
Rio de Janeiro, 16 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200024073

Vítima: CAIO RANGEL DA SILVA LIMA

Data do Acidente: 26/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: THYAGO GLAYDSON LEITE CARNEIRO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CAIO RANGEL DA SILVA LIMA

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, 31 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200024073

Vítima: CAIO RANGEL DA SILVA LIMA

Data do Acidente: 26/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: THYAGO GLAYDSON LEITE CARNEIRO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CAIO RANGEL DA SILVA LIMA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

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

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: CAIO RANGEL DA SILVA LIMA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000000732

Conta: 0000046471-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF do vítima: 4 - Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSPEP Nº 445/2013

5 - Nome completo: CAIO BARCEL DA SILVA LIMA 6 - CPF: 117.496.244.51
7 - Profissão: AUTÔNOMO 8 - Endereço: RUA SEVERINO COMES SANTO 9 - Número: 73 10 - Complemento: -
11 - Bairro: UBER NOVA 12 - Cidade: PIRACAI 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55340-000
15 - E-mail: KTHYASO.CAMPEIRO@HOTMAIL.COM 16 - Tel.(DDD): (33) 99662-7071

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - TIPO DO BANCÁRIO: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (343)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0739 CONTA: 000464718
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)
Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA:
(informar o dígito se existir) (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, recolhendo-a quando, desde já e somente após a efetivação do crédito, cotação total do valor recebível.

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

☒ Declaro, sob as penas da lei, que não é 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:

- 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.

Solicito o prosseguimento na análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada, sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permaentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa orelva concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO(S) BENEFICIÁRIO(S) - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúva 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(s) (se houver)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Edito diante 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 prevista no artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a pedido)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a pedido)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a pedido)

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura de testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura de testemunha

40 - Local e Data, Pombal, 07 de janeiro de 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Conta
origem: 0732 / 013 / 00019936-4

Conta
destino: 0732 / 013 / 00046471-8

Nome
destinatário: CAIO RANGEL DA SILVA LIMA

Valor (R\$): 

Data de
débito: 14/01/2020

Data/hora
da
operação: 14/01/2020 10:10:06

Código da
operação: 24242773

Chave de
segurança: A9605VHHRH1MGVUE



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL

PRONTO ATENDIMENTO DE ACIDENTES:

19033720801

Para cópia do seu Boleto, acesse o site:
[www.prf.gov.br/novobol/consultar](http://www.prf.gov.br/novobol/)
Informe o número do protocolo e o CPF/CNPJ
de um dos envolvidos no acidente; e
Clique em imprimir.
Em caso de dúvidas acesse www.prf.gov.br e
Selecione Acidentes de Trânsito.

ATENÇÃO:

Para dúvidas sobre o SEGURO DPVAT acesse o site
www.dpvatseguro.com.br. Em casos de avaliação de danos com MÉDIA
ou GRANDE MONTA, verificar os trâmites da Resolução 544 do CONTRAN.
Procure o órgão estadual de trânsito (DETRAN) do seu Estado,
antes de fazer reparos no veículo.





PRF

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

PROTOCOLO: Nº 19033720B01



Maiores dúvidas acesse: www.prf.gov.br/portal



Para cópia do seu Boletim acesse o site: www.prf.gov.br/novobol
/consultar Informe o número do protocolo e o CPF/CNPJ de um
dos envolvidos no acidente; e Clique em imprimir.



Atenção: As vítimas de acidente têm direito ao recebimento do Seguro DPVAT. Para maiores informações, acesse: www.dpvatseguro.com.br Em casos de avaliação de danos com MÉDIA ou GRANDE MONTA, verificar os trâmites da Resolução 544 do CONTRAN. Procure o órgão estadual de trânsito (DETRAN) do seu Estado, antes de fazer reparos no veículo.



Documento elaborado eletronicamente por R. CRUZ, matrícula 1909527, Polícia Rodoviária Federal, em 27/08/2015, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória nº 2.180-2, de

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19033720B01

INFORMAÇÕES GERAIS

Data: 26/06/2019 Hora: 08:30 Município: POMBAL/PB
BR: 230 KM: 406,8 Sentido: Crescente
Policial responsável pelo atendimento: R. CRUZ, 1969527

ASPECTOS DO LOCAL

Tipo de via: Principal	Tipo de pavimento: Asfalto
Tipo de pista: Simples	Condição da Pista: Seca
Estrutura Viária: Reta	Localidade urbanizada: Sim
Acostamento: Não	Canteiro Central: Não
Condição meteorológica: Céu Claro	Fase do dia: Pleno dia

IMAGENS PANORÂMICAS



SENTIDO DECRESCENTE



SENTIDO CRESCENTE

NARRATIVA

No dia 26/06/2019, por volta das 08h30, no km 459,1 da BR-230, em Sousa/PB, ocorreu um acidente, do tipo colisão transversal, com 01 (uma) vítima grave. Os veículos envolvidos foram: a motocicleta HONDA/CG 150 TITAN ESD (V1) e o automóvel TOYOTA/ETIOS HB X 13L AT (V2). Com base na análise dos vestígios materiais identificados, constatou-se que V1, antes do acidente, transitava na BR 230, no sentido Catalô de Rocha - PB / Pombal - PB, quando ao tentar entrar na BR 230 em Pombal-PB perímetro urbano, colidiu transversalmente com V1 que seguia na rodovia no sentido Catalô de Rocha - PB / Pombal - PB. A colisão ocorreu na faixa de trânsito onde transitava V1, o que mostra que V2 não conseguiu desviar de V1, ocasionando a colisão. A dinâmica do acidente encontra-se representada no croqui. Conforme constatações em levantamento de local de acidente, concluiu-se que o fator principal do acidente foi a manobra de entrar na rodovia, ação essa realizada por V2. Observações: - A velocidade regulamentar da via no local é de 40 km/h.- O local do acidente estava parcialmente desfeito e era sinalizado pela equipe da Polícia Militar da Paraíba de Pombal.- O condutor de V1, que sofreu fratura exposta em um dos membros inferiores, foi removido do leito da rodovia (posição final) pela equipe dos Bombeiros-PB antes da chegada da equipe de PRFs no sítio do acidente.- O local apresentava sinalização horizontal de proibição de ultrapassagem em ambos sentidos da rodovia.- A condutor de V2 permaneceu no local a espera da equipe PRF e prestou informações para confecção deste Boletim de Acidente de Trânsito.- Os veículos envolvidos apenas V2 possui restrição de circulação por está com o licenciamento vencido e V1 por não



Documento assinado eletronicamente por R. CRUZ, matrícula 1969527, Policial Rodoviário Federal, em 27/06/2019, conforme notário eletrônico do Brasil, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.204-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º da Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e no alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 614-JR, de 13 de novembro de 2015.

191



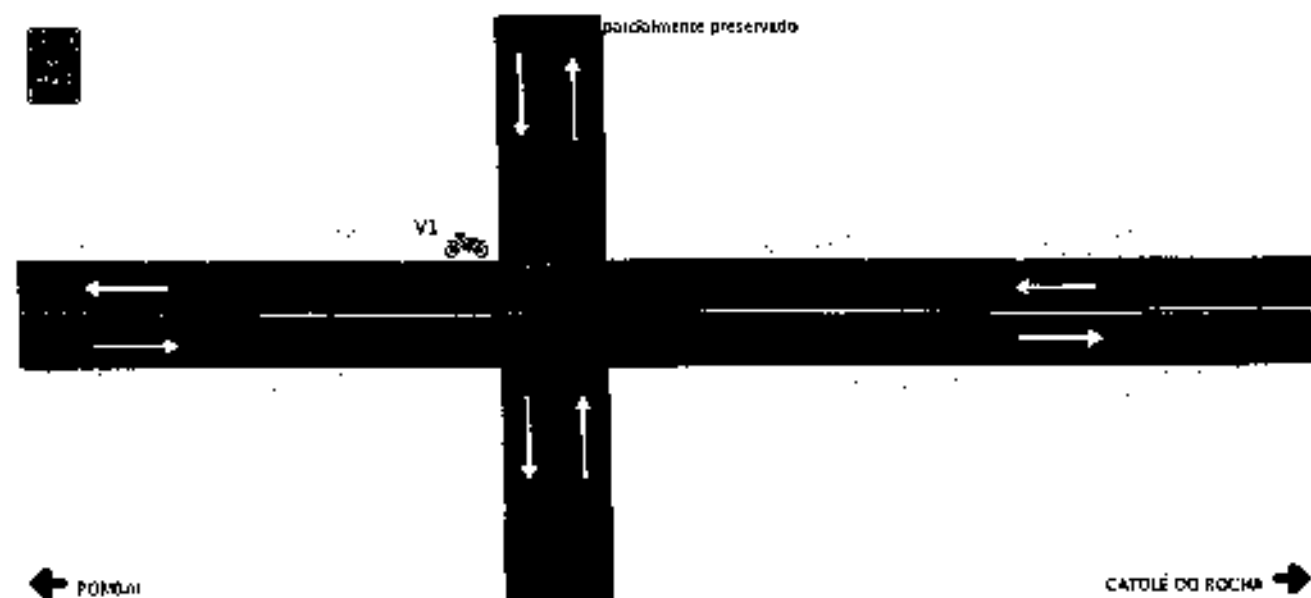
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOMÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19033720801

possuir restrições foi entregue ao pai da vítima, conforme descrito neste Boletim de Acidente de Trânsito. - Não foi possível realizar o teste do etilômetro, no condutor de V1 pois o mesmo encontrava-se recebendo cuidados médicos em função dos ferimentos sofridos, enquanto que o condutor de V2 foi submetido ao teste no modo passivo do equipamento o qual não indicou o uso de álcool ou indícios de que tenha feito uso substâncias entorpecentes.

CROQUI DA CENA DO ACIDENTE



AMARRAÇÃO - NÃO NECESSÁRIA

EVENTOS SUCESSIVOS

Ordem	Tipo de Evento	Veículos Envolvidos
1	Colisão transversal	

MARCAS NO PAVIMENTO

Evento	Velocidade	Frenagem (m)	Derrapagem (m)	Arrastamento (m)
--------	------------	--------------	----------------	------------------

DANOS COLATERAIS - NÃO HOUVE

APOIO EXTERNO

Tipo do Órgão	Solicitação	Comparecimento
---------------	-------------	----------------

V1 - VEÍCULO 1 - PFP4118 - MOTOCICLETA

V1 - Informações



Documento assinado eletronicamente por L. L. 0012, matrícula 1080627, Polícia Rodoviária Federal, em 27/08/2019, conforme sistema oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.536, de 8 de outubro de 2015 e no alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 51-DEG, de 13 de novembro de 2015.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19033720B01

Placa: PFP4118 Marca/modelo: HONDA/CG 150 TITAN ESD Renavam: 00341499307
Ano fabricação: 2011 Chassi: 9C2KG1650BR536463 Tipo de veículo: Motocicleta
Espécie: Passageiro Categoria: Particular Cor: Preta
Manobra no momento do acidente: Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento
Informações complementares: Motocicleta entregue ao pai do condutor, o senhor José Antônio de Lima Filho,
CPF 805.560.434-72



Documento assinado eletronicamente por R. CRUZ, matrícula 1900627, Polícia Rodoviária Federal, em 27/08/2018, conforme Lei 210-01/2018, com fundamento no § 2º do art. 10 da Lei da Polícia Rodoviária nº 2.201/2012, no art. 24 do Decreto de 2011, no art. 8º do Decreto Nº 8.530, de 8 de outubro de 2015 e na cláusula IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19033720B01

V1 - Relatório de Avarias - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V1 / HONDA/CG 150 TITAN ESD

Placa: PFP4118

Nº BOAT: 19033720B01

Nome do Agente: R. CRUZ

Matrícula do Agente: 1969527

Data: 26/06/2019

Item	Descrição do item	Valor	Item danificado no acidente		
			Sim	Não	NA
1	Garfo dianteiro			X	
2	Mesa superior da suspensão dianteira			X	
3	Mesa inferior da suspensão dianteira			X	
4	Coluna de direção			X	
5	Chassi			X	
6	Garfo traseiro			X	
7	Eixo traseiro (tricolos)			X	

Dano de Monta: Pequena

V1 - Imagens Obrigatórias



IMAGEM DA LATERAL DIREITA



IMAGEM DA TRASEIRA



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA

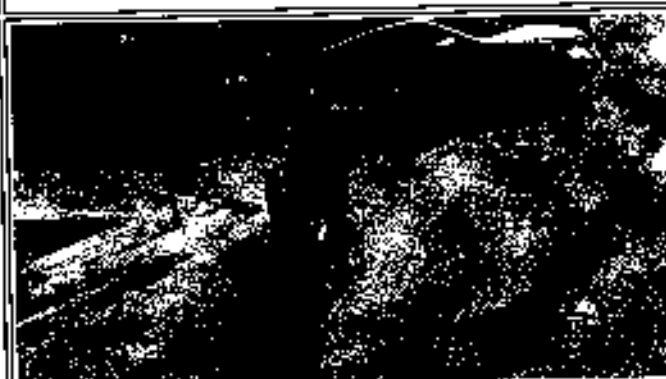


IMAGEM DA FRENTE



Documento assinado eletronicamente por R. CRUZ, matrícula 1969527, Polícia Rodoviária Federal, em 27/06/2019, conforme protocolo nº 19033720B01, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 8º do Decreto nº 6.782, de 8 de outubro de 2015 e no Anexo II do inciso II do art. 2º da Instrução Normativa nº 414/JG, de 16 de novembro de 2016.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19033720B01

V1 - Proprietário

Nome: LEANDRO GOMES ALVES
Email:
Endereço: BREJINHO-PE

CPF/CNPJ: 093.572.414-18
Telefone:

V1C - CONDUTOR DE V1 - CAIO RANGEL DA SILVA LIMA

V1C - Informações

Nome: CAIO RANGEL DA SILVA LIMA
CPF: 117.496.244-51
Sexo: Masculino
Usava capacete: Ignorado

Data de Nascimento: 17/03/1996
Estado civil: Solteiro(a)
Estado físico: Lesões Graves

V1C - Dados da Habilitação para Conduzir Veículo Automotor

Categoria: AB
UF: PB
Observações CNH: 15

Primeira habilitação: 23/02/2017
Vencimento da habilitação: 12/09/2021

Nº Registro: 06801549056
Motorista profissional: Não

V1C - Alterações da Capacidade Motora

Foi possível realizar teste do etilômetro: Não
Visíveis sinais de embriaguez: Não

Condutor se recusou a realizar o teste: Não
Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

V1C - Dados do Contato

Endereço: RUA SEVERINO GOMES SOUTO, 73, CASA, VIDA NOVA, POMBAL-PB
Telefone: 83999331883
Email:

V2 - VEÍCULO 2 - PNV7840 - AUTOMÓVEL

V2 - Informações

Placa: PNV7840 Marca/modelo: TOYOTA/ETIOS HB X 13L AT
Ano fabricação: 2017 Chassi: 9BRK19BTXJ2106262
Espécie: Passageiro Categoria: Particular
Manobra no momento do acidente: Cruzando a pista

Renavam: 01137411225
Tipo de veículo: Automóvel
Cor: Branca

V2 - Encaminhamento

Motivo: Outros

Tipo de Repetor: Depósito credenciado

Informações complementares: VEÍCULO RECOLHIDO POR ESTÁ COM O LICENCIAMENTO ATRASADO E OS DOIS PNEUS DIANTEIROS EM MAU ESTADO.



Documento assinado eletronicamente por R. CRUZ, matrícula 1308627, Polícia Rodoviária Federal, em 27/05/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 1º da Lei Complementar nº 2/2012, de 24 de agosto de 2001, no art. 8º do Decreto nº 8.538, de 10 de outubro de 2015 e no art. 10 do Instruções do CRL 2º de Instrução Normativa nº 61-1024 de 13 de novembro de 2015.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19033720B01

V2 - Relatório de Avarias - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V2 / TOYOTA/ETIOS HB X 13L AT

Placa: PMV7840

Nº BOAT: 19033720B01

Nome do Agente: R. CRUZ

Matrícula do Agente: 1969527

Data: 26/06/2019

Item	Descrição do item	Valor	Item danificado no acidente		
			S m	Vão	NA
1	Panela corta-fogo			X	
2	Longarina dianteira esquerda			X	
3	Caixa de roda dianteira esquerda			X	
4	Estrutura da soleira esquerda			X	
5	Air Bags Frontais			X	
6	Air Bags Laterais			X	
7	Estrutura da coluna dianteira esquerda			X	
8	Estrutura da coluna central esquerda			X	
9	Estrutura da coluna traseira esquerda			X	
10	Caixa de roda traseira esquerda			X	
11	Assoalho central esquerdo			X	
12	Longarina traseira esquerda			X	
13	Assoalho portamalas ou caçamba			X	
14	Longarina traseira direita			X	
15	Caixa de roda traseira direita			X	
16	Estrutura da coluna traseira direita			X	
17	Estrutura da soleira direita			X	
18	Estrutura da coluna central direita			X	
19	Estrutura da coluna dianteira direita			X	
20	Assoalho central direito			X	
21	Caixa de roda dianteira direita			X	
22	Longarina dianteira direita			X	

Dano de Monta: Pequena



Documento assinado eletronicamente por R. CRUZ, matrícula 1969527, Polícia Rodoviária Federal em 27/06/2019, conforme legislação do Brasil, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 8º do Decreto Nº 7.659, de 8 de outubro de 2015 e no inciso b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 614-0, de 18 de novembro de 2015.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19033720B01

V2 - Imagens Obrigatórias



IMAGEM DA LATERAL DIREITA



IMAGEM DA TRASEIRA



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA



IMAGEM DA FRENTE



Documento assinado eletronicamente por R. CRUZ, matrícula 1369527, Polícia Rodoviária Federal, em 27/05/2018, conforme o Selo oficial de Assinatura, com fundamento no § 2º do art. 10 da Lei nº 2.674-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.593, de 3 de outubro de 2015 e no artigo 1º do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2016.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19033720801

V2 - Proprietário

Nome: JOSE CRISTIAN VERAS DE BRITO
Email:
Endereço: JUAZEIRO DO NORTE-CE

CPF/CNPJ: 038.669.643-82
Telefone:

V2C - CONDUTOR DE V2 - EMERSON DA SILVA BANDEIRA

V2C - Informações

Nome: EMERSON DA SILVA BANDEIRA
CPF: 100.308.174-63
Sexo: Masculino
Usava cinto de segurança: Ignorado

Data de Nascimento: 20/04/1993
Estado civil: Solteiro(a)
Estado físico: Ileso

V2C - Dados da Habilitação para Conduzir Veículo Automotor

Categoria: AB
UF: PB
Observações CNH: 15A

Primeira habilitação: 13/02/2017
Vencimento da habilitação: 09/11/2021

Nº Registro: 06793630451
Motorista profissional: Não

V2C - Alterações da Capacidade Motora

Foi possível realizar teste do etilômetro: Sim
Visíveis sinais de embriaguez: Não
Resultado obtido: 0,00 mg/l

Condutor se recusou a realizar o teste: Não
Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

V2C - Dados do Contato

Endereço: RUA FRANCISCO DA SILVA PEREIRA, 101, CASA, SANTO AMARO, POMBAL-PB
Telefone: 83099673508
Email:



Documento assinado eletronicamente por R. OLIVEIRA, matrícula 1969627, Polícia Rodoviária Federal, em 27/06/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, e no art. 8º do Decreto Nº 8.538, de 5 de outubro de 2015 e na alínea h do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 81-DG, de 13 de novembro de 2015.

191



**CORPO DE BOMBEIROS MILITAR
3º COMANDO REGIONAL BOMBEIROS MILITAR
6º BATALHÃO DE BOMBEIRO MILITAR
2ª COMPANHIA DE BOMBEIRO MILITAR
GABINETE DO COMANDANTE
BM - 3**

VISTO
8/7/2019
Comandante 2º CBM/6º BBM
...del Alves Leite - CIP QOBM
Matr.: 523.954-1

CERTIDÃO COMPROBATÓRIA – Nº 018/2019

Certificamos para os devidos fins, que aproximadamente às 08h00min do dia 26 de junho de 2019, a guarnição de Auto Resgate desta Unidade do Corpo de Bombeiros Militar deslocou-se para atender uma ocorrência do tipo colisão carro x moto, ocorrida na BR 230, bairro Nova Vida, próximo ao restaurante "O Carreteiro", na cidade de Pombal/PB.

MOVIMENTO DO SOCORRO: Hora do aviso: 08h00min#####

RELATO DO EVENTO: Por volta de 08h00min a guarnição de resgate deste Quartel de Bombeiro Militar foi acionada para atender uma ocorrência de colisão carro x moto na BR-230, na cidade de Pombal-PB. Ao chegar no local, a guarnição encontrou a vítima, o senhor Caio Rangel da Silva Lima, com fratura fechada de tibia e fibula direita, a vítima usava capacete. Foram realizados os procedimentos de atendimento pré-hospitalar e a vítima foi conduzida ao Hospital Regional de Pombal-PB, para receber atendimento médico devido.
#####

VITIMAS FATAIS: NÃO HOUVE #####

SOCORRISTAS: SD BM MATR. 526.097-3 HARYSON SOUZA SANTOS
SD BM MATR. 526.065-5 LEANDRO GALDINO AMORIM
SD BM MATR. 526.067-2 DAIYSON MOREIRA GARCIA

SOLICITANTE DA CERTIDÃO: CLEONICE DA SILVA GARRIDO CPF: 879.259.004-06.

George Souza da Almeida
SGT 19.719-0

Pombal, 22 de julho de 2019.

GUSTAVO GOUVEIA FREIRE LUCENA – 2º TEN QOBM
Chefe da B/3 da 2ªCBM/6ºBBM



**GOVERNO
DA PARAIBA**

Corpo de Bombeiros Militar da Paraíba - 3º Comando Regional - 6º Batalhão - 2ª Companhia
Rua Antônio Ferreira, S/N, Centro, 58840-000 - Pombal-PB
Fone: (83) 3431-3548 - email: bombeiros.pombal@gmail.com



ACIDENTE DE MOTO
26/06/19

GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL
"SENADOR RUI CARNEIRO"



☐ AZUL ☐ VERDE ☐ AMARELA ☐ LARANJA ☐ VERMELHA

ENFERMARIA: _____ LEITO: _____

PACIENTE: _____
NOME: CASO RANGEL DA SILVA LTMA
COR: PARDA DATA DE NASCIMENTO: 14/07/1996 IDADE: 23 SEXO: M
NOME DA MÃE: CLEONICE DA SILVA GARCIA PROFISSÃO: ALTOBOIA
CARTÃO DO SUS: 700 3063 4170 6220 RG/CNH: 4098430
MUNICÍPIO: POMBAL ENDEREÇO: RUA SEVERINO GOMES SOUZA Nº 73
ESTADO: CE CEP: 58.840-00 CÓDIGO DO MUNICÍPIO: _____ DATA DE ATEND: 26/06/2019
SINAIS VITAIS: _____
PA: _____ SPO: _____ FC: _____ R: _____ HGT: _____

MEDICAÇÃO EM USO: _____
ALÉRGICO: () SIM () NÃO SE SIM, AO QUE: _____
Medicamento com ruído de Alak e Furo D

EXAMES REALIZADOS: _____
TIPOS: _____
RESULTADOS: _____
PRESCRIÇÃO MEDICAMENTOSA UTILIZADA:
1° Imobilizador
2° Volfrum 75 mg 201/12/11/2 08:50
3° Depressor 6' 6' 08:50
4° Defaestano 1g 1/4 08:50
5° _____
6° _____
7° _____
8° _____
9° _____
10° _____
11° _____
12° _____
13° _____
14° _____
15° _____
16° _____
17° _____
18° _____
19° _____
20° _____

Felipe Jordani U. Sandoz
Enfermeiro
Cartão 100.027



HOSPITAL REGIONAL POMBAL SENADOR RUY CARNEIRO

RUA CEL. JOAO LEITE

POMBAL

PARAIBA

(83)3431-2149

Data/Hora 26/06/2019 15:02:50

Ocorrência: CIRURGIA

Servidor do Dr.:

Paciente CAIO RANGEL DA SILVA LIMA

Idade: 23 Sexo: M

Filiação:

Pai:

Mãe: CLEONICE DA SILVA GARRIDO

Endereço:

Cidade: POMBAL - PB - 58840-000 - 2512101

Endereço: R. SEVERINO GOMES SOUSA

N.: 73

Bairro: SANTA ROSA

Naturalidade: POMBAL - PB

Fone:

Documentos:

CNS: 700-2063-417D-8220

Identidade: 4048430

CPF:

Reg. Naso.:

Informações adicionais:

Nascimento: 17/03/1996

Cor: BRANCA

Estado Civil: NINF.

Profissão: AUTONOMO(A)

Responsável:

ANAMNESE (História da Moléstia atual, antecedentes pessoais, antecedentes hereditários)

*Relato do paciente sobre a
lesão ocorrida durante a queda
na academia*

EXAMES OBJETIVOS: (Inspeção geral, exame da região afetada, exame dos diversos aparelhos)

*Boa + exame + 7 pontos de
exame em parte (D)
propria da região*

EXAMES COMPLEMENTARES: (Raio X, laboratórios)

Rx de punho 100/100

agnóstico:

Motivo da Alta:

Resultado: () Sair Curado () Melhorado () Falecido () Transferido

Recepcionista: FATIMA

Em:

Dr. Túlio Alberto de O. Souza

Ortopedia e Traumatologia

CRM-PB 9251 / CRM-RN 9800



HOSPITAL REGIONAL POMBAL SENADOR RUY CARNEIRO

RUA CEL. JOAO LEITE

POMBAL

PARAIBA

(83)3431-2149

Data/Hora 26/06/2019 15:02:50

Ocorrência:

CIRURGIA

Servidor do Dr.:

Paciente

CAIO RANGEL DA SILVA LIMA

Idade: 23 Sexo M

Filiação

Pai:

Mãe:

CLEONICE DA SILVA GARRIDO

Endereço

Cidade

POMBAL - PB - 58840-000 - 2512101

Endereço:

R. SEVERINO GOMES SOUSA

N.: 73

Bairro:

SANTA ROSA

Naturalidade:

POMBAL - PB

Fone:

Documentos

CNS:

700-2063-4170-6220

Identidade:

4048430

CPF:

Reg. Nasc.:

Informações adicionais

Nascimento

17/03/1996

Cor:

BRANCA

Estado Civil:

NINF.

Profissão:

AUTONOMO(A)

Responsável:

ANAMNESE: (História da Moléstia atual, antecedentes pessoais, antecedentes hereditários)

Relato do paciente: acidente
com veículo. Queixas de dor no
punho direito.

EXAMES OBJETIVOS: (Inspeção geral, exame da região afetada, exame dos diversos aparelhos)

Do + exame + 7 pontos de
exame em punho (D)
do punho direito. Fim.

EXAMES COMPLEMENTARES: (Raio X, laboratórios)

Im da punho 10/17.

Diagnóstico:

Lesão fechada do OMO do punho (D)

Motivo da Alta:

Resultado: () Saiu Curado () Melhorado () Falecido () Transferido

Recepção: FATIMA

Em,
Dr. Túlio Alberto de O. Souza
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 9257 / CRM-RN 9800



REQUERIMENTO

Eu, **CLEONICE DA SILVA GARRIDO**, portadora do RG Nº 1592351/SSP-PB, residente na Rua SEVERINO GOMES SOUTO, 73, VIDA NOVA, na cidade de Pombal - PB, solicito desta instituição militar uma Certidão de Ocorrência tipo colisão moto x carro ocorrida na BR-230, em Pombal-PB, próximo ao Supermercado Maia, no dia 26/06/2019, por volta das 9h.

Informo ainda que o referido acidente vitimou o senhor **CAIO RANGEL DA SILVA LIMA**.

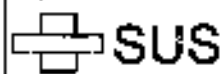
Pombal, 27 de maio de 2019.

Cleonice da Silva Garrido 16.07.2019

CLEONICE DA SILVA GARRIDO

RG Nº 1592351/SSP-PB





Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde		2 - CNES	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		2592568	
HOSPITAL REGIONAL POMBAL SENADOR RUY CARNEIRO			
Identificação do Paciente		4 - PRONTUÁRIO	
3 - NOME DO PACIENTE		38043	
CAIO RANGEL DA SILVA LIMA			
5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	6 - DATA DE NASCIMENTO	7 - SEXO	8 - RACA / COR
700-2083-4170-6220	17/03/1996	M	BRANCA
9 - NOME DA MÃE		10 - TELEFONE	
CLEONICE DA SILVA GARRIDO			
11 - NOME DO RESPONSÁVEL			
12 - ENDEREÇO		13 - BAIRRO	
R. SEVERINO GOMES SOUSA		SANTA ROSA	
N.º 73			
14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA - 15 UF - 16 CEP - 17 CÓD. IBGE			
POMBAL - PB - 58840-000 - 2512101			

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

18 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS			
Prontuário 38043 do paciente de nome CAIO RANGEL DA SILVA LIMA. Com dor e desconforto na parte abdominal. No. em observação.			
19 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO			
Necessidade de cirurgia			
20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)			
R.S.			
21 - DIAGNÓSTICO INICIAL	22 - CID 10 PRINC	23 - CID 10 SEC.	24 - CID 10 CAUSAS ASSOC.
Fratura da perna @			

25 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO		26 - COD PROCEDIMENTO	
Tratamento cirúrgico de fratura da perna			
27 - CLÍNICA	28 - CARÁTER INTERNAÇÃO	29 - DOCUMENTO	30 - CNS/CPF - PROFISSIONAL SOLIC. / ASSISTENTE
Ortopedia	Outra	() CNS (x) CPF	027.182.184-83
31 - ASS. CARIMBO SOLICITANTE / ASSISTENTE		32 - DATA SOLIC	33 - ASSINATURA CARIMBO (DIRETOR MÉDICO)
		07/07/19	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

34 () ACIDENTE TRÂNSITO	37 - CNPJ SEGURADORA		38 - Nº BILHETE	39 - SÉRIE
35 () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO				
36 () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	40 - CNPJ EMPRESA		41 - CNAE EMPRESA	42 - CBOR
43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA				
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO				

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME PROFISSIONAL AUTORIZADOR		45 - COD. ÓRGÃO EMISSOR	50 - Nº AUTORIZAÇÃO INTERN. HOSPITALAR
46 - DOCUMENTO	47 - Nº DOCUMENTO (CPF/CNPJ) PROFISSIONAL		
() CNS () CPF			
48 - DATA AUTORIZAÇÃO	49 - ASS. CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)		
/ /			



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 484/2019

Versando sobre: **ACIDENTE DE TRÂNSITO - DPVAT**

Data do fato: **26/06/2019, pelas 08:00 horas**

Local do ocorrido: **BR 230, próximo ao restaurante Carreteiro, EM POMBAL-PB**

Data e hora em que a Delegacia tomou conhecimento: **24.07.2019 – as 10:20 horas**

COMUNICANTE: CAIO RANGEL DA SILVA LIMA; Filiação: José Antonio de Lima Filho e Cleonice da Silva Garrido Profissão: autônomo; Estado Civil: solteiro; Naturalidade: Pombal-PB; Nacionalidade: Bras.; Data de Nascimento: 17/03/1996; Endereço Residencial: Rua Severino Gomes Souto, 73, Vida Nova - Pombal-PB/ Telefone: 83 9 99552672/ 999671594/ Portador da RG 4048430 SSP-PB/ CPF 117.496.244-51

HISTÓRICO: Que afirma o comunicante que no dia e hora acima informados, conduzia a motocicleta HONDA CG 150 TITAN KS / 2011 /2011 COR PRETA - PLACA PFP 4118/PB -CHASSI: 9C2KC1650BR536463, licenciada em nome de LEANDRO GOMES ALVES; Que trafegava na BR 230, próximo ao restaurante carreteiro, quando um veículo automóvel, cruzou a rodovia, provocando uma colisão da motocicleta ocupada pelo comunicante com o veículo automóvel; Que do acidente o comunicante teve duas fraturas na perna direita; Que foi socorrido pelo corpo de bombeiros e conduzido para o Hospital Regional pelo SAMU; Que ficou internado durante 13 dias no Hospital Regional de Pombal-PB, onde foi feita as cirurgias; Que tem conhecimento do fato a pessoa de WILLIS PEREIRA DA SILVA, RG 2.828.516 SSP-PB, residente a Rua Cabo João Monteiro da Rocha, 1368, 1º andar, Bairro Santo Amaro - Pombal-PB. Que compareceu a delegacia de Polícia, para registrar o fato, para fins de direito.

Pombal – PB, 24 de JULHO de 2019.

AUTORIDADE POLICIAL: Del. Pol. JOSÉ AROLDO ASSIS DE QUEIROGA.

OBS: O comunicante está identificado das imputações coninadas nos artigos 299 e 340 do C. P. B.

COMUNICANTE: Caio Rangel da Silva Lima

TESTEMUNHA: Willis Pereira da Silva

Manoel de Sousa Lucena
Agente de Polícia Civil
Mat. 165345-4



ADITAMENTO AO BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 484/2019

Versando sobre: **ACIDENTE DE TRÂNSITO - DPVAT**

Data do fato: **26/06/2019, pelas 08:00 horas**

Local do ocorrido: **BR 230, próximo ao restaurante Carreteiro, EM POMBAL-PB**

Data e hora em que a Delegacia tomou conhecimento: **20/12/2019 – às 15h34min**

COMUNICANTE: CAIO RANGEL DA SILVA LIMA; Filiação: José Antonio de Lima Filho e Clonice da Silva Garrido; Profissão: autônomo; Estado Civil: solteiro; Naturalidade: Pombal-PB; Nacionalidade: Bras.; Data de Nascimento: 17/03/1996; Endereço Residencial: Rua Severino Gomes Souto, 73, Vida Nova - Pombal-PB/ Telefone: 83 9 99552672/ 999671594/ Portador da RG 4048430 SSP-PB/ CPF 117.496.244-51.

HISTÓRICO: Que afirma o comunicante que no dia e hora acima informados, conduzia a motocicleta HONDA CG 150 TITAN KS / 2011 /2011 COR PRETA - PLACA PFP 4118/PB -CHASSI: 9C2KC1650BR536463, licenciada em nome de LEANDRO GOMES ALVES; Que trafegava na BR 230, próximo ao restaurante carreteiro, quando um veículo automóvel, cruzou a rodovia, provocando uma colisão da motocicleta ocupada pelo comunicante com o veículo automóvel; Que do acidente o comunicante teve duas fraturas na perna direita; Que foi socorrido pelo corpo de bombeiros e conduzido para o Hospital Regional pelo SAMU; Que ficou internado durante 13 dias no Hospital Regional de Pombal-PB, onde foi feita as cirurgias; Que tem conhecimento do fato a pessoa de WILLIS PEREIRA DA SILVA, RG 2.828.516 SSP-PB, residente a Rua Cabo João monteiro da Rocha, 1368, 1º andar, Bairro Santo Amaro - Pombal-PB; **Que tem a acrescentar que na data do fato a moto estava em nome de Leandro Gomes Alves, todavia, atualmente, este veículo já se encontra em nome do comunicante; Que quanto a situação dessa transferência de propriedade do veículo, informa que a pessoa de José Antônio de Lima Filho, RG 1049275 SSP/PB, tem conhecimento do fato;** Que compareceu a esta delegacia de Polícia para registrar o fato para fins de direito.

Pombal – PB, 20 de dezembro de 2019.

OBS.: O comunicante está cientificado das imputações coninadas nos artigos 299 e 340 do C. P. B.

AUTORIDADE POLICIAL: Del. Pol. JOSÉ AROLDINO ASSIS DE QUEIROGA.

COMUNICANTE: Caio Rangel da Silva Lima

TESTEMUNHA: José Antonio de Lima Filho

Breitner da Silva Longuinho

Agente de Investigação / Matrícula 168.350-1

GOVERNO DA PARAÍBA
1ª DELEGACIA DISTRITAL
1ª DELEGACIA CIVIL DE POMBAL
11 E 2ª DO

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF do vítima: 4 - Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2013

5 - Nome completo: CAIO BARCEL DA SILVA LIMA 6 - CPF: 117.496.244.51
7 - Profissão: AUTÔNOMO 8 - Endereço: RUA SEVERINO COMES SANTO 9 - Número: 73 10 - Complemento: -
11 - Bairro: UBER NOVA 12 - Cidade: PIRATUBA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55540-000
15 - E-mail: KTHYASO.CAMPEIRO@HOTMAIL.COM 16 - Tel.(DDD): (33) 99662-7071

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - TIPO DO BANCÁRIO: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (343)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0739 CONTA: 000464748
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)
Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (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, recolhendo-a quando, desde já e somente após a efetivação do crédito, cotação total do valor recebível.

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

☒ Declaro, sob as penas da lei, que não é 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:

- 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.

Solicito o prosseguimento na análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada, sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permaentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa orelva concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO(S) BENEFICIÁRIO(S) - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúva 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Genitor parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (apresentar)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Ednei cliente de uma Seguradora Líder pagara, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte ôquides 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 de responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura de testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura de testemunha

40 - Local e Data, Piratuba, 07 de janeiro de 2020

Caio Barcel da Silva Lima
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1106327-8

THYAGO GLAYDSON LEITE CARNEIRO
 RUA CEL JOAO CARNEIRO S/N 1 AND
 POMBAL

NOV/2019

11/11/2019

295

19/11/2019

R\$ 258,35

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 12/11/2019

Pagador: THYAGO GLAYDSON LEITE CARNEIRO CNPJ/CPF 067.614.794-00

RUA CEL JOAO CARNEIRO S/N 1 AND - CENTRO - POMBAL / PB - CEP 00000-000

Nosso Número	Nº Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120009457972	001106327201911	19/11/2019	R\$ 258,35	
BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAÍBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA				09.096.183/0001-42
BR230 KM 25, S N - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680				
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/24-7-3				

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, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitals e regiões metropolitanas: 0800-3596 / 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 Ouidaria: 0800 021 91 95

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP 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 COAF¹.

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 513/98.

Pelo exposto, eu Thayago Cleonides Costa Carneiro

inscrito (a) no CPF/CNPJ 057.614.794 / 022 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Carlos Romagosa da Silva Lima inscrito (a) no CPF sob o nº 177.494.244 / 51

do sinistro de DPVAT cobertura DPVAT-SC-7 da vítima Carlos Romagosa da Silva Lima

inscrito (a) no CPF sob o nº 177.494.244 / 51, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declara Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recusa 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: Rua General João Carneiro

Bairro: Centro

Cidade: Pombal

E-mail: XTAYAGOCARNEIRO@HOTMAIL.COM

Número: 517

Complemento: 3º andar

Estado: PB

CEP: 55040-000

Tel.(DDD): (63) 99660-7031

Local e Data: Pombal, 07 de Janeiro de 2020.

Thayago Cleonides Costa Carneiro

Assinatura do Declarante

**SUS**Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL REGIONAL POMBAL SENADOR RUY CARNEIRO

2 - CNES

2592568

Identificação do Paciente

3 - NOME DO PACIENTE

CAIO RANGEL DA SILVA LIMA

4 - PRONTUÁRIO

38043

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

700-2063-4170-6220

6 - DATA DE NASCIMENTO

17/03/1996

7 - SEXO

M

8 - RACA / COR

BRANCA

9 - NOME NA MÃE

CLEONICE DA SILVA GARRIDO

10 - TELEFONE

11 - NOME DO RESPONSÁVEL

12 - ENDEREÇO

R. SEVERINO GOMES SOUSA

N.º 73

13 - BAIRRO

SANTA ROSA

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA - 15 UF - 16 CEP - 17 Cód. IBGE

POMBAL - PB - 58840-000 - 2512101

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

18 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

*Presença de fratura da tíbia da perna direita com
deformidade e dor intensa.
Nº. em observação*

19 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Neurológica de origem

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

Rx.

21 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura da tíbia da perna direita

22 - CID 10 PRINC.

23 - CID 10 SEC.

24 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

25 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Trauma da tíbia da perna direita

26 - COD PROCEDIMENTO

27 - CLÍNICA

Ortopedia

28 - CARATER INTERNAÇÃO

Outpatient

29 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

30 - CNS/CPF - PROFISSIONAL SOLIC. / ASSISTENTE

027.187.189-98

ASS. CARIMBO SOLICITANTE / ASSISTENTE

32 - DATA SOLIC.

07/07/19

33 - ASSINATURA CARIMBO (DIRETOR MÉDICO)

Dr. Ruy Alberto de Souza
Diretor Clínico - Ruy 9251
CNS: 30.930.61240001

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

34 () ACIDENTE TRÂNSITO

35 () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

36 () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

37 - CNPJ SEGURADORA

38 - Nº BILHETE

39 - SÉRIE

40 - CNPJ EMPRESA

41 - CNAE EMPRESA

42 - CBOR

43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

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

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

50 - Nº AUTORIZAÇÃO INTERN. HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

47 - Nº DOCUMENTO (CPF CNPJ) PROFISSIONAL

48 - DATA AUTORIZAÇÃO

49 - ASS. CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)



HOSPITAL REGIONAL POMBAL SENADOR RUY CARNEIRO
RUA CEL. JOAO LEITE
POMBAL PARAIBA (83)3431-2149

Data/Hora 26/06/2019 15:02:50

Ocorrência: **CIRURGIA**

Servidor do Dr.: _____

1599

Paciente **CAIO RANGEL DA SILVA LIMA**

Idade: 23 Sexo M

Filiação

Pai:

Mãe: **CLEONICE DA SILVA GARRIDO**

Endereço

Cidade **POMBAL - PB - 58840-000 - 2512101**

Endereço: **R. SEVERINO GOMES SOUSA**

N.: 73

Bairro: **SANTA ROSA**

Naturalidade: **POMBAL - PB**

Fone:

Documentos

CNS: **700-2063-4170-6220**

Identidade: **4048430**

CPF:

Reg. Nasc.:

Informações adicionais

Nascimento **17/03/1996**

Cor: **BRANCA**

Estado Civil: **N.I.NF.**

Profissão: **AUTONOMO(A)**

Responsável: _____

ANAMNESE: (História da Moléstia atual, antecedentes pessoais, antecedentes hereditários)

*Manifesta o membro inferior com
crampas. Sentiu um pouco de dor
na região.*

EXAMES OBJETIVOS: (Inspeção geral, exame da região afetada, exame dos diversos aparelhos)

*Do + exame + 7 pontos
encorva em ponto (D)
forma de 1, 1, 1, 1, 1, 1, 1*

EXAMES COMPLEMENTARES: (Raio X, laboratórios)

na do ponto RP/PP.

agnóstico:

Manifesta Febre do OMO do Peroneo (D)

Motivo da Alta: _____

Resultado: () Saiu Curado () Melhorado () Falecido () Transferido

Recepcionista: **FATIMA**

Em _____
Dr. Túlio Alberto de O. Souza
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 9251 / CRM-RN 9990

Nome: Raíse Rangel da Silva Lima
 Filiação: Eleonice da Silva Garrecho
 Sexo: Feminino Idade: 23 Cor:
 Procedência: Emergência Data: 04/07/19
 Cirurgião: Dre Auxiliar:
 Anestesista: Dr. Geraldo Anestesia:
 Início da anestesia: 11:44 Término: Duração:
 Início da intervenção: 13:00 Término: Duração:

Insuño	Quantidade
Equipo macrogotas	01
Jelco 20	01
Soro fisiológico 0.9% 500ml	20
Seringa 5ml	05
Seringa 10ml	10
Lidocaína 2%	01
Propofol	01
Fentanil	01
Luva estéril	03
PVPI tópico	50ml
Gaze (pacote com 10 unidades)	12
Compressas	18
Efortil	01
Cefalotina ou cefazolina ou ceftriaxona	01
Nauseáron	01
Decadron 4mg	01
Água para injeção	04
Esparadrapo	80cm
Escova de PVPI degermante	07
Touca	05
Máscara	05
Propé (par)	05
Luva de procedimentos (par)	12
Látex	01
Cateter de oxigênio tipo óculos	01
Lâmina de bisturi nº 24	01
PVPI degermante	100ml
Algodão ortopédico 12cm	08 rolos
Faixa de smarch	03
Atadura de crepom 15cm	12
Atadura de crepom 20cm	06
Broca 2,5"/3,5"/4,5"	01
Serra ortopédica	01
Aguilha 40x12	05
Atropina	02
Lidocaína 2%	03
Adrenalina	02
Bupivacaína	05
Seringa 20ml	03
Fio vicryl 2-0	02
Fio catgut simples 3-0	02
Fio nylon 2-0	02
Fio nylon 3-0	03
Atadura de gesso (tamanho variado)	06
Placas DCP- 04 ou 05 ou 06 ou 07 ou 08 ou 09 ou 10 parafusos	01
Placa 1/3 tubular com 03 ou 04 ou 05 furos	01
Fio de kirshner Nº 2-0 ou 2,5 ou 3,0 ou 3,5 ou 4-0	05
Parafusos (conforme tamanho da placa)	01
Propofol	01
Midazolam	01
Servoflurano	10ml
Atracúrio	05
Neostigmine	05
Atropina	05
Tubo endotraqueal com CUF Nº 7,5 ou 8,0 ou 8,5	01

Stefani Mary L. de Souza Diniz

Enfermeira
COREN-PE 267-679

0 99967 1504

Atadura de crepom 15cm	12
Atadura de crepom 20cm	06
Broca 2,5"/ 3,5"/4,5"	01
Serra ortopédica	01
Agulha 40x12	05
Atropina	05
Lidocaína 2%	02
Adrenalina	03
Bupivacaína	02
Seringa 20ml	05
Fio vicryl 2-0	03
Fio catgut simples 3-0	02
Fio nylon 2-0	02
Fio nylon 3-0	03
Atadura de gesso (tamanho variado)	06
Placas DCP- 04 ou 05 ou 06 ou 07 ou 08 ou 09 ou 10 parafusos	01
Placa 1/3 tubular com 03 ou 04 ou 05 furos	01
Fio de kirshner Nº 2-0 ou 2,5 ou 3,0 ou 3,5 ou 4-0	05
Parafusos (conforme tamanho da placa)	-
Propofol	01
Midazolam	01
Servoflurano	10ml
Atracúrio	05
Neostigmine	05
Atropina	05
Tubo endotraqueal com CUF Nº 7,5 ou 8,0 ou 8,5	01

Hospital: HAPSA		Endereço:	Leito:	Nº Prontuário:	
Nome: Carlo Rangel de Sousa Ribeiro		Idade: 28	Sexo: M	Alto:	
Data: 09/07/11	Pressão Arterial Puls: 110 X 70	Respiração:	Temperatura:	Puls:	
Co Sanguíneo:	Hemóclito:	Hemoglobina:	Hematócrito:	Glicemia:	Urina:
Coluna:				Urina:	Outros:
Ap. Respiratório: sem alterações				Aorta:	
Ap. Circulatório: sem alterações				Eletrocardiograma:	
Ap. Digestivo: sem alterações				Ap. Urinário: sem alterações	
Estado Mental: consciente, orientado, cooperante				Alergia:	
Diagnóstico Pré-Operatório:				Estado Físico:	
Anestésicos Anteriores:				Risco:	
Medicação Pré-Anestésica: Diagnóstico e Anestesia Geral				Aplicado às: 11:00	
AGENTES ANESTÉSICOS		02		Eletro:	
LÍQUIDOS				INDUÇÃO	
CURSO PV, ARTÉRIA PULSO, RESPIRAÇÃO e ANESTÉSICO				Dose: 2 Dose: 2 Tóxico: 2 Usando oxigênio: 2 Lente: 2 Número: 2 Vento: 2 Outros: 2	
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES				MANUTENÇÃO	
POSIÇÃO		Supino		20 2000 Respiração Pulso, 20 Diagnóstico, 20 Respiração (Anest.) 45 45 30 Respiração (Anest.) Respiração (Anest.) ANESTÉSICO SATUR: 20 20 Não por quê? 20 DESPERTAR Reflete em 20: 20 Oito: 20 20 Número: 20 20 Outros: 20 Como Clima: 20 Para não ser: 20 condições: 20	
Agentes		Respiração Pulso, 20			
Tóxicos		Respiração + Anestesia			
Operação		Respiração Pulso, 20			
Cirurgião		Dr. J. J. J.			
Anestésico		Dr. J. J. J.			
Observações		Respiração Pulso, 20			

FOLHA DE ANESTESIA

Dr. Gustavo A. de Aguiar Junior
 CRM: 123456789
 CBO: 3311
 CBO: 3311



Nome completo: Rafael da Silva Lima Data: 04 / 07 / 19
Cirurgia Proposta: anexo de tórax Unidade de origem: MRP
Modalidade () Eletiva () Urgência () Emergência

Encaminhamento de clientes ao Centro Cirúrgico	Antes da indução anestésica Check in	Antes de iniciar a cirurgia Time out	Antes do cliente sair da SO Check out
• Identificação do cliente ☒ Sim ☐ Não • Prontuário completo ☒ Sim ☐ Não • Sítio cirúrgico demarcado ☒ Sim ☐ Não ☐ Não aplica • Consentimento e avaliação anestésica ☒ Sim ☐ Não • Consentimento cirúrgico ☒ Sim ☐ Não • Consentimento transfusional ☒ Sim ☐ Não ☐ Não aplica • Banho ☒ Sim / Horário <u>06:00</u> ☐ Não • Tricotomia ☒ Sim ☐ Não ☐ Não aplica • Horário: Local _____ • Jejum ☒ Sim / Início _____ ☐ Não • Exames _____ • Laboratoriais ☒ Imagem ☐ Biópsia • Retirado prótese e adornos? ☒ Sim ☐ Não • Tipo de precaução ☒ Padrão ☐ Contato ☐ Reverso ☐ Gotículas ☐ Aerossóis • Enf/Tec.enf <u>SG/PAV/GAR</u>	• Confirmação sobre o cliente ☒ Local da cirurgia a ser feita ☒ Procedimento a ser realizado ☒ Consentimento anestésico e cirúrgico ☒ Sítio cirúrgico certo • Montagem da SO de acordo com o procedimento programado ☒ Sim ☐ Não • Revisão dos equipamentos de anestesia ☒ Sim ☐ Não • Materiais de vias aéreas disponíveis e funcionantes ☒ Laringoscópio ☒ Máscara de O2 ☒ Fio guia ☒ Ambú ☒ Guedel ☒ Aspirador • Cânula endotraqueal ☒ Há risco de perda sanguínea >500mL (7mL/Kg em crianças)? ☐ Sim ☐ Não • Reserva sanguínea? ☒ Sim ☐ Não • Acesso venoso adequado e pérvio? ☒ Sim AVC <u>AVP</u> ☐ Não • O cliente tem alergia? ☐ Sim ☒ Não • Obs.: _____	• Apresentação oral, nome e função de todos os profissionais ☐ Staff ☐ Sim ☐ Não • 1º cirurgião ☒ Sim ☐ Não • 2º cirurgião ☒ Sim ☐ Não • Anestesta ☒ Sim ☐ Não • Circulante ☒ Sim ☐ Não • Cirurgiões, anestestistas e equipe de enfermagem confirmam: ☒ Identificação do cliente ☒ Sítio cirúrgico • Procedimento a ser realizado ☒ Placa de eletrocautério ☐ Posicionada ☐ Não aplica • Uso de antibiótico profilático ☒ Sim ☐ Não • Exames de imagem estão disponíveis ☒ Sim ☐ Não aplica • Revisão do cirurgião. Passos críticos Duração estimada / Possíveis perdas sanguíneas ☒ Sim ☐ Não • Revisão do anestesta ☒ Sim ☐ Não • Fixação das etiquetas de esterilização no prontuário ☒ Sim ☐ Não • Obs.: _____	Procedimento realizado: <u>anexo de tórax</u> • A contagem de compressas, agulhas e instrumentais está correta? ☒ Sim ☐ Não aplica • Peças anatômicas/culturas e identificadas adequadamente e requisição preenchida? ☒ Sim ☐ Não aplica • Houve algum problema com equipamentos que deve ser resolvido? ☐ Sim ☒ Não aplica • Recomendações importantes na recuperação pós-anestésica e pós-operatória desse cliente: <u>Cirurgião</u> • Enfermagem _____ • Obs.: _____ • Ass.: <u>SG/PAV/GAR</u> Enfermeira • Códex: <u>PB 267-618</u>

SAMU
192

PREFEITURA MUNICIPAL DE POMBAL
SECRETARIA DE SAÚDE



PREFEITURA DE
POMBAL

SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA-SAMU 192

FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA/ATENDIMENTO VTR: USB-05

IDENTIFICAÇÃO/OCORRÊNCIA

DATA: <u>26-06-19</u>	OCORRÊNCIA Nº: <u>0011</u>	PACIENTE/USUÁRIO: <u>QTA</u>	IDADE	SEXO ☐ MASC ☐ FEM
LOCAL DA OCORRÊNCIA:		BAIRRO:	MÉDICO REGULADOR	
DESTINO DO PACIENTE:		RESPONSÁVEL:	FUNÇÃO:	

MOTIVO DO TRANSPORTE:

☐ APOIO DIAGNÓSTICO ☐ SERVIÇO DE MAIOR COMPLEXIDADE ☐ TRANSFERÊNCIA ☐ OUTRO:
TRANSPORTE SECUNDÁRIO:

LOCAL: RESPONSÁVEL: FUNÇÃO:
APOIO LOCAL ☐ PM ☐ RESGATE/BOMBEIROS ☐ PRF ☐ CPTRAN ☐ STTRANS ☐ OUTRO:

OCORRÊNCIA QUE NÃO GEROU TRANSPORTE/MOTIVO

☐ ATENDIMENTO NO QTH ☐ SOCORRIDO POR TERCEIROS ☒ SOCORRIDO PELO BOMBEIRO ☐ LOCAL NÃO ENCONTRADO
☐ RECUSA O ATENDIMENTO ☐ ÓBITO NO LOCAL ☐ ÓBITO DURANTE O TRANSPORTE ☐ EVADIU DO LOCAL

***TIPO DE AGRAVO:**

☐ ACIDENTE DE TRÂNSITO
☐ AGRESSÃO
☐ CLÍNICO
☐ DESABAMENTO
☐ FLETROCUSSÃO
☐ F.A.B
☐ F.A.F

☐ GINECO-OBSTÉTRICO
☐ LESÕES TÉRMICAS
☐ PEDIÁTRICO
☐ PSIQUIÁTRICO
☐ AFOGAMENTO
☐ QUEDA
☐ QUEIMADURA

***ANTECEDENTES:**

☐ AIDS
☐ ALCOOLISMO
☐ AVC
☐ CONVULSÕES
☐ CIRURGIAS
☐ DIABETES
☐ DOENÇA CARDÍACA

☐ DOENÇA INFECTO-CONTAGIOSA
☐ DOENÇA RENAL
☐ DROGAS
☐ HIPERTENSÃO ARTERIAL
☐ DOENÇAS RESPIRATÓRIAS
☐ MEDICAMENTOS:

EXAME CLÍNICO(PRINCIPAIS SINTOMAS/QUEIXAS):

DADOS VITAIS:

PA: ☐ LIVRE ☐ OBSTRUÍDA/RESPIRAÇÃO ☐ <30 rpm ☐ >30 rpm PULSO RADIAL: ☐ PRESENTE ☐ AUSENTE
TA: X FC: FR: TEMP: PC - HGT: SpO2:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:

INTERVENÇÕES:

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO:

MATERIAL UTILIZADO

E.C.G: ☐ NORMAL ☐ ALTERADO ☐ NÃO REALIZADO

EXAME NEUROLÓGICO: ☐ AGITAÇÃO ☐ SONOLÊNCIA ☐ COMA ☐ CONVULÇÃO ☐ OTORRAGIA ☐ RIGIDEZ

EXAME GINECO-OBSTÉTRICO: ☐ ABORTAMENTO ☐ HEMORRAGIA VAGINAL ☐ TRABALHO DE PARTO ☐ NORMAL

ANAS: _____ OUTROS: _____

DIAGNÓSTICOS E PROCEDIMENTOS: _____

PROCEDIMENTOS: ☐ DESOBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS ☐ INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL ☐ CÂNULA OROFARINGEA

☐ CRICOTIREIDOSTOMIA ☐ VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA ☐ VENTILAÇÃO INVASIVA ☐ OXIGÊNIO CATÉTER ÓCULOS

☐ DRENAGEM TORÁCICA ☐ MASSAGEM CARDÍACA EXTERNA ☐ DESFIBRILAÇÃO/CARDIOVERSÃO ☐ CURATIVO

☐ CONTROLE DE HEMORRAGIA ☐ PUNÇÃO VENOSA ☐ Sonda GÁSTRICA ☐ Sonda VESICAL ☐ ASPIRAÇÃO V.A

☐ IMOBILIZAÇÃO DE MEMBROS ☐ TALAS ☐ COLAR CERVICAL ☐ IMOBILIZAÇÃO PRANCHA RÍGIDA ☐ SEDAÇÃO

☐ OUTROS: _____

TERAPÊUTICA/MEDICAMENTOS: _____

EVOLUÇÃO CLÍNICA/INTERCORRÊNCIAS (MÉDICOS): _____

POSIÇÃO DE TRANSPORTE:

☐ DECÚBITO DORSAL ☐ DECÚBITO LATERAL ☐ DECÚBITO VENTRAL ☐ SENTADO ☐ ELEVÇÃO DE CABECEIRA

TERMO DE RECUSA:

NOME: _____ RG: _____

ASSINATURA: _____

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE:

MÉDICO: _____ CRM: _____ MAT: _____

ENFERMEIRO(A) Aline Galvão COREN: 533-289 MAT: _____

TÉCNICO DE ENFERMAGEM: _____ COREN: _____ MAT: _____

CONDUTOR SOCORRISTA: Trabinha MAT: _____



GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL SENADOR "RUI CARNEIRO"



HOSPITAL			
NOME DO PACIENTE		Nº PRONTUÁRIO	
DATA DA OPERAÇÃO		LEITO	
OPERADOR		1º AUXILIAR	
2º AUXILIAR		3º AUXILIAR	
ANESTESISTA		TIPO DE ANESTESIA	
DIAGNÓSTICO PRÉ- OPERATÓRIO			
FUSTURA DE OSSELO DO PÊNIS (1)			
TUBO DE CANTO DE 10 X 10 TÍPIDO (1)			
DIAGNÓSTICO PÓS- OPERATÓRIO			
O PÊNIS			
RELATÓRIO IMEDIATO DO PATOLOGISTA			
EXAME RADIOLÓGICO NO ATO			
ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO			
VIA DE ACESSO - TÁTICA E TÉCNICA - LIGADURAS - DRENAGEM - SUTURA - MATERIAL EMPREGADO - ASPECTO VISCERAS			
1. PÊNIS EM 10X10 COM LIGADURAS			
2. CANTO DE CANTO E CANTO DE CANTO			
3. PÊNIS TÍPIDO			
4. PÊNIS CANTO DE CANTO EM 10X10 TÍPIDO (1)			
5. PÊNIS POR PÊNIS			
6. PÊNIS CANTO DE CANTO COM CANTO / PÊNIS + PÊNIS			
7. PÊNIS CANTO DE CANTO 8 PÊNIS			
8. SUTURA			
9. CANTO			

Dr. João Silveira
Ortopedista
C.R.C. 2006357120007



GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL SENADOR "RUI CARNEIRO"



HOSPITAL

NOME DO PACIENTE	CARLO ALBERTO DA SILVA	Nº PRONTUÁRIO	
DATA DA OPERAÇÃO	07/07/19	ENF.	
OPERADOR	DR. TULLIO	1º AUXILIAR	
2º AUXILIAR		3º AUXILIAR	
ANESTESISTA	DR. SODRÉ	TIPO DE ANESTESIA	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO	Fp e obesidade leve (D)		

TIPO DE OPERAÇÃO: Gastrectomia parcial e linfadenectomia (D)

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: O mesmo

RELATÓRIO IMEDIATO DO PATOLOGISTA

EXAME RADIOLÓGICO NO ATO

ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO - TÁTICA E TÉCNICA - LIGADURAS - DRENAGEM - SUTURA - MATERIAL EMPREGADO - ASPECTO VISCERAS

Porto em DDH por abordagem
transumbilical e disseção de fígado
por via abdominal
incisão longitudinal sob manobra de Trendelenburg
para acesso ao fígado
disseção do fígado mobilizada
ligadura com a Pixa 1/2 cm e 6 pontos
ligadura com 0/1
fígado

Dr. Tullio Alberto de O. Souza
Otorrinolaringologista
CRM-PA 0251 / CRM-RN 0000

Fíbula direita

Nome: Carlo Renato da Silva Junior
 Filiação: _____
 Sexo: M Idade: 33 Cor: Pardo
 Data: 07/07/19
 Procedência: _____
 Cirurgião: Dr. Tulio Auxiliar: M. Abimael
 Anestesista: Dr. Giddimanta Anestesia: Raque
 Início da anestesia: 9:00 Término: _____ Duração: _____
 Início da intervenção: _____ Término: 10:15 Duração: _____

Equipo macrogotas	01
Jelco 20	01
Soro fisiológico 0,9% 500ml	20
Seringa 5ml	05
Seringa 10ml	10
Lidocaína 2%	01
Propofol	01
Fentanil	03
Luva estéril	50ml
PVPI tópico	12
Gaze (pacote com 10 unidades)	18
Compressas	01
Efortil	01
Cefalotina ou cefazolina ou ceftriaxona	01
Nauseadron	01
Decadron 4mg	04
Água para injeção	80cm
Esparradrapo	07
Escova de PVPI degermante	05
Touca	05
Máscara	12
Propé (par)	01
Luva de procedimentos (par)	01
Látex	01
Cateter de oxigênio tipo óculos	100ml
Lâmina de bisturi nº 24	08 rolos
PVPI degermante	03
Algodão ortopédico 12cm	12
Faixa de smarch	06
Atadura de crepom 15cm	01
Atadura de crepom 20cm	01
Broca 2,5" / 3,5" / 4,5"	05
Serra ortopédica	05
Agulha 40x12	02
Atropina	03
Lidocaína 2%	02
Adrenalina	05
Bupivacaína	03
Seringa 20ml	02
Fio vicryl 2-0	02
Fio catgut simples 3-0	03
Fio nylon 2-0	06
Fio nylon 3-0	01
Atadura de gesso (tamanho variado)	01
Placas DCP- 04 ou 05 ou 06 ou 07 ou 08 ou 09 ou 10 parafusos	05
Placa 1/3 tubular com 03 ou 04 ou 05 furos	-
Fio de kirschner Nº 2-0 ou 2,5 ou 3,0 ou 3,5 ou 4-0	01
Parafusos (conforme tamanho da placa)	01
Propofol	10ml
Midazolam	05
Servoflurano	05
Atracúrio	05
Neostigmine	01
Atropina	01
Tube endotraqueal com CUF Nº 7,5 ou 8,0 ou 8,5	

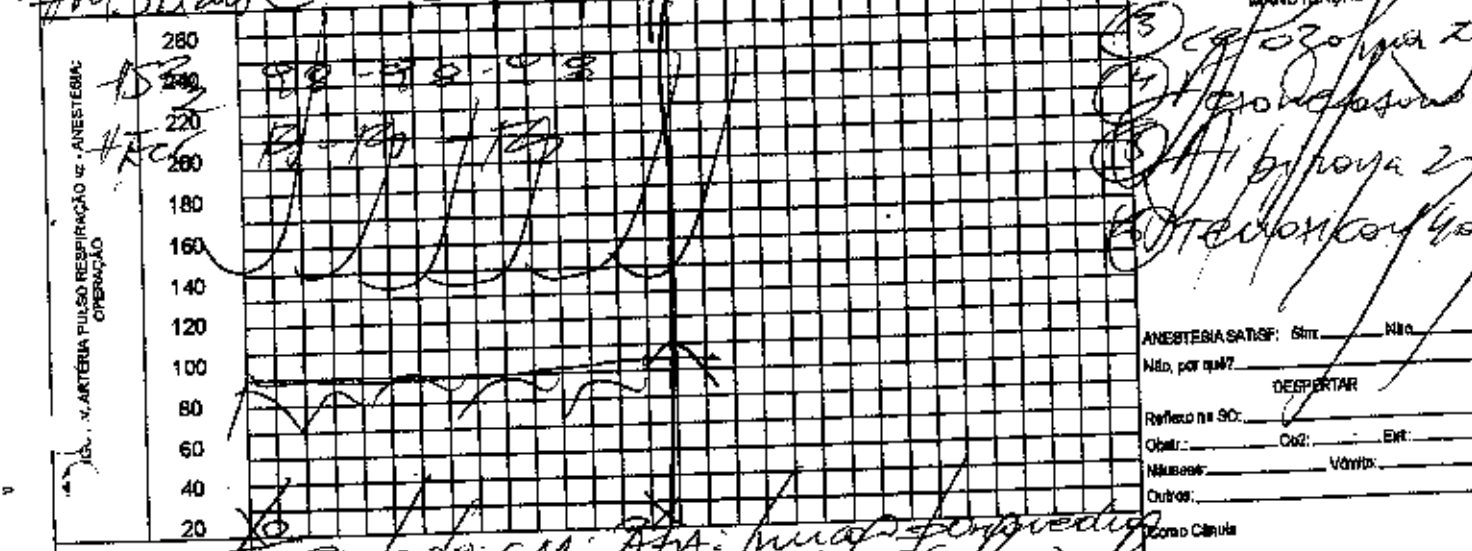
Calidiana Pereira de Melo
 Enfermeira
 COREN-PB 274.137

Secretaria do Estado de São Paulo

FOLHA DE ANESTESIA		Hospital: H.R.P.	Enfermaria:	Leito:	Nº Prontuário:	
Nome: Volnei Rangel de Faria		Idade:		Sexo: M.	Altura:	
Paciente Anterior: Pulso		Respiração:		Temperatura:	Peso:	
Tipo Sanguíneo:		Hemoglobina:		Hematócrito:	Glicose:	Ureia:
Hemúlias:		Ureia:		Outros:		
Urina:		Asma:		Bronquite:		
Ap. Respiratório: UNO SRA		Eletracardiograma:		Ap. Urinário:		
Ap. Circulatório: BONEFERRAZIS		Alergia:		Hipotensões:		
Ap. Digestivo: FELIM		Estado Físico:		Risco:		
Estado Mental: LOTÉ						
Diagnósticos Pré-Operatório: (9 - 7 10:15h)						

Anestésicos Anteriores:		Medicação Pré-Anestésica:		Aplicado às:	Efeito:
Medicação Pré-Anestésica: (9) 1/2 (10)					

AGENTES ANESTÉSICOS	02	INDUÇÃO	
		Gatilho: _____	Exit: _____
		Tosse: _____	
		Laringo espasmo: _____	
		Náuseas: _____	
		Vômito: _____	
		Outros: _____	
		MANUTENÇÃO	



SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES:	Condição CM: AFA: mucoferrazis na 434 de Quincela 25f: LECOC (Corgin)
POSICÃO:	DD4 - Aerto 2 - DD4

Agentes:	Propofol 14/100 1393; 2) Alorana 80mg
Técnicos:	Tagmonestesia
Operação:	Tratamento cirúrgico de prolapso de 1º grau
Grupos:	DE TUBO
Anestésicos:	Dr. S. S. S.
Observações:	
Anotar, no o, as complicações pré-operatórias e pós-operatórias	

FOLHA DE ANESTESIA

CPM 7828



Secretaria do Estado de Saúde
HOSPITAL REGIONAL DE POMBA
"SENADOR RUI CARNEIRO"

CHECKLIST DE CIRURGIAS SEGURA

Nome completo: Caio Rangel da Silva Junior
 Cirurgia Proposta: _____ Unidade de origem: _____ Data: 07 / 04 / 19
 Modalidade () Eletiva () Urgência () Emergência

Encaminhamento de clientes ao Centro Cirúrgico	Antes da indução anestésica Check in	Antes de iniciar a cirurgia Time out	Antes do cliente sair da SO Check out
• Identificação do cliente ☒ Sim ☐ Não • Prontuário completo ☒ Sim ☐ Não • Sítio cirúrgico demarcado ☒ Sim ☐ Não ☐ Não aplica • Consentimento e avaliação anestésica ☒ Sim ☐ Não • Consentimento cirúrgico ☒ Sim ☐ Não • Consentimento transfusional ☒ Sim ☐ Não ☐ Não aplica • Banho ☐ Sim/Horário _____ ☐ Não • Trietodromia ☒ Sim ☐ Não ☐ Não aplica - Horário _____ Local _____ • Jejum ☒ Sim/Início _____ ☐ Não • Exames ☒ Laboratoriais ☒ Imagem ☐ Biópsia • Retirado prótese e adornos? ☐ Sim ☐ Não • Tipo de precaução ☐ Padrão ☐ Contato ☐ Reverso ☐ Gotículas ☐ Aerossóis - Enf/Tec.enf _____	• Confirmação sobre o cliente ☒ Identificação do cliente ☒ Local da cirurgia a ser feita ☒ Procedimento a ser realizado ☒ Consentimento anestésico e cirúrgico ☒ Sítio cirúrgico certo • Montagem da SO de acordo com o procedimento programado ☒ Sim ☐ Não • Revisão dos equipamentos de anestesia ☒ Sim ☐ Não • Materiais de vias aéreas disponíveis e funcionantes ☒ Laringoscópio ☒ Máscara de O2 ☒ Fio guia ☒ Ambú ☒ Cúedel ☒ Aspirador ☐ Cânula endotraqueal - Há risco de perda sanguínea >500mL (7mL/Kg em crianças)? ☐ Sim ☐ Não • Reserva sanguínea? ☐ Sim ☐ Não • Acesso venoso adequado e pervio? ☐ Sim AVC AVP ☐ Não • O cliente tem alergia? ☐ Sim ☐ Não - Obs.: _____	• Apresentação oral, nome e função de todos os profissionais - Staff ☐ Sim ☐ Não 1º cirurgião ☒ Sim ☐ Não 2º cirurgião ☒ Sim ☐ Não - Anestesta ☒ Sim ☐ Não - Circulante ☒ Sim ☐ Não • Cirurgiões, anestestistas e equipe de enfermagem confirmam: ☒ Identificação do cliente ☒ Sítio cirúrgico ☒ Procedimento a ser realizado • Placa de eletrocautério ☒ Posicionada ☐ Não aplica • Uso de antibiótico profilático ☒ Sim ☐ Não • Exames de imagem estão disponíveis ☒ Sim ☐ Não aplica • Revisão do cirurgião, Passos críticos - Duração estimada / Possíveis perdas sanguíneas ☐ Sim ☐ Não • Revisão do anestesta ☐ Sim ☐ Não • Fixação das etiquetas de esterilização no prontuário ☒ Sim ☐ Não - Obs.: _____	Procedimento realizado <u>Anestesia de Fibroscopia</u> • A contagem de compressas, agulhas e instrumentais está correta? ☐ Sim ☐ Não aplica • Peças anatômicas/culturas e identificadas adequadamente e requisição preenchida? ☐ Sim ☐ Não aplica • Houve algum problema com equipamentos que deve ser resolvido? ☐ Sim ☐ Não aplica • Recomendações importantes na recuperação pós-anestésica e pós-operatória desse cliente: - Cirurgião <u>Dr. Fábio</u> Enfermagem _____ Obs.: _____ Ass.: <u>[Assinatura]</u> Calibração e entrega de <u>Medicamentos</u> Enfermeira _____ COBEN-PPB 274-117

Clínica de Enfermagem de Gyn
Enfermeira
COREN-PR 274.117



ESTADO DA PARAÍBA

HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL "SENADOR RUI CARNEIRO"

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: Carla Aparecida do SocioIdade: 23Cor: PretaEnteimeia: ParalelaLeito: 123Setor: RespiratórioData: 10/03/2016

DATA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIO

OBSERVAÇÃO

01	1. NETA LARTE	OK	
02	2. SIM MOOL EN 2m	12h 22h	
03	3. Cetuximab 4g EV 6/6h	06/00 15/00 21/00 03/00	
04	4. Dexamet 14g + 7g EV 6/6h	09/00 15/00 21/00 03/00	
05	5. Fosf 15g + 7g EV 8/8h	5m	
06	6. Fumex 50g 1h + 100cc		
07	7. Fosf 15g + 7g EV 8/8h	5m 2000	
08	8. Fosf 15g + 7g EV 8/8h	15/00 03/00	
09	9. Fosf 15g + 7g EV 8/8h	09/00 21/00	
10	10. Fosf 15g + 7g EV 8/8h		
11	11. Fosf 15g + 7g EV 8/8h	OK	
12	12. Fosf 15g + 7g EV 8/8h	OK	
13	13. Fosf 15g + 7g EV 8/8h	OK	
14	14. Fosf 15g + 7g EV 8/8h	OK	
15	15. Fosf 15g + 7g EV 8/8h	OK	
16	16. Fosf 15g + 7g EV 8/8h	OK	
17	17. Fosf 15g + 7g EV 8/8h	OK	
18	18. Fosf 15g + 7g EV 8/8h	OK	
19	19. Fosf 15g + 7g EV 8/8h	OK	
20	20. Fosf 15g + 7g EV 8/8h	OK	
21	21. Fosf 15g + 7g EV 8/8h	OK	
22	22. Fosf 15g + 7g EV 8/8h	OK	
23	23. Fosf 15g + 7g EV 8/8h	OK	
24	24. Fosf 15g + 7g EV 8/8h	OK	
25	25. Fosf 15g + 7g EV 8/8h	OK	
26	26. Fosf 15g + 7g EV 8/8h	OK	
27	27. Fosf 15g + 7g EV 8/8h	OK	
28	28. Fosf 15g + 7g EV 8/8h	OK	
29	29. Fosf 15g + 7g EV 8/8h	OK	
30	30. Fosf 15g + 7g EV 8/8h	OK	

ASSINATURA / CRM:

ASSINATURA / COREN:

Assinatura de Medeiros Rodrigues

Assinatura de Medeiros Rodrigues

Nome:

Leon Rangel Silva Lima

Enf.:

Leito:

Nota sobre Evolução da Doença, Complicações, Consultas, Mudança de Diagnósticos, Condições ao ser dada
Alta, Instruções ao Paciente, devendo toda anotação ser assinada pelo profissional que a fez.

DATA	EVOLUÇÃO MÉDICA	RUBRICA
------	-----------------	---------

26/06/19

Paciente Tórax expandido de amplitude.
Paciente em ombro de menor + movimentos
sólido retornando hospitalar, exames.

Daniel Rocha
Médico
CRM-PB 7054

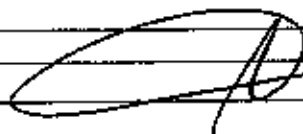
27/06/19

H7. Ex de ossos do fêmur ①

Paciente sem dor

Paciente de diagnóstico + exame de
fêmur ①

CA: Alívio de dor.



Dr. Tullio Alberto de O. Sousa
Ortopedia - CRM 9251
CNS: 206633762240007

28/06/19

H7: O fêmur

Paciente com lesão de nível 25
quase distal do fêmur, ao exame
tem o Alívio ①

CA: Ex. Rx + Alívio de dor. +
retorno ao lar, fêmur.

Dr. Tullio Alberto de O. Sousa
Ortopedia - CRM 9251
CNS: 206633762240007

Gerulda F. Diniz
 Técnica em Engenharia
 CREA 015.561/7
 Poliana Almeida dos Santos
 Téc. Engenharia
 CORENB 001.515.958



ESTADO DA PARAIBA
HOSPITAL REGIONAL DE POMAL "SENADOR RUI CARNEIRO"

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: Caro Carneiro Idade: 23 Cor: Enfermeira: CC M II Leito: 02 Setor:

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	OBSERVAÇÃO
01/07/19	1) 1000 ml de 1000 ml	08:00	OK
	2) 1000 ml de 1000 ml	12:00	OK
	3) 1000 ml de 1000 ml	09:00	15:00 21:00 02:00
	4) 1000 ml de 1000 ml	09:00	15:00 21:00 02:00
	5) 1000 ml de 1000 ml	09:00	15:00 21:00 02:00
	6) 1000 ml de 1000 ml	09:00	15:00 21:00 02:00
	7) 1000 ml de 1000 ml	09:00	15:00 21:00 02:00
	8) 1000 ml de 1000 ml	09:00	15:00 21:00 02:00
	9) 1000 ml de 1000 ml	09:00	15:00 21:00 02:00
	10) 1000 ml de 1000 ml	09:00	15:00 21:00 02:00
	11) 1000 ml de 1000 ml	09:00	15:00 21:00 02:00
	12) 1000 ml de 1000 ml	09:00	15:00 21:00 02:00
	13) 1000 ml de 1000 ml	09:00	15:00 21:00 02:00
	14) 1000 ml de 1000 ml	09:00	15:00 21:00 02:00
	15) 1000 ml de 1000 ml	09:00	15:00 21:00 02:00
	16) 1000 ml de 1000 ml	09:00	15:00 21:00 02:00
	17) 1000 ml de 1000 ml	09:00	15:00 21:00 02:00
	18) 1000 ml de 1000 ml	09:00	15:00 21:00 02:00
	19) 1000 ml de 1000 ml	09:00	15:00 21:00 02:00
	20) 1000 ml de 1000 ml	09:00	15:00 21:00 02:00
	21) 1000 ml de 1000 ml	09:00	15:00 21:00 02:00
	22) 1000 ml de 1000 ml	09:00	15:00 21:00 02:00
	23) 1000 ml de 1000 ml	09:00	15:00 21:00 02:00
	24) 1000 ml de 1000 ml	09:00	15:00 21:00 02:00
	25) 1000 ml de 1000 ml	09:00	15:00 21:00 02:00
	26) 1000 ml de 1000 ml	09:00	15:00 21:00 02:00
	27) 1000 ml de 1000 ml	09:00	15:00 21:00 02:00
	28) 1000 ml de 1000 ml	09:00	15:00 21:00 02:00
	29) 1000 ml de 1000 ml	09:00	15:00 21:00 02:00
	30) 1000 ml de 1000 ml	09:00	15:00 21:00 02:00

Dr. Jose Cassimiro Neto
Otorrinolaringologista
CRM-PB 7861 TEOT 15253

ASSINATURA / CRM: _____ ASSINATURA / COREN: _____

Assinatura Farmácia Oliveira
COREN-PB: 100540
Assinatura Farmácia Oliveira
COREN-PB: 100540

ASSINATURA / CÖREN:



ESTADO DA PARAÍBA

HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL "SENADOR RUI CARNEIRO"

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: Caio Rousel da Silva Idade: 83 Anos Cor: CCMI Enfermeira: CCMI Leito: 02 Setor:

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	OBSERVAÇÃO
<u>06/08</u>	<u>Verbo Lúteo</u>		
<u>07/08</u>	<u>Verbo Lúteo em 24h</u>		
<u>08/08</u>	<u>Ovarios por 7 dias 6h</u>		
<u>09/08</u>	<u>cedimonia 40 1h e 6h</u>		
<u>10/08</u>	<u>Tramex 500 1h + 1000 4h e 6h</u>		
<u>11/08</u>	<u>Amoxicilina 1000 1h e 6h</u>		
<u>12/08</u>	<u>Amoxicilina 1000 1h e 6h</u>		
<u>13/08</u>	<u>Amoxicilina 1000 1h e 6h</u>		
<u>14/08</u>	<u>Amoxicilina 1000 1h e 6h</u>		
<u>15/08</u>	<u>Amoxicilina 1000 1h e 6h</u>		
<u>16/08</u>	<u>Amoxicilina 1000 1h e 6h</u>		
<u>17/08</u>	<u>Amoxicilina 1000 1h e 6h</u>		
<u>18/08</u>	<u>Amoxicilina 1000 1h e 6h</u>		
<u>19/08</u>	<u>Amoxicilina 1000 1h e 6h</u>		
<u>20/08</u>	<u>Amoxicilina 1000 1h e 6h</u>		
<u>21/08</u>	<u>Amoxicilina 1000 1h e 6h</u>		
<u>22/08</u>	<u>Amoxicilina 1000 1h e 6h</u>		
<u>23/08</u>	<u>Amoxicilina 1000 1h e 6h</u>		
<u>24/08</u>	<u>Amoxicilina 1000 1h e 6h</u>		
<u>25/08</u>	<u>Amoxicilina 1000 1h e 6h</u>		
<u>26/08</u>	<u>Amoxicilina 1000 1h e 6h</u>		
<u>27/08</u>	<u>Amoxicilina 1000 1h e 6h</u>		
<u>28/08</u>	<u>Amoxicilina 1000 1h e 6h</u>		
<u>29/08</u>	<u>Amoxicilina 1000 1h e 6h</u>		
<u>30/08</u>	<u>Amoxicilina 1000 1h e 6h</u>		
<u>31/08</u>	<u>Amoxicilina 1000 1h e 6h</u>		

ASSINATURA / CRM: Dr. Tito Alberto de O. Souza CRM-PB 9251 / CRM-RN 9800ASSINATURA / COREN: Cibele Formiga Oliveira COREN-PB 1005868Téc. de Enfermagem: Antônio Augusto de Faria CREA-PB 001-376-157Burelândia Gomes Pereira
Téc. de Enfermagem
COREN-PB 1002004
SAB. 08/08/12 2093.9474



ESTADO DA PARAÍBA
HOSPITAL REGIONAL DE POMAL "SENADOR RUI CARNEIRO"

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: Aluísio Carneiro Idade: Cor: Enfermeira: Leito: Setor:

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	OBSERVAÇÃO
	03/07/2018		
	2		
	1) Dor de barriga	dores	
	2) Dor de barriga - 1.000 ml - 12.00h	12h	
	3) Dor de barriga - 0.1 g - 10.00h	09:00 15:00 21:00	03:00
	4) Dor de barriga - 0.1 g - 10.00h	SN	
	5) Dor de barriga - 0.1 g - 10.00h	SN	
	6) Dor de barriga - 0.1 g - 10.00h	SN	
	7) Dor de barriga - 0.1 g - 10.00h	dores	
	8) Dor de barriga - 0.1 g - 10.00h		
	9) Dor de barriga - 0.1 g - 10.00h		
	10) Dor de barriga - 0.1 g - 10.00h		
	11) Dor de barriga - 0.1 g - 10.00h		
	12) Dor de barriga - 0.1 g - 10.00h		
	13) Dor de barriga - 0.1 g - 10.00h		
	14) Dor de barriga - 0.1 g - 10.00h		
	15) Dor de barriga - 0.1 g - 10.00h		
	16) Dor de barriga - 0.1 g - 10.00h		
	17) Dor de barriga - 0.1 g - 10.00h		
	18) Dor de barriga - 0.1 g - 10.00h		
	19) Dor de barriga - 0.1 g - 10.00h		
	20) Dor de barriga - 0.1 g - 10.00h		
	21) Dor de barriga - 0.1 g - 10.00h		
	22) Dor de barriga - 0.1 g - 10.00h		
	23) Dor de barriga - 0.1 g - 10.00h		
	24) Dor de barriga - 0.1 g - 10.00h		
	25) Dor de barriga - 0.1 g - 10.00h		
	26) Dor de barriga - 0.1 g - 10.00h		
	27) Dor de barriga - 0.1 g - 10.00h		
	28) Dor de barriga - 0.1 g - 10.00h		
	29) Dor de barriga - 0.1 g - 10.00h		
	30) Dor de barriga - 0.1 g - 10.00h		
	31) Dor de barriga - 0.1 g - 10.00h		
	32) Dor de barriga - 0.1 g - 10.00h		
	33) Dor de barriga - 0.1 g - 10.00h		
	34) Dor de barriga - 0.1 g - 10.00h		
	35) Dor de barriga - 0.1 g - 10.00h		
	36) Dor de barriga - 0.1 g - 10.00h		
	37) Dor de barriga - 0.1 g - 10.00h		
	38) Dor de barriga - 0.1 g - 10.00h		
	39) Dor de barriga - 0.1 g - 10.00h		
	40) Dor de barriga - 0.1 g - 10.00h		
	41) Dor de barriga - 0.1 g - 10.00h		
	42) Dor de barriga - 0.1 g - 10.00h		
	43) Dor de barriga - 0.1 g - 10.00h		
	44) Dor de barriga - 0.1 g - 10.00h		
	45) Dor de barriga - 0.1 g - 10.00h		
	46) Dor de barriga - 0.1 g - 10.00h		
	47) Dor de barriga - 0.1 g - 10.00h		
	48) Dor de barriga - 0.1 g - 10.00h		
	49) Dor de barriga - 0.1 g - 10.00h		
	50) Dor de barriga - 0.1 g - 10.00h		
	51) Dor de barriga - 0.1 g - 10.00h		
	52) Dor de barriga - 0.1 g - 10.00h		
	53) Dor de barriga - 0.1 g - 10.00h		
	54) Dor de barriga - 0.1 g - 10.00h		
	55) Dor de barriga - 0.1 g - 10.00h		
	56) Dor de barriga - 0.1 g - 10.00h		
	57) Dor de barriga - 0.1 g - 10.00h		
	58) Dor de barriga - 0.1 g - 10.00h		
	59) Dor de barriga - 0.1 g - 10.00h		
	60) Dor de barriga - 0.1 g - 10.00h		
	61) Dor de barriga - 0.1 g - 10.00h		
	62) Dor de barriga - 0.1 g - 10.00h		
	63) Dor de barriga - 0.1 g - 10.00h		
	64) Dor de barriga - 0.1 g - 10.00h		
	65) Dor de barriga - 0.1 g - 10.00h		
	66) Dor de barriga - 0.1 g - 10.00h		
	67) Dor de barriga - 0.1 g - 10.00h		
	68) Dor de barriga - 0.1 g - 10.00h		
	69) Dor de barriga - 0.1 g - 10.00h		
	70) Dor de barriga - 0.1 g - 10.00h		
	71) Dor de barriga - 0.1 g - 10.00h		
	72) Dor de barriga - 0.1 g - 10.00h		
	73) Dor de barriga - 0.1 g - 10.00h		
	74) Dor de barriga - 0.1 g - 10.00h		
	75) Dor de barriga - 0.1 g - 10.00h		
	76) Dor de barriga - 0.1 g - 10.00h		
	77) Dor de barriga - 0.1 g - 10.00h		
	78) Dor de barriga - 0.1 g - 10.00h		
	79) Dor de barriga - 0.1 g - 10.00h		
	80) Dor de barriga - 0.1 g - 10.00h		
	81) Dor de barriga - 0.1 g - 10.00h		
	82) Dor de barriga - 0.1 g - 10.00h		
	83) Dor de barriga - 0.1 g - 10.00h		
	84) Dor de barriga - 0.1 g - 10.00h		
	85) Dor de barriga - 0.1 g - 10.00h		
	86) Dor de barriga - 0.1 g - 10.00h		
	87) Dor de barriga - 0.1 g - 10.00h		
	88) Dor de barriga - 0.1 g - 10.00h		
	89) Dor de barriga - 0.1 g - 10.00h		
	90) Dor de barriga - 0.1 g - 10.00h		
	91) Dor de barriga - 0.1 g - 10.00h		
	92) Dor de barriga - 0.1 g - 10.00h		
	93) Dor de barriga - 0.1 g - 10.00h		
	94) Dor de barriga - 0.1 g - 10.00h		
	95) Dor de barriga - 0.1 g - 10.00h		
	96) Dor de barriga - 0.1 g - 10.00h		
	97) Dor de barriga - 0.1 g - 10.00h		
	98) Dor de barriga - 0.1 g - 10.00h		
	99) Dor de barriga - 0.1 g - 10.00h		
	100) Dor de barriga - 0.1 g - 10.00h		

Silvia Fracalossi A. de Sousa Lima
Téc. Enfermeira
COREN-PB 001.315.962



EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO

CLÍNICAS MÉDICA, CIRÚRGICA E PEDIÁTRICA

DADOS GERAIS:

Enfermaria: C.M.H. Leito: 02 Data Admissão: 06/06/20
Paciente: Enio Rangel S. Lima Idade: 23a Hora Admissão:
Dias de Internação: Turno: SE INTERNAMENTO PEDIÁTRICO: Peso: Estatura:
Admitido: () Deambulando () Cadeira de rodas () Maca () Outros:
Velo transferido: () Tendência () Área vermelha () Área laranja () Área amarela () Área verde () UTI
Transferência interna: () Clin. médica/Cirúrgica () Clin. cirúrgica/Médica () Clin. médica/Área vermelha
() Clin. cirúrgica/Área vermelha () Clin. médica/Obstetrícia () Clin. cirúrgica/Obstetrícia () Clin. médica e cirúrgica/UTI
() UTI/Clin. médica () UTI/Clin. Cirúrgica () Outro hospital/Cidade:
Tipo de tratamento: () Clínico () Cirúrgico () Pediátrico Diagnóstico médico: Intubação M.D.

ESTADO GERAL

EG: () Bom () Estável () Regular () Grave SSV: T: °C P: bpm R: irpm PA: x mmHg

FUNÇÃO NEUROLÓGICA:

Nível de Consciência: () Consciente () Inconsciente () Orientado () Desorientado () Torporoso () Cooperativo
() Não Cooperativo () Comunicativo () Não Comunicativo () Sono/repouso preservado () Sono/repouso prejudicado
Responde a estímulos: () Verbais () Dolorosos () Térmicos () Ocular
Estado emocional: () Normal () Agitado/ativo () Hipoativo () Choroso () Deprimido () Agressivo
Crise convulsiva: () Sim () Não SE SIM, QUANTOS EPISÓDIOS:
Avaliação da dor: () 01 () 02 () 03 () 04 () 05 () 06 () 07 () 08 () 09 () 10

VALORES	CLASSIFICAÇÃO	LOCAL
0	Ausência da dor	<u>X</u>
1 A 3	Dor de fraca intensidade	
4 A 6	Dor de intensidade moderada	
7 A 9	Dor de forte intensidade	
10	Dor de intensidade insuportável	

FUNÇÃO RESPIRATORIA:

Respiração: () Eupneico () Dispneico () Bradipneico () Taquipneico () Respiração abdom. predominância torácica
() Respiração torácica predominância abdominal () Em uso de dreno torácico
() Em oxigenoterapia: () Cateter nasal () Máscara de Venturi () Nebulização
Tosse: () Sim () Não () Seca () Cheia com expectoração () Cheia sem expectoração
() Batimentos de asa do nariz () Tiragem intercostal
Característica de secreções: () Esbranquiçada () Amarelada () Esverdeada () Sanguinolenta () Purulenta
() Outros:

PELE E MUCOSAS:

Condições da pele: () Normal () Nódulo () Tumor () Bolha () Pústula () Equimose () Hematoma () Petéquias
() Erisipela () Queimadura () Escoriações () Escabiose () Úlcera por pressão: Grau: () I () II () III () IV
Curativo: () Sim () Não Hora: Localização e aspecto:
Coloração da pele: () Hiposcorada () Normocorada () Hiperacorada () Icterícia () Cianótica
Regulação térmica: () Normotérmica () Hipotérmica () Hipertérmica () Tremores () Calafrios () Sudorese
() Pele fria () Pegajosa
Condições de mucosas: () Úmida () Ressecada () Placas () Fissuras Outros:
Estado de hidratação: () Hidratada () Desidratada () Hiperhidratada

FUNÇÃO CARDIOVASCULAR:

Doença cardiovascular: () Sim () Não Qual:
Doença cerebrovascular: () Sim () Não Qual:
Perfusão periférica: () Sim () Não Qual:

GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL
"SENADOR RUI CARNEIRO"



FUNÇÃO GASTROINTESTINAL:

Abdome: ☒ Plano () Globoso () Flácido () Distendido () Tenso () Dispepsia () Plenitude () Hematemase
() Pirose () Ascítico () Colostomizado () Ileostomia () Doloso () Paracentese abdominal
() Incisão cirúrgica: () Limpa () Contaminada () Hiperemiada () Secretiva
Curativo: () Sim ☒ Não Hora: _____
Estado nutricional: () Normal () Emagrecimento () Caquético () Obeso () Marasmo () Kwashiorkor

Dieta alimentar:

☒ Boa () Regular () Insuficiente () Restrição () Não aceita dieta

Via de administração alimentar: () Oral () SNG () SOG () Parenteral

Vômitos: () Sim ☒ Não Frequência: _____ Aspecto: _____

Eliminações intestinais: ☒ Presente () Ausente Frequência: _____

Aspecto: () Normal () Pastosa () Melena () Constipação () Diarreica () Obstipação

SISTEMA URINÁRIO:

Eliminações vesicais: ☒ Normal () Anúria () Oligúria () Nictúria () Poliúria () Polaciúria () Disúria () Hematúria
() Retenção () Incontinência () SVF-02 vias () SVF-03 vias () Uso de fraldas Outros: _____

Aspecto: ☒ Limpa () Concentrada () Piúria () Hematúria () Colúria () Turva

Diurese: ☒ Espontânea () Cistostomia () SVF Hora: _____ Volume diurese: _____

FUNÇÃO LOCOMOTIVA:

Desenvolvimento motor: ☒ Senta-se espontaneamente () Senta-se com ajuda () Fica de pé com apoio
() Fica de pé sem apoio () Deambula () Não deambula () Deambula com apoio () Deambula sem apoio
() Deambulação prejudicada Tipo de apoio: _____

Movimento das articulações: ☒ MMSS e MMII () MMSS () MMII () MSD () MSE () MID () MIE
Edema: () Presente () Ausente ☒ Anasarca () Face () MMSS e MMII () MMSS () MMII () MSD () MSE () MID () MIE

Força muscular: ☒ Adequado para idade () Hipertonia () Hipotonia

ACESSO VENOSO:

Venocise: () MMSS e MMII () MSD () MSE () MID () MIE () Subclávia () Cateter venoso central () Dissecção venosa
Data punção: _____ / _____ / _____ () Galco N° _____ () Scalp N° _____ Quem punccionou: _____

ALTA HOSPITALAR:

Alta autorização médica: () Se sim, data: _____ / _____ / _____ hora: _____ Médico: _____

() Se não, responsável: _____

Testemunha 1: _____

Testemunha 2: _____

Assinatura e carimbo Enfermeiro(a)/COREN: _____

PACIENTE TRANSFERIDO:

() Não () Se sim, médico que autorizou: _____

Local para transferência: _____

PACIENTE EM ÓBITO:

() Não () Se sim, data: _____ / _____ / _____ hora: _____ causa da morte (diagnóstico médico): _____

QUEIXAS:

Não gulata, queixas

OCORRÊNCIAS E INTERCORRÊNCIAS COM PACIENTE:

Paciente guloso em GCS, medicado e p. medicação segue as ordens da equipe de enfermagem

Data: 05/07/19 Hora: 0000 Ass. Enferm./COREN: _____

AValiação NOTURNA DO ENFERMEIRO

Data: 05/07/19 Hora: 19:45 Ass. Enferm./COREN: Henrique Fomiga
CORENPB 500.078

HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL
"SENADOR RUI CARNEIRO"



Nome do Paciente: Leão Rommel Silva Pereira Idade: _____
Leito: 09 Enfermaria: CCM-14
Idade: 23a Localização: _____

☐	Angústia espiritual	
☐	Adaptação prejudicada	
☐	Ansiedade	
☐	Risco de aspiração	
☐	Déficit de autocuidado alimentação	
☐	Déficit de autocuidado de higienização	
☐	Confusão	
☐	Constipação	
☐	Baixa autoestima situacional	
☐	Comunicação verbal prejudicada	
☐	Débito cardíaco diminuído	
☐	Gluticção prejudicada	
☐	Diarreia	
☐	Eliminação urinária prejudicada	
☐	Decambulação prejudicada	
☐	Dor	
☐	Hipotermia	
☐	Hipertermia	
☐	Risco de infecção	
☐	Proteção ineficaz	
☐	Mobilidade física prejudicada	
☐	Náusea e/ou vômito	
☐	Medo	
☐	Nutrição prejudicada	
☐	Distúrbio de imagem corporal	
☐	Integridade da pele prejudicada	
☐	Padrão respiratório ineficaz	
☒	Sono e repouso prejudicados relacionados a fatores físicos, psicológicos ou fisiológicos	
☐	Recuperação cirúrgica retardada	
☐	Volume de líquido deficiente	
☐	Risco de desequilíbrio de volume de líquido	
☐	Volume excessivo de líquido	
☐	OUTROS:	

☐	Higiene oral e ocular 3X ao dia	
☐	Mudança de decúbito 3/3h	
☐	Banho no leito 1x ao dia (conforme rotina do setor)	
☐	Aspiração de secreção conforme necessidade do paciente	
☐	Esvaziar água em circuito do respirador	
☐	Manter oxigênio terapia por cateter nasal	
☐	Manter oxigênio terapia por TOT	
☐	Manter oxigênio terapia por máscara de Venturi	
☐	Manter nível de água nos umidificadores	
☒	Administrar e checar medicação prescrita	
☐	Medir e verificar aspecto, volume, débito urinário e/ou drenos	
☐	Medir e registrar PVC 3x ao dia	
☐	Realizar curativos limpos 1x ao dia e identificar com data e rubrica	
☐	Realizar curativos infectados 2x ao dia e identificar com data e rubrica	
☐	Trocar equipo a cada mudança de FRO de nutrição parenteral	
☐	Administrar dieta a cada 3 horas	
☐	Realizar lavagem da sonda após administração da dieta com 60ml de água salvo se houver restrição hídrica	
☐	Administrar dieta por sistema fechado	
☐	Administrar 50ml de água de 4/4h nas dietas por sistema fechado	
☐	Cabeceira do leito elevado à 30°	
☐	Identificar bomba de infusão conforme solução	
☐	Controlar gotejamento das soluções parenterais	
☐	Trocar equipos e conexões a cada 72 horas	
☐	Trocar látex de 12/12h	
☒	Identificar com data e rubrica as punções venosas	
☐	Desinfecção dos leitos com álcool à 70% de 12/12h	
☐	Realizar glicemia conforme protocolo de infusão contínua	
☐	Realizar glicemia capilar pré-prandial	
☐	Verificar sinais vitais a cada 2 horas	
☐	Trocar kit de nebulização após o uso	
☐	Trocar máscara e Venturi a cada 12 horas	
☐	Trocar acesso venoso periférico a cada 72 horas	
☐	Trocar frasco de aspiração a cada 24 horas	
☐	Trocar circuito de ventilação após intubação ou na presença de urgência	

GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL
"SENADOR RUI CARNEIRO"



ACESSO VENOSO:

Venoclise: () MMSS e MMII () MSD () MSE () MID () MIE () Subclávia () Cateter venoso central () Dissecção venosa Data

punção: ____/____/____ Hora: ____:____ () Gelco N° ____ () Scalp N° ____

Quem punccionou: _____

ALTA HOSPITALAR:

Alta autorização médica: () Se sim: data: ____/____/____ hora: ____:____ Médico: _____

() Se não, responsável: _____

Testemunha 1: _____ Testemunha 2: _____

Assinatura e carimbo Téc. enfermagem/COREN: _____

PACIENTE EM ÓBITO:

() Não () Se sim, data: ____/____/____ hora: ____:____ causa da morte (diagnóstico médico): _____

QUEIXAS:

Sem queixas no momento

RELATÓRIO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM COM PACIENTE:

Paciente segue em repouso no leito, aos cuidados da enfermagem.

Assinatura e carimbo Téc. enfermagem/COREN: _____

Data: 05/07/19 Hora: ____:____

AVALIAÇÃO NOTURNA DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM:

Paciente segue em E.G.E, sem alterações e aos cuidados da equipe de enfermagem.

Assinatura e carimbo Téc. enfermagem/COREN: _____

Data: 05/07/19 Hora: ____:____

Ana Raquel de Medeiros Rodrigues
Téc. em Enfermagem
COREN-PB 341177

HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL
"SENADOR RUI CARNEIRO"



RELATÓRIO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM

CLÍNICAS MÉDICA, CIRÚRGICA E PEDIÁTRICA

DADOS GERAIS

Enfermaria: CCM II Leito: 62 Data Admissão: 06/06/14
Paciente: Caio Romualdo G. Lima Idade: 23a. Hora Admissão: _____
Dias de Internação: _____ Turno: Di SE INTERNAMENTO PEDIÁTRICO: Peso: _____ Estatura: _____

Admitido: () Deambulando () Cadeira de rodas (☒) Maca () Outros: _____
Veio transferido: (☒) Residência () Área vermelha () Área laranja () Área amarela () Área verde () UTI
Transferência interna: () Clin. médica/Cirúrgica () Clin. cirúrgica/Médica () Clin. médica/Área vermelha
() Clin. cirúrgica/Área vermelha () Clin. médica/Obstetrícia () Clin. cirúrgica/Obstetrícia () Clin. médica e cirúrgica/UTI
() UTI/Clin. médica () UTI/Clin. Cirúrgica () Outro hospital/Cidade: _____
Tipo de tratamento: () Clínico (☒) Cirúrgico () Pediátrico

STADO GERAL

EG: () Bom () Estável (☒) Regular () Grave

SINAIS VITAIS

	T: <u>36,4</u> °C	P: <u>72</u> bpm	R: <u>20</u> irpm	PA: <u>120 x 70</u> mmHG
12h00				
18h00	T: <u>36,5</u> °C	P: <u>77</u> bpm	R: <u>20</u> irpm	PA: <u>130 x 70</u> mmHG
00h00	T: <u>36,5</u> °C	P: <u>78</u> bpm	R: <u>20</u> irpm	PA: <u>140 x 80</u> mmHG
06h00	T: <u>36,9</u> °C	P: <u>78</u> bpm	R: <u>20</u> irpm	PA: <u>140 x 80</u> mmHG

FUNÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de Consciência: (☒) Consciente () Inconsciente (☒) Orientado () Desorientado () Confuso (☒) Cooperativo
() Não Cooperativo (☒) Comunicativo () Não Comunicativo (☒) Sono/repouso preservado () Sono/repouso prejudicado
Responde a estímulos: (☒) Verbais () Dolorosos () Ocular
Estado emocional: (☒) Normal () Agitado/ativo () Hipotivo () Choro () Deprimido () Agressivo
Crise convulsiva: () Sim (☒) Não SE SIM, QUANTOS EPISÓDIOS: _____

FUNÇÃO RESPIRATORIA

Respiração: (☒) Eupneico () Dispneico () Bradipneico () Taquipneico () Em uso de dreno torácico
() Em oxigenoterapia: () Cateter nasal () Máscara de Venturi () Nebulização
Tosse: () Sim (☒) Não () Seca () Chela com expectoração () Chela sem expectoração () Batimentos de asa do nariz
Característica de secreções: () Esbranquiçada () Amarelada () Esverdeada () Sanguinolenta () Purulenta

FUNÇÃO GASTROINTESTINAL

() Incisão cirúrgica: () Limpa () Contaminada () Hiperemiada () Secretiva
Curativo: (☒) Sim () Não Data: ____/____/____ Hora: ____:____
Estado nutricional: () Normal () Emagrecimento () Caquético () Obeso
Dieta alimentar: (☒) Boa () Regular () Insuficiente () Restrição () Não aceita dieta
Via de administração alimentar: (☒) Oral () SNG () SOG () Parenteral

Vômitos: () Sim (☒) Não Frequência: _____
Eliminações Intestinais: (☒) Presentes () Ausentes Frequência: _____
Aspecto: (☒) Normais () Pastosas () Melena () Constipação () Diarreia () Obstipação

SISTEMA URINÁRIO

Eliminações vesicais: (☒) Normais () Ausentes () Retenção () SVF 02 vias
() SVF 03 vias () Uso de fraldas
Aspecto: () Limpida () Concentrada () Hematúria
Diurese: (☒) Espontânea () SVF

FUNÇÃO LOCOMOTIVA

Desenvolvimento motor: () Deambulando () Não Deambulando (☒) Deambulação prejudicada
Edema: () Presente (☒) Ausente () Anasarca () Face () MMSS e MMII () MMSS () MMII () MSD
Localização: () Anasarca () Face () MMSS e MMII () MMSS () MMII () MSD () MSE () MID () MIE

GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL
"SENADOR RUI CARNEIRO"



PERCEÇÃO DAS SENSIBILIDADES:

1 - Completamente limitado
2 - Muito limitado
3 - Levemente limitado
4 - Sem alteração

UMIDADE DE PIEL:

1 - Constantemente úmida
2 - Muito úmida
3 - Ocasionalmente úmida
4 - Raramente úmida

ATIVIDADE FÍSICA / Grau de atividade física:

1 - Acamado
2 - Na cadeira com ajuda
3 - Anda ocasionalmente
4 - Anda frequentemente

MOBILIDADE / Grau de mobilidade:

1 - Completamente imóvel
2 - Muito limitado (Paraplégico)
3 - Levemente limitado
4 - Sem limitação

NUTRICÃO:

1 - Não se alimenta / Alimentação parenteral
2 - Se alimenta pouco (Desid.)
3 - Se alimenta de forma satisfatória

ASPECTO DA PIEL:

1 - Edema / Eritema / Escoriações em mais de uma área
2 - Eritema / Escoriações em uma área
3 - Edema em alguma área
4 - Normal

Pontuação Observação

Pontuação Observação

Pontuação Observação

Pontuação Observação

Pontuação Observação

Pontuação Observação

Pontuação total

Classificação	1	2	3	4
Estado mental	Inconsciente.	Períodos de inconsciência.	Períodos de desorientação no tempo e no espaço.	Orientado no tempo e no espaço.
Oxigenação	Ventilação mecânica (uso do ventilador a pressão ou a volume).	Uso contínuo de máscara ou cateter de oxigênio.	Uso intermitente de máscara ou cateter de oxigênio.	Não depende da oxigênio.
Sinais vitais	Controle em intervalos maiores ou iguais a 2 horas.	Controle em intervalos de 4 horas.	Controle em intervalos de 6 horas.	Controle de rotina (8 horas)
Mobilidade	Incapaz de movimentar qualquer segmento corporal.	Dificuldade para movimentar segmentos corporais.	Limitação de movimentos	Movimenta todos os segmentos corporais
	Mudança de decúbito e movimentação passiva programada e realizada pela enfermagem.	Mudança de decúbito e movimentação passiva auxiliada enfermagem.		
Deambulação	Restrito ao leito.	Locomoção através de cadeira de rodas.	Necessita de auxílio para deambular	Autônomo.
Alimentação	Através de cateter central.	Através de sonda nasogástrica.	Por boca, com auxílio.	Auto suficiente.
Cuidado corporal	Banho no leito, higiene oral realizada pela enfermagem	Banho de chuveiro, higiene oral realizada pela enfermagem.	Áudio no banho de chuveiro e/ou higiene oral	Auto suficiente.
Eliminação	Evacuação no leito e uso de sonda vesical para controle da diurese.	Uso de comedrol ou eliminação no leito.	Uso de vaso sanitário com auxílio.	Auto suficiente.
Terapêutica	Uso de drogas vasculares para manutenção de PA.	EV contínuo ou através de sonda nasogástrica	EV intermitente	IM ou VO.
Integridade Cutâneo-mucosa / Comprometimento local	Presença de solução de continuidade da pele com destruição da derme, epiderme, músculos e comprometimento das demais.	Presença de solução de continuidade da pele, envolvendo tecido subcutâneo e músculo.	Presença de alteração da cor da pele (equimose, hiperemia) e/ou presença de solução de continuidade da pele envolvendo a epiderme, derme ou ambas.	Pele íntegra.
	Evisceração.	Incisão cirúrgica, Ostomia. Drenos.		
Curativo	Curativo realizado 3 vezes ao dia ou mais, pela equipe de enfermagem.	Curativo realizado 2 vezes ao dia pela equipe de enfermagem.	Curativo realizado 1 vez ao dia pela equipe de enfermagem.	Sem curativo ou limpeza da ferida/incisão cirúrgica, realizada pelo paciente, durante o banho.
Tempo útil, na realização de curativos	Superior a 30 minutos	Entre 15 a 30 minutos	Entre 5 a 15 minutos.	Sem curativo ou limpeza da ferida realizada durante o banho.

Pontuação total

05 12 19
Data da avaliação

Coordenador de Enfermagem / COREN

Santa Cecília

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS



Paciente.....: **CAIO RANGEL DA SILVA LIMA**
 Requisitante...: **DENIS ROCHA FORMIGA**
 Referência.....: **HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL**
 Origem.....: **20 HRP**

Protocolo...: **0000024914**
 Data.....: **01/07/2019**
 Idade.....: **23 anos**
 RG.....: **NÃO INFORMADO**

01 HEMATOLOGIA

HEMOGRAMA COMPLETO

[DATA DA COLETA: 01/07/2019 07:03]

SÉRIE VERMELHA

Hemácias.....
 Hemoglobina.....
 Hematócrito.....
 V.C.M.....
 H.C.M.....
 C.H.C.M.....
 R.D.W.....

4,68 milhões/mm³
 13,9 g/dl
 42,7 %
 91,2 micra³
 29,7 pg
 32,5 %
 13,2 %

Valores de Referências

4,32 - 5,72 milhões/mm³
 13,5 - 17,5 g/dl
 38,8 - 50,0 %
 81,2 - 95,1 micra³
 26 - 34 pg
 31 - 36 %
 11,8 - 15,6 %

OBS: SÉRIE VERMELHA..... **HEMÁCIAS NORMOCITICAS E NORMOCROMICAS.**

SÉRIE BRANCA

Leucócitos Totais.....
 Promielocitos.....
 Mielócitos.....
 Metamielócitos.....
 Bastonetes.....
 Segmentados.....
 Eosinófilos.....
 Basófilos.....
 Linfócitos.....
 Linf. Atípicos.....
 Monócitos.....

9.300 /mm³
 (%)
 0
 0
 0
 3,0
 61,0
 2,0
 0
 30,0
 0
 4,0

(/mm³)
 0
 0
 0
 279
 5.673
 186
 0
 2.790
 0
 372

- 4.500 a 10.000
 -
 0
 0 a 1
 0 a 5
 43 a 67
 1 a 4
 0 a 1
 20 a 35
 2 a 8
 0 a 100
 0 a 500
 1.935 a 6.700
 45 a 400
 0 a 100
 900 a 3.500
 90 a 800

OBS: SÉRIE BRANCA..... **SEM ALTERAÇÕES MORFOLÓGICAS.**

CONTAGEM DE PLAQUETAS..... **167.000 /mm³**

Acima de 16 anos:
 150.000 a 450.000 /mm³

OBS: SÉRIE PLAQUETARIA..... **NORMAL**

Nota: * SISTEMA AUTOMATIZADO E COMPUTADORIZADO DE CONTAGENS E CALCULOS, COM CONFIRMAÇÃO DAS CONTAGENS E ANÁLISE MORFOLÓGICA REALIZADAS POR MICROSCOPIA.

K. S. S. S.
 Dr. Kátia Suenya de Melo Fragoso
 Bióloga - CRP-PB 3011

O valor preditivo de qualquer diagnóstico depende da análise conjunta dos seus resultados e dos dados clínicos - epidemiológico do(a) paciente.

Pombal-PB - Paulista-PB - Lagoa-PB - Catolé do Rocha-PB - Coremas-PB - Jericó-PB

Fone: (83) 3431-2020 | 99658-6625

Nome:

Caio Rangel

Enf.:

Leito:

Nota sobre Evolução da Doença, Complicações, Consultas, Mudança de Diagnósticos, Condições ao ser dada Alta, Instruções ao Paciente, devendo toda anotação ser assinada pelo profissional que a fez.

DATA	EVOLUÇÃO MÉDICA	RUBRICA
01/07/14	1º Ex. Exame de fratura (D) Evolve satisfatório sem sequelas Exame de radiografia em fratura distal de fêmur (D) + osso CO: LPM. Sol. novo diagnóstico fratura distal B Dr. José Cassiano Neto Ortopedia e Traumatologia CRM/PB 7893 REOT 15253	
02.07.14	Exame de fratura de fêmur CO: LPM Dr. Sérgio Wanderley Ortopedia e Traumatologia CRM/PB 6151 CRM/PB 7084	
03/07/14	Exame de fratura de fêmur CO: LPM Dr. Sérgio Wanderley Ortopedia e Traumatologia CRM/PB 6151 CRM/PB 7084	
04/07/14	Exame de fratura de fêmur CO: LPM Dr. Sérgio Wanderley Ortopedia e Traumatologia CRM/PB 6151 CRM/PB 7084	

CO: APB + Rx + Amolvia

Dr. Talita Alberto de O. Souza
Ortopedia e Traumatologia - CRM 9251
CNS: 33633752245007



Governo da Paraíba – Secretaria do Estado de Saúde
HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL
“SENADOR RUI CARNEIRO”

AVALIAÇÃO DE RISCO CIRÚRGICO

NOME: *Caio Rangel da Silva Lima*

IDADE: *23* SEXO: *M*

Procedimento cirúrgico proposto: *cirurgia ortopédica*

Medicação em uso: *—*

Alergias medicamentosas: *—*

Antecedentes / Comorbidades: *—*

EXAME FÍSICO:

Exame geral:

PA: *110 x 70* mmHg FC: *82* bpm

Aparelho cardiovascular: *RL, Art. 5/5*

Outros:

ELETROCARDIOGRAMA: *Normal (DLAD)*

Risco intrínseco do procedimento cirúrgico: () Alto () Intermediário (☒) Baixo

Conclusão: (Risco cardiovascular baseado em algoritmos validados)

EMAPD

LEE

ACP

BAIXO RISCO

OBS:

Dr. João Leal CRM/PB 8882
Cardiologista RQE 5345
Cirurgião Cardiovascular RQE 5346
Marcapasso RQE 5979

DATA *28* / *6* / 20 *19*

Santa Cecília

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS



Paciente.....: CAIO RANGEL DA SILVA LIMA
 Requisitante...: DENIS ROCHA FORMIGA
 Referência.....: HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL
 Origem.....: 20 HRP

Protocolo...: 0000024914
 Data.....: 01/07/2019
 Idade.....: 23 anos
 RG.....: NÃO INFORMADO

01 HEMATOLOGIA

HEMOGRAMA COMPLETO

[DATA DA COLETA: 01/07/2019 07:03]

Resultados

Valores de Referências

SÉRIE VERMELHA

Hemácias.....	4,68 milhões/mm ³	4,32 - 5,72 milhões/mm ³
Hemoglobina.....	13,9 g/dl	13,5 - 17,5 g/dl
Hematócrito.....	42,7 %	38,8 - 50,0 %
V.C.M.....	91,2 micra ³	81,2 - 95,1 micra ³
H.C.M.....	29,7 pg	26 - 34 pg
C.H.C.M.....	32,5 %	31 - 36 %
R.D.W.....	13,2 %	11,8 - 15,6 %

OBS: SÉRIE VERMELHA..... HEMÁCIAS NORMOCÍTICAS E NORMOCROMICAS.

SÉRIE BRANCA

Leucócitos Totais.....	9.300 /mm ³	- 4.500 a 10.000
	(%)	(/mm ³)
Promielocitos.....	0	0
Mielócitos.....	0	0
Metamielócitos.....	0	0 a 1
Bastonetes.....	3,0	0 a 5
Segmentados.....	61,0	43 a 67
Eosinófilos.....	2,0	1 a 4
Basófilos.....	0	0 a 1
Linfócitos.....	30,0	20 a 35
Linf. Atípicos.....	0	-
Monócitos.....	4,0	2 a 8

OBS: SÉRIE BRANCA..... SEM ALTERAÇÕES MORFOLÓGICAS.

CONTAGEM DE PLAQUETAS..... 167.000 /mm³
 Acima de 16 anos:
 150.000 a 450.000 /mm³

OBS: SÉRIE PLAQUETARIA..... NORMAL

Nota: * SISTEMA AUTOMATIZADO E COMPUTADORIZADO DE CONTAGENS E CÁLCULOS, COM CONFIRMAÇÃO DAS CONTAGENS E ANÁLISE MORFOLÓGICA REALIZADAS POR MICROSCÓPIA.

Kátia Suenya de Melo Fragoso

Dr^a Kátia Suenya de Melo Fragoso
 Biofísica - ORF-PB 301

O valor preditivo de qualquer diagnóstico depende da análise conjunta dos seus resultados e dos dados clínicos - epidemiológico do(a) paciente.

Pombal-PB - Paulista-PB - Lagoa-PB - Catolé do Rocha-PB - Coremas-PB - Jericó-PB

Fone: (83) 3431-2020 | 99658-6625

•

•

•

•

Santa Cecília

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS



Paciente.....: **CAIO RANGEL DA SILVA LIMA**
Requisitante...: **DENIS ROCHA FORMIGA**
Referência.....: **HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL**
Origem.....: **20 HRP**

Protocolo...: **0000024914**
Data.....: **01/07/2019**
Idade.....: **23 anos**
RG.....: **NÃO INFORMADO**

01 HEMATOLOGIA

COAGULOGRAMA

DATA DA COLETA: 01/07/2019 07:03

Material: PLASMA

Método: TUBO DESITOMERIA

PLAQUETAS (CONTAGENS)..... 167.000 /mm³

Acima de 16 apóst
150.000 a 450.000 /mm³

TEMPO DE TROBOPLASTINA - TTPA

TTPA - PACIENTE..... 28,2 seg
TTPA - CONTROLE NORMAL..... 27,9 segundos
RELAÇÃO TTPA / CONTROLE NORMAL..... 1,0
DIFERENÇA TTPA/CONTROLE NORMAL..... 0.30 segundos

21 a 32 segundos

Até 1,3

Até 8,0 segundos

TEMPO E ATIVIDADE DE PROTOMBINA - TP

TP - PACIENTE..... 14,1 segundos
TP - CONTROLE NORMAL..... 12,5 segundos
ATIVIDADE PROTOMBINA PACIENTE..... 78 %
RELAÇÃO TP / CONTROLE NORMAL..... 1,1
INR..... 1,13

11 a 16 segundos

70 a 120%

Até 1,3

1,0 a 1,3

K. S. Fragoso

Dr. Kátia Suenya de Melo Fragoso
Bióquímica - C.R.F. - PB 3011

Este laudo foi emitido digitalmente sob o número: 4A76-48F3-F43E-34-215A-2097-3E0A-8AB7

Emissão : 01/07/2019 11:35 - Página 2 de 3

O valor preditivo de qualquer diagnóstico depende da análise conjunta dos seus resultados e dos dados clínicos - epidemiológico do(a) paciente.

Pombal-PB - Paulista-PB - Lagoa-PB - Catolé do Rocha-PB - Coremas-PB - Jericó-PB

Fone: (83) 3431-2020 | 99658-6625

Santa Cecília

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS



Paciente.....: **CAIO RANGEL DA SILVA LIMA**
Requisitante...: DENIS ROCHA FORMIGA
Referência.....: HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL
Origem.....: 20 HRP

Protocolo...: **0000024914**
Data.....: 01/07/2019
Idade.....: 23 anos
RG.....: NÃO INFORMADO

BIOQUÍMICA

GLICOSE DE JEJUM..... 88,0 mg/dl

(DATA DA COLETA: 01/07/2019 07:03)

Material: Soro ou Plasma

Método: Automatizada/Computadorizada

Valores de Referência:

Crianças.....: 60,0 a 100,0 mg/dl

Adultos.....: 70,0 a 100,0 mg/dl

Maiores de 60 anos: 80,0 a 115,0 mg/dl

Observação:

Resultados de glicemia de jejum entre 115 mg/dL e 126 mg/dL, não sugere diagnóstico de diabetes.

Portanto, recomenda-se confirmar no dia subsequente com nova coleta.

K. S. Tragnoso

Drª Kátia Suenya de Melo Tragnoso
Bioquímica - CRP-PB 3011

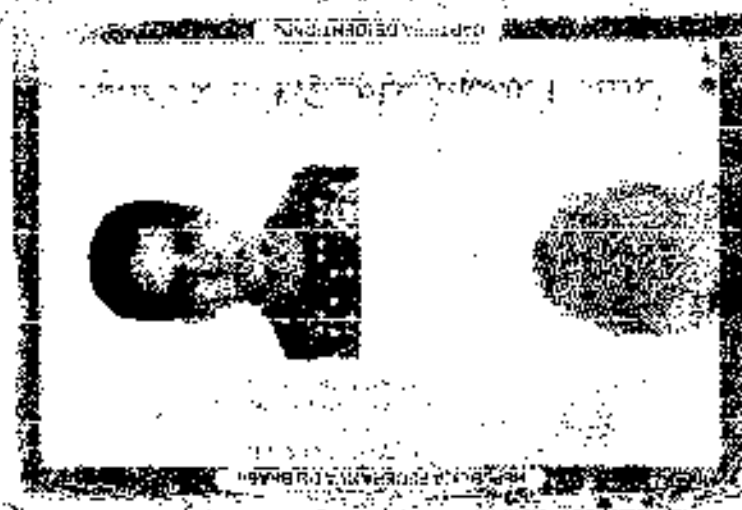
Este laudo foi autenticado digitalmente sob o número: 3BC7-E34F-F555-14-B756-27EE-21F5-0633

Emissão : 01/07/2019 11:35 - Página 3 de 3

O valor preditivo de qualquer diagnóstico depende da análise conjunta dos seus resultados e dos dados clínicos - epidemiológico do(a) paciente.

Pombal-PB - Paulista-PB - Lagoa-PB - Catolé do Rocha-PB - Coremas-PB - Jericó-PB

Fone: (83) 3431-2020 | 99658-6625



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

4.046.430

30/04/2012

RANSEL DA SILVA LIMA

ANTONIO DE LIMA FILHO

CLAYRICE DA SILVA GARRIDO

PARAIBA

DATA DE NASCIMENTO: 17/03/1996

RG: N. 26318 VLS. 300 LIV. A-26

CARTERIO PARAIBA-PB

ESTADO DA PARAIBA

1638681321

PROUNDO PLASTICA

1638681321

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1638681321

RANSEL DA SILVA LIMA

ANTONIO DE LIMA FILHO

CLAYRICE DA SILVA GARRIDO

PARAIBA

DATA DE NASCIMENTO: 17/03/1996

RG: N. 26318 VLS. 300 LIV. A-26

CARTERIO PARAIBA-PB

ESTADO DA PARAIBA

1638681321

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB

Nº 014666191158

53166177453

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEICULO

PRT 20190900000655-5

SIA

CDI REBAHAN

ENTR

1

0034140030-7

00/00000000

CAIO RANGEL DA SILVA LIMA

R SEVERINO GOMES SOUTO 73 CASA

NOVA VIDA

58840000 POMBAL - PB

11749624051

PFP4R18/PB

LEANDRO GOMES ALVES

PFP4118/PB

902KC1650BR536463

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC

ALCO/GASOL

HONDA/CG 150 TITAN ESD

2011

2011

2 P/149 /CI

PARTIC

PRETA

SEM RESERVA DE DOMINIO

Nº Motor : KC16E5B536463

POMBAL - PB

LOCAL

28/11/2018

39608

39857

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200024073 **Cidade:** Pombal **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CAIO RANGEL DA SILVA LIMA **Data do acidente:** 26/06/2019 **Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TIBIA E FÍBULA À DIREITA. P1

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS). P11, 12
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200024073 **Cidade:** Pombal **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CAIO RANGEL DA SILVA LIMA **Data do acidente:** 26/06/2019 **Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TIBIA E FÍBULA À DIREITA. P1

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS). P11, 12
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1106327-8

THIAGO GLAYDSON LEITE CARNEIRO
 RUA CEL JOAO CARNEIRO S/N 1 AND
 POMBAL

NOV/2019

11/11/2019

295

19/11/2019

R\$ 258,35

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 12/11/2019				
Pagador: THIAGO GLAYDSON LEITE CARNEIRO CNPJ/CPF 067.614.794-00				
RUA CEL JOAO CARNEIRO S/N 1 AND - CENTRO - POMBAL/PB - CEP 00000-000				
Nosso Número	Nº Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120009457972	001106327201911	19/11/2019	R\$ 258,35	
BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAÍBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA				09.095.183/0001-42
BR230 KM 25, S N - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA/PB - CEP 58071-680				
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/24-7-3				

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitals e regiões metropolitanas: 0800-3596 / 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 Ouidaria: 0800 021 91 95

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP 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 COAF¹.

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, e examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 513/98.

Pelo exposto, eu Thayago Cleofodora Leite Carneiro

inscrito (a) no CPF/CNPJ 057.614.794 / 022 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Guia Romagosa da Silva Lima inscrito (a) no CPF sob o nº 117.494.244 / 51

do sinistro de DPVAT cobertura DPVAT-SC-7 da vítima Guia Romagosa da Silva Lima

inscrito (a) no CPF sob o nº 117.494.244 / 51, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recusa 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: <u>Rua General João Carneiro</u>		Número: <u>517</u>	Complemento: <u>3º andar</u>
Bairro: <u>Centro</u>	Cidade: <u>Pombal</u>	Estado: <u>PB</u>	CEP: <u>55040-000</u>
E-mail: <u>XTAYAGO.CARNEIRO@HORMAS.COM</u>		Tel.(DDD): <u>(63) 91660-7031</u>	

Local e Data: Pombal, 07 de Janeiro de 2020.

Thayago Cleofodora L.C. Carneiro

Assinatura do Declarante

**SUS**Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL REGIONAL POMBAL SENADOR RUY CARNEIRO

2 - CNES

2592568

Identificação do Paciente

3 - NOME DO PACIENTE

CAIO RANGEL DA SILVA LIMA

4 - PRONTUÁRIO

38043

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

700-2063-4170-6220

6 - DATA DE NASCIMENTO

17/03/1996

7 - SEXO

M

8 - RACA / COR

BRANCA

9 - NOME DA MÃE

CLEONICE DA SILVA GARRIDO

10 - TELEFONE

11 - NOME DO RESPONSÁVEL

12 - ENDEREÇO

R. SEVERINO GOMES SOUSA

N.º 73

13 - BAIRRO

SANTA ROSA

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA - 15 UF - 16 CEP - 17 CÓD. IBGE

POMBAL - PB - 58840-000 - 2512101

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

18 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Presença de fratura da tíbia do membro inferior direito com
deformidade e dor intensa.
Nº. em observação

19 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Fratura de tíbia

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

Rx.

21 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura da tíbia

22 - CID 10 PRINC.

23 - CID 10 SEC.

24 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

25 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Tratamento cirúrgico de fratura da tíbia

26 - COD. PROCEDIMENTO

27 - CLÍNICA

Ortopedia

28 - CARATER INTERNAÇÃO

Outpatient

29 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

30 - CNS/CPF - PROFISSIONAL SOLIC. / ASSISTENTE

027.187.189-98

ASS. CARIMBO SOLICITANTE / ASSISTENTE

32 - DATA SOLIC.

07/07/19

33 - ASSINATURA CARIMBO (DIRETOR MÉDICO)

Dr. Ruy Alberto de Souza
Diretor Clínico - Ruy 9251
CNS: 30.930.61240001**PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)**

34 () ACIDENTE TRÂNSITO

35 () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

36 () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

37 - CNPJ SEGURADORA

38 - Nº BILHETE

39 - SÉRIE

40 - CNPJ EMPRESA

41 - CNAE EMPRESA

42 - CBOR

43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

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

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

50 - Nº AUTORIZAÇÃO INTERN. HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

47 - Nº DOCUMENTO (CPF CNPJ) PROFISSIONAL

48 - DATA AUTORIZAÇÃO

49 - ASS. CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)



HOSPITAL REGIONAL POMBAL SENADOR RUY CARNEIRO
RUA CEL. JOAO LEITE
POMBAL PARAIBA (83)3431-2149

Data/Hora 26/06/2019 15:02:50

Ocorrência: **CIRURGIA**

Servidor do Dr.: _____

1599

Paciente **CAIO RANGEL DA SILVA LIMA**

Idade: 23 Sexo M

Filiação

Pai:

Mãe: **CLEONICE DA SILVA GARRIDO**

Endereço

Cidade **POMBAL - PB - 58840-000 - 2512101**

Endereço: **R. SEVERINO GOMES SOUSA**

N.: 73

Bairro: **SANTA ROSA**

Naturalidade: **POMBAL - PB**

Fone:

Documentos

CNS: **700-2063-4170-6220**

Identidade: **4048430**

CPF:

Reg. Nasc.:

Informações adicionais

Nascimento **17/03/1996**

Cor: **BRANCA**

Estado Civil: **N.I.NF.**

Profissão: **AUTONOMO(A)**

Responsável: _____

ANAMNESE: (História da Moléstia atual, antecedentes pessoais, antecedentes hereditários)

*Manifesta o umbilico coberto com
cuidado. Parto em termo. Sem
problemas*

EXAMES OBJETIVOS: (Inspeção geral, exame da região afetada, exame dos diversos aparelhos)

*Boa e extensa + 7 pontos
encovados em pontos (D)
forma de 1/2 + Fibula*

EXAMES COMPLEMENTARES: (Raio X, laboratórios)

Na do fêmur RP/PP.

agnóstico:

Prostema Fechado dos OMO do Peroneo (D)

Motivo da Alta: _____

Resultado: () Saiu Curado () Melhorado () Falecido () Transferido

Recepcionista: **FATIMA**

Em _____
Dr. Túlio Alberto de O Souza
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 9251 / CRM-RN 9990

Nome: Raíse Rangel da Silva Lima
 Filiação: Eleonice da Silva Garreche
 Sexo: Feminino Idade: 23 Cor:
 Procedência: Emergência Data: 04/07/19
 Cirurgião: Dre Auxiliar:
 Anestesista: Dr. Geraldo Anestesia:
 Início da anestesia: 11:44 Término: Duração:
 Início da intervenção: 13:00 Término: Duração:

Insuno	Quantidade
Equipo macrogotas	01
Jelco 20	01
Soro fisiológico 0.9% 500ml	20
Seringa 5ml	05
Seringa 10ml	10
Lidocaína 2%	01
Propofol	01
Fentanil	01
Luva estéril	03
PVPI tópico	50ml
Gaze (pacote com 10 unidades)	12
Compressas	18
Efortil	01
Cefalotina ou cefazolina ou ceftriaxona	01
Nauseáron	01
Decadron 4mg	01
Água para injeção	04
Esparadrapo	80cm
Escova de PVPI degermante	07
Touca	05
Máscara	05
Propé (par)	05
Luva de procedimentos (par)	12
Látex	01
Cateter de oxigênio tipo óculos	01
Lâmina de bisturi nº 24	01
PVPI degermante	100ml
Algodão ortopédico 12cm	08 rolos
Faixa de smarch	03
Atadura de crepom 15cm	12
Atadura de crepom 20cm	06
Broca 2,5"/3,5"/4,5"	01
Serra ortopédica	01
Aguilha 40x12	05
Atropina	02
Lidocaína 2%	03
Adrenalina	02
Bupivacaína	05
Seringa 20ml	03
Fio vicryl 2-0	02
Fio catgut simples 3-0	02
Fio nylon 2-0	02
Fio nylon 3-0	03
Atadura de gesso (tamanho variado)	06
Placas DCP- 04 ou 05 ou 06 ou 07 ou 08 ou 09 ou 10 parafusos	01
Placa 1/3 tubular com 03 ou 04 ou 05 furos	01
Fio de kirshner Nº 2-0 ou 2,5 ou 3,0 ou 3,5 ou 4-0	05
Parafusos (conforme tamanho da placa)	01
Propofol	01
Midazolam	01
Servoflurano	10ml
Atracúrio	05
Neostigmine	05
Atropina	05
Tubo endotraqueal com CUF Nº 7,5 ou 8,0 ou 8,5	01

Stefani Mary L. de Souza Diniz

Enfermeira
COREN-PE 267-679

0 99967 1504

Atadura de crepom 15cm	12
Atadura de crepom 20cm	06
Broca 2,5"/ 3,5"/4,5"	01
Serra ortopédica	01
Agulha 40x12	05
Atropina	05
Lidocaína 2%	02
Adrenalina	03
Bupivacaína	02
Seringa 20ml	05
Fio vicryl 2-0	03
Fio catgut simples 3-0	02
Fio nylon 2-0	02
Fio nylon 3-0	03
Atadura de gesso (tamanho variado)	06
Placas DCP- 04 ou 05 ou 06 ou 07 ou 08 ou 09 ou 10 parafusos	01
Placa 1/3 tubular com 03 ou 04 ou 05 furos	01
Fio de kirshner Nº 2-0 ou 2,5 ou 3,0 ou 3,5 ou 4-0	05
Parafusos (conforme tamanho da placa)	-
Propofol	01
Midazolam	01
Servoflurano	10ml
Atracúrio	05
Neostigmine	05
Atropina	05
Tubo endotraqueal com CUF Nº 7,5 ou 8,0 ou 8,5	01



Nome completo: Rafael da Silva Lima Data: 04 / 07 / 19
Cirurgia Proposta: anexo de tórax Unidade de origem: MRP
Modalidade () Eletiva () Urgência () Emergência

Encaminhamento de clientes ao Centro Cirúrgico	Antes da indução anestésica Check in	Antes de iniciar a cirurgia Time out	Antes do cliente sair da SO Check out
• Identificação do cliente ☒ Sim ☐ Não • Prontuário completo ☒ Sim ☐ Não • Sítio cirúrgico demarcado ☒ Sim ☐ Não ☐ Não aplica • Consentimento e avaliação anestésica ☒ Sim ☐ Não • Consentimento cirúrgico ☒ Sim ☐ Não • Consentimento transfusional ☒ Sim ☐ Não ☐ Não aplica • Banho ☒ Sim / Horário <u>06:00</u> ☐ Não • Tricotomia ☒ Sim ☐ Não ☐ Não aplica • Horário: Local _____ • Jejum ☒ Sim / Início _____ ☐ Não • Exames _____ • Laboratoriais ☒ Imagem ☐ Biópsia • Retirado prótese e adornos? ☒ Sim ☐ Não • Tipo de precaução ☒ Padrão ☐ Contato ☐ Reverso ☐ Gotículas ☐ Aerossóis • Enf/Tec.enf <u>SG/PAV/GAR</u>	• Confirmação sobre o cliente ☒ Local da cirurgia a ser feita ☒ Procedimento a ser realizado ☒ Consentimento anestésico e cirúrgico ☒ Sítio cirúrgico certo • Montagem da SO de acordo com o procedimento programado ☒ Sim ☐ Não • Revisão dos equipamentos de anestesia ☒ Sim ☐ Não • Materiais de vias aéreas disponíveis e funcionantes ☒ Laringoscópio ☒ Máscara de O2 ☒ Fio guia ☒ Ambú ☒ Guedel ☒ Aspirador • Cânula endotraqueal ☒ Há risco de perda sanguínea >500mL (7mL/Kg em crianças)? ☐ Sim ☐ Não • Reserva sanguínea? ☒ Sim ☐ Não • Acesso venoso adequado e pérvio? ☒ Sim AVC <u>AVP</u> ☐ Não • O cliente tem alergia? ☐ Sim ☒ Não • Obs.: _____	• Apresentação oral, nome e função de todos os profissionais ☐ Staff ☐ Sim ☐ Não • 1º cirurgião ☒ Sim ☐ Não • 2º cirurgião ☐ Sim ☒ Não • Anestesta ☒ Sim ☐ Não • Circulante ☒ Sim ☐ Não • Cirurgiões, anestestistas e equipe de enfermagem confirmam: ☒ Identificação do cliente ☒ Sítio cirúrgico • Procedimento a ser realizado ☒ Placa de eletrocautério ☐ Posicionada ☐ Não aplica • Uso de antibiótico profilático ☒ Sim ☐ Não • Exames de imagem estão disponíveis ☒ Sim ☐ Não aplica • Revisão do cirurgião, Passos críticos Duração estimada / Possíveis perdas sanguíneas ☒ Sim ☐ Não • Revisão do anestesta ☒ Sim ☐ Não • Fixação das etiquetas de esterilização no prontuário ☒ Sim ☐ Não • Obs.: _____	Procedimento realizado: <u>anexo de tórax</u> • A contagem de compressas, agulhas e instrumentais está correta? ☒ Sim ☐ Não aplica • Peças anatômicas/culturas e identificadas adequadamente e requisição preenchida? ☒ Sim ☐ Não aplica • Houve algum problema com equipamentos que deve ser resolvido? ☐ Sim ☒ Não aplica • Recomendações importantes na recuperação pós-anestésica e pós-operatória desse cliente: <u>Cirurgião</u> • Enfermagem _____ • Obs.: _____ • Ass.: <u>SG/PAV/GAR</u> Enfermeira • Códex: <u>PB 267-618</u>

**SAMU
192**

**PREFEITURA MUNICIPAL DE POMBAL
SECRETARIA DE SAÚDE**



PREFEITURA DE
POMBAL

SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA-SAMU 192

FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA/ATENDIMENTO VTR: USB-05

IDENTIFICAÇÃO/OCORRÊNCIA

DATA: <u>26-06-19</u>	OCORRÊNCIA Nº: <u>0011</u>	PACIENTE/USUÁRIO: <u>QTA</u>	IDADE	SEXO ☐ MASC ☐ FEM
LOCAL DA OCORRÊNCIA:		BAIRRO:	MÉDICO REGULADOR	
DESTINO DO PACIENTE:		RESPONSÁVEL:	FUNÇÃO:	

MOTIVO DO TRANSPORTE:

☐ APOIO DIAGNÓSTICO ☐ SERVIÇO DE MAIOR COMPLEXIDADE ☐ TRANSFERÊNCIA ☐ OUTRO:
TRANSPORTE SECUNDÁRIO:

LOCAL: RESPONSÁVEL: FUNÇÃO:
APOIO LOCAL ☐ PM ☐ RESGATE/BOMBEIROS ☐ PRF ☐ CPTRAN ☐ STTRANS ☐ OUTRO:

OCORRÊNCIA QUE NÃO GEROU TRANSPORTE/MOTIVO

☐ ATENDIMENTO NO QTH ☐ SOCORRIDO POR TERCEIROS ☒ SOCORRIDO PELO BOMBEIRO ☐ LOCAL NÃO ENCONTRADO
☐ RECUSA O ATENDIMENTO ☐ ÓBITO NO LOCAL ☐ ÓBITO DURANTE O TRANSPORTE ☐ EVADIU DO LOCAL

***TIPO DE AGRAVO:**

☐ ACIDENTE DE TRÂNSITO
☐ AGRESSÃO
☐ CLÍNICO
☐ DESABAMENTO
☐ FLETROCUSSÃO
☐ F.A.B
☐ F.A.F

☐ GINECO-OBSTÉTRICO
☐ LESÕES TÉRMICAS
☐ PEDIÁTRICO
☐ PSIQUIÁTRICO
☐ AFOGAMENTO
☐ QUEDA
☐ QUEIMADURA

***ANTECEDENTES:**

☐ AIDS
☐ ALCOOLISMO
☐ AVC
☐ CONVULSÕES
☐ CIRURGIAS
☐ DIABETES
☐ DOENÇA CARDÍACA

☐ DOENÇA INFECTO-CONTAGIOSA
☐ DOENÇA RENAL
☐ DROGAS
☐ HIPERTENSÃO ARTERIAL
☐ DOENÇAS RESPIRATÓRIAS
☐ MEDICAMENTOS:

EXAME CLÍNICO(PRINCIPAIS SINTOMAS/QUEIXAS):

DADOS VITAIS:

PA: ☐ LIVRE ☐ OBSTRUÍDA/RESPIRAÇÃO ☐ <30 rpm ☐ >30 rpm PULSO RADIAL: ☐ PRESENTE ☐ AUSENTE
TA: X FC: FR: TEMP: PC - HGT: SpO2:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:

INTERVENÇÕES:

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO:

MATERIAL UTILIZADO

E.C.G: ☐ NORMAL ☐ ALTERADO ☐ NÃO REALIZADO

EXAME NEUROLÓGICO: ☐ AGITAÇÃO ☐ SONOLÊNCIA ☐ COMA ☐ CONVULÇÃO ☐ OTORRAGIA ☐ RIGIDEZ

EXAME GINECO-OBSTÉTRICO: ☐ ABORTAMENTO ☐ HEMORRAGIA VAGINAL ☐ TRABALHO DE PARTO ☐ NORMAL

ANAMNESIS: _____ OUTROS: _____

DIAGNÓSTICOS E PROCEDIMENTOS: _____

PROCEDIMENTOS: ☐ DESOBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS ☐ INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL ☐ CÂNULA OROFARINGEA

☐ CRICOTIREIDOSTOMIA ☐ VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA ☐ VENTILAÇÃO INVASIVA ☐ OXIGÊNIO CATÉTER ÓCULOS

☐ DRENAGEM TORÁCICA ☐ MASSAGEM CARDÍACA EXTERNA ☐ DESFIBRILAÇÃO/CARDIOVERSÃO ☐ CURATIVO

☐ CONTROLE DE HEMORRAGIA ☐ PUNÇÃO VENOSA ☐ Sonda GÁSTRICA ☐ Sonda VESICAL ☐ ASPIRAÇÃO V.A

☐ IMOBILIZAÇÃO DE MEMBROS ☐ TALAS ☐ COLAR CERVICAL ☐ IMOBILIZAÇÃO PRANCHA RÍGIDA ☐ SEDAÇÃO

☐ OUTROS: _____

TERAPIA/MEDICAMENTOS: _____

EVOLUÇÃO CLÍNICA/INTERCORRÊNCIAS (MÉDICOS): _____

POSIÇÃO DE TRANSPORTE:

☐ DECÚBITO DORSAL ☐ DECÚBITO LATERAL ☐ DECÚBITO VENTRAL ☐ SENTADO ☐ ELEVÇÃO DE CABECEIRA

TERMO DE RECUSA:

NOME: _____ RG: _____

ASSINATURA: _____

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE:

MÉDICO: _____ CRM: _____ MAT: _____

ENFERMEIRO(A) Aline Galvão COREN: 533-289 MAT: _____

TÉCNICO DE ENFERMAGEM: _____ COREN: _____ MAT: _____

CONDUTOR SOCORRISTA: Trabinha MAT: _____



GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL SENADOR "RUI CARNEIRO"



HOSPITAL			
NOME DO PACIENTE		Nº PRONTUÁRIO	
DATA DA OPERAÇÃO		LEITO	
OPERADOR		1º AUXILIAR	
2º AUXILIAR		3º AUXILIAR	
ANESTESISTA		TIPO DE ANESTESIA	
DIAGNÓSTICO PRÉ- OPERATÓRIO			
FUSTURA DE OSSO DO PERNIL ①			
TUBEROSIDADE CANTO DE T.E. TÍPIDO ①			
DIAGNÓSTICO PÓS- OPERATÓRIO			
O PERNIL			
RELATÓRIO IMEDIATO DO PATOLOGISTA			
EXAME RADIOLOGICO NO ATO			
ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO			
OPS. ANESTESIA NA			
PERNIL E PERNIL MEXICANO			
MEXICANO PERNIL MEXICANO			
A PERNIL E PERNIL			
VIA DE ACESSO - TÁTICA E TÉCNICA - LIGADURAS - DRENAGEM - SUTURA - MATERIAL EMPREGADO - ASPECTO VISCERAS			
1. PERNIL E PERNIL			
2. CANTO DE T.E. TÍPIDO			
3. PERNIL MEXICANO			
4. PERNIL MEXICANO E PERNIL MEXICANO			
5. PERNIL E PERNIL			
6. PERNIL E PERNIL			
7. PERNIL E PERNIL			
8. PERNIL			
9. PERNIL			



GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL SENADOR "RUI CARNEIRO"



HOSPITAL

NOME DO PACIENTE	CARLO ALBERTO DA SILVA		Nº PRONTUÁRIO
DATA DA OPERAÇÃO	09/09/19	ENF.	LEITO
OPERADOR	DR. TULLIO	1º AUXILIAR	
2º AUXILIAR		3º AUXILIAR	INSTRUMENTADOR
ANESTESISTA	DR. SODRE	TIPO DE ANESTESIA	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO	Fp x OFP de Pombal (D)		

TIPO DE OPERAÇÃO: Gastrectomia parcial e fex de Pombal (D)

DIAG. ÉTICO PÓS-OPERATÓRIO: O mesmo

RELATÓRIO IMEDIATO DO PATOLOGISTA

EXAME RADIOLÓGICO NO ATO

ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO - TÁTICA E TÉCNICA - LIGADURAS - DRENAGEM - SUTURA - MATERIAL EMPREGADO - ASPECTO VISCERAS

Portado em DDH fex de Pombal (D)
Gastrectomia parcial e fex de Pombal (D)
Rota anestésica
Incisão longitudinal fex de Pombal (D)
Partido por Pombal
Fex de Pombal (D) fex de Pombal (D)
Fex de Pombal (D) fex de Pombal (D)
Fex de Pombal (D) fex de Pombal (D)
Fex de Pombal (D) fex de Pombal (D)

Dr. Tullio Alberto de O. Silva
Otorrinolaringologista
CRM-PA 0251 / CRM-RN 0000

Fíbula direita

Nome: Carlo Rangel da Silva Junior
 Filiação: _____
 Sexo: M Idade: 33 Cor: Pardo
 Data: 07/07/19
 Procedência: _____
 Cirurgião: Dr. Tulio Auxiliar: M. Abimael
 Anestesista: Dr. Giddimonte Anestesia: Raque
 Início da anestesia: 9:00 Término: _____ Duração: _____
 Início da intervenção: _____ Término: 10:15 Duração: _____

Equipo macrogotas	01
Jelco 20	01
Soro fisiológico 0,9% 500ml	20
Seringa 5ml	05
Seringa 10ml	10
Lidocaína 2%	01
Propofol	01
Fentanil	03
Luva estéril	50ml
PVPI tópico	12
Gaze (pacote com 10 unidades)	18
Compressas	01
Efortil	01
Cefalotina ou cefazolina ou ceftriaxona	01
Nauseadron	01
Decadron 4mg	04
Água para injeção	80cm
Esparradrapo	07
Escova de PVPI degermante	05
Touca	05
Máscara	12
Propé (par)	01
Luva de procedimentos (par)	01
Látex	01
Cateter de oxigênio tipo óculos	100ml
Lâmina de bisturi nº 24	08 rolos
PVPI degermante	03
Algodão ortopédico 12cm	12
Faixa de smarch	06
Atadura de crepom 15cm	01
Atadura de crepom 20cm	01
Broca 2,5" / 3,5" / 4,5"	05
Serra ortopédica	05
Agulha 40x12	02
Atropina	03
Lidocaína 2%	02
Adrenalina	05
Bupivacaína	03
Seringa 20ml	02
Fio vicryl 2-0	02
Fio catgut simples 3-0	03
Fio nylon 2-0	06
Fio nylon 3-0	01
Atadura de gesso (tamanho variado)	01
Placas DCP- 04 ou 05 ou 06 ou 07 ou 08 ou 09 ou 10 parafusos	05
Placa 1/3 tubular com 03 ou 04 ou 05 furos	-
Fio de kirschner Nº 2-0 ou 2,5 ou 3,0 ou 3,5 ou 4-0	01
Parafusos (conforme tamanho da placa)	01
Propofol	10ml
Midazolam	05
Servoflurano	05
Atracúrio	05
Neostigmine	01
Atropina	01
Tube endotraqueal com CUF Nº 7,5 ou 8,0 ou 8,5	

Calidiana Pereira de Melo
 Enfermeira
 COREN-PB 274.137

Secretaria do Estado de São Paulo

FOLHA DE ANESTESIA		Hospital: H.R.P.	Endereço:	Leito:	Nº Prontuário:
Nome: Volnei Rangel da Silva		Idade:	Sexo: M.	Altura:	
Paciente Anterior: Pulso		Respiração:	Temperatura:	Peso:	
Tipo Sanguíneo:		Hemoglobina:	Hematócrito:	Glicose:	Ureia:
Hemúrias:		Urina:		Asma:	Bronquite:
Ap. Respiratório: UNO SRA		Eletracardiograma:		Ap. Urinário:	
Ap. Circulatório: BONEFERRAZIS		Alergia:		Hipotensões:	
Ap. Digestivo: FELIM		Estado Físico:		Risco:	
Estado Mental: LOTE		Diagnósticos Pré-Operatório: (9 - 10:15h)			

Anestésicos Anteriores:		Medicação Pré-Anestésica:		Aplicado às:	Efeito:
Medicação Pré-Anestésica: (9) 1/2 (10)					
AGENTES ANESTÉSICOS	02				
INDUÇÃO					
Satis: _____		Exit: _____			
Laringo espasm: _____		Laringo: _____			
Náuseas: _____		Vômito: _____			
Outros: _____					
MANUTENÇÃO					
ANESTESIA SATISF: Sim _____ Não _____					
Não, por qual? _____					
DESPERTAR					
Reflexo na SO: _____					
Obstr: _____		Ext: _____			
Náuseas: _____		Vômito: _____			
Outros: _____					
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES					
POSICÃO					

Agentes:	Propofol 14/100 1393; 2) Alorana 80/4
Técnicos:	Monitores
Operação:	Tratamento cirúrgico de prolapso de reto
Grupos:	DE TUBO
Anestésicos:	Dr. S. S. S.
Observações:	
Anotar, no o, as complicações pré-operatórias e pós-operatórias	

FOLHA DE ANESTESIA

CPM 7828



Secretaria do Estado de Saúde
HOSPITAL REGIONAL LEOPOMBAL
"SENADOR RUI CARNEIRO"

CHECKLIST DE CIRURGIAS SEGURA

Nome completo: Caio Rangel da Silva Junior
 Cirurgia Proposta: _____ Unidade de origem _____ Data: 07 / 04 / 19
 Modalidade () Eletiva () Urgência () Emergência

Encaminhamento de clientes ao Centro Cirúrgico	Antes da indução anestésica Check in	Antes de iniciar a cirurgia Time out	Antes do cliente sair da SO Check out
• Identificação do cliente ☒ Sim ☐ Não • Pontuário completo ☒ Sim ☐ Não • Sítio cirúrgico demarcado ☒ Sim ☐ Não aplica • Consentimento e avaliação anestésica ☒ Sim ☐ Não • Consentimento cirúrgico ☒ Sim ☐ Não • Consentimento transfusional ☒ Sim ☐ Não aplica • Banho ☒ Sim/Horário ☐ Não • Trietomina ☒ Sim ☐ Não aplica • Horário ☐ Local ☐ • Jejum ☒ Sim/Início ☐ Não • Exames ☒ Imagem ☐ Biópsia • Retirado prótese e adornos? ☐ Sim ☐ Não • Tipo de precaução ☐ Padrão ☐ Contato ☐ Reverso • Gotículas ☐ Aerossóis • Enr/Tec.enf ☐	• Confirmação sobre o cliente • Identificação do cliente ☒ Local da cirurgia a ser feita • Procedimento a ser realizado ☒ Consentimento anestésico e cirúrgico • Sítio cirúrgico certo ☒ Montagem da SO de acordo com o procedimento programado • Revisão dos equipamentos de anestesia ☒ Sim ☐ Não • Materiais de vias aéreas disponíveis e funcionantes ☒ Laringoscópio ☒ Máscara de O2 • Fio guia ☒ Ambú ☐ Aspirador • Câmbula endotraqueal ☐ Há risco de perda sanguínea >500mL (7mL/Kg em crianças)? ☐ Sim ☐ Não • Reserva sanguínea? ☐ Sim ☐ Não • Acesso venoso adequado e perió? ☐ Sim ☐ AVC ☐ AVP ☐ Não • O cliente tem alergia? ☐ Sim ☐ Não - Obs.: ☐	• Apresentação oral, nome e função de todos os profissionais - Staff ☐ Sim ☐ Não 1º cirurgia ☒ Sim ☐ Não 2º cirurgia ☒ Sim ☐ Não - Anestesta ☒ Sim ☐ Não - Circulante ☒ Sim ☐ Não • Cirurgiões, anestestistas e equipe de enfermagem confirmam: • Identificação do cliente ☒ Sítio cirúrgico • Procedimento a ser realizado ☒ Placa de eletrocautério • Posicionada ☐ Não aplica • Uso de antibiótico profilático ☒ Sim ☐ Não • Exames de imagem estão disponíveis ☒ Sim ☐ Não aplica • Revisão do cirurgião. Passos críticos - Duração estimada / Possíveis perdas sanguíneas ☐ Sim ☐ Não • Revisão do anestesta ☐ Sim ☐ Não • Fixação das etiquetas de esterilização no pontuário ☒ Sim ☐ Não - Obs.: ☐	- Procedimento realizado ☒ Anestestista • A contagem de compressas, agulhas e instrumentais está correta? ☐ Sim ☐ Não aplica • Peças anatômicas/culturas e identificadas adequadamente e requisição preenchida? ☐ Sim ☐ Não aplica • Houve algum problema com equipamentos que deve ser resolvido? ☐ Sim ☐ Não aplica • Recomendações importantes na recuperação pós-anestesia e pós-operatória desse cliente: ☐ - Cirurgião ☒ Dr. Fábio - Enfermagem ☐ - Obs.: ☐ - Ass.: ☒ - Caliliana Gratieta de Melo Enfermeira

Enfermeira
CÓREN-PE 274.197



ESTADO DA PARAÍBA

HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL "SENADOR RUI CARNEIRO"

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: Carla Aparecida do SocioIdade: 23Cor: PretaEnteimeia: ParalelaLeito: 123Setor: RespiratórioData: 10/03/2016

DATA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIO

OBSERVAÇÃO

01	1. NETA LAME	OK	
02	2. SIM MOOL EN 2m	12h 22h	
03	3. Cetuximab 4g EV 6/6h	06/00 15/00 21/00 03/00	
04	4. Dexamet 14g + 7g EV 6/6h	09/00 15/00 21/00 03/00	
05	5. Fosf 15g + 7g EV 8/8h	5m	
06	6. Fumex 50g 1h + 100cc		
07	7. Fosf 15g + 7g EV 8/8h	5m 2000	
08	8. Fosf 15g + 7g EV 8/8h	15/00 03/00	
09	9. Fosf 15g + 7g EV 8/8h	09/00 21/00	
10	10. Fosf 15g + 7g EV 8/8h		
11	11. Fosf 15g + 7g EV 8/8h	OK	
12	12. Fosf 15g + 7g EV 8/8h	OK	
13	13. Fosf 15g + 7g EV 8/8h	OK	
14	14. Fosf 15g + 7g EV 8/8h	OK	
15	15. Fosf 15g + 7g EV 8/8h	OK	
16	16. Fosf 15g + 7g EV 8/8h	OK	
17	17. Fosf 15g + 7g EV 8/8h	OK	
18	18. Fosf 15g + 7g EV 8/8h	OK	
19	19. Fosf 15g + 7g EV 8/8h	OK	
20	20. Fosf 15g + 7g EV 8/8h	OK	
21	21. Fosf 15g + 7g EV 8/8h	OK	
22	22. Fosf 15g + 7g EV 8/8h	OK	
23	23. Fosf 15g + 7g EV 8/8h	OK	
24	24. Fosf 15g + 7g EV 8/8h	OK	
25	25. Fosf 15g + 7g EV 8/8h	OK	
26	26. Fosf 15g + 7g EV 8/8h	OK	
27	27. Fosf 15g + 7g EV 8/8h	OK	
28	28. Fosf 15g + 7g EV 8/8h	OK	
29	29. Fosf 15g + 7g EV 8/8h	OK	
30	30. Fosf 15g + 7g EV 8/8h	OK	

ASSINATURA / CRM:

ASSINATURA / COREN:

Assinatura de Medeiros Rodrigues

Assinatura de Medeiros Rodrigues

Nome:

Leon Rangel Silva Lima

Enf.:

Leito:

Nota sobre Evolução da Doença, Complicações, Consultas, Mudança de Diagnósticos, Condições ao ser dada
Alta, Instruções ao Paciente, devendo toda anotação ser assinada pelo profissional que a fez.

DATA	EVOLUÇÃO MÉDICA	RUBRICA
------	-----------------	---------

26/06/19

Paciente com fratura de ulna e rádio
distal do membro superior direito, com
desvio de eixo e lesão de ligamentos.

Dr. Rocha
Médico
CRM-PB 7054

27/06/19

H7. Ex de ossos do punho ①

Paciente sem dor

Presença de edema e presença de
dor ①

CA: Alívio de dor.

Dr. Tullio Alberto de O. Sousa
Ortopedista - CRM 9251
CNS: 206633762240007

28/06/19

H7. O punho

Paciente com lesão de punho de
grau II, com dor e presença de
dor ①

CA: Ex. Rx + Alívio de dor. +
presença de dor punho.

Dr. Tullio Alberto de O. Sousa
Ortopedista - CRM 9251
CNS: 206633762240007



ESTADO DA PARAÍBA

HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL "SENADOR RUI CARNEIRO"

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome:

CAMILA MENEZES DA SILVA

Idade:

Cor:

Especialidade:

C.C.M.B.

Leito: 08 Setor

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	OBSERVAÇÃO
28	1. Dieta Líquida	08:00 - 15:00	
28	2. S.A.C. 1000 cc - 30 cc	08:00 - 15:00	
28	3. Ceftriaxona 1g 180 cc 6/6h	08:00 - 15:00	
28	4. Difenoclor 150 + 777 EV 6/6h	08:00 - 15:00	
28	5. Plavix 150 + 777 EV 8/8h (50)	08:00 - 15:00	
28	6. Toradol 1000 150 + 1000 cc 8/8h	08:00 - 15:00	
28	7. 091 cc 8/8h (50)	08:00 - 15:00	
28	8. Natrium 100 + 777 EV 10/10h	08:00 - 15:00	
28	9. Apremilumab (0,35 mg/kg IV)	08:00 - 15:00	
28	10. 100 cc 10/10h	08:00 - 15:00	
28	11. S.S.V. + C.C.G.	08:00 - 15:00	
28	12. 1000 cc 10/10h	08:00 - 15:00	
28	13. 1000 cc 10/10h	08:00 - 15:00	
28	14. 1000 cc 10/10h	08:00 - 15:00	
28	15. 1000 cc 10/10h	08:00 - 15:00	
28	16. 1000 cc 10/10h	08:00 - 15:00	
28	17. 1000 cc 10/10h	08:00 - 15:00	
28	18. 1000 cc 10/10h	08:00 - 15:00	
28	19. 1000 cc 10/10h	08:00 - 15:00	
28	20. 1000 cc 10/10h	08:00 - 15:00	

Gerson F. Dantas
Técnico de Enfermagem
COREN-PA 50117Poliana Henriques Santos
Téc. Enfermagem
COREN-PA 007.515.958

ASSINATURA / CRM:

ASSINATURA / COREN:



ESTADO DA PARAIBA
HOSPITAL REGIONAL DE POMAL "SENADOR RUI CARNEIRO"

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: Caro Carneiro Idade: 23 Cor: CC Enfermeira: CC Leito: 02 Setor: II

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	OBSERVAÇÃO
01/07/19	1) 1000 ml de 1000 ml		OK
	2) 1000 ml de 1000 ml		OK
	3) 1000 ml de 1000 ml		OK
	4) 1000 ml de 1000 ml		OK
	5) 1000 ml de 1000 ml		OK
	6) 1000 ml de 1000 ml		OK
	7) 1000 ml de 1000 ml		OK
	8) 1000 ml de 1000 ml		OK
	9) 1000 ml de 1000 ml		OK
	10) 1000 ml de 1000 ml		OK
	11) 1000 ml de 1000 ml		OK
	12) 1000 ml de 1000 ml		OK
	13) 1000 ml de 1000 ml		OK
	14) 1000 ml de 1000 ml		OK
	15) 1000 ml de 1000 ml		OK
	16) 1000 ml de 1000 ml		OK
	17) 1000 ml de 1000 ml		OK
	18) 1000 ml de 1000 ml		OK
	19) 1000 ml de 1000 ml		OK
	20) 1000 ml de 1000 ml		OK
	21) 1000 ml de 1000 ml		OK
	22) 1000 ml de 1000 ml		OK
	23) 1000 ml de 1000 ml		OK
	24) 1000 ml de 1000 ml		OK
	25) 1000 ml de 1000 ml		OK
	26) 1000 ml de 1000 ml		OK
	27) 1000 ml de 1000 ml		OK
	28) 1000 ml de 1000 ml		OK
	29) 1000 ml de 1000 ml		OK
	30) 1000 ml de 1000 ml		OK

Dr. Jose Cassimiro Neto
Otorrinolaringologista
CRM-PB 7861 TEOT 15253

ASSINATURA / CRM: _____ ASSINATURA / COREN: _____

Assinatura: Caro Carneiro
COREN-PB: 100540
Assinatura: Caro Carneiro
COREN-PB: 100540



ESTADO DA PARAÍBA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL "SENADOR RUI CARNEIRO"

Nome: Marcelo de Jesus Idade: 47 Cor: Preto Enfermeira: Leito: Setor:

[illegible]

ASSINATURA / CRM:

ASS|NATURA / COREN:



ESTADO DA PARAÍBA

HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL "SENADOR RUI CARNEIRO"

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Name:

William A. Forrester

Idade: 23 Cor: _____

Enfermeira:

22 May

Leito: 12 Setor[illegible]

ASSINATURA / CRM:

ASSINATURA / COREN:



ESTADO DA PARAÍBA
HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL "SENADOR RUI CARNEIRO"

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: DR. ANTONIO

Idade: 23

Cor:

Enfermeira: CC. MARIA

Leito: 02 Setor:

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	OBSERVAÇÃO
------	-------------------	---------	------------

04/07 1. Drenar urine

OK

07/07 2. Suo de 200 cc em 24h

OK

10/07 3. Continuar 18 18 + 99 02 06

09:00 13:00 21:00 03:00

11/07 4. Drenar 180 + 99 02 06

09:00 13:00 21:00 03:00

12/07 5. Drenar 180 + 99 02 06

09:00 13:00 21:00 03:00

13/07 6. Drenar 180 + 99 02 06

5:00

14/07 7. Continuar 180 + 99 02 06

15:00 06:00

15/07 8. Suo + Cloro

OK

Dr. Antônio
O. de S. Souza
CRM 2006/03702-0 - (AM 9281)

Ana Regina de Medeiros P. S. S.
Téc. em Enfermagem
COREN-PB. 001.331.253

ASSINATURA / CRM:

ASSINATURA / COREN:

ASSINATURA / COREN:

Diretoria de Planejamento e
 Tec. de Enfermagem
 Curitiba, 001-316-157



ESTADO DA PARAÍBA

HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL "SENADOR RUI CARNEIRO"

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: Thais Idade: 25 Cor: Preta Enfermeira

Idade:

Cor:

Enfermeira:

Leito:

Sector

[illegible]

Silvia Francisca A. de Sousa Ormas
TAC-Subsistema
COREN-AB 001.315.952

COREN-PB 001.315.952

ASSINATURA / CRM: _____

ASSINATURA / COREN:



EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO

CLÍNICAS MÉDICA, CIRÚRGICA E PEDIÁTRICA

DADOS GERAIS:

Enfermaria: C.M.H. Leito: 02 Data Admissão: 06/06/20
Paciente: Enio Rangel S. Lima Idade: 23a Hora Admissão: _____
Dias de Internação: _____ Turno: _____ SE INTERNAMENTO PEDIÁTRICO: Peso: _____ Estatura: _____
Admitido: () Deambulando () Cadeira de rodas () Maca () Outros: _____
Velo transferido: () Tendência () Área vermelha () Área laranja () Área amarela () Área verde () UTI
Transferência interna: () Clin. médica/Cirúrgica () Clin. cirúrgica/Médica () Clin. médica/Área vermelha
() Clin. cirúrgica/Área vermelha () Clin. médica/Obstetrícia () Clin. cirúrgica/Obstetrícia () Clin. médica e cirúrgica/UTI
() UTI/Clin. médica () UTI/Clin. Cirúrgica () Outro hospital/Cidade: _____
Tipo de tratamento: () Clínico () Cirúrgico () Pediátrico Diagnóstico médico: Intoxicação M.D.

ESTADO GERAL

EG: () Bom () Estável () Regular () Grave SSV: T: _____ °C P: _____ bpm R: _____ irpm PA: _____ x _____ mmHg

FUNÇÃO NEUROLÓGICA:

Nível de Consciência: () Consciente () Inconsciente () Orientado () Desorientado () Torporoso () Cooperativo
() Não Cooperativo () Comunicativo () Não Comunicativo () Sono/repouso preservado () Sono/repouso prejudicado
Responde a estímulos: () Verbais () Dolorosos () Térmicos () Ocular
Estado emocional: () Normal () Agitado/ativo () Hipoativo () Choro () Deprimido () Agressivo
Crise convulsiva: () Sim () Não SE SIM, QUANTOS EPISÓDIOS: _____
Avaliação da dor: () 01 () 02 () 03 () 04 () 05 () 06 () 07 () 08 () 09 () 10

VALORES	CLASSIFICAÇÃO	LOCAL
0	Ausência da dor	<u>X</u>
1 A 3	Dor de fraca intensidade	
4 A 6	Dor de intensidade moderada	
7 A 9	Dor de forte intensidade	
10	Dor de intensidade insuportável	

FUNÇÃO RESPIRATORIA:

Respiração: () Eupneico () Dispneico () Bradipneico () Taquipneico () Respiração abdom. predominância torácica
() Respiração torácica predominância abdominal () Em uso de dreno torácico
() Em oxigenoterapia: () Cateter nasal () Máscara de Venturi () Nebulização
Tosse: () Sim () Não () Seca () Cheia com expectoração () Cheia sem expectoração
() Batimentos de asa do nariz () Tiragem intercostal
Característica de secreções: () Esbranquiçada () Amarelada () Esverdeada () Sanguinolenta () Purulenta
() Outros: _____

PELE E MUCOSAS:

Condições da pele: () Normal () Nódulo () Tumor () Bolha () Pústula () Equimose () Hematoma () Petéquias
() Erisipela () Queimadura () Escoriações () Escabiose () Úlcera por pressão: Grau: () I () II () III () IV
Curativo: () Sim () Não Hora: _____ Localização e aspecto: _____
Coloração da pele: () Hiposcorada () Normocorada () Hiperacorada () Ictericia () Cianótica
Regulação térmica: () Normotérmica () Hipotérmica () Hipertérmica () Tremores () Calafrios () Sudorese
() Pele fria () Pegajosa
Condições de mucosas: () Úmida () Ressecada () Placas () Fissuras Outros: _____
Estado de hidratação: () Hidratada () Desidratada () Hiperhidratada

FUNÇÃO CARDIOVASCULAR:

Doença cardiovascular: () Sim () Não Qual: _____
Doença cerebrovascular: () Sim () Não Qual: _____
Perfusão periférica: () Sim () Não Qual: _____

GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL
"SENADOR RUI CARNEIRO"



FUNÇÃO GASTROINTESTINAL:

Abdome: ☒ Plano () Globoso () Flácido () Distendido () Tenso () Dispepsia () Plenitude () Hematemase
() Pirose () Ascítico () Colostomizado () Ileostomia () Doloso () Paracentese abdominal
() Incisão cirúrgica: () Limpa () Contaminada () Hiperemiada () Secretiva
Curativo: () Sim ☒ Não Hora: _____
Estado nutricional: () Normal () Emagrecimento () Caquético () Obeso () Marasmo () Kwashiorkor

Dieta alimentar:

☒ Boa () Regular () Insuficiente () Restrição () Não aceita dieta

Via de administração alimentar: () Oral () SNG () SOG () Parenteral

Vômitos: () Sim ☒ Não Frequência: _____ Aspecto: _____

Eliminações intestinais: ☒ Presente () Ausente Frequência: _____

Aspecto: () Normal () Pastosa () Melena () Constipação () Diarreica () Obstipação

SISTEMA URINÁRIO:

Eliminações vesicais: ☒ Normal () Anúria () Oligúria () Nictúria () Poliúria () Polaciúria () Disúria () Hematúria

() Retenção () Incontinência () SVF-02 vias () SVF-03 vias () Uso de fraldas Outros: _____

Aspecto: ☒ Limpida () Concentrada () Piúria () Hematúria () Colúria () Turva

Diurese: ☒ Espontânea () Cistostomia () SVF Hora: _____ Volume diurese: _____

FUNÇÃO LOCOMOTIVA:

Desenvolvimento motor: ☒ Senta-se espontaneamente () Senta-se com ajuda () Fica de pé com apoio

() Fica de pé sem apoio () Deambula () Não deambula () Deambula com apoio () Deambula sem apoio

() Deambulação prejudicada Tipo de apoio: _____

Movimento das articulações: ☒ MMSS e MMII () MMSS () MMII () MSD () MSE () MID () MIE

Edema: () Presente () Ausente ☒ Anasarca () Face () MMSS e MMII () MMSS () MMII () MSD () MSE () MID () MIE

Força muscular: ☒ Adequado para idade () Hipertonia () Hipotonia

ACESSO VENOSO:

Venocise: () MMSS e MMII () MSD () MSE () MID () MIE () Subclávia () Cateter venoso central () Dissecção venosa

Data punção: _____ / _____ / _____ () Galco N° _____ () Scalp N° _____ Quem punccionou: _____

ALTA HOSPITALAR:

Alta autorização médica: () Se sim, data: _____ / _____ / _____ hora: _____ Médico: _____

() Se não, responsável: _____

Testemunha 1: _____

Testemunha 2: _____

Assinatura e carimbo Enfermeiro(a)/COREN: _____

PACIENTE TRANSFERIDO:

() Não () Se sim, médico que autorizou: _____

Local para transferência: _____

PACIENTE EM ÓBITO:

() Não () Se sim, data: _____ / _____ / _____ hora: _____ causa da morte (diagnóstico médico): _____

QUEIXAS:

Não gulata querendo

OCORRÊNCIAS E INTERCORRÊNCIAS COM PACIENTE:

Paciente gulda em 60s. medicação e p. medicação
segue as ordens da equipe de enfermagem

Data: 05/07/19 Hora: 0000 Ass. Enferm./COREN: Henrique Formiga

AValiação Noturna do Enfermeiro

Data: 05/07/19 Hora: 19:45 Ass. Enferm./COREN: Henrique Formiga

CORENPB 500.078

HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL
"SENADOR RUI CARNEIRO"



Nome do Paciente: Leão Rommel Silva Pereira Idade: _____
Leito: 09 Enfermaria: CCM-14
Idade: 23a Localização: _____

☐	Angústia espiritual	
☐	Adaptação prejudicada	
☐	Ansiedade	
☐	Risco de aspiração	
☐	Déficit de autocuidado alimentação	
☐	Déficit de autocuidado de higienização	
☐	Confusão	
☐	Constipação	
☐	Baixa autoestima situacional	
☐	Comunicação verbal prejudicada	
☐	Débito cardíaco diminuído	
☐	Gluticção prejudicada	
☐	Diarreia	
☐	Eliminação urinária prejudicada	
☐	Decambulação prejudicada	
☐	Dor	
☐	Hipotermia	
☐	Hipertermia	
☐	Risco de infecção	
☐	Proteção ineficaz	
☐	Mobilidade física prejudicada	
☐	Náusea e/ou vômito	
☐	Medo	
☐	Nutrição prejudicada	
☐	Distúrbio de imagem corporal	
☐	Integridade da pele prejudicada	
☐	Padrão respiratório ineficaz	
☒	Sono e repouso prejudicados relacionados a fatores físicos, psicológicos ou fisiológicos	
☐	Recuperação cirúrgica retardada	
☐	Volume de líquido deficiente	
☐	Risco de desequilíbrio de volume de líquido	
☐	Volume excessivo de líquido	
☐	OUTROS:	

☐	Higiene oral e ocular 3X ao dia	
☐	Mudança de decúbito 3/3h	
☐	Banho no leito 1x ao dia (conforme rotina do setor)	
☐	Aspiração de secreção conforme necessidade do paciente	
☐	Esvaziar água em circuito do respirador	
☐	Manter oxigênio terapia por cateter nasal	
☐	Manter oxigênio terapia por TOT	
☐	Manter oxigênio terapia por máscara de Venturi	
☐	Manter nível de água nos umidificadores	
☒	Administrar e checar medicação prescrita	
☐	Medir e verificar aspecto, volume, débito urinário e/ou drenos	
☐	Medir e registrar PVC 3x ao dia	
☐	Realizar curativos limpos 1x ao dia e identificar com data e rubrica	
☐	Realizar curativos infectados 2x ao dia e identificar com data e rubrica	
☐	Trocar equipo a cada mudança de FRO de nutrição parenteral	
☐	Administrar dieta a cada 3 horas	
☐	Realizar lavagem da sonda após administração da dieta com 60ml de água salvo se houver restrição hídrica	
☐	Administrar dieta por sistema fechado	
☐	Administrar 50ml de água de 4/4h nas dietas por sistema fechado	
☐	Cabeceira do leito elevado à 30°	
☐	Identificar bomba de infusão conforme solução	
☐	Controlar gotejamento das soluções parenterais	
☐	Trocar equipos e conexões a cada 72 horas	
☐	Trocar látex de 12/12h	
☒	Identificar com data e rubrica as punções venosas	
☐	Desinfecção dos leitos com álcool à 70% de 12/12h	
☐	Realizar glicemia conforme protocolo de infusão contínua	
☐	Realizar glicemia capilar pré-prandial	
☐	Verificar sinais vitais a cada 2 horas	
☐	Trocar kit de nebulização após o uso	
☐	Trocar máscara e Venturi a cada 12 horas	
☐	Trocar acesso venoso periférico a cada 72 horas	
☐	Trocar frasco de aspiração a cada 24 horas	
☐	Trocar circuito de ventilação após intubação ou na presença de sugidade	

GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL
"SENADOR RUI CARNEIRO"



ACESSO VENOSO:

Venoclise: () MMSS e MMII () MSD () MSE () MID () MIE () Subclávia () Cateter venoso central () Dissecção venosa Data

punção: ____/____/____ Hora: ____:____ () Gelco N° ____ () Scalp N° ____

Quem punccionou: _____

ALTA HOSPITALAR:

Alta autorização médica: () Se sim, data: ____/____/____ hora: ____:____ Médico: _____

() Se não, responsável: _____

Testemunha 1: _____ Testemunha 2: _____

Assinatura e carimbo Téc. enfermagem/COREN: _____

PACIENTE EM ÓBITO:

() Não () Se sim, data: ____/____/____ hora: ____:____ causa da morte (diagnóstico médico): _____

QUEIXAS:

Sem queixas no momento

RELATÓRIO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM COM PACIENTE:

Paciente segue em repouso no leito, aos cuidados da enfermagem.

Assinatura e carimbo Téc. enfermagem/COREN: _____

Data: 05/07/19 Hora: ____:____

AVALIAÇÃO NOTURNA DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM:

Paciente segue em E.G.E, sem alterações e aos cuidados da equipe de enfermagem.

Assinatura e carimbo Téc. enfermagem/COREN: _____

Data: 05/07/19 Hora: ____:____

Ana Raquel de Medeiros Rodrigues
Téc. em Enfermagem
COREN-PB 341177

HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL
"SENADOR RUI CARNEIRO"



RELATÓRIO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM

CLÍNICAS MÉDICA, CIRÚRGICA E PEDIÁTRICA

DADOS GERAIS

Enfermaria: CCM II Leito: 62 Data Admissão: 06/06/14

Paciente: Caio Romualdo G. Lima Idade: 23a. Hora Admissão: 14h

Dias de Internação: 01 Turno: Di SE INTERNAMENTO PEDIÁTRICO: Peso: 50 kg Estatura: 1,70 m

Admitido: () Deambulando () Cadeira de rodas (☒) Maca () Outros: sem

Veio transferido: (☒) Residência () Área vermelha () Área laranja () Área amarela () Área verde () UTI

Transferência interna: () Clin. médica/Cirúrgica () Clin. cirúrgica/Médica () Clin. médica/Área vermelha

() Clin. cirúrgica/Área vermelha () Clin. médica/Obstetrícia () Clin. cirúrgica/Obstetrícia () Clin. médica e cirúrgica/UTI

() UTI/Clin. médica () UTI/Clin. Cirúrgica () Outro hospital/Cidade: _____

Tipo de tratamento: () Clínico (☒) Cirúrgico () Pediátrico

ESTADO GERAL

EG: () Bom () Estável (☒) Regular () Grave

SINAIS VITAIS

12h00 T: 36,4°C P: 72 bpm R: 20 irpm PA: 120 x 70 mmHG

18h00 T: 36,5°C P: 77 bpm R: 20 irpm PA: 130 x 70 mmHG

00h00 T: 36,5°C P: 78 bpm R: 20 irpm PA: 140 x 80 mmHG

06h00 T: 36,9°C P: 78 bpm R: 20 irpm PA: 140 x 80 mmHG

FUNÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de Consciência: (☒) Consciente () Inconsciente (☒) Orientado () Desorientado () Confuso (☒) Cooperativo
() Não Cooperativo (☒) Comunicativo () Não Comunicativo (☒) Sono/repouso preservado () Sono/repouso prejudicado

Responde a estímulos: (☒) Verbais () Dolorosos () Ocular

Estado emocional: (☒) Normal () Agitado/ativo () Hipotivo () Choro () Deprimido () Agressivo

Crise convulsiva: () Sim (☒) Não SE SIM, QUANTOS EPISÓDIOS: _____

FUNÇÃO RESPIRATORIA

Respiração: (☒) Eupneico () Dispneico () Bradipneico () Taquipneico () Em uso de dreno torácico

() Em oxigenoterapia: () Cateter nasal () Máscara de Venturi () Nebulização

Tosse: () Sim (☒) Não () Seca () Chela com expectoração () Chela sem expectoração () Batimentos de asa do nariz

Característica de secreções: () Esbranquiçada () Amarelada () Esverdeada () Sanguinolenta () Purulenta

FUNÇÃO GASTROINTESTINAL

() Incisão cirúrgica: () Limpa () Contaminada () Hiperemiada () Secretiva

Curativo: (☒) Sim () Não Data: 06/06/14 Hora: 14h

Estado nutricional: () Normal () Emagrecimento () Caquético () Obeso

Dieta alimentar: (☒) Boa () Regular () Insuficiente () Restrição () Não aceita dieta

Via de administração alimentar: (☒) Oral () SNG () SOG () Parenteral

Vômitos: () Sim (☒) Não Frequência: _____

Eliminações Intestinais: (☒) Presentes () Ausentes Frequência: _____

Aspecto: (☒) Normais () Pastosas () Melena () Constipação () Diarreia () Obstipação

SISTEMA URINÁRIO

Eliminações vesicais: (☒) Normais () Ausentes () Retenção () SVF 02 vias

() SVF 03 vias () Uso de fraldas

Aspecto: () Limpida () Concentrada () Hematúria

Diurese: (☒) Espontânea () SVF

FUNÇÃO LOCOMOTIVA

Desenvolvimento motor: () Deambulando () Não Deambulando (☒) Deambulação prejudicada

Edema: () Presente (☒) Ausente () Anasarca () Face () MMSS e MMII () MMSS () MMII () MSD

Localização: () Anasarca () Face () MMSS e MMII () MMSS () MMII () MSD () MSE () MID () MIE

GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL
"SENADOR RUI CARNEIRO"



PERCEÇÃO DAS SENSIBILIDADES:

1 - Completamente limitado
2 - Muito limitado
3 - Levemente limitado
4 - Sem alteração

UMIDADE DE PELE:

1 - Constantemente úmida
2 - Muito úmida
3 - Ocasionalmente úmida
4 - Raramente úmida

ATIVIDADE FÍSICA / Grau de atividade física:

1 - Acamado
2 - Na cadeira com ajuda
3 - Anda ocasionalmente
4 - Anda frequentemente

MOBILIDADE / Grau de mobilidade:

1 - Completamente imóvel
2 - Muito limitado (Paraplégico)
3 - Levemente limitado
4 - Sem limitação

NUTRICÃO:

1 - Não se alimenta / Alimentação parenteral
2 - Se alimenta pouco (Desid.)
3 - Se alimenta de forma satisfatória

ASPECTO DA PELE:

1 - Edema / Eritema / Escorlações em mais de uma área
2 - Eritema / Escorlações em uma área
3 - Edema em alguma área
4 - Normal

Pontuação Observação

Pontuação Observação

Pontuação Observação

Pontuação Observação

Pontuação Observação

Pontuação Observação

Pontuação total

Classificação	1	2	3	4
Estado mental	Inconsciente.	Períodos de inconsciência.	Períodos de desorientação no tempo e no espaço.	Orientado no tempo e no espaço.
Oxigenação	Ventilação mecânica (uso do ventilador a pressão ou a volume).	Uso contínuo de máscara ou cateter de oxigênio.	Uso intermitente de máscara ou cateter de oxigênio.	Não depende da oxigênio.
Sinais vitais	Controle em intervalos maiores ou iguais a 2 horas.	Controle em intervalos de 4 horas.	Controle em intervalos de 6 horas.	Controle de rotina (8 horas)
Mobilidade	Incapaz de movimentar qualquer segmento corporal.	Dificuldade para movimentar segmentos corporais.	Limitação de movimentos	Movimenta todos os segmentos corporais
	Mudança de decúbito e movimentação passiva programada e realizada pela enfermagem.	Mudança de decúbito e movimentação passiva auxiliada enfermagem.		
Deambulação	Restrito ao leito.	Locomoção através de cadeira de rodas.	Necessita de auxílio para deambular	Ambulante.
Alimentação	Através de cateter central.	Através de sonda nasogástrica.	Por boca, com auxílio.	Auto suficiente.
Cuidado corporal	Banho no leito, higiene oral realizada pela enfermagem	Banho de chuveiro, higiene oral realizada pela enfermagem.	Áudio no banho de chuveiro e/ou higiene oral	Auto suficiente.
Eliminação	Evacuação no leito e uso de sonda vesical para controle da diurese.	Uso de comedrol ou eliminação no leito.	Uso de vaso sanitário com auxílio.	Auto suficiente.
Terapêutica	Uso de drogas vasculares para manutenção de PA.	EV contínuo ou através de sonda nasogástrica	EV intermitente.	IM ou VO.
Integridade Cutâneo-mucosa / Comprometimento local	Presença de solução de continuidade da pele com destruição da derme, epiderme, músculos e comprometimento das demais.	Presença de solução de continuidade da pele, envolvendo tecido subcutâneo e músculo.	Presença de alteração da cor da pele (equimose, hiperemia) e/ou presença de solução de continuidade da pele envolvendo a epiderme, derme ou ambas.	Pele íntegra.
	Evisceração.	Incisão cirúrgica, Ostomias, Drenos.		
Curativo	Curativo realizado 3 vezes ao dia ou mais, pela equipe de enfermagem.	Curativo realizado 2 vezes ao dia pela equipe de enfermagem.	Curativo realizado 1 vez ao dia pela equipe de enfermagem.	Sem curativo ou limpeza da ferida/incisão cirúrgica, realizada pelo paciente, durante o banho.
Tempo útil, na realização de curativos	Superior a 30 minutos	Entre 15 a 30 minutos	Entre 5 a 15 minutos.	Sem curativo ou limpeza da ferida realizada durante o banho.

Pontuação total

05/12/19
Data da avaliação

Coordenador de Enfermagem / COREN

Santa Cecília

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS



Paciente.....: **CAIO RANGEL DA SILVA LIMA**
 Requisitante...: **DENIS ROCHA FORMIGA**
 Referência.....: **HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL**
 Origem.....: **20 HRP**

Protocolo...: **0000024914**
 Data.....: **01/07/2019**
 Idade.....: **23 anos**
 RG.....: **NÃO INFORMADO**

01 HEMATOLOGIA

HEMOGRAMA COMPLETO

[DATA DA COLETA: 01/07/2019 07:03]

SÉRIE VERMELHA

Hemácias.....
 Hemoglobina.....
 Hematócrito.....
 V.C.M.....
 H.C.M.....
 C.H.C.M.....
 R.D.W.....

4,68 milhões/mm³
 13,9 g/dl
 42,7 %
 91,2 micra³
 29,7 pg
 32,5 %
 13,2 %

Valores de Referências

4,32 - 5,72 milhões/mm³
 13,5 - 17,5 g/dl
 38,8 - 50,0 %
 81,2 - 95,1 micra³
 26 - 34 pg
 31 - 36 %
 11,8 - 15,6 %

OBS: SÉRIE VERMELHA..... **HEMÁCIAS NORMOCITICAS E NORMOCROMICAS.**

SÉRIE BRANCA

Leucócitos Totais.....
 Promielocitos.....
 Mielócitos.....
 Metamielócitos.....
 Bastonetes.....
 Segmentados.....
 Eosinófilos.....
 Basófilos.....
 Linfócitos.....
 Linf. Atípicos.....
 Monócitos.....

9.300 /mm³
 (%)
 0
 0
 0
 3,0
 61,0
 2,0
 0
 30,0
 0
 4,0

(/mm³)
 0
 0
 0
 279
 5.673
 186
 0
 2.790
 0
 372

- 4.500 a 10.000
 -
 0
 0 a 1
 0 a 5
 43 a 67
 1 a 4
 0 a 1
 20 a 35
 2 a 8
 0 a 100
 0 a 500
 1.935 a 6.700
 45 a 400
 0 a 100
 900 a 3.500
 90 a 800

OBS: SÉRIE BRANCA..... **SEM ALTERAÇÕES MORFOLÓGICAS.**

CONTAGEM DE PLAQUETAS..... **167.000 /mm³**

Acima de 16 anos:
 150.000 a 450.000 /mm³

OBS: SÉRIE PLAQUETARIA..... **NORMAL**

Nota: * SISTEMA AUTOMATIZADO E COMPUTADORIZADO DE CONTAGENS E CALCULOS, COM CONFIRMAÇÃO DAS CONTAGENS E ANÁLISE MORFOLÓGICA REALIZADAS POR MICROSCOPIA.

K. S. S. S.
 Dr. Kátia Suenya de Melo Fragoso
 Bióloga - CRP-PB 3011

O valor preditivo de qualquer diagnóstico depende da análise conjunta dos seus resultados e dos dados clínicos - epidemiológico do(a) paciente.

Pombal-PB - Paulista-PB - Lagoa-PB - Catolé do Rocha-PB - Coremas-PB - Jericó-PB

Fone: (83) 3431-2020 | 99658-6625

Nome:

Caio Rangel

Enf.:

Leito:

Nota sobre Evolução da Doença, Complicações, Consultas, Mudança de Diagnósticos, Condições ao ser dada Alta, Instruções ao Paciente, devendo toda anotação ser assinada pelo profissional que a fez.

DATA	EVOLUÇÃO MÉDICA	RUBRICA
01/07/14	1º Ex. Exame de fratura (D) Evolve satisfatório sem sequelas 1º Ex. de compressão em fratura distal de fêmur (D) + osteoma CO: LPM. Sol. novo radiograma fêmur dist B Dr. José Cassiano Neto Ortopedia e Traumatologia CRM/PB 7893 REOT 15253	
02.07.14	Ex. de fratura de fêmur distal CO: LPM Dr. Sérgio Wanderley Ortopedia e Traumatologia CRM/PB 6151 CRM/PB 7084	
03/07/14	Ex. de fratura de fêmur distal CO: LPM Dr. Sérgio Wanderley Ortopedia e Traumatologia CRM/PB 6151 CRM/PB 7084	
04/07/14	Ex. de fratura de fêmur distal CO: LPM Dr. Sérgio Wanderley Ortopedia e Traumatologia CRM/PB 6151 CRM/PB 7084	
05/07/14	Ex. de fratura de fêmur distal CO: LPM Dr. Sérgio Wanderley Ortopedia e Traumatologia CRM/PB 6151 CRM/PB 7084	
06/07/14	Ex. de fratura de fêmur distal CO: LPM Dr. Sérgio Wanderley Ortopedia e Traumatologia CRM/PB 6151 CRM/PB 7084	
07/07/14	Ex. de fratura de fêmur distal CO: LPM Dr. Sérgio Wanderley Ortopedia e Traumatologia CRM/PB 6151 CRM/PB 7084	
08/07/14	Ex. de fratura de fêmur distal CO: LPM Dr. Sérgio Wanderley Ortopedia e Traumatologia CRM/PB 6151 CRM/PB 7084	
09/07/14	Ex. de fratura de fêmur distal CO: LPM Dr. Sérgio Wanderley Ortopedia e Traumatologia CRM/PB 6151 CRM/PB 7084	
10/07/14	Ex. de fratura de fêmur distal CO: LPM Dr. Sérgio Wanderley Ortopedia e Traumatologia CRM/PB 6151 CRM/PB 7084	
11/07/14	Ex. de fratura de fêmur distal CO: LPM Dr. Sérgio Wanderley Ortopedia e Traumatologia CRM/PB 6151 CRM/PB 7084	
12/07/14	Ex. de fratura de fêmur distal CO: LPM Dr. Sérgio Wanderley Ortopedia e Traumatologia CRM/PB 6151 CRM/PB 7084	
13/07/14	Ex. de fratura de fêmur distal CO: LPM Dr. Sérgio Wanderley Ortopedia e Traumatologia CRM/PB 6151 CRM/PB 7084	
14/07/14	Ex. de fratura de fêmur distal CO: LPM Dr. Sérgio Wanderley Ortopedia e Traumatologia CRM/PB 6151 CRM/PB 7084	
15/07/14	Ex. de fratura de fêmur distal CO: LPM Dr. Sérgio Wanderley Ortopedia e Traumatologia CRM/PB 6151 CRM/PB 7084	
16/07/14	Ex. de fratura de fêmur distal CO: LPM Dr. Sérgio Wanderley Ortopedia e Traumatologia CRM/PB 6151 CRM/PB 7084	
17/07/14	Ex. de fratura de fêmur distal CO: LPM Dr. Sérgio Wanderley Ortopedia e Traumatologia CRM/PB 6151 CRM/PB 7084	
18/07/14	Ex. de fratura de fêmur distal CO: LPM Dr. Sérgio Wanderley Ortopedia e Traumatologia CRM/PB 6151 CRM/PB 7084	
19/07/14	Ex. de fratura de fêmur distal CO: LPM Dr. Sérgio Wanderley Ortopedia e Traumatologia CRM/PB 6151 CRM/PB 7084	
20/07/14	Ex. de fratura de fêmur distal CO: LPM Dr. Sérgio Wanderley Ortopedia e Traumatologia CRM/PB 6151 CRM/PB 7084	
21/07/14	Ex. de fratura de fêmur distal CO: LPM Dr. Sérgio Wanderley Ortopedia e Traumatologia CRM/PB 6151 CRM/PB 7084	
22/07/14	Ex. de fratura de fêmur distal CO: LPM Dr. Sérgio Wanderley Ortopedia e Traumatologia CRM/PB 6151 CRM/PB 7084	
23/07/14	Ex. de fratura de fêmur distal CO: LPM Dr. Sérgio Wanderley Ortopedia e Traumatologia CRM/PB 6151 CRM/PB 7084	
24/07/14	Ex. de fratura de fêmur distal CO: LPM Dr. Sérgio Wanderley Ortopedia e Traumatologia CRM/PB 6151 CRM/PB 7084	
25/07/14	Ex. de fratura de fêmur distal CO: LPM Dr. Sérgio Wanderley Ortopedia e Traumatologia CRM/PB 6151 CRM/PB 7084	
26/07/14	Ex. de fratura de fêmur distal CO: LPM Dr. Sérgio Wanderley Ortopedia e Traumatologia CRM/PB 6151 CRM/PB 7084	
27/07/14	Ex. de fratura de fêmur distal CO: LPM Dr. Sérgio Wanderley Ortopedia e Traumatologia CRM/PB 6151 CRM/PB 7084	
28/07/14	Ex. de fratura de fêmur distal CO: LPM Dr. Sérgio Wanderley Ortopedia e Traumatologia CRM/PB 6151 CRM/PB 7084	
29/07/14	Ex. de fratura de fêmur distal CO: LPM Dr. Sérgio Wanderley Ortopedia e Traumatologia CRM/PB 6151 CRM/PB 7084	
30/07/14	Ex. de fratura de fêmur distal CO: LPM Dr. Sérgio Wanderley Ortopedia e Traumatologia CRM/PB 6151 CRM/PB 7084	
31/07/14	Ex. de fratura de fêmur distal CO: LPM Dr. Sérgio Wanderley Ortopedia e Traumatologia CRM/PB 6151 CRM/PB 7084	

CO: APB + Rx + Análise

Dr. Talia Alberto de O. Souza
Ortopedia e Traumatologia - CRM 9251
CRM/PB 7084



Governo da Paraíba – Secretaria do Estado de Saúde
HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL
“SENADOR RUI CARNEIRO”

AVALIAÇÃO DE RISCO CIRÚRGICO

NOME: *Caio Rangel da Silva Lima*

IDADE: *23* SEXO: *M*

Procedimento cirúrgico proposto: *cirurgia ortopédica*

Medicação em uso: *—*

Alergias medicamentosas: *—*

Antecedentes / Comorbidades: *—*

EXAME FÍSICO:

Exame geral:

PA: *110 x 70* mmHg FC: *82* bpm

Aparelho cardiovascular: *RL, Art. 5/5*

Outros:

ELETROCARDIOGRAMA: *Normal (DLAD)*

Risco intrínseco do procedimento cirúrgico: () Alto () Intermediário (☒) Baixo

Conclusão: (Risco cardiovascular baseado em algoritmos validados)

EMAPD

LEE

ACP

BAIXO RISCO

OBS:

Dr. João Leal CRM/PB 8882
Cardiologista RQE 5345
Cirurgião Cardiovascular RQE 5346
Marcapasso RQE 5979

DATA *28* / *6* / 20 *19*

Santa Cecília

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS



Paciente.....: CAIO RANGEL DA SILVA LIMA
 Requisitante...: DENIS ROCHA FORMIGA
 Referência.....: HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL
 Origem.....: 20 HRP

Protocolo...: 0000024914
 Data.....: 01/07/2019
 Idade.....: 23 anos
 RG.....: NÃO INFORMADO

01 HEMATOLOGIA

HEMOGRAMA COMPLETO

[DATA DA COLETA: 01/07/2019 07:03]

Resultados

Valores de Referências

SÉRIE VERMELHA

Hemácias.....	4,68 milhões/mm ³	4,32 - 5,72 milhões/mm ³
Hemoglobina.....	13,9 g/dl	13,5 - 17,5 g/dl
Hematócrito.....	42,7 %	38,8 - 50,0 %
V.C.M.....	91,2 micra ³	81,2 - 95,1 micra ³
H.C.M.....	29,7 pg	26 - 34 pg
C.H.C.M.....	32,5 %	31 - 36 %
R.D.W.....	13,2 %	11,8 - 15,6 %

OBS: SÉRIE VERMELHA..... HEMÁCIAS NORMOCÍTICAS E NORMOCROMICAS.

SÉRIE BRANCA

Leucócitos Totais.....	9.300 /mm ³	- 4.500 a 10.000
	(%)	(/mm ³)
Promielocitos.....	0	0
Mielócitos.....	0	0
Metamielócitos.....	0	0 a 1
Bastonetes.....	3,0	0 a 5
Segmentados.....	61,0	43 a 67
Eosinófilos.....	2,0	1 a 4
Basófilos.....	0	0 a 1
Linfócitos.....	30,0	20 a 35
Linf. Atípicos.....	0	-
Monócitos.....	4,0	2 a 8

OBS: SÉRIE BRANCA..... SEM ALTERAÇÕES MORFOLÓGICAS.

CONTAGEM DE PLAQUETAS..... 167.000 /mm³
 Acima de 16 anos:
 150.000 a 450.000 /mm³

OBS: SÉRIE PLAQUETARIA..... NORMAL

Nota: * SISTEMA AUTOMATIZADO E COMPUTADORIZADO DE CONTAGENS E CÁLCULOS, COM CONFIRMAÇÃO DAS CONTAGENS E ANÁLISE MORFOLÓGICA REALIZADAS POR MICROSCOPIA.

Kátia Suenya de Melo Fragoso

Dr.ª Kátia Suenya de Melo Fragoso
 Biofísica - CRF-PB 301

Este laudo foi arquivado digitalmente sob o número: 4326-48P3-843B-34-213A-2097-3E0A-RAB7

Emissão: 01/07/2019 11:35 - Página 1 de 3

O valor preditivo de qualquer diagnóstico depende da análise conjunta dos seus resultados e dos dados clínicos - epidemiológico do(a) paciente.

Pombal-PB - Paulista-PB - Lagoa-PB - Catolé do Rocha-PB - Coremas-PB - Jericó-PB

Fone: (83) 3431-2020 | 99658-6625



Santa Cecília

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS



Paciente.....: **CAIO RANGEL DA SILVA LIMA**
Requisitante...: **DENIS ROCHA FORMIGA**
Referência.....: **HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL**
Origem.....: **20 HRP**

Protocolo...: **0000024914**
Data.....: **01/07/2019**
Idade.....: **23 anos**
RG.....: **NÃO INFORMADO**

01 HEMATOLOGIA

COAGULOGRAMA

DATA DA COLETA: 01/07/2019 07:03

Material: PLASMA

Método: TUBO DESITOMERIA

PLAQUETAS (CONTAGENS)..... 167.000 /mm³

Acima de 16 apóst
150.000 a 450.000 /mm³

TEMPO DE TROBOPLASTINA - TTPA

TTPA - PACIENTE..... 28,2 seg
TTPA - CONTROLE NORMAL..... 27,9 segundos
RELAÇÃO TTPA / CONTROLE NORMAL..... 1,0
DIFERENÇA TTPA/CONTROLE NORMAL..... 0.30 segundos

21 a 32 segundos

Até 1,3

Até 8,0 segundos

TEMPO E ATIVIDADE DE PROTOMBINA - TP

TP - PACIENTE..... 14,1 segundos
TP - CONTROLE NORMAL..... 12,5 segundos
ATIVIDADE PROTOMBINA PACIENTE..... 78 %
RELAÇÃO TP / CONTROLE NORMAL..... 1,1
INR..... 1,13

11 a 16 segundos

70 a 120%

Até 1,3

1,0 a 1,3

K. S. Fragozo

Dr. Kátia Suenya de Melo Fragozo
Bióquímica - CRM-PB 3011

Este laudo foi emitido digitalmente sob o número: 4A76-48F3-F43R-34-215A-20V7-3E0A-BAB7

Emissão : 01/07/2019 11:35 - Página 2 de 3

O valor preditivo de qualquer diagnóstico depende da análise conjunta dos seus resultados e dos dados clínicos - epidemiológico do(a) paciente.

Pombal-PB - Paulista-PB - Lagoa-PB - Catolé do Rocha-PB - Coremas-PB - Jericó-PB

Fone: (83) 3431-2020 | 99658-6625

Santa Cecília

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS



Paciente.....: **CAIO RANGEL DA SILVA LIMA**
Requisitante...: DENIS ROCHA FORMIGA
Referência.....: HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL
Origem.....: 20 HRP

Protocolo...: **0000024914**
Data.....: 01/07/2019
Idade.....: 23 anos
RG.....: NÃO INFORMADO

BIOQUÍMICA

GLICOSE DE JEJUM..... 88,0 mg/dl

(DATA DA COLETA: 01/07/2019 07:03)
Material: Soro ou Plasma
Método: Automatizada/Computadorizado

Valores de Referência:

Crianças.....: 60,0 a 100,0 mg/dl
Adultos.....: 70,0 a 100,0 mg/dl
Maiores de 60 anos: 80,0 a 115,0 mg/dl

Observação:

Resultados de glicemia de jejum entre 115 mg/dL e 126 mg/dL, não sugere diagnóstico de diabetes. Portanto, recomenda-se confirmar no dia subsequente com nova coleta.

Kátia Suenya de Melo Fragoso
Drª Kátia Suenya de Melo Fragoso
Bioquímica - CRF-PB 3011

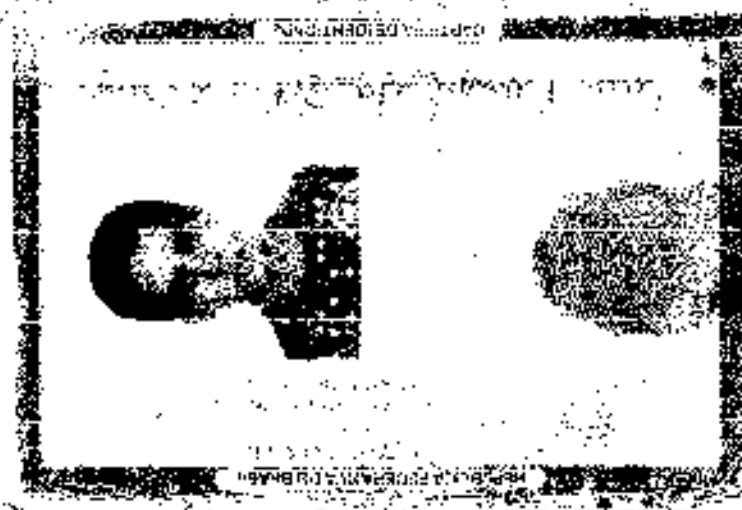
Este laudo foi autenticado digitalmente sob o número: 3BC7-E34F-F555-34-B756-27EE-21F5-0633

Emissão : 01/07/2019 11:35 - Página 3 de 3

O valor preditivo de qualquer diagnóstico depende da análise conjunta dos seus resultados e dos dados clínicos - epidemiológico do(a) paciente.

Pombal-PB - Paulista-PB - Lagoa-PB - Catolé do Rocha-PB - Coremas-PB - Jericó-PB

Fone: (83) 3431-2020 | 99658-6625



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

4.046.430

30/04/2012

RAUNEL DA SILVA LIMA

ANTONIO DE LIMA FILHO
CLAYRICE DA SILVA GARRIDO

PARAIBA-PE

DATA DE NASCIMENTO: 17/03/1996

RAI N. 26318 VLS. 300 LIV. A-26

CARTERIO PARAIBA-PE

ESTADO DA PARAIBA

1638681321

PROUNDO PLASTICA

1638681321

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1638681321

RAUNEL DA SILVA LIMA

ANTONIO DE LIMA FILHO
CLAYRICE DA SILVA GARRIDO

PARAIBA-PE

DATA DE NASCIMENTO: 17/03/1996

RAI N. 26318 VLS. 300 LIV. A-26

CARTERIO PARAIBA-PE

ESTADO DA PARAIBA

1638681321



Wings up when the Conquers

1000-0000-0000-0000

מחיר: 120 ₪

Received: 20 April 2016; Accepted: 17 May 2016; Published: 2 June 2016

WILEY-INTERSCIENCE, 605 THIRD AVENUE, NEW YORK, N. Y. 10016

00940001-000000000000

2013年12月31日

12

1491
1492

CLASS 11-12

Feb. 23/15

11

1994-1995

98 b:01:017 92

97 92 69126=

100

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANES

DETRAN - PB

Nº 014666191158

53166177453

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEICULO

PRT 20190900000655-5

SIA

CDI REBAHAN

ENTR

1

0034140030-7

00/00000000

CAIO RANGEL DA SILVA LIMA

R SEVERINO GOMES SOUTO 73 CASA

NOVA VIDA

58840000 POMBAL - PB

11749624051

PLACA
PFP4R18/PB

LEANDRO GOMES ALVES

PLACA ANTELO
PFP4118/PB

CHASSI
902KC1650BR536463

ESPECIE/TIPO
PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC

COMBUSTIVEL
ALCO/GASOL

MARKA/MODELO
HONDA/CG 150 TITAN ESD

ANO FAB
2011

ANO NOV
2011

CAP/ROT/CIL
2 P/149 /CI

CATEGORIA
PARTIC

COR PREDOMINANTE
PRETA

SEM RESERVA DE DOMINIO

Nº Motor : KC16E5B536463

POMBAL - PB

LOCAL

DATA
28/11/2018

39608

39857

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200024073 **Cidade:** Pombal **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CAIO RANGEL DA SILVA LIMA **Data do acidente:** 26/06/2019 **Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TIBIA E FÍBULA À DIREITA. P1

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS). P11, 12
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200024073 **Cidade:** Pombal **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CAIO RANGEL DA SILVA LIMA **Data do acidente:** 26/06/2019 **Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TIBIA E FÍBULA À DIREITA. P1

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS). P11, 12
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Caio Rangel da Silva Lima
RG: 4048430 Orgão Emissor: SSP / PB CPF: 117.496.244-51
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Solteiro Profissão: Autônomo
Endereço: Rua Severino Gomes Santo Nº 73
Bairro: União Nova Cep: 56340-000 Cidade/UF: Pombal / PB
Telefone: () () ()

OUTORGADO:

Nome: Thiago Cláudio Leite Carneiro
RG: 2.897.048 Orgão Emissor: SSP / PB CPF: 057.614.995-02
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Solteiro Profissão: Advogado
Endereço: Rua Coronel João Carneiro Nº 514
Bairro: Centro Cep: 56340-000 Cidade/UF: Pombal / PB
Telefone: (53) 99680-7071 () ()

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado a quem confio poderes específicos para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar e solicitar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto às seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do **Seguro DPVAT** referente à

Vítima: Caio Rangel da Silva Lima
CPF: 117.496.244-51 Data do Acidente: 26 / 06 / 2019
Cobertura solicitada: ☒ Invalidaz Permanente () DAMS () Morte

Pombal, 20 de Setembro de 2019.
Local e data



Caio Rangel da Silva Lima
Assinatura do Outorgante (reconhecer firma por autenticidade)

CARTÓRIO "CEL. JOÃO QUEIROGA" 1º OFÍCIO

Reconheço POR AUTENTICIDADE a firma de CAIO RANGEL DA SILVA LIMA, Em test. de 20/09/2019 por Caio Rangel da Silva Lima



ANA CRISTINA RODRIGUES DE OLIVEIRA
Belo Digital de Nascimento 1000 Norma B-14164749-80102
Confira os dados do ato em: <https://reelodigital.pb.jus.br>
EMOLUM. R\$: 11,80 PARFEN R\$: 0,29 P.F.U. R\$: 0,00



CEL. JOÃO QUEIROGA
1º Ofício de Registro e Tabelionato
CNPJ: 09.205.816/0001-20
Fone: (53) 3431-2175 - Pombal/PB

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0020545/20

Vítima: CAIO RANGEL DA SILVA LIMA

CPF: 117.496.244-51

Seguradora: MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

Data do acidente: 26/06/2019

Titular do CPF: CAIO RANGEL DA SILVA LIMA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

THYAGO GLAYDSOON LEITE CARNEIRO : 057.614.794-00

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

CAIO RANGEL DA SILVA LIMA : 117.496.244-51

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 15/01/2020
Nome: THYAGO GLAYDSOON LEITE CARNEIRO
CPF: 057.614.794-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/01/2020
Nome: MARCOS AURELIO VIDAL
CPF: 856.703.089-72

THYAGO GLAYDSOON LEITE CARNEIRO

MARCOS AURELIO VIDAL

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0020545/20

Vítima: CAIO RANGEL DA SILVA LIMA

CPF: 117.496.244-51

Seguradora: MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

Data do acidente: 26/06/2019

Titular do CPF: CAIO RANGEL DA SILVA LIMA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

THYAGO GLAYDSOON LEITE CARNEIRO : 057.614.794-00

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

CAIO RANGEL DA SILVA LIMA : 117.496.244-51

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 15/01/2020
Nome: THYAGO GLAYDSOON LEITE CARNEIRO
CPF: 057.614.794-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/01/2020
Nome: MARCOS AURELIO VIDAL
CPF: 856.703.089-72

THYAGO GLAYDSOON LEITE CARNEIRO

MARCOS AURELIO VIDAL

Rio de Janeiro, 16 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200024073

Vítima: CAIO RANGEL DA SILVA LIMA

Data do Acidente: 26/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: THYAGO GLAYDSON LEITE CARNEIRO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CAIO RANGEL DA SILVA LIMA

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, 31 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200024073

Vítima: CAIO RANGEL DA SILVA LIMA

Data do Acidente: 26/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: THYAGO GLAYDSON LEITE CARNEIRO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CAIO RANGEL DA SILVA LIMA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

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

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: CAIO RANGEL DA SILVA LIMA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000000732

Conta: 0000046471-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF do vítima: _____ 4 - Nome completo da vítima: _____

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSPEP Nº 445/2013

5 - Nome completo: CAIO BARCEL DA SILVA LIMA 6 - CPF: 117.596.244.51
 7 - Profissão: ATLETA 8 - Endereço: RUA SEVERINO COMES SANTO 9 - Número: 73 10 - Complemento: _____
 11 - Bairro: URUBU 12 - Cidade: PITAGUA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55340-000
 15 - E-mail: RT.HYPERCAMP@HOTMAIL.COM 16 - Tel.(DDD): (33) 99662-7071

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: _____
 18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUZO INFORMAR ☐ R\$1,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - TIPO DO BANCÁRIO: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (343)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
 AGÊNCIA: 0739 CONTA: 00046474 8
 (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)
☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)
 Nome do BANCO: _____
 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
 (informar o dígito se existir) (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, recolhendo-a quando, desde já e somente após a efetivação do crédito, cotação total do valor recebido.

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

☒ Declaro, sob as penas da lei, que não é 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:

- 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.

Solicito o prosseguimento na análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permaentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa orelva concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO(S) BENEFICIÁRIO(S) - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúva 24 - Data do óbito da vítima: _____
 25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (apresentar)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Ednei cliente de uma Seguradora Líder pagara, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte ôquides 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 de responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo): _____

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo): _____

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo): _____

38 - 1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura de testemunha

39 - 2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura de testemunha

40 - Local e Data, Pombal, 07 de janeiro de 2020

Caio Barcel da Silva Lima
 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Conta
origem: 0732 / 013 / 00019936-4

Conta
destino: 0732 / 013 / 00046471-8

Nome
destinatário: CAIO RANGEL DA SILVA LIMA

Valor (R\$): 

Data de
débito: 14/01/2020

Data/hora
da
operação: 14/01/2020 10:10:06

Código da
operação: 24242773

Chave de
segurança: A9605VHHRH1MGVUE



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL

PRONTO-SOL DE ACIDENTES:

10033720801

Para cópia do seu Boletim acesse o site:
[www.prf.gov.br/novobol/consultar](http://www.prf.gov.br/novobol/)
Informe o número do protocolo e o CPF/CNPJ
de um dos envolvidos no acidente; e
Clique em imprimir.
Em caso de dúvidas acesse www.prf.gov.br e
Selecione Acidentes de Trânsito.

ATENÇÃO:

Para dúvidas sobre o SEGURO DPVAT acesse o site
www.dpvatseguro.com.br. Em casos de avaliação de danos com MÉDIA
ou GRANDE MONTA, verificar os trâmites da Resolução 544 do CONTRAN.
Procure o órgão estadual de trânsito (DETRAN) do seu Estado,
antes de fazer reparos no veículo.





PRF

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

PROTOCOLO: Nº 19033720B01



Maiores dúvidas acesse: www.prf.gov.br/portal



Para cópia do seu Boletim acesse o site: www.prf.gov.br/novobol
/consultar Informe o número do protocolo e o CPF/CNPJ de um
dos envolvidos no acidente; e Clique em imprimir.



Atenção: As vítimas de acidente têm direito ao recebimento do Seguro DPVAT. Para maiores informações, acesse: www.dpvatseguro.com.br Em casos de avaliação de danos com MÉDIA ou GRANDE MONTA, verificar os trâmites da Resolução 544 do CONTRAN. Procure o órgão estadual de trânsito (DETRAN) do seu Estado, antes de fazer reparos no veículo.



Documento elaborado eletronicamente por R. CRUZ, matrícula 1909527, Polícia Rodoviária Federal, em 27/08/2015, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória nº 2.180-2, de

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19033720B01

INFORMAÇÕES GERAIS

Data: 26/06/2019 Hora: 08:30 Município: POMBAL/PB
BR: 230 KM: 406,8 Sentido: Crescente
Policial responsável pelo atendimento: R. CRUZ, 1969527

ASPECTOS DO LOCAL

Tipo de via: Principal	Tipo de pavimento: Asfalto
Tipo de pista: Simples	Condição da Pista: Seca
Estrutura Viária: Reta	Localidade urbanizada: Sim
Acostamento: Não	Canteiro Central: Não
Condição meteorológica: Céu Claro	Fase do dia: Pleno dia

IMAGENS PANORÂMICAS



SENTIDO DECRESCENTE



SENTIDO CRESCENTE

NARRATIVA

No dia 26/06/2019, por volta das 08h30, no km 459,1 da BR-230, em Sousa/PB, ocorreu um acidente, do tipo colisão transversal, com 01 (uma) vítima grave. Os veículos envolvidos foram: a motocicleta HONDA/CG 150 TITAN ESD (V1) e o automóvel TOYOTA/ETIOS HB X 13L AT (V2). Com base na análise dos vestígios materiais identificados, constatou-se que V1, antes do acidente, transitava na BR 230, no sentido Catalé do Rocha - PB / Pombal - PB, quando ao tentar entrar na BR 230 em Pombal-PB perímetro urbano, colidiu transversalmente com V1 que seguia na rodovia no sentido Catalé do Rocha - PB / Pombal - PB. A colisão ocorreu na faixa de trânsito onde transitava V1, o que mostra que V2 não conseguiu desviar de V1, ocasionando a colisão. A dinâmica do acidente encontra-se representada no croqui. Conforme constatações em levantamento de local de acidente, concluiu-se que o fator principal do acidente foi a manobra de entrar na rodovia, ação essa realizada por V2. Observações: - A velocidade regulamentar da via no local é de 40 km/h.- O local do acidente estava parcialmente desfeito e era sinalizado pela equipe da Polícia Militar da Paraíba de Pombal.- O condutor de V1, que sofreu fratura exposta em um dos membros inferiores, foi removido do leito da rodovia (posição final) pela equipe dos Bombeiros-PB antes da chegada da equipe de PRFs no sítio do acidente.- O local apresentava sinalização horizontal de proibição de ultrapassagem em ambos sentidos da rodovia.- A condutor de V2 permaneceu no local a espera da equipe PRF e prestou informações para confecção deste Boletim de Acidente de Trânsito.- Os veículos envolvidos apenas V2 possui restrição de circulação por está com o licenciamento vencido e V1 por não



Documento assinado eletronicamente por R. CRUZ, matrícula 1969527, Policial Rodoviário Federal, em 27/06/2019, conforme notário eletrônico do Brasil, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.204-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º da Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e no alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 614-JR, de 13 de novembro de 2015.

191



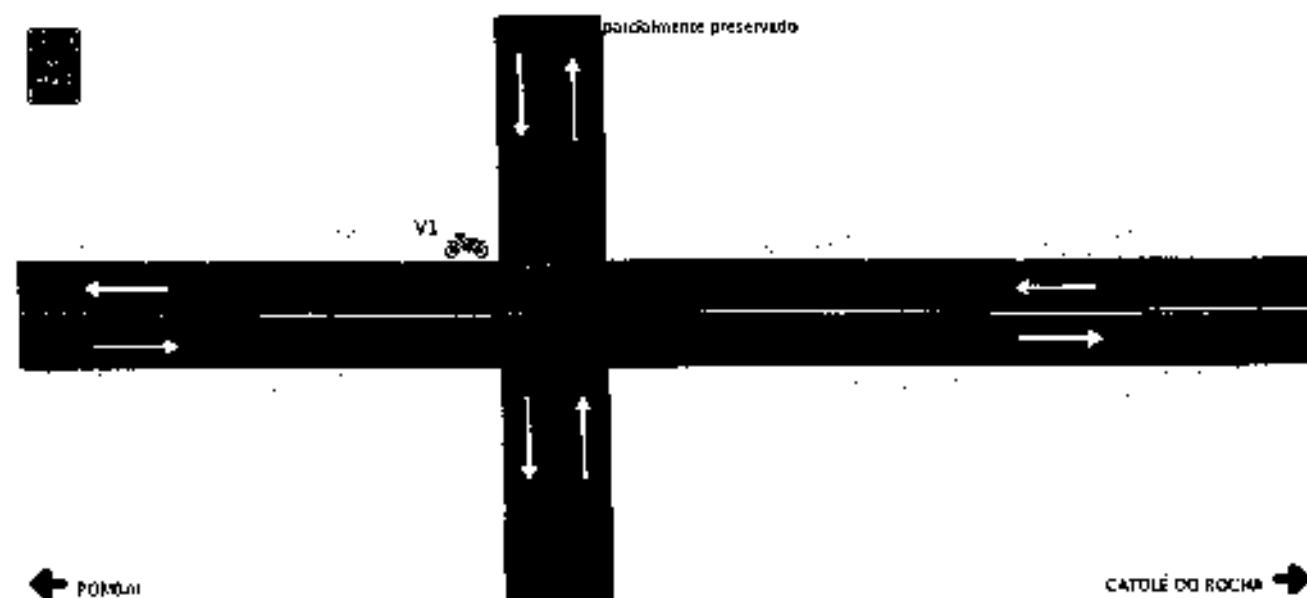
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOMÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19033720801

possuir restrições foi entregue ao pai da vítima, conforme descrito neste Boletim de Acidente de Trânsito. - Não foi possível realizar o teste do etilômetro, no condutor de V1 pois o mesmo encontrava-se recebendo cuidados médicos em função dos ferimentos sofridos, enquanto que o condutor de V2 foi submetido ao teste no modo passivo do equipamento o qual não indicou o uso de álcool ou indícios de que tenha feito uso substâncias entorpecentes.

CROQUI DA CENA DO ACIDENTE



AMARRAÇÃO - NÃO NECESSÁRIA

EVENTOS SUCESSIVOS

Ordem	Tipo de Evento	Veículos Envolvidos
1	Colisão transversal	

MARCAS NO PAVIMENTO

Evento	Velocidade	Frenagem (m)	Derrapagem (m)	Arrastamento (m)
--------	------------	--------------	----------------	------------------

DANOS COLATERAIS - NÃO HOUVE

APOIO EXTERNO

Nome do Órgão	Solicitação	Comparecimento
---------------	-------------	----------------

V1 - VEÍCULO 1 - PFP4118 - MOTOCICLETA

V1 - Informações



Documento assinado eletronicamente por L. L. 0112, matrícula 1080627, Polícia Rodoviária Federal, em 27/08/2019, conforme sistema oficial de assinaturas, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.536, de 8 de outubro de 2015 e no alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 57-DEG, de 13 de novembro de 2015.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19033720B01

Placa: PFP4118 Marca/modelo: HONDA/CG 150 TITAN ESD Renavam: 00341499307
Ano fabricação: 2011 Chassi: 9C2KG1650BR536463 Tipo de veículo: Motocicleta
Espécie: Passageiro Categoria: Particular Cor: Preta
Manobra no momento do acidente: Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento
Informações complementares: Motocicleta entregue ao pai do condutor, o senhor José Antônio de Lima Filho,
CPF 805.560.434-72



Documento assinado eletronicamente por R. CRUZ, matrícula 1900627, Polícia Rodoviária Federal, em 27/08/2018, conforme Lei do e-Síla do Brasil e com fundamento no § 2º do art. 10 da Lei da Polícia Rodoviária nº 2.201/12, de 04 de agosto de 2011, no art. 8º do Decreto nº 8.530, de 8 de outubro de 2015 e na cláusula de inc. da IV do art. 2º da Instrução Normativa nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19033720B01

V1 - Relatório de Avarias - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V1 / HONDA/CG 150 TITAN ESD

Placa: PFP4118

Nº BOAT: 19033720B01

Nome do Agente: R. CRUZ

Matrícula do Agente: 1969527

Data: 26/06/2019

Item	Descrição do item	Valor	Item danificado no acidente		
			Sim	Não	NA
1	Garfo dianteiro			X	
2	Mesa superior da suspensão dianteira			X	
3	Mesa inferior da suspensão dianteira			X	
4	Coluna de direção			X	
5	Chassi			X	
6	Garfo traseiro			X	
7	Eixo traseiro (tricolos)			X	

Dano de Monta: Pequena

V1 - Imagens Obrigatórias



IMAGEM DA LATERAL DIREITA



IMAGEM DA TRASEIRA



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA

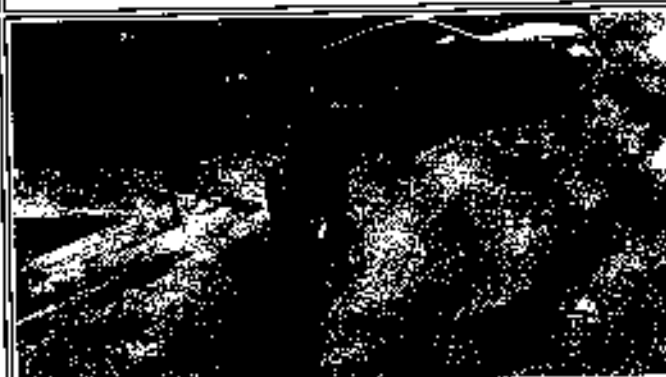


IMAGEM DA FRENTE



Documento assinado eletronicamente por R. CRUZ, matrícula 1969527, Polícia Rodoviária Federal, em 27/06/2019, conforme protocolo nº 19033720B01, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 8º do Decreto nº 6.759, de 8 de outubro de 2015 e no Anexo II do inciso II do art. 2º da Instrução Normativa nº 414/JG, de 16 de novembro de 2016.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19033720B01

V1 - Proprietário

Nome: LEANDRO GOMES ALVES
Email:
Endereço: BREJINHO-PE

CPF/CNPJ: 093.572.414-18
Telefone:

V1C - CONDUTOR DE V1 - CAIO RANGEL DA SILVA LIMA

V1C - Informações

Nome: CAIO RANGEL DA SILVA LIMA
CPF: 117.496.244-51
Sexo: Masculino
Usava capacete: Ignorado

Data de Nascimento: 17/03/1996
Estado civil: Solteiro(a)
Estado físico: Lesões Graves

V1C - Dados da Habilitação para Conduzir Veículo Automotor

Categoria: AB
UF: PB
Observações CNH: 15

Primeira habilitação: 23/02/2017
Vencimento da habilitação: 12/09/2021

Nº Registro: 06801549056
Motorista profissional: Não

V1C - Alterações da Capacidade Motora

Foi possível realizar teste do etilômetro: Não
Visíveis sinais de embriaguez: Não

Condutor se recusou a realizar o teste: Não
Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

V1C - Dados do Contato

Endereço: RUA SEVERINO GOMES SOUTO, 73, CASA, VIDA NOVA, POMBAL-PB
Telefone: 83999331883
Email:

V2 - VEÍCULO 2 - PNV7840 - AUTOMÓVEL

V2 - Informações

Placa: PNV7840 Marca/modelo: TOYOTA/ETIOS HB X 13L AT
Ano fabricação: 2017 Chassi: 9BRK19BTXJ2106262
Espécie: Passageiro Categoria: Particular
Manobra no momento do acidente: Cruzando a pista

Renavam: 01137411225
Tipo de veículo: Automóvel
Cor: Branca

V2 - Encaminhamento

Motivo: Outros

Tipo de Repetor: Depósito credenciado

Informações complementares: VEÍCULO RECOLHIDO POR ESTÁ COM O LICENCIAMENTO ATRASADO E OS DOIS PNEUS DIANTEIROS EM MAU ESTADO.



Documento assinado eletronicamente por R. CRUZ, matrícula 1308627, Polícia Rodoviária Federal, em 27/05/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 1º da Lei Complementar nº 2/2012, de 24 de agosto de 2001, no art. 8º do Decreto nº 8.538, de 10 de outubro de 2015 e no art. 10 do Instru nº 001/2015 da Instrução Normativa nº 61/2014 de 13 de novembro de 2015.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19033720B01

V2 - Relatório de Avarias - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V2 / TOYOTA/ETIOS HB X 13L AT

Placa: PMV7840

Nº BOAT: 19033720B01

Nome do Agente: R. CRUZ

Matrícula do Agente: 1969527

Data: 26/06/2019

Item	Descrição do item	Valor	Item danificado no acidente		
			S m	Vão	NA
1	Panela corta-fogo			X	
2	Longarina dianteira esquerda			X	
3	Caixa de roda dianteira esquerda			X	
4	Estrutura da soleira esquerda			X	
5	Air Bags Frontais			X	
6	Air Bags Laterais			X	
7	Estrutura da coluna dianteira esquerda			X	
8	Estrutura da coluna central esquerda			X	
9	Estrutura da coluna traseira esquerda			X	
10	Caixa de roda traseira esquerda			X	
11	Assoalho central esquerdo			X	
12	Longarina traseira esquerda			X	
13	Assoalho portamalas ou caçamba			X	
14	Longarina traseira direita			X	
15	Caixa de roda traseira direita			X	
16	Estrutura da coluna traseira direita			X	
17	Estrutura da soleira direita			X	
18	Estrutura da coluna central direita			X	
19	Estrutura da coluna dianteira direita			X	
20	Assoalho central direito			X	
21	Caixa de roda dianteira direita			X	
22	Longarina dianteira direita			X	

Dano de Monta: Pequena



Documento assinado eletronicamente por R. CRUZ, matrícula 1969527, Polícia Rodoviária Federal em 27/06/2019, conforme legislação do Brasil, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2004, no art. 8º do Decreto Nº 7.659, de 8 de outubro de 2015 e no inciso b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 614-0, de 18 de novembro de 2015.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19033720B01

V2 - Imagens Obrigatórias



IMAGEM DA LATERAL DIREITA



IMAGEM DA TRASEIRA



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA



IMAGEM DA FRENTE



Documento assinado eletronicamente por R. CRUZ, matrícula 1369527, Polícia Rodoviária Federal, em 27/05/2018, conforme o Selo oficial de Assinatura, com fundamento no § 2º do art. 10 da Lei nº 2.634-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.593, de 3 de outubro de 2015 e no artigo 1º do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2016.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19033720801

V2 - Proprietário

Nome: JOSE CRISTIAN VERAS DE BRITO
Email:
Endereço: JUAZEIRO DO NORTE-CE

CPF/CNPJ: 038.669.643-82
Telefone:

V2C - CONDUTOR DE V2 - EMERSON DA SILVA BANDEIRA

V2C - Informações

Nome: EMERSON DA SILVA BANDEIRA
CPF: 100.308.174-63
Sexo: Masculino
Usava cinto de segurança: Ignorado

Data de Nascimento: 20/04/1993
Estado civil: Solteiro(a)
Estado físico: Ileso

V2C - Dados da Habilitação para Conduzir Veículo Automotor

Categoria: AB
UF: PB
Observações CNH: 15A

Primeira habilitação: 13/02/2017
Vencimento da habilitação: 09/11/2021

Nº Registro: 06793630451
Motorista profissional: Não

V2C - Alterações da Capacidade Motora

Foi possível realizar teste do etilômetro: Sim
Visíveis sinais de embriaguez: Não
Resultado obtido: 0,00 mg/l

Condutor se recusou a realizar o teste: Não
Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

V2C - Dados do Contato

Endereço: RUA FRANCISCO DA SILVA PEREIRA, 101, CASA, SANTO AMARO, POMBAL-PB
Telefone: 83099673508
Email:



Documento assinado eletronicamente por R. OLIVEIRA, matrícula 1969627, Polícia Rodoviária Federal, em 27/06/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, e no art. 8º do Decreto Nº 8.538, de 5 de outubro de 2015 e na alínea h do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 81-DG, de 13 de novembro de 2015.

191



**CORPO DE BOMBEIROS MILITAR
3º COMANDO REGIONAL BOMBEIROS MILITAR
6º BATALHÃO DE BOMBEIRO MILITAR
2ª COMPANHIA DE BOMBEIRO MILITAR
GABINETE DO COMANDANTE
BM - 3**

VISTO
8/7/2019
Comandante 2ª CBM/6ª BBM
...del Alves Leite - CUP QOBM
Matr.: 523.954-1

CERTIDÃO COMPROBATÓRIA – Nº 018/2019

Certificamos para os devidos fins, que aproximadamente às 08h00min do dia 26 de junho de 2019, a guarnição de Auto Resgate desta Unidade do Corpo de Bombeiros Militar deslocou-se para atender uma ocorrência do tipo colisão carro x moto, ocorrida na BR 230, bairro Nova Vida, próximo ao restaurante "O Carreteiro", na cidade de Pombal/PB.

MOVIMENTO DO SOCORRO: Hora do aviso: 08h00min#####

RELATO DO EVENTO: Por volta de 08h00min a guarnição de resgate deste Quartel de Bombeiro Militar foi acionada para atender uma ocorrência de colisão carro x moto na BR-230, na cidade de Pombal-PB. Ao chegar no local, a guarnição encontrou a vítima, o senhor Caio Rangel da Silva Lima, com fratura fechada de tibia e fibula direita, a vítima usava capacete. Foram realizados os procedimentos de atendimento pré-hospitalar e a vítima foi conduzida ao Hospital Regional de Pombal-PB, para receber atendimento médico devido.
#####

VITIMAS FATAIS: NÃO HOUVE #####

SOCORRISTAS: SD BM MATR. 526.097-3 HARYSON SOUZA SANTOS
SD BM MATR. 526.065-5 LEANDRO GALDINO AMORIM
SD BM MATR. 526.067-2 DAIVSON MOREIRA GARCIA

SOLICITANTE DA CERTIDÃO: CLEONICE DA SILVA GARRIDO CPF: 879.259.004-06.

George Souza da Almeida
SGT 19.719-0

Pombal, 22 de julho de 2019.

GUSTAVO GOUVEIA FREIRE LUCENA – 2º TEN QOBM
Chefe da B/3 da 2ªCBM/6ªBBM



**GOVERNO
DA PARAIBA**

Corpo de Bombeiros Militar da Paraíba - 3º Comando Regional - 6º Batalhão - 2ª Companhia
Rua Antônio Ferreira, S/N, Centro, 58840-000 - Pombal-PB
Fone: (83) 3431-3548 - email: bombeiros.pombal@gmail.com



ACIDENTE DE MOTO
26/06/19

GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL
"SENADOR RUI CARNEIRO"



☐ AZUL ☐ VERDE ☐ AMARELA ☐ LARANJA ☐ VERMELHA

ENFERMARIA: _____ LEITO: _____

PACIENTE: _____
NOME: CASO RANGEL DA SILVA LTMA
COR: PARDA DATA DE NASCIMENTO: 14/07/1996 IDADE: 23 SEXO: M
NOME DA MÃE: CLEONICE DA SILVA GARCIA PROFISSÃO: ALTOBOIA
CARTÃO DO SUS: 700 3063 4170 6220 RG/CNH: 4098430
MUNICÍPIO: POMBAL ENDEREÇO: RUA SÉRGIO GOMES SOUZA Nº 73
ESTADO: CE CEP: 58840-00 CÓDIGO DO MUNICÍPIO: _____ DATA DE ATEND: 26/06/2019
SINAIS VITAIS: _____
PA: _____ SPO: _____ FC: _____ R: _____ HGT: _____

MEDICAÇÃO EM USO: _____
ALÉRGICO: () SIM () NÃO SE SIM, AO QUE: _____
Medicamento com ruído de Alak e Furo D

EXAMES REALIZADOS: _____
TIPOS: _____
RESULTADOS: _____
PRESCRIÇÃO MEDICAMENTOSA UTILIZADA:
1° Imobilizador
2° Volfrans 75 mg 201/12/11/2 08:50
3° Depressor 6' 6' 08:50
4° Defaestano 1g 1/4 08:50
5° _____
6° _____
7° _____
8° _____
9° _____
10° _____
11° _____
12° _____
13° _____
14° _____
15° _____
16° _____
17° _____
18° _____
19° _____
20° _____

Felipe Jordani D. Santos
Enfermeiro
Cartão 100.027



HOSPITAL REGIONAL POMBAL SENADOR RUY CARNEIRO

RUA CEL. JOAO LEITE

POMBAL

PARAIBA

(83)3431-2149

Data/Hora 26/06/2019 15:02:50

Ocorrência: CIRURGIA

Servidor do Dr.:

Paciente CAIO RANGEL DA SILVA LIMA

Idade: 23 Sexo: M

Filiação:

Pai:

Mãe: CLEONICE DA SILVA GARRIDO

Endereço:

Cidade: POMBAL - PB - 58840-000 - 2512101

Endereço: R. SEVERINO GOMES SOUSA

N.: 73

Bairro: SANTA ROSA

Naturalidade: POMBAL - PB

Fone:

Documentos:

CNS: 700-2063-417D-8220

Identidade: 4048430

CPF:

Reg. Naso.:

Informações adicionais:

Nascimento: 17/03/1996

Cor: BRANCA

Estado Civil: NINF.

Profissão: AUTONOMO(A)

Responsável:

ANAMNESE (História da Moléstia atual, antecedentes pessoais, antecedentes hereditários)

*Relato do paciente sobre a
lesão ocorrida durante a queda
na academia*

EXAMES OBJETIVOS: (Inspeção geral, exame da região afetada, exame dos diversos aparelhos)

*Boa + exame + 7. Juntado
exame em parte (D)
parte da região*

EXAMES COMPLEMENTARES: (Raio X, laboratórios)

Im de parte 10p/12.

agnóstico:

Profilaxia Febril dos OMS de Pombal (D)

Motivo da Alta:

Resultado: () Saindo Curado () Melhorado () Falecido () Transferido

Recepcionista: FATIMA

Em:

Dr. Túlio Alberto de O. Souza

Otorrinolaringologista

CRM-PB 9251 CRM-RN 9800



HOSPITAL REGIONAL POMBAL SENADOR RUY CARNEIRO

RUA CEL. JOAO LEITE

POMBAL

PARAIBA

(83)3431-2149

Data/Hora 26/06/2019 15:02:50

Ocorrência:

CIRURGIA

Servidor do Dr.:

Paciente

CAIO RANGEL DA SILVA LIMA

Idade: 23 Sexo M

Filiação

Pai:

Mãe:

CLEONICE DA SILVA GARRIDO

Endereço

Cidade

POMBAL - PB - 58840-000 - 2512101

Endereço:

R. SEVERINO GOMES SOUSA

N.: 73

Bairro:

SANTA ROSA

Naturalidade:

POMBAL - PB

Fone:

Documentos

CNS:

700-2063-4170-6220

Identidade:

4048430

CPF:

Reg. Nasc.:

Informações adicionais

Nascimento

17/03/1996

Cor:

BRANCA

Estado Civil:

N. INF.

Profissão:

AUTONOMO(A)

Responsável:

ANAMNESE: (História da Moléstia atual, antecedentes pessoais, antecedentes hereditários)

Relato do paciente: acidente com faca perfurando o abdômen.

EXAMES OBJETIVOS: (Inspeção geral, exame da região afetada, exame dos diversos aparelhos)

Exame físico: sem alterações. Ferida perfurante no abdômen.

EXAMES COMPLEMENTARES: (Raio X, laboratórios)

Raio X do abdômen: sem alterações.

Diagnóstico:

Perfuração do Omo do Pm (5)

Motivo da Alta:

Resultado: () Saiu Curado () Melhorado () Falecido () Transferido

Recepção: FATIMA

Em,
Dr. Túlio Alberto de O. Souza
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 9257 / CRM-RN 9800



REQUERIMENTO

Eu, **CLEONICE DA SILVA GARRIDO**, portadora do RG Nº 1592351/SSP-PB, residente na Rua SEVERINO GOMES SOUTO, 73, VIDA NOVA, na cidade de Pombal - PB, solicito desta instituição militar uma Certidão de Ocorrência tipo colisão moto x carro ocorrida na BR-230, em Pombal-PB, próximo ao Supermercado Maia, no dia 26/06/2019, por volta das 9h.

Informo ainda que o referido acidente vitimou o senhor **CAIO RANGEL DA SILVA LIMA**.

Pombal, 27 de maio de 2019.

Cleonice da Silva Garrido 16.07.2019

CLEONICE DA SILVA GARRIDO

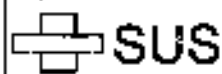
RG Nº 1592351/SSP-PB



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

Corpo de Bombeiros Militar da Paraíba - 3º Comando Regional - 6º Batalhão - 2ª Companhia
Rua Antônio Ferreira, S/N, Centro, 53840-000 - Pombal-PB
Fone: (83) 3431-3548 - email: bombeiros.pombal@gmail.com





Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde		2 - CNES	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		2592568	
HOSPITAL REGIONAL POMBAL SENADOR RUY CARNEIRO			
Identificação do Paciente		4 - PRONTUÁRIO	
3 - NOME DO PACIENTE		38043	
CAIO RANGEL DA SILVA LIMA			
5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	6 - DATA DE NASCIMENTO	7 - SEXO	8 - RACA / COR
700-2083-4170-6220	17/03/1996	M	BRANCA
9 - NOME DA MÃE		10 - TELEFONE	
CLEONICE DA SILVA GARRIDO			
11 - NOME DO RESPONSÁVEL			
12 - ENDEREÇO		13 - BAIRRO	
R. SEVERINO GOMES SOUSA		SANTA ROSA	
N.º 73			
14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA - 15 UF - 16 CEP - 17 CÓD. IBGE			
POMBAL - PB - 58840-000 - 2512101			

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

18 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS			
Prontuário 38043 do paciente de nome CAIO RANGEL DA SILVA LIMA. Com dor e desconforto na parte abdominal. No. em observação.			
19 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO			
Necessidade de cirurgia			
20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)			
R.S.			
21 - DIAGNÓSTICO INICIAL	22 - CID 10 PRINC	23 - CID 10 SEC.	24 - CID 10 CAUSAS ASSOC.
Fratura da tíbia da perna @			

25 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO		26 - COD PROCEDIMENTO	
Torniquete cirúrgico de 0500 da perna			
27 - CLÍNICA	28 - CARÁTER INTERNAÇÃO	29 - DOCUMENTO	30 - CNS/CPF - PROFISSIONAL SOLIC. / ASSISTENTE
Ortopedia	Outra	() CNS (x) CPF	027.182.184-83
31 - ASS. CARIMBO SOLICITANTE / ASSISTENTE		32 - DATA SOLIC	33 - ASSINATURA CARIMBO (DIRETOR MÉDICO)
		07/07/19	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

34 () ACIDENTE TRÂNSITO	37 - CNPJ SEGURADORA		38 - Nº BILHETE	39 - SÉRIE
35 () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO				
36 () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	40 - CNPJ EMPRESA		41 - CNAE EMPRESA	42 - CBOR
43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA		() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO		

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME PROFISSIONAL AUTORIZADOR		45 - COD. ÓRGÃO EMISSOR	50 - Nº AUTORIZAÇÃO INTERN. HOSPITALAR
46 - DOCUMENTO	47 - Nº DOCUMENTO (CPF/CNPJ) PROFISSIONAL		
() CNS () CPF			
48 - DATA AUTORIZAÇÃO	49 - ASS. CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)		
1 / 1			



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 484/2019

Versando sobre: **ACIDENTE DE TRÂNSITO - DPVAT**

Data do fato: **26/06/2019, pelas 08:00 horas**

Local do ocorrido: **BR 230, próximo ao restaurante Carreteiro, EM POMBAL-PB**

Data e hora em que a Delegacia tomou conhecimento: **24.07.2019 – as 10:20 horas**

COMUNICANTE: CAIO RANGEL DA SILVA LIMA; Filiação: José Antonio de Lima Filho e Cleonice da Silva Garrido Profissão: autônomo; Estado Civil: solteiro; Naturalidade: Pombal-PB; Nacionalidade: Bras.; Data de Nascimento: 17/03/1996; Endereço Residencial: Rua Severino Gomes Souto, 73, Vida Nova - Pombal-PB/ Telefone: 83 9 99552672/ 999671594/ Portador da RG 4048430 SSP-PB// CPF 117.496.244-51

HISTÓRICO: Que afirma o comunicante que no dia e hora acima informados, conduzia a motocicleta HONDA CG 150 TITAN KS / 2011 /2011 COR PRETA - PLACA PFP 4118/PB -CHASSI: 9C2KC1650BR536463, licenciada em nome de LEANDRO GOMES ALVES; Que trafegava na BR 230, próximo ao restaurante carreteiro, quando um veículo automóvel, cruzou a rodovia, provocando uma colisão da motocicleta ocupada pelo comunicante com o veículo automóvel; Que do acidente o comunicante teve duas fraturas na perna direita; Que foi socorrido pelo corpo de bombeiros e conduzido para o Hospital Regional pelo SAMU; Que ficou internado durante 13 dias no Hospital Regional de Pombal-PB, onde foi feita as cirurgias; Que tem conhecimento do fato a pessoa de WILLIS PEREIRA DA SILVA, RG 2.828.516 SSP-PB, residente a Rua Cabo João Monteiro da Rocha, 1368, 1º andar, Bairro Santo Amaro - Pombal-PB. Que compareceu a delegacia de Polícia, para registrar o fato, para fins de direito.

Pombal – PB, 24 de JULHO de 2019.

AUTORIDADE POLICIAL: Del. Pol. JOSÉ AROLDO ASSIS DE QUEIROGA.

OBS: O comunicante está identificado das imputações coninadas nos artigos 299 e 340 do C. P. B.

COMUNICANTE: Caio Rangel da Silva Lima

TESTEMUNHA: De Willis Pereira da Silva

Manuel de Sousa Lucena
Agente de Polícia Civil
Mat. 165345-4



ADITAMENTO AO BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 484/2019

Versando sobre: **ACIDENTE DE TRÂNSITO - DPVAT**

Data do fato: **26/06/2019, pelas 08:00 horas**

Local do ocorrido: **BR 230, próximo ao restaurante Carreteiro, EM POMBAL-PB**

Data e hora em que a Delegacia tomou conhecimento: **20/12/2019 – às 15h34min**

COMUNICANTE: CAIO RANGEL DA SILVA LIMA; Filiação: José Antonio de Lima Filho e Clonice da Silva Garrido; Profissão: autônomo; Estado Civil: solteiro; Naturalidade: Pombal-PB; Nacionalidade: Bras.; Data de Nascimento: 17/03/1996; Endereço Residencial: Rua Severino Gomes Souto, 73, Vida Nova - Pombal-PB/ Telefone: 83 9 99552672/ 999671594/ Portador da RG 4048430 SSP-PB/ CPF 117.496.244-51.

HISTÓRICO: Que afirma o comunicante que no dia e hora acima informados, conduzia a motocicleta HONDA CG 150 TITAN KS / 2011 /2011 COR PRETA - PLACA PFP 4118/PB -CHASSI: 9C2KC1650BR536463, licenciada em nome de LEANDRO GOMES ALVES; Que trafegava na BR 230, próximo ao restaurante carreteiro, quando um veículo automóvel, cruzou a rodovia, provocando uma colisão da motocicleta ocupada pelo comunicante com o veículo automóvel; Que do acidente o comunicante teve duas fraturas na perna direita; Que foi socorrido pelo corpo de bombeiros e conduzido para o Hospital Regional pelo SAMU; Que ficou internado durante 13 dias no Hospital Regional de Pombal-PB, onde foi feita as cirurgias; Que tem conhecimento do fato a pessoa de WILLIS PEREIRA DA SILVA, RG 2.828.516 SSP-PB, residente a Rua Cabo João monteiro da Rocha, 1368, 1º andar, Bairro Santo Amaro - Pombal-PB; **Que tem a acrescentar que na data do fato a moto estava em nome de Leandro Gomes Alves, todavia, atualmente, este veículo já se encontra em nome do comunicante;** **Que quanto a situação dessa transferência de propriedade do veículo, informa que a pessoa de José Antônio de Lima Filho, RG 1049275 SSP/PB, tem conhecimento do fato;** Que compareceu a esta delegacia de Polícia para registrar o fato para fins de direito.

Pombal – PB, 20 de dezembro de 2019.

OBS.: O comunicante está cientificado das imputações coninadas nos artigos 299 e 340 do C. P. B.

AUTORIDADE POLICIAL: Del. Pol. JOSÉ AROLDINO ASSIS DE QUEIROGA.

COMUNICANTE: Caio Rangel da Silva Lima

TESTEMUNHA: José Antonio de Lima Filho

Breithner da Silva Longuinho

GOVERNO DA PARAÍBA
1ª DELEGACIA DISTRICTAL
19ª DELEGACIA CIVIL DE POMBAL
11 E 2ª DO

Agente de Investigação / Matrícula 168.350-1

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF do vítima: 4 - Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSPEP Nº 445/2013

5 - Nome completo: CAIO BARCEL DA SILVA LIMA 6 - CPF: 117.496.244.51
7 - Profissão: AUTÔNOMO 8 - Endereço: RUA SEVERINO COMES SANTO 9 - Número: 73 10 - Complemento: -
11 - Bairro: LINDA NOVA 12 - Cidade: PIRATUBA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55540-000
15 - E-mail: KTHYASO.CAMPEIRO@HOTMAIL.COM 16 - Tel.(DDD): (33) 99662-7071

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUZO INFORMAR ☐ R\$1,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - TIPO DO BANCÁRIO: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (343)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0739 CONTA: 000464748
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos): Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA:
(informar o dígito se existir) (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, recolhendo-o e dando desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

☒ Declaro, sob as penas da lei, que não é 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:

- 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.

Solicito o prosseguimento na análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada, sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permaentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa orelva concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO(S) BENEFICIÁRIO(S) - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúva 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (apresentar)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Ednei cliente de uma Seguradora Líder pagara, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte ôquides 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 de responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura de testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura de testemunha

40 Local e Data, Piratuba, 07 de janeiro de 2020

Caio Barcel da Silva Lima
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Caio Rangel da Silva Lima
RG: 4048430 Órgão Emissor: SSP / PB CPF: 117.496.244-51
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Solteiro Profissão: Autônomo
Endereço: Rua Severino Gomes Santo Nº 73
Bairro: União Nova Cep: 56340-000 Cidade/UF: Pombal / PB
Telefone: () () ()

OUTORGADO:

Nome: Thiago Cláudio Leite Carneiro
RG: 2.897.048 Órgão Emissor: SSP / PB CPF: 057-614.995-02
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Solteiro Profissão: Advogado
Endereço: Rua Coronel João Carneiro Nº 514
Bairro: Centro Cep: 56340-000 Cidade/UF: Pombal / PB
Telefone: (53) 99680-7071 () ()

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado a quem confio poderes específicos para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar e solicitar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto às seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do **Seguro DPVAT** referente à

Vítima: Caio Rangel da Silva Lima
CPF: 117.496.244-51 Data do Acidente: 26 / 06 / 2019
Cobertura solicitada: ☒ Invalidaz Permanente () DAMS () Morte

Pombal, 20 de Setembro de 2019.
Local e data



Caio Rangel da Silva Lima
Assinatura do Outorgante (reconhecer firma por autenticidade)

CARTÓRIO "CEL. JOÃO QUEIROGA" 1º OFÍCIO

Reconheço POR AUTENTICIDADE a firma de CAIO RANGEL DA SILVA LIMA, Em test. de 20/09/2019 por Caio Rangel da Silva Lima



ANA CRISTINA RODRIGUES DE OLIVEIRA
Belo Digital de Nascimento 1000 Norma B-14164749-80102
Confira os dados do ato em: <https://reelodigital.pb.jus.br>
EMOLUM. R\$: 11,80 PARFEN R\$: 0,29 PPU R\$: 0,00



CEL. JOÃO QUEIROGA
1º Ofício de Registro e Tabelião
CNPJ: 09.205.816/0001-20
Fone: (53) 3431-2175 - Pombal/PB

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0020545/20

Vítima: CAIO RANGEL DA SILVA LIMA

CPF: 117.496.244-51

Seguradora: MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

Data do acidente: 26/06/2019

Titular do CPF: CAIO RANGEL DA SILVA LIMA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

THYAGO GLAYDSOON LEITE CARNEIRO : 057.614.794-00

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

CAIO RANGEL DA SILVA LIMA : 117.496.244-51

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 15/01/2020
Nome: THYAGO GLAYDSOON LEITE CARNEIRO
CPF: 057.614.794-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/01/2020
Nome: MARCOS AURELIO VIDAL
CPF: 856.703.089-72

THYAGO GLAYDSOON LEITE CARNEIRO

MARCOS AURELIO VIDAL

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0020545/20

Vítima: CAIO RANGEL DA SILVA LIMA

CPF: 117.496.244-51

Seguradora: MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

Data do acidente: 26/06/2019

Titular do CPF: CAIO RANGEL DA SILVA LIMA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

THYAGO GLAYDSOON LEITE CARNEIRO : 057.614.794-00

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

CAIO RANGEL DA SILVA LIMA : 117.496.244-51

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 15/01/2020
Nome: THYAGO GLAYDSOON LEITE CARNEIRO
CPF: 057.614.794-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/01/2020
Nome: MARCOS AURELIO VIDAL
CPF: 856.703.089-72

THYAGO GLAYDSOON LEITE CARNEIRO

MARCOS AURELIO VIDAL