

Dr Ricardo ramos suspendeu a cirurgia de rádio devido já está com calo ósseo. Orienta que o mesmo seja acompanhado e em 6 meses realizado tratamento cirurgico de consolidação viciosa, caso necessário.

cd: vpm + raio-x de controle

staff: Dr Luciano Lira

Seção: POSTO IA - ENF 5 Leito: 0002 - NEUROCIRURGIA
Profissional responsável pela informação: LAIANA KAREN DANTAS BARRETO

Número Conselho: 8491

Laiana Karen Dantas Barreto
11/02/2019
CNPJ: 445365

AV. ORESTES LISBOA, s/n - PEDRO GONDIM
CNES: 2592983 - Tel.: 8332165700Impresso por: CLAUDIO DE
PAULA ARAUJO
Em: 11/01/2019 08:02:04

Nome JOSEILTON NICACIO DA SILVA		Boletim de Atendimento 1131261	Data/Hora Entrada 23/12/2018 21:04:58	Data/Hora Saída
Data de nascimento 27/09/1990	Idade 28	Sexo Masculino	CNS	Prontuário 113036
Tempo de Internação		Convênio SUS	Plantão DIURNO	
Data de Entrada 23/12/2018 21:04:59	Data Internação 24/12/2018 00:07:36	Permanência na Unidade: 18d 10h 58min	Permanência no 17d 10h 58min	

EVOLUÇÃO DO PACIENTE (CLAUDIO DE PAULA ARAUJO - 11/01/2019 08:02:04)**EVOLUÇÃO DO PACIENTE**PROCEDIMENTO:
DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

PACIENTE EVOLUI ESTADO GERAL GRAVE, TQT + VMI SIMV BEM ACOPLADO AO VENTILADOR P/F: 457; HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL SEM DVA, SEDADO EM USO DE DORMONID 40ML/H E FENTANIL 20ML/H RASS-2, AFEBRIL NOS CONTROLES, EM USO DE MEROPENEM (30/12) E VANCOMICINA (DI:02/01), CULTURA ST PSEUDOMONAS AERUGINOSA SENSÍVEL À MEROPENEM, DIURESE SATISFATORIA, CLARA E SEM GRUMOS, BH NEGATIVO, FUNÇÃO RENAL PRESERVADA, MELHORADO DA DIARREIA, SEM DISGLICEMIAS.

MOTIVOS DE INTERNAÇÃO

1.: TCE GRAVE + POLITRAUMATISMO 2.: HEMATOMA EXTRA AXIAL LAMINAR A ESQUERDA 3.: FRATURA MASTOIDE E ESFENOIDE

MOTIVO DE PERMANÊNCIA (INTERCORRÊNCIAS)

1.: SUPORTE NEUROLÓGICO 2.: SUPORTE HEMODINÂMICO 3.: SUPORTE VENTILATORIO

DOENÇA MÓRBIDA / PRÉVIA

1.: NENHUMA

IMPRESSÃO CLÍNICA

DESCRIÇÃO:

PACIENTE GRAVE, EM DESMAME DE SEDAÇÃO, COM HIPOCALEMIA, EM USO DE ANTIBIOTICOTERAPIA EM BOA RESPOSTA. HEMODINÂMICA ESTÁVEL SEM DVA

ANTIBIÓTICOS1.: MEROPENEM DI=30/12/18 2.: VANCOMICINA DI=02/01/19 3.: CEFTRIAXONA
4.: CLINDAMICINA**SONDAS, DRENOS E CATETERES**

1.: SONDA FOLEY 2.: ACESSO VENOSO CENTRAL 3.: SNE

CHECAGEM DE METASEVOLUÇÃO: DECÚBITO ELEVADO, PROFILAXIA PARA TVP, LIMPEZA DE CAVIDADE ORAL 3/3HRS ESCALA DE PAINEL -2 SEDAÇÃO LEVE
RX TORAX: REALIZADO EXAME FÍSICO: PACIENTE RASS -2**SISTEMA RESPIRATÓRIO**

ESPONTÂNEA: SOB TRAQUEOSTOMIA FR: 13.00 SECREÇÕES: SEM ALTERAÇÃO

SISTEMA CARDIOVASCULAR

Nome JOSEILTON NICACIO DA SILVA		Boletim de Atendimento 1131261	Data/Hora Entrada 23/12/2018 21:04:59	Data/Hora Saída
Data de nascimento 27/09/1990	Idade 28	Sexo Masculino	CNS	Prontuário 113036
Tempo de Internação		Convênio SUS	Plantão DIURNO	
Data de Entrada 23/12/2018 21:04:59	Data Internação 24/12/2018 00:07:36	Permanência na Unidade: 18d 10h 58min		Permanência no Leito: 17d 10h 58min

FU 22.56

DROGAS: FENTANIL + DORMONID

PA: 149/79 MMHg

EVOLUÇÃO: PULSOS PERIFÉRICOS

SPO₂: 97.00

EXAME FÍSICO: RGR BNF EM 2 TEMPO

SISTEMA NEUROLÓGICO

AO: CHAMADO 3

PUPILAS: ISOFOTORREAGENTES

RV: TUBO

LAUDO TC CRÂNIO: NO SISTEMA

EVOLUÇÃO: SEDAÇÃO, TC CRÂNIO

SISTEMA DIGESTIVO/NUTRICIONAL

DIETA: ENTERAL

EVOLUÇÃO: RHA POSITIVO

EXAME FÍSICO:

EPISÓDIOS DIARREICOS

EVACUAÇÃO: MELHORA DA DIARREIA

ABDÔMEN: PLANO, FLÁCIDO

SISTEMA TÓXICO/INFECIOSO

EVOLUÇÃO: ANTIBIOTICOTERAPIA, EVIDÊNCIA DE INFECÇÃO NÃO CONTROLADA LACTATO SÉRICO: 1,6

EXAME FÍSICO:

AFEBRIL NOS CONTROLES, EM USO DE MERO E VANCOMICINA.

SISTEMA RENAL/METABÓLICO

BALANÇO HÍDRICO EM 24HS (ML): -1280.00

DIURESE PARA ÚLTIMAS 24HS: 6000.00

EDEMA: SEM EDEMA

EVOLUÇÃO: GLICEMIA CONTROLADA

EVOLUÇÕES FINAIS

CONCLUSÕES:

CD= SUPORTE INTENSIVO

-REPONHO CALCIO

-PARECER ORTOPEDIA PARA AVALIAR MSE E MID

-MANTENHO ANTIBIOTICOTERAPIA

DIARISTA: DR. JOÃO RODOLFO

Seção: UPG ENF 37 Leito: 0001

Profissional responsável pela informação: CLAUDIO DE PAULA ARAUJO

Claudio de Paula Araujo
MÉDICO
CRM 11005-7/RS 114.57

Número Conselho: 3903

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

55.368.554-5

DATA DE 02/JUN/2011

SAPÉLIA

JOSEILTON NICÁCIO DA SILVA
OLIVEIRA

VANILDO FERREIRA DE OLIVEIRA

E ROSYMARY NICÁCIO DA SILVA
OLIVEIRA

SERRARIA -PB

27/SET/1990

SERRARIA-PB
SERRARIA

CN:LV.A10 /FLS.01 /N.009079
103159814/66

199 Delegado Divisionário
de Polícia IIICD5573P
ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 2.116 DE 29/11/97

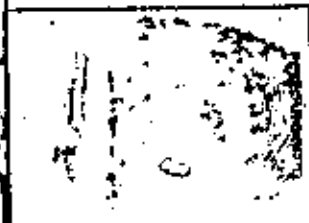
REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SÃO PAULO

8500-1

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RICARDO GUARILETON DAUT



PROIMIDO PLASTIFICAR

Joseilton Nicácio da Silva Oliveira

R. SERRARIA, 100

8500-02122

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Documentos de Identificação



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0327317/19

Vítima: JOSEILTON NICACIO DA SILVA OLIVEIRA

CPF: 103.159.814-66

CPF de: Próprio

Data do acidente: 23/12/2018

Titular do CPF: JOSEILTON NICACIO DA
SILVA OLIVEIRA

Seguradora: MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

Outros



JOSEILTON NICACIO DA SILVA OLIVEIRA : 103.159.814-66

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: 20/09/2019
Nome: JOSEILTON NICACIO DA SILVA OLIVEIRA
CPF: 103.159.814-66

JOSEILTON NICACIO DA SILVA OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/09/2019
Nome: DAIANE SANTOS BARBOZA
CPF: 124.570.097-90

DAIANE SANTOS BARBOZA

PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

COBERTURA SOLICITADA

☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ MORTE

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima: JOSEILTON NICAIO DA SILVA
Data do Acidente: 23.12.2018 Possui CPF: ☒ Sim ☐ Não Nº CPF: 103.159.814.66

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- ☐ Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ CPF do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência do Representante Legal (cópia simples), ou declaração de residência (original)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares
- Todos os documentos devem estar legíveis
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue grátis para Central de Atendimento: Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596/ Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ Registro de Ocorrência Policial – ☒ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada
- ☒ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Laudo de Invalidez do IML – ☐ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada **INEXISTÊNCIA DE IML**
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ☒ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☒ CPF da vítima (cópia simples)
- ☒ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
- ☒ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – ☐ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada
- ☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os receituários médicos (originais)
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE II

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Certidão de óbito da vítima – cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- ☐ Laudo Cadavérico (IML) – somente quando solicitado – Cópia Autenticada: ☐ Sim ☐ Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS – COBERTURA MORTE

BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)

- ☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO(A)

- ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a União Estável (cópia simples)

BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE – QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)

- ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
- ☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- ☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge

BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))

- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)

- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))

- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- ☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
- ☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima – quando necessário – (cópia simples)
- ☐ Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO II

Portador da documentação (Nome): JOSEILTON NICAIO DA SILVA
Quem é o portador? ☒ Vítima ☐ Beneficiário ☐ Representante Legal CPF do portador: 103.159.814.66
E-mail: ILC INDOCAPIA@gmail.com Tel.: (83)
Data: Assinatura: *Joseilton Nicaio da Silva*

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO II

Ponto de Atendimento (Nome do ponto): *At. Boqueiroza - El*
Atendente: *Guilherme da Silva* Matrícula: 8477416-9
Data: 10.09.2019 Assinatura: *Guilherme*

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0327317/19

Vítima: JOSEILTON NICACIO DA SILVA OLIVEIRA

CPF: 103.159.814-66

Seguradora: MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

Data do acidente: 23/12/2018

Titular do CPF: JOSEILTON NICACIO DA SILVA OLIVEIRA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

JOSEILTON NICACIO DA SILVA OLIVEIRA : 103.159.814-66

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: 20/09/2019
Nome: JOSEILTON NICACIO DA SILVA OLIVEIRA
CPF: 103.159.814-66

JOSEILTON NICACIO DA SILVA OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/09/2019
Nome: DAIANE SANTOS BARBOZA
CPF: 124.570.097-90

DAIANE SANTOS BARBOZA