Tribunal de Justiça da Paraíba
PJe - Processo Judicial Eletrônico

27/11/2020

Número: **0808558-33.2020.8.15.0001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**
Órgão julgador: **9ª Vara Cível de Campina Grande**
Última distribuição : **15/05/2020**
Valor da causa: **R$ 12.724,75**
Assuntos: **Seguro**
Segredo de justiça? **NÃO**
Justiça gratuita? **SIM**
Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
ELTON MARQUES PEREIRA (AUTOR)	**RAWLLA KYCIA ANDRADE SOUZA (ADVOGADO)**
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	**SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)**
ROSANA BEZERRA DUARTE DE PAIVA (TERCEIRO INTERESSADO)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
37183685	27/11/2020 11:06	Petição	Petição
37183689	27/11/2020 11:06	2727046_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_03	Outros Documentos
37183691	27/11/2020 11:06	2727046_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02	Outros Documentos
37183695	27/11/2020 11:06	2727046_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros Documentos

EM ANEXO

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 09 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **ELTON MARQUES PEREIRA**

Nº Sinistro: **3180142777**
Vitima: **ELTON MARQUES PEREIRA**
Data do Acidente: **15/04/2017**
Cobertura: **DAMS**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de reembolso de Despesas de Assistência Médicas e Suplementares - DAMS foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180142777.**

Esclarecemos que o valor para a cobertura de DAMS é de **ATÉ** R$ 2.700,00 e que suas despesas serão analisadas considerando os valores de mercado, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de reembolso é de até **30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária.**

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00303/00304 - carta_01 - DAMS

00020152

Carta nº 12627216

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 10 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **ELTON MARQUES PEREIRA**

Nº Sinistro: **3180142777**
Vitima: **ELTON MARQUES PEREIRA**
Data do Acidente: **15/04/2017**
Cobertura: **DAMS**
Procurador: **JOSE ERIVAN FERNANDES DE MEDEIROS**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180142777**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovante de residência faltando página

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

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

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

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00919/00920 - carta_03 - DAMS
00060460
Carta nº 12633356

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 16 de Maio de 2018

Carta n°: 12813142

A/C: ELTON MARQUES PEREIRA

Nº Sinistro:	**3180142777**
Vitima:	**ELTON MARQUES PEREIRA**
Data do Acidente:	**15/04/2017**
Cobertura:	**DAMS**
Procurador:	**JOSE ERIVAN FERNANDES DE MEDEIROS**

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: **ELTON MARQUES PEREIRA**

Valor: **R$ 1.381,50**

Banco: **001**

Agência: **000001634-9**

Conta: **000010027791-8**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").
Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima	Nome completo da vítima
	069.135.024-86	Elton Marques Pereira

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: Elton Marques Pereira		CPF titular da conta: 069.135.024-86	Profissão: Militar
Endereço: Rua São Severino		Número: 124	Complemento:
Bairro: Monte Santo	Cidade:	Estado: PB	CEP:
Email:			Telefone (DDD):

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

22 MAR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

- [x] RECUSO INFORMAR
- [ ] SEM RENDA
- [ ] ATÉ R$ 1.000,00
- [ ] R$ 1.001,00 ATÉ R$ 3.000,00
- [ ] R$ 3.001,00 ATÉ R$ 5.000,00
- [ ] R$ 5.001,00 ATÉ R$ 7.000,00
- [ ] R$ 7.001,00 ATÉ R$ 10.000,00
- [ ] ACIMA DE R$ 10.000,00

- [ ] **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
  - [ ] BRADESCO (237)
  - [ ] BANCO DO BRASIL (001)
  - [ ] ITAÚ (341)
  - [ ] CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

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

- [x] **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome: Banco do Brasil NRO. ____
AGÊNCIA NRO. 1634-9 D/V ____ (Informar dígito se existir)
CONTA NRO. 27491 D/V 6 (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

João Pessoa, 22 de Março de 2018
Local e Data

Elton Marques Pereira
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017

SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
2ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos de Campina Grande

POLÍCIA CIVIL PARAÍBA

GOVERNO DA PARAÍBA
Secretaria de Estado da Segurança e da Defesa Social

DELEGACIA DE ACIDENTES DE VEÍCULOS SSP/PB

BOLETIM DE OCORRÊNCIA
Nº00318.01.2017.2.00.420

OCORRÊNCIA(S)

Suposto(s) Autor(es):
Tipificação 1: LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO
Data da Ocorrência: 15/04/2017 **Hora:** 07:30:00
Forma da Comunicação: Verbal
Endereço: Br 230 Lagoa de Dentro, São José da Mata, Campina Grande, PB.

PARTE(S)

VITIMA

Nome: Elton Marques Pereira
Conhecido por: Não informado
Filiação: Ernilaide Marques Pereira e José Pereira Filho
Idade: 29 **Data de Nascimento:** 25/04/1988 **Identidade de Gênero:** masculino
Nacionalidade: brasileira **Naturalidade:** Campina Grande
Estado Civil: solteiro(a)
Escolaridade: Não informado **Profissão:** Policial Militar
Documentos(s) de Identificação: CPF nº 069.135.024-86
Endereço: Rua- São Severino, 124, Monte Santo, Campina Grande, PB
Complemento: Não informado
Telefone: (83) 98829-7029

TESTEMUNHA

Nome: Djanilson Barbosa Marinho Júnior
Conhecido por: Não informado
Filiação: Vivian Leide Vieira Marinho e Djanilson Barbosa Marinho
Idade: 29 **Data de Nascimento:** 01/01/1988 **Identidade de Gênero:** masculino
Nacionalidade: brasileira **Naturalidade:** Campina Grande
Estado Civil: solteiro(a)
Escolaridade: Não informado **Profissão:** Policial Militar
Documentos(s) de Identificação: CPF nº 073.513.454-57
Endereço: Rua- Manoel Leonardo Gomes, 1180, Campina Grande, PB
Complemento: Bloco, "H", APTº304
Telefone: Não informado

AG. JOÃO PESSOA
PROTOCOLO
28 MAR. 2018

CARTÓRIO DO 8º OFÍCIO
Pedro Oliveira de Lucena
Tabelião
CAMPINA GRANDE-PB

CARTÓRIO DO 8º OFÍCIO DE NOTAS
Rua Marques do Herval, 83 - Centro-Fone: 3341-6085
CNPJ: 09.365.545/0001-76
Bel. Pedro Oliveira de Lucena
Tabelião
Certifico e dou fé que a presente cópia fotostática é a Reprodução fiel do original que me foi exibido
Campina Grande 28/09/17
Bel. Pedro Oliveira de Lucena
Tabelião

SELO DIGITAL: AFW25254-UN42
Consulte a autenticidade em http://selodigital.tjpb.jus.br

EM BRANCO

SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
2ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos de Campina Grande

POLÍCIA CIVIL
PARAÍBA

GOVERNO DA PARAÍBA
Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

TESTEMUNHA

Nome: Edson Joaquim de Lira Júnior
Conhecido por: Não informado
Filiação: Joselita Silva Pereira Lira e Edson Joaquim de Lira
Idade: 29 **Data de Nascimento:** 29/04/1988 **Identidade de Gênero:** masculino
Nacionalidade: brasileira **Naturalidade:** Campina Grande
Estado Civil: casado(a)
Escolaridade: Não informado **Profissão:** Policial Militar
Documentos(s) de Identificação: CPF nº 014.271.874-28
Endereço: Rua- Pedro Silva, 630, Jardim Paulistano, Campina Grande, PB
Complemento: Não informado
Telefone: Não informado

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

(1) Moto, marca Honda, modelo CG 150 TITAN KS, tipo de veículo Motocicleta, cor vermelha, ano 2009, placa MOR-6634, chassi 9C2KC15109R021136, renavam 14241674-2

DILIGÊNCIAS ADOTADAS/EXAMES REQUISITADOS

HISTÓRICO

Informa o comunicante/vítima, que no dia, hora e local já descritos, conduzia a motocicleta Honda/CG 150 TITAN KS, Ano/Modelo 2009/2009, cor vermelha, Placa MOR6634-PB, Chassi de Nº 9C2KC15109R021136, licenciada em nome do comunicante Elton Marques Pereira,quando trafegava na BR 230, mais precisamente na localidade Lagoa de Dentro, em frente a Mastodonte, bairro São José da Mata, momento em que o condutor de um veículo Siena de cor branco de demais sinais e condutor não identificado, que ia a sua frente tendo tirado para o acostamento e logo em seguida fez a volta na pista tendo o comunicante colidido na lateral traseira do lado esquerdo, tendo a vítima caído ao solo e sofrido fratura do Antebraço esquerdo e madibula, perda de dois dentes, sendo socorrida pelo SAMU e encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma, nesta cidade. Na ocasião do acidente o tempo apresentava-se bom, com via seca e boa visibilidade, não se encontrando o envolvido sob a influência de bebidas alcoólicas. Não compareceram os Policiais Militares do CPTRAN, razão pela qual não foi elaborado o Boletim de Acidente de Trânsito. Afirma a vítima não ter o desejo de Representar Criminalmente contra o condutor do veículo causador do acidente.

Nada mais disse. Encerrado está o presente termo.

CARTÓRIO DO 8º OFÍCIO
Pedro Oliveira de Lucena
Tabelião
CAMPINA GRANDE-PB

CARTÓRIO DO 8º OFÍCIO DE NOTAS
Rua Marques do Hervel, 83 - Centro-Fone: 3341-6085
CNPJ: 09.365.545/0001 76
Bel. Pedro Oliveira de Lucena
Tabelião
Certifico e dou fé que a presente cópia fotostática é a Reprodução fiel do original que me foi exibido
Campina Grande 28 09 17
Bel. Pedro Oliveira de Lucena

SELO DIGITAL: AFW25855-IPWD
Consulte a autenticidade em https://selodigital.tjpb.jus.br

28 MAR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

EM BRANCO

SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
2ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos de Campina Grande

POLÍCIA CIVIL
PARAÍBA

GOVERNO DA PARAÍBA
Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

DELEGACIA DE ACIDENTES DE VEÍCULOS

Campina Grande/PB, 28 de setembro de 2017.

LUCIANO BEZERRA SERRA SECA
Delegado(a) de Polícia Civil

Elton Marques Pereira

ELTON MARQUES PEREIRA
Noticiante

ADEMIR DA COSTA VILAR
Escrivão de Polícia

CARTÓRIO DO 8º OFÍCIO
Pedro Oliveira de Lucena
Tabelião
CAMPINA GRANDE-PB

CARTÓRIO DO 8º OFÍCIO DE NOTAS
Rua Marques do Herval, 83 - Centro Fone: 3341-6085
CNPJ: 09.365.545/0001.76
Bel. Pedro Oliveira de Lucena
Tabelião
Certifico e dou fé que a presente cópia fotostática é a Reprodução fiel do original que me foi exibido
Campina Grande 28 0917
Bel. Pedro Oliveira de Lucena
Tabelião

SELO DIGITAL: AFW25856 - KLCT
Consulte a autenticidade em ... digital.tjpb.jus.br

28 MAR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Estado da Paraíba
Prefeitura Municipal de Campina Grande-PB
Secretaria de Saúde do Município
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAMU Regional CG - 192

SAMU 192
CAMPINA GRANDE - PB

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins de direito que o SAMU 192 Regional – CG prestou atendimento pré-hospitalar ao paciente **Elton Marques Pereira,** vítima de acidente de trânsito no dia 15 de Abril de 2017 aproximadamente às 07hs30min, End: BR 230 – Lagoa de Dentro, sendo o paciente atendido e removido para Hospital de Urgência e Trauma.

Campina Grande, 04 de Maio de 2017.

Fabio Alexandre B. Nascimento
SUPERVISOR
SAMU 192-CG

Deoclecio F. Nascimento
Coordenação Administrativa

28 MAR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

SAMU 192 (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência)
Rua: Almeida Barreto, 428 São José CEP: 58400-328 Campina Grande-PB
Fone: (83) 3322-5207 / 3322-5191

CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA

Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA, INFORME ESTE NÚMERO

MATRÍCULA	REFERÊNCIA
11314940	DEZ/2017

CONTA DE CONSUMO DE AGUA / ESGOTO E SERVICOS

LUIS FERNANDES
RUA HENRIQUE DIAS 370
CONCEICAO
CAMPINA GRANDE 58401- 236

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias (Residencial / Comercial / Industrial / Público)	Responsável
018.31.335.0016	0	1 / 0 / 0 / 0	11314940

Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto
Y13N725673	07/11/2013	1	LIGADO	LIGADO

ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (m3)	NUM. DE DIAS	PROXIMA LEITURA
894	907	13	30	04/01/2018

HIST. DE CONS./ANOR. LEIT. | QUALID. DA AGUA-DECRETO 2.914/2011-MS.

			PARAMETROS	EXIG.	ANALIS.	CONFORMES
JUN/2017	20	0	COL.TOTAIS	178	180	180
JUL/2017	14	0	COR	55	180	178
AGO/2017	12	0	COL.TERMOT	0	0	0
SET/2017	16	0	CLORO	178	180	180
OUT/2017	19	0	TURBIDEZ	178	180	178
NOV/2017	17	0				
MEDIA(M)	16					

DADOS REFERENTES A:OUT/2017

DATA DA LEITURA: 05/12/2017 HORA DA LEITURA: 09:31:44

DESCRICAO	CONSUMO	VL AGUA	VL ESGOTO	TOTAL(R$)
RESIDENCIAL CONSUMO ATE 10m	10	36,84	29,47	R$66,31
DE 11m A 20m	3	14,25	11,40	R$25,65
TOTAIS		51,09	40,87	

2 J MAR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R$8,54 PIS E COFINS. LEI 12.741/12.

VENCIMENTO:	Total a Pagar:
18/12/2017	R$91,96

V.10.13 R. 1.0

CONDICAO DE LEITURA:CONFIRMADA
CONDICAO DO FATURAMENTO:REAL TIPO DE TARIFA:NORMAL
POSICAO DE DEB. ANTERIOR(ES)
EXISTE(M) CONTA(S) ANTER. EM DEBITO.

INFORMACOES GERAIS:
ACOMPANHE COMO ESTA SENDO APLICADO SEU DINHEIRO
WWW.TRANSPARENCIA.PB.GOV.BR

CAGEPA

MATRÍCULA	REFERÊNCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
11314940	DEZ/2017	18/12/2017	R$91,96

82660000000-2 91960010821-2 13149401220-9 17000000002-7

Cartão
Ourocard Visa
Nº 4984 **** **** 0889

Pag. 001 de 002

Vencimento: 05/04/2018

ELTON M PEREIRA
R SAO SEVERINO 124
MONTE SANTO
58400-747 CAMPINA GRANDE - PB

Atenção

Em caso de pagamento inferior ao valor total, o cliente deverá arcar com as taxas e encargos apontados nesta fatura, incidentes sobre a diferença entre o valor total e o valor pago.

Caso seja efetuado exclusivamente o pagamento mínimo, na próxima fatura poderão ser cobrados encargos financeiros de no mínimo R$ 106,72. Consulte o CET no quadro Custo Efetivo Total da fatura, item Crédito Rotativo/Saques.

Valor Total: R$ 1.258,05

Pagamento mínimo (1): R$ 188,71

Pagamento parcelado (2): ENTRADA 123,86 + 23x 123,80

(1) O pagamento mínimo inclui as mensalidades de parcelamentos anteriores lançados nesta fatura, caso existam.
(2) Para parcelar esta fatura em 24 vezes (1 + 23), pague até o vencimento, de uma só vez, o valor da entrada (R$ 123,86 - CET 199,43% a.a). Se você possui parcelamentos anteriores, a mensalidade que seria debitada neste mês já contempla o valor da entrada. Para parcelamentos após o vencimento da fatura, consulte de outros planos de parcelamento e informações sobre o CET, acesse bb.com.br/cartaoemsuafatura, procure um caixa eletrônico ou ligue para a Central de Atendimento do Banco do Brasil.

Total da Fatura

Saldo - R$	1.258,05
Saldo convertido - R$	0,00
Total da fatura - R$	1.258,05

Resumo em Real

Saldo anterior	1.918,09
Pagamentos/Créditos	- 1.918,09
Compras/Débitos	1.258,05
Saldo - R$	1.258,05
Saldo parcelado faturas futuras	2.775

Resumo em Dólar

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

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

IOF e Encargos nesta Fatura

IOF	
• Retiradas e uso do limite de crédito rotativo	0,00
Encargos	
• Retiradas na função crédito	0,00
• Uso do limite de crédito rotativo	0,00

Limites

Total para transação à vista	4.233
Saques (incluído no total transação à vista)	4.233
Total para transações parceladas	2.000
Crediário	20.488

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

Ponto pra Você/Livelo

Pontuação acumulada em 21.03.2018: 4.730

Consulte pontos a prescrever e saldo atual
- **Caixas eletrônicos**: Ponto pra Você - Prog Recompensas
- **Internet**: Ponto pra Você/Cem: Acum. Pontos
- **Aplicativo BB no mobile**: Ponto pra Você/Cem: Acum. Pontos

Encargos Financeiros

	1	2
Crédito Rotativo	9,98	9,98
Crédito Parcelado	9,30	9,30
Juros de mora	1,00	1,00
Multa por atraso	2,00	2,00

1 - Para o período - % ao mês
2 - Mínimo para o próximo período - % ao dia

Tarifas

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

Uso no Exterior

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

Custo Efetivo Total (CET)

Serviços	Taxa ao Mês (%)	Taxa ao Ano (%)	Taxa Acumulada (%)	Taxa Diária (%)	CET ao Ano (%)[2]
Crédito Rotativo Saques[1]	9,98	213,15	0,36	0,0082	227,42
Parcelado administrativo[3]	9,30	160,66	0,36	0,0082	192,53
Pagamento de Contas (parcelado)[3,4]	[illegible]	135,63	0,36	0,0082	137,36

1 - Taxas vigentes até o vencimento deste fatura [illegible] período. Para clientes que aderiram ao parcelamento automático, a taxa de juros do [illegible] CET não se aplica ao ano, a partir do vencimento da próxima fatura.
2 - Resultado de incidência da Taxa ao ano [illegible]
3 - Taxas de seus contratos [illegible]
4 - Os serviços não estão disponíveis [illegible]
Obs. Tarifa de Saque R$ 12,00 por evento. Tarifa de Pagamento de Contas [illegible]

COMPREV
COMPREV - PREVIDÊNCIA S/A
23 ABR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO [illegible]

BANCO DO BRASIL 001-9

Nome do Pagador /CPF/CNPJ/Endereço/Cidade/UF/CEP: ELTON M PEREIRA - CPF 069.135.024.86
R SAO SEVERINO 124 - - MONTE SANTO - 58400-747 - CAMPINA GRANDE - PB
Sacador / Avalista

Nosso Número	Nº do documento	Data de Vencimento	Valor Documento	Valor Pago
0000000000089996220		05/04/2018	1.258,05	

Nome do Beneficiário/CNPJ/CPF/Endereço
Banco do Brasil S.A. - CNPJ n.00.000.000/0001-91 - SBS Qd 01 - Sl A lote 31 - Ed Sede 1 - 2 as - 70073-900 Brasília (DF)

Agência / Código do Beneficiário: 4700-7 31027-91-10-9

Autenticação Mecânica

BANCO DO BRASIL 001-9

Local de Pagamento
Pagável em qualquer banco até o vencimento

Nome do Beneficiário/CNPJ/CPF/Endereço
Banco do Brasil S.A. - CNPJ n.00.000.000/0001-91 - SBS Qd 01 - Sl A lote 31 - Ed Sede 1 - 2 as - 70073-900 Brasília (DF)

Data do documento	Nº do documento	Espécie DOC.	Aceite	Data processamento
22/03/2018			N	22/03/2018

Uso do Banco	Carteira	Espécie	Quantidade	X	Valor
	66	R$			

Informações de responsabilidade do Beneficiário
O CAMPO VALOR DO DOCUMENTO ESTA PREENCHIDO COM O TOTAL DESTA FATURA. VOCÊ PODE UTILIZAR O MESMO BOLETO PARA PAGAMENTO DE VALOR MENOR OU OPTAR PELO PARCELAMENTO PAGANDO O VALOR DE ENTRADA INFORMADO NESTA FATURA. CONHEÇA OUTROS PLANOS DE PARCELAMENTO NO SITE BB.COM.BR/PARCELESUAFATURA, NOS CAIXAS ELETRÔNICOS OU LIGUE PARA 0800 729 0001.

Data de Vencimento	05/04/2018
Agência / Código do Beneficiário	4700-7 31027-91-10-9
Nosso Número	0000000000089996220
(=) Valor Documento	1.258,05
(-) Desconto / Abatimento	
(+) Juros / Multa	
(=) Valor Pago	

Nome do Pagador /CPF/CNPJ/Endereço/Cidade/UF/CEP
ELTON M PEREIRA - CPF 069.135.024.86
R SAO SEVERINO 124 - - MONTE SANTO - 58400-747 - CAMPINA GRANDE - PB

Sacador / Avalista

COPIA

Autenticação Mecânica - Ficha de Compensação

FATURA DEBITADA EM CONTA CORRENTE - NAO RECEBER

GOVERNO DA PARAÍBA

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

CNPJ: 08.778.268/0001-60 | AV. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas - CEP 58432-809 / Campina Grande - PB

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo: _____

CRM: _____ UF: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

1ª VIA - Retenção da Farmácia ou Drogaria

2ª VIA - Orientação ao Paciente

Dr. Otávio Ferreira de Oliveira Neto CRM-PB 7103

Assinatura e Carimbo do Médico

Paciente: ELTON GENUINO

Endereço:

Prescrição: Via oral
Cetoconazol 200mg — 28 cp
Tomar 1 comp de 6/6h por
07 dias

Data: 17 / 03 / 20 18

Dr. Otávio Ferreira de Oliveira Neto CRM-PB 7103

Assinatura do Médico

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: Kaluanny Morais de Almeida

Ident: 9902913796 Órg. Emissor: SSP-CE

End.: R. Rodrigues Alves nº 1440

Cidade: C. Grande UF: CE

Telefone: 99671-4167

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico

DATA: DATA: ___/___/___

MOD 083

OMPREV SEGURIDADE E PREVIDÊNCIA S/A
26 MAR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

FARMACIA DIAS LTDA CNPJ:07.275.031/0014-19
RUA ANTENOR NAVARRO, 374, PRATA, Campina Grande, PB

Documento Auxiliar da Nota Fiscal de Consumidor Eletrônica

CODIGO DESCRICAO QTD UN VL UN	VL TOTAL
07896004704092 CEFALEXINA 500MG 10CPR EMS 3x28,67	86,01
Desconto -34,44	51,57
07898096577840 ANFLEX RET 200MG 6CAPS 1Cx32,11	32,11
Desconto -6,74	25,37
07896230304390 ALCOOL 70% GL ADVANSEPT 30ML 1FRCx5,99	5,99
Desconto -0,30	5,69
07898108612095 COMP GAZE ESTERIL DIAS C/10 UNID 1PCx2,00	2,00
Desconto -0,10	1,90
QTD. TOTAL DE ITENS	4
VALOR TOTAL R$	126,11
DESCONTOS R$	-41,58
VALOR A PAGAR R$	84,53
Cartão de Crédito	84,53

EMISSÃO NORMAL

Numero: 117934 Serie: 1
Emissão: 17/04/2017 16:42:43 Via do Consumidor
Consulte pela Chave de Acesso em
https://www5.receita.pb.gov.br/atf/seg/SEGI_AcessarFuncao.jsp?cdFuncao=FIS_1410
2517 0407 2800 3100 1419 6500 1000 1179 3410 8191 9100
Protocolo de Autorização: 325170081124343
Data de autorização: 17/04/2017 16:46:58

CONSUMIDOR NÃO IDENTIFICADO

MD5: 1B65A85CF8E0A566F31D82504DEAC412
PV0000249465
Trib aprox R$ 11,59 Fed e 10,93 Est e 0,00 Mun Fonte: IBPT H4T2P7
VOCE ECONOMIZOU.....: R$ 41,58
Balc: 1153 N.Controle:398851
FIDELIDADE REDEDIAS-20.180.334/0001-89
Cliente:128458-KARLA MARIA DE A MOURA
Informações dos Tributos Totais Incidentes (Lei Federal 12.741/2012): R$ 22,52

FARMACIA DIAS LTDA (D20)
FARMACIA DIAS LTDA
RUA ANTENOR NAVARRO, 374 CEP: 58400-520
PRATA - CAMPINA GRANDE - PB

CNPJ:07.275.031/0014-19 IE:162075456

17/04/2017 16:42

COMPROVANTE CREDITO OU DEBITO

CARTAO MASTER CREDITO
Numero do documento: 117934

REDE
MASTERCARD
COMPR:752128922 VALOR: 84,53
ESTAB:042783003 FARMACIA DIAS 20
17.04.17-16:42:55 TERM:PV856674 170099
CARTAO: xxxx.xxxx.xxxx.9886
AUTORIZACAO: 425576
ARQC:39CDA773522475AF
TRANSACAO AUTORIZADA MEDIANTE USO DE SENHA PESSOAL.

(SiTef)

REDE
MASTERCARD
COMPR:752128922 VALOR: 84,53
ESTAB:042783003 FARMACIA DIAS 20
17.04.17-16:42:55 TERM:PV856674 170099
CARTAO: xxxx.xxxx.xxxx.9886
AUTORIZACAO: 425576
ARQC:39CDA773522475AF
TRANSACAO AUTORIZADA MEDIANTE USO DE SENHA PESSOAL.

(SiTef)

OMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
28 MAR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

FARMACIA DIAS LTDA CNPJ:07.275.031/0018-42
RUA VIGOUVINO WANDERLEY, 250, CENTRO, Campina Grande, PB
Documento Auxiliar da Nota Fiscal de Consumidor Eletrônica

CODIGO	DESCRIÇÃO	QTD	UN	VL. UN	VL. TOTAL
07896523212685	NIMESULIDA 100MG 12CPR GNEFARMA	1	UNDx	19,33	19,33

Desconto -9,91 9,42
QTD. TOTAL DE ITENS 1
VALOR TOTAL R$ 19,33
DESCONTOS R$ -9,91
VALOR A PAGAR R$ 9,42
Dinheiro 10,00
TROCO R$ 0,58

EMISSÃO NORMAL
Número: 57552 Série: 1
Emissão: 22/08/2017 18:14:50 - Via do Consumidor
Consulte pela Chave de Acesso em
https://www5.receita.pb.gov.br/atf/seg/SEGf_AcessarFuncao.jsp?cdFuncao=FIS_1410
2517 0807 2750 3100 1942 6500 1000 0575 5216 9720 9556
Protocolo de Autorização: 325170180736722
Data de autorização: 22/08/2017 18:14:53
CONSUMIDOR NÃO IDENTIFICADO

MD5: C466750BCA18C2D901F2DB8E1A19888E
PV0000258058
Trib aprox R$ 1,27 Fed e 0,00 Est e 0,00 Mun Fonte: IBPT H4T2P7
VOCÊ ECONOMIZOU.....: R$ 9,91
Balc: 784 N.Controle:494421
1000-FIDELIDADE REDEDIAS
Cliente:45594-BETANIA ARAUJO MIGUEL
Informações dos Tributos Totais Incidentes (Lei Federal 12.741/2012): R$ 1,27

DROGASIL
Rata Drogasil S/A
RUA SIQUEIRA CAMPOS, 540 - PRATA - CAMPINA GRANDE - PB
CNPJ: 61.585.865/1628-01 - I.E: 162865651

DANFE NFC-e - Documento Auxiliar
da Nota Fiscal de Consumidor Eletronica
Nao permite aproveitamento de credito de ICMS

#| COD	DESC	QTD	UN	VL UNIT R$	ALIQ	VL ITEM R$
01	07951	PERIOTRAT DENTAL 250	1,00	UnX	17,00	F 17,00

QTD. TOTAL DE ITENS 1
VALOR TOTAL R$ 17,00
FORMA DE PAGAMENTO VALOR PAGO
CARTAO DE CREDITO 17,00

Trib Aprox R$:0,71 Federal e 2,89 Estadual
Fonte: IBPT

NFC-e No. 000003690 Serie 002
Emissao 22/04/2017 20:13:53
Via Consumidor
Consulte pela Chave de Acesso em
http://www.receita.pb.gov.br/nfce
CHAVE DE ACESSO
2517 0461 5858 6516 2801
6500 2000 0036 9010 0000 0015

CONSUMIDOR NAO IDENTIFICADO

Consulta via leitor de QR Code

Protocolo de Autorizacao : 325170085197550
22/04/2017 20:13:53

POV: 002 LJ: 2305 Coo: 0000007260

OMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
28 MAR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

DROGASIL
Rata Drogasil S/A
RUA SIQUEIRA CAMPOS, 540 - PRATA - CAMPINA GRANDE - PB
CNPJ: 61.585.865/1628-01 - I.E: 162865651

DANFE NFC-e - Documento Auxiliar
da Nota Fiscal de Consumidor Eletronica
Nao permite aproveitamento de credito de ICMS

#| COD	DESC	QTD	UN	VL UNIT R$	ALIQ	VL ITEM R$
01	53660	DICLOF RES 15 EMG 20	1,00	UnX	12,83	F 12,83
		De 12,83 por 8,15 desconto de				4,68
		Valor Liquido				8,15

QTD. TOTAL DE ITENS 1
VALOR TOTAL DESCONTO R$ 4,68
VALOR TOTAL R$ 8,15
FORMA DE PAGAMENTO VALOR PAGO
CARTAO DE CREDITO 8,15

Trib Aprox R$:1,10 Federal e 1,39 Estadual
Fonte: IBPT

NFC-e No. 000003688 Serie 002
Emissao 22/04/2017 20:10:25
Via Consumidor
Consulte pela Chave de Acesso em
http://www.receita.pb.gov.br/nfce
CHAVE DE ACESSO
2517 0461 5858 6516 2801
6500 2000 0036 8810 0000 0017

CONSUMIDOR NAO IDENTIFICADO

Consulta via leitor de QR Code

Protocolo de Autorizacao : 325170085195738
22/04/2017 20:10:25

POV: 002 LJ: 2305 Coo: 0000007256

FARMACIA DIAS LTDA CNPJ:07.275.031/0014-19
RUA ANTENOR NAVARRO, 374, PRAIA, Campina Grande, PB

Documento Auxiliar da Nota Fiscal de Consumidor Eletrônica

CODIGO	DESCRIÇÃO	QTD	UN	VL. UN	VL. TOTAL
07898096657031	DEQUIL SL 10MG	1	UN	R$29,95	29,95
Desconto				-5,99	23,96

QTD. TOTAL DE ITENS 1
VALOR TOTAL R$ 29,95
DESCONTOS R$ -5,99
VALOR A PAGAR R$ 23,96
Cartão de Crédito 23,96

EMISSÃO NORMAL
Numero: 131794 Serie: 1
Emissão: 24/05/2017 10:59:22 - Via do Consumidor
Consulte pela Chave de Acesso em
https://www5.receita.pb.gov.br/atf/seg/SEGf_AcessarFuncao.jsp?cdFuncao=FIS_1410
2517 0507 2750 3100 1419 6500 1000 1317 9414 4314 3867
Protocolo de Autorização: 325170109299740
Data de autorização: 24/05/2017 11:00:01
CONSUMIDOR NÃO IDENTIFICADO

MD5: 1B65A85CF8E0A566F3ID82504DEAC412
PV0000261182
Trib aprox R$ 3,22 Fed e 0,00 Est e 0,00 Mun Fonte: IBPT H4T2P7
VOCE ECONOMIZOU.....: R$ 5,99
Balc: 1153 N.Controle:417887
FIDELIDADE REDEDIAS-20.180.384/0001-89
Cliente:69759 ELTON ADELINO DOS SANTOS
Informações dos Tributos Totais Incidentes (Lei Federal 12.741/2012): R$ 3,22

FARMACIA DIAS LTDA (D20)
FARMACIA DIAS LTDA
RUA ANTENOR NAVARRO, 374 CEP: 58400-520
PRAIA - CAMPINA GRANDE - PB

CNPJ:07.275.031/0014-19 IE:16207566

24/05/2017 10:59

COMPROVANTE CREDITO OU DEBITO

CARTAO VISA CREDITO
Numero do documento: 131794

CIELO
VISA CREDITO
498442******0889
1a VIA-CLIENTE AUT=039316
DOC=240043 24 05 17 10:59 ONL-C
VENDA A CREDITO
VALOR: 23,96

(SiTef)

CIELO
VISA CREDITO
498442******0889
2a VIA-ESTABELECIMENTO AUT=039316
0010423254700002 PDV=42232117
DOC=240043 24 05 17 10:59 ONL-C
VENDA A CREDITO
VALOR: 23,96

TRANSACAO AUTORIZADA COM SENHA
ELTON M PEREIRA
A0000000031010-DREFCOLLESS

CIA BRASILEIRA DE DISTRIBUICAO
CNPJ - 47.508.411/1596-56
Av. Prefeito Severino Bezerra Cabral, 1339
Mirante - PB

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL DE CONSUMIDOR ELETRONICA

#	COD	DESC	QTD	UN	VL UN R$	(VLTR R$)*	VL ITEM R$
001	0000007067914	DIPIRONA SOD 4MG GTS	4	UN	X 1,82	(0,98)	7,28
002	0000000454642	MANTEIGA DE CACAU BA	1	UN	X 2,99	(0,99)	2,99

QTD TOTAL DE ITENS 2
VALOR TOTAL R$ 10,27
CARTAO 10,27

Consulte pela Chave de Acesso em
http://www.receita.pb.gov.br/
2517 0547 5064 1115 9856 6500 4000 0337 5110 0000 5376

CONSUMIDOR OUTROS:

NFC-e 000033751 Serie 004 05/05/2017 16:34:37
Protocolo de autorizacao: 325170094797765
Data de autorizacao: 05/05/2017 16:34:37

20170505234200400000537
MD-5: 8018d90bfd3cc530bec3ebf5efb928e8
PARAIBA LEGAL - RECEITA CIDADA
TORPEDO PREMIADO:
161859798 0505201/ 000537 1027
PDV:004 LJ:2342 Ve:24 CO0:537
SIACFISC.EXE V:11.12.00 Op:000908602 Edneide Nascimento
CIELO-VISA CREDIT
498442-0889-01/21
POS=62150839 DOC=004924 AUT=080120
VENDA A CREDITO
VALOR: 10,27 CTR:05509424009
Trib aprox R$: Vel aprox Trib Fed 1,38 (13,44%)
Trib Est 0,53 (5,16%) Fonte:IBPT

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
28 MAR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

FARMACIA DIAS LTDA CNPJ:07.275.031/0014-19
RUA ANTENOR NAVARRO, 374, PRATA, Campina Grande, PB

Documento Auxiliar da Nota Fiscal de Consumidor Eletrônica

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	QTD	UN	VL UN	TOTAL
0789810612095	COMP GAZE ESTERIL DIAS C/10	UNID			
	5PCx2,00				10,00
Desconto				-0,50	9,50
0789180000672	ACELDRA CREP LYSNE 12MM 5PCx2,98				14,90
Desconto				-0,75	14,15
0789623030146	SORO FISIOLOGICO ADV 0,9% 500ML				
	1UNDx5,25				5,25
Desconto				-0,26	4,99
QTD. TOTAL DE ITENS					3
VALOR TOTAL R$					30,15
DESCONTOS R$					-1,51
VALOR A PAGAR R$					28,64
Cartão de Crédito					28,64

EMISSÃO NORMAL

Número: 119876 Serie: 1
Emissão: 22/04/2017 20:29:25 - Via do Consumidor
Consulte pela Chave de Acesso em
https://www5.receita.pb.gov.br/atf/seg/SEGF_Acessar.Funcao.jsp?cdFuncao=FIS_1410
2517 0407 2750 3100 1419 6500 1000 1198 7618 3200 9005
Protocolo de Autorização: 325170085204944
Data de autorização: 22/04/2017 20:29:44
CONSUMIDOR NÃO IDENTIFICADO

MD5: 1B65A85CF5E0A566F31D82504DEAC412
PV0000251112
Trib aprox R$ 3,39 Fed e 5,16 Est e 0,00 Mun Fonte: IBPT H4I2P7
VOCE ECONOMIZOU.....: R$ 1,51
Balc: 1389 N.Controle:401589
FIDELIDADE REDEDIAS-20.180.384/0001-89
Cliente:25851-LUCIDALVA SILVA ARRUDA LUN
Informações dos Tributos Totais Incidentes (Lei Federal 12.741/2012): R$ 8,55

FARMACIA DIAS LTDA (020)
FARMACIA DIAS LTDA
RUA ANTENOR NAVARRO, 374 CEP: 58400-520
PRATA - CAMPINA GRANDE - PB

CNPJ:07.275.031/0014-19 IE:162075456

22/04/2017 20:29

COMPROVANTE CREDITO OU DEBITO

CARTAO VISA CREDITO
Número do documento: 119876

CIELO
VISA CREDITO
498442******0889
1a VIA-CLIENTE AUT=956497
DOC=220139 22 04 17 20:29 ONL-C
VENDA A CREDITO
VALOR: 28,64

(SiTef)

CIELO
VISA CREDITO
498442******0889
2a VIA-ESTABELECIMENTO AUT=956497
0010423254700002 POV=4223211
DOC=220139 22 04 17 20:29 ONL-C
VENDA A CREDITO
VALOR: 28,64

TRANSACAO AUTORIZADA COM SENHA
ELION M PEREIRA
A0000000031010 0298E60C88A6D24A
VISA CREDITO

(Tef)

DROGASIL
Raia Drogasil S/A
RUA SIQUEIRA CAMPOS, 540 - PRATA - CAMPINA GRANDE - PB
CNPJ: 61.585.865/1628-01 - I.E.: 162865651

22/04/2017 20:15:03 COO: 000007261

CIELO
VISA CREDITO

498442******0889-01/21
1a VIA-CLIENTE AUT=927749
DOC=220075 22/04/17 20:14 ONL-C
VENDA A CREDITO
VALOR: 17,00

(SiTef)

OMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
28 MAR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

FGF ELIA DIAS LTDA CNPJ:07.275.031/0014-19
RUA ANTENOR NAVARRO, 374, PRATA, Campina Grande,
PB
Documento Auxiliar da Nota Fiscal de Consumidor
Eletrônica

CODIGO DESCRIÇÃO QTD UN V.L. UN I VL. TOTAL
07896331705140 PERIOTRAT SOL BUCAL S/ALCOOL 250M
L 1UNDx27,12 27,12
Desconto -2,73 24,39
07891300000665 AIADURA CREP CYSNE 10CM 1PCx2,52 2,52
Desconto -0,13 2,39
07891300000672 AIADURA CREP CYSNE 12CM 1PCx2,98 2,98
Desconto -0,15 2,83
07891300000672 AIADURA CREP CYSNE 12CM 1PCx2,98 2,98
Desconto -0,15 2,83
07891300000672 AIADURA CREP CYSNE 12CM 1PCx2,98 2,98
Desconto -0,15 2,83
07891300000672 AIADURA CREP CYSNE 12CM 1PCx2,98 2,98
Desconto -0,15 2,83
07891300000672 AIADURA CREP CYSNE 12CM 1PCx2,98 2,98
Desconto -0,15 2,83
07896544925458 ESPD IMP MISSNER 2,5X4,5M 1UNDx5,50 5,50
Desconto -0,28 5,22
07898108612095 COMP GAZE ESTERIL DIAS C/10 UNID
1PCx2,00 2,00
Desconto -0,10 1,90
07898108612095 COMP GAZE ESTERIL DIAS C/10 UNID
1PCx2,00 2,00
Desconto -0,10 1,90
07898108612095 COMP GAZE ESTERIL DIAS C/10 UNID
1PCx2,00 2,00
Desconto -0,10 1,90
QTD. TOTAL DE ITENS 11
VALOR TOTAL R$ 56,04
DESCONTOS R$ -4,19
VALOR A PAGAR R$ 51,85
Cartão de Crédito 51,85

EMISSÃO NORMAL

Numero: 118163 Serie: 1
Emissão: 18/04/2017 09:39:00 Via do Consumidor
Consulte pela Chave de Acesso em
https://www5.receita.pb.gov.br/atf/seg/SEGf_AcessarFuncao.jsp?cdFuncao=FIS_1410
2517 0407 2750 3100 1419 6500 1000 1181 6318 5256 3058
Protocolo de Autorização: 325170081520927
Data de autorização 18/04/2017 09:39:32
CONSUMIDOR NÃO IDENTIFICADO

MD5: 1865A85CF8E0A566F31D82504DEAC412
Trib aprox R$ 4,72 Fed e 9,33 Est e 0,00 Mun Fonte: IBPT H4T2P7
VOCE ECONOMIZOU.....: R$ 4,19
Balc: 1256 N.Controle:399137
FIDELIDADE REDEDIAS-20.180.384/000.-89
Cliente:2424-ELLY SONHALY DO NASCIMENTO
Informações dos Tributos Totais Incidentes (Lei Federal 12.741/2012): R$ 14,05

FARMACIA DIAS LTDA (D20)
FARMACIA DIAS LTDA
RUA ANTENOR NAVARRO, 374 CEP: 58400-520
PRATA - CAMPINA GRANDE - PB

CNPJ:07 275.031/0014-19 IE:162075456

18/04/2017 09:39

COMPROVANTE CREDITO OU DEBITO

CARTAO HIPERCARD
Numero do documento: 118163

REDE
HIPERCARD
COMPR:759445034 VALOR: 51,85
ESTAB:042783003 FARMACIA DIAS 20
18.04 17-09:39:19 TERM:PV856674 180023
CARTAO: xxxxxxxxxxxx1444
AUTORIZACAO: 059073
ARQC:49D6458AE662FF8F
TRANSACAO AUTORIZADA MEDIANTE
USO DE SENHA PESSOAL.

(SiTef)

REDE
HIPERCARD
COMPR:759445034 VALOR: 51,85
ESTAB:042783003 FARMACIA DIAS 20
18.04.17-09:39:19 TERM:PV856674 180023
CARTAO: xxxxxxxxxxxx1444
AUTORIZACAO: 059073
ARQC:49D6458AE662FF8F
TRANSACAO AUTORIZADA MEDIANTE
USO DE SENHA PESSOAL.

(SiTef)

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
28 MAR. 2018
PROTOCOLO
AO. JOÃO PESSOA

INSTITUTO DA FACE
CENTRO DE ESPECIALIDADES
Prof. Dr. Josuel Cavalcante

Recibo

R$ 2.000,00

Recebemos do (a) Sr. (a) / Empresa: ELTON MARQUES PEREIRA, portador do CPF 069.135.024-86 a importância de R$ 2.000,00 (DOIS MIL REAIS) Referente aos Honorários por cirurgia de redução incruenta de fratura de mandíbula, pelo qual dou plena irrevogável quitação do valor acima mencionado.

Campina Grande 25 de Abril de 2017

JOSUEL RAIMUNDO CAVALCANTE – ME

CNPJ: 16.613.789/0001-96

MAPFRE
OMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
28 MAR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

INSTITUTO DA FACE
CENTRO DE ESPECIALIDADES
Prof. Dr. Josuel Cavalcante

FICHA CLÍNICA

Dr. Josuel Raimundo Cavalcante

Nome: Elton Marques Pereira **Data Nasc.** 25/04/1988

Endereço: Rua São Severino, 124 **Bairro:** Monte Santo

Est. Civil: Solteiro Profissão: Militar

Cidade: C. Grande **Estado: PB**

CPF: 069.135.024-86 **RG:** 3147954 SSP-PB

Fone:

Pai: José Pereira Filho e Ernilaide Marques Pereira

Orcamento:

Moldagem	R$300,00
Implantes 02 unidades	R$2.000,00
Protese sobre implantes	R$2.000,00
Provisórios	R$500,00
Total	R$4.800,00

IMPREV SEGURIDADE PREVIDÊNCIA S/A.
28 MAR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Campina Grande – PB

05 de Maio de 2017

Dr. Josuel R. Cavalcante
CIRURGIÃO E TRAUMATOLOGISTA
BUCO MAXILO FACIAL - CRO - 659

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636

A Circular SUSEP[1] 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 COAF[2]**.

[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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu José Erivan F. de Medeiros inscrito (a) no CPF/CNPJ 026.864.664 / 30, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Elton Marques Pereira inscrito (a) no CPF sob o Nº 069.135.024 / 86, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez/Danos da Vitima Elton Marques Pereira, inscrito (a) no CPF sob o Nº 069.135.024 / 86, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

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

CONFERE COM O ORIGINAL
23 MAR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Endereço		Número	Complemento
Rua Henrique Dias		370	
Bairro: Conceição	Cidade: Campina Grande	Estado: PB	CEP
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)	

João Pessoa, 22 de Março de 2018
Local e Data

José Erivan Fernandes de Medeiros
Assinatura do Declarante

DLDRL.001 V001/2017

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

ATENDIMENTO URGÊNCIA

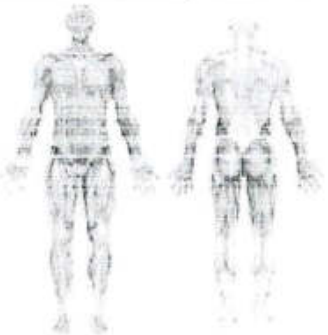
PRONT (B.E) Nº:1416230 **CLASS. DE RISCO: VERMELHO**

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 15/04/2017
Boletim de Emergência (B.E) – Modelo 07 Atendente : Arthur Matheus Almeida Mendonca

PACIENTE: ELTON MARQUES PEREIRA
Endereço:SAO SEVERINO
Cidade: Campina Grande
Nome da Mãe: HEROILAIDE MARQUES PEREIRA
Responsável: SEM ACOMPANHANTE
Estado Civil:
Motivo: ACIDENTE DE MOTO
Médico:

CEP:58400002 Nascimento:25/04/1988
Sexo:M Telefone:
Idade:028 Bairro:MONTE SANTO
RG: Nº:124
CPF: Profissão: POLICIAL MILITAR
Data de Atend:15/04/2017 CNS:53423413
CONVÊNIO:SUS
Hora: 08:12:27 Especialidade:
CRM:

OBS FICHA:
MECANISMOS DO TRAUMA
LOCAL DA LESÃO (Identifique o local com o número correspondente ao lado)



1. Abrasão
2. Amputação
3. Avulsão
4. Contusão
5. Crepitação
6. Dor
7. Edema
8. Empalhamento
9. Enfisema subcutâneo
10. Esmagamento
11. Equimose
12. F. Arma branca
13. F. Arma de fogo
14. F. Contuso
15. F. Cortante
16. F. Corto-contuso
17. F. Perfuro-contuso
18. F. Perfuro-cortante
19. Fratura osseo fechado
20. Fratura osseo aberto
21. Hematoma
22. Ingurgitamento venoso
23. Laceração
24. Lesão tendinosa
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento toracico paradoxal
28. Objeto Enterrado
29. Otorragia
30. Paralisia
31. Paresia
32. Parestesia
33. Queimadura
34. Rinorragia
35. Sinais de isquemia
36.

OBS:

QUEIMADURA:
Superfície corporal lesada = _____ % **Grau** ( ) 1º Grau ( ) 2º Grau ( ) 3º Grau
DIGNOSTICO / CID: Acido de Moto

EXAME PRIMÁRIO - DADOS VITAIS

Vítima de acidente de moto, em capacete, apresentando FCC em mento, dente quebrados e otorragia (??) direita. Queixa-se de dor em região de punho e mão ~~direita~~ esquerda. Não alterações neurológicas. Exame de cervical, tórax e abdome sem alteração. Pulso estável.

ALERGIA: ⊖
MEDICAMENTOS: ⊖
PATOLOGIAS: ⊖

RAIO X REALIZADO EM: / /

EXAME FÍSICO
PUPILAS (X) Fotorreagentes (X) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( ) _____
Glasgow 15 **PA** _____ **HGT:** _____ **Sat02** _____

ULTRASSONOGRAFIA Realizada em: 15/04/16

EXAMES SOLICITADOS:
( ) Laboratoriais
( ) Gasometria arterial
( ) Tomografia Computadorizada
(X) Ultrassonografia: FAST
(X) Radiografias:
( ) _____

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:
Especialista: NCR / ORTO às : Dia / /
Especialista: BMF / às : Dia / /

MÉDICO SOLICITANTE _____
PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	SRL 1.000 ml, ev	
2	Dipirona 1g + AD, ev	Feito g.oot
3		
4		
5		
6		

TOMOGRAFIA REALIZADA EM: 15/04/17

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:
Brenda Jamboi L. Barbosa
Cirurgia Geral
CRM-PB 8443

PROTOCOLO ACADEMIA DE PESSOAL 28 MAR. 2018

TOMOGRAFIA REALIZADA EM: 16/04/17

GOVERNO DA PARAÍBA

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

Ficha de Acolhimento

Nome: Eailton Marques Teixeira

End: Rua São Severino 124 Bairro: Monte Santo

Data de Nascimento: 25-04-88 Documento de Identificação:

Queixa: Ac. de MOTO Data do Atend.: 15.07.17 Hora: 08:05 Documento:

Acidente de trabalho? ( ) Sim (✓) Não

29 MAR. 2018
PROTOCOLO
AG. DOAÇÃO GERENCIA

Classificação de Risco

Nível de consciência: ( ) Bom ( )Regular ( ) Baixo **Aspecto:** ( ) Calmo ( ) Fáceis de dor (✓) Gemente

Frequência respiratória: **Frequência cardiaca:**

Pressão arterial: **Temperatura axilar:**

Dosagem de HGT: **Mucosas:** ( ) Normocorada ( ) Pálida

Deambulação: ( ) Livre ( ) Cadeira de rodas ( ) Maca

Estratificação

MOD. 110

Cirurgia

(X) Vermelho - atendimento imediato
( ) Verde - atendimento até 4 horas
( ) Amarelo - atendimento até 1 hora
( ) Azul - atendimento ambulatorial

Isabel Cristina da Costa Engenheira COREN-PB 421.116

Assinatura e carimbo do profissional

GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Nome do Paciente: Ellen Marques Pereira		Nº Prontuário
Data da Operação: 15/09/17	Enf. 09	Leito 01
Operador: Felipe Guedes	1º Auxiliar	
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador
Anestesia: Jurandir Abrantes	Tipo de Anestesia	

Diagnóstico Pré-Operatório: Fratura - Luxação Galeazzi

Tipo de Operação

Diagnóstico Pós-Operatório

Relatório Imediato da Patologia

Exame Radiológico no Ato

Acidente Durante a Operação

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

1. Paciente em dícubito dorsal sob anestesia
2. Feito antissepsia e antibiopsia
3. A posição de campos estéril
4. Incisão volar para acesso ao rádio.
5. Dissecção por planos
6. Redução cruenta de fratura do rádio.
7. Fixação do rádio com placas e parafusos
8. Observado estabilidade da ARUD
9. Fixação da ARUD com fio de Kirschner
10. Sutura por planos
11. Curativo

CUMPRE-SE E ARQUIVE-SE

28 MAR. 2018

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

Mod. 018

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

NSULO

TM Cirúrgica
Ortopedia - Neurologia - Buco

Rua Guadalupe, 43 - Guadalupe - Olinda-PE
CEP.: 53.020-230 | E-mail: tmcirurgica@hotmail.com
Fones: 3431.4960 | 3076.0422 | 99452.1153

1ª Via Cliente / 2ª Via Empresa / 3ª Via Fixa

N° 3148

PEDIDO DE FATURAMENTO

NOME DO HOSPITAL: HOSPITAL DE TRAUMA
CIDADE: R. GRANDE
TEL / FAX / E-MAIL:
NOME DO PACIENTE: ELTON MARQUES VERGINIO
Nº DO PRONTUÁRIO: 1416230
Nº AIH:
COD. PROCEDIMENTO:
CONVÊNIO:
PROCEDIMENTO REALIZADO: TRAT. CIRÚRGICO DE FRATURA DO OSSOS DO ANTEBRAÇO

PRODUTO	REF.	QUANT.	COD. KOMP.
PLACA 3.5 DCP 7F.		01	
PARAF. CORTICAL 3.5 x 18		03	
" " 3.5 x 14		05	

28 MAR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

DATA DA UTILIZAÇÃO: 15/04/2017
DATA DA COMUNICAÇÃO:
MÉDICO RESPONSÁVEL / CRM: Dr. FELIPE

OBSERVAÇÕES:
Px 3.5 Simples

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

Carlos André da Silva Lima
TÉCNICO DE ENFERMAGEM
COREN-PB 115.338

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: Elton marques Pereira DN: 25/04/88

QI | LEITE | CONVÊNIO: SUS | IDADE: 28a | REGISTRO: 1916230

CIRURGIA: Red. cirúrgica c/ fixação de fat dos ossos do antebraço (E) | CIRURGIÃO: Dr. Felipe

ANESTESIA: Bloqueio de Plexo Braquial (E). | ANESTESIA: Dr. Gerandir

INSTRUMENTADORA: José | DATA: 15/04/17 | INÍCIO: 17:45 | FIM: 18:40

GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.	•	Calel. p/ Oxg.		Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.		Catet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix	
	Diazepan amp.	••	Compressa Grande		Catgut cromado Sertix	
	Dimore amp.		Compressa Pequena		Catgut Simples	
	Dolantina amp.		Cotonoide		Catgut Simples Sertix	
	Efrane ml		Dreno		Catgut Simples Sertix	
	Fenegam amp.		Dreno Kerr nº		Catgut Simples Sertix	
01	Fentanil ml		Dreno Penrose nº		Cera p/ osso	
	Inova ml		Dreno Pezzer nº		Ethibond	
	Ketalar ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Mercaina % ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Nubahin amp.		Equipo de Sangue		Fio de Algodrão Sertix	
01	~~Pavulon amp.~~ Bomomol		Equipo de PVC		Fio de Algodrão Sertix	
	Protigmine amp.	01/5	Esparadrapo Larco cm		Fio de Algodrão Sutupak	
02	~~Protóxido l/m~~ Xylocaína		Furacim ml		Fio de Algodrão Sutupak	
	Quelicin ml	01/5	Gase Pacote c/ 10 unidades		Fita cardíaca	
	Rapifen amp.		H_2O_2 ml	02	Mononylon	(2-0) ••
	Thionembutal ml		Intracath Adulto		Mononylon	
	Tracrium amp.		Intracath Infantil		Prolene Serfix	
Qtd.	MEDICAÇÕES	01	Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Serfix	
	Água Destilada amp.		Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Serfix	
01	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Serfix	
02	Dipirona amp.	•	Luvas 7.0		Vicryl Serfix	
	Flaxidol amp.	••	Luvas 7.5	01	Vicryl Serfix	(2.0).
01	~~Flebocortid amp.~~ Dexedron		Luvas 8.0		Vicryl Serfix	
	Geramicina amp.	01/5	Luvas ~~8.5~~ moled.			
	Glicose amp.	3l/min	Oxigênio l/m			
	Glucon de Cálcio amp.		Poliflix			
	Haemacel ml.		PVPI Degermante ml			
	Heparema ml.		PVPI Tópico ml	Qtd.	SOROS	
	Kanakion amp.	01/5	Sabão Antiséptico clorexid...		SG Normotérmico fr 500 ml	
	Lasix amp.	04	Saco coletor p/ fixo		SG Gelado fr 500 ml	
	Medrotinazol.		Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml	
	Plasil amp.		Seringa desc. 20 ml		SG Ringr fr 500 ml	
	Prolamina		Seringa desc. 05 ml		SG fr 500 ml	
	Revivan amp.		Sonda			
	Stuptanon amp.		Sonda folley	Qtd.	CX 3,5 ORTESE E PRÓTESE TM	
	Cefalotina 1g		Sonda Nasogástica	01	Placa DCP 7 furos	
2g	Cefepizona		Sonda Uretral nº	07	Parafusos corticais	
			Sterydrem ml	01	Fio de Kirschner nº 2,0	
			Torneirinha			
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml			
	Agulha desc. 25 x 7		Gelcon 18			
	Agulha desc. 28 x 28		Latex			
	Agulha desc. 3 x 4,5	05	Eletrodos			
	Agulha p/ raque nº					
01/5	Álcool de Enfermagem	01/5	Algodão Ortope			
	Álcool Iodado ml					
04	Ataduras de Crepon 10cm		Luva			
	Ataduras de Gessada					
	Azul metileno amp.					
	Benzina ml					

EQUIPAMENTOS

(✓) Oximetro de Pulso	( ) Foco Auxiliar
( ) Serra	( ) Eletrocautério
( ) Desfibrilador	( ) Oxicapiógrafo
(✓) Foco Frontal	(✓) Cardiomonitor
( ) Fonte de Luz	( ) Perfurador Elétrico

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

Garrote as 17:50

MOD 066

PROTOCOLO
28 MAR. 2018
HG JOÃO PESSOA

GOVERNO DA PARAÍBA

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

Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: Elton Marques Pereira	Idade: 28 anos
Convênio:	Data: 15/04/17
Procedimento: Red cirúrgica c/ fixação de frat dos ossos do antebraço (E)	
Cirurgião: Dr. Felipe	Auxiliar: Anestesista: Dr. Guardia
Início:	Término: Anestesia Bloqueio de plexo braquial (E)

Hora	PA	Pulso	SAT 02	Responsável	A. Motora	Conciência
19:00	145x75	101	98%	Maria Marília da Silva Técnica de Enfermagem COREN 785684	+	Consciente
19:15	113x71	102	96%		2	"
19:30	148x70	103	96%		+	"

Medicamentos/Materiais	Quantidade

COORDENAÇÃO DE ENFERMAGEM
28 MAR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Observações:

Maria Marília da Silva
Técnica de Enfermagem
COREN 785684

Assinatura Anestesista | Circulante

Relatório de Operação

MOD. 163

TABELA DE ALDRETE E KROULIK MODIFICADA
(Critérios para altas da SRPA)

Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico	*Hora entrada*	*Hora saída*
Nenhum Movimento = 0 *Movimenta 2 membros = 1* *Movimenta 4 membros = 2*		2
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispnéia = 1 Respiração profunda e tosse = 2		2
PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0 PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1 PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2		2
Sat 02 < 90 com oxigênio = 0 Sat 02 > 90 com oxigênio = 1 Sat 02 > 92% sem oxigênio = 2		2
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		2
TOTAL DE PONTOS:		10

Raoni de Araújo Lima
Anestesiologista
CRM - 8028

Assinatura do anestesista

COMPREVEC CONFERÊNCIA E REVIDAÇÃO S/A.
28 MAR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

28 MAR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECG HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

ENFERMARIA | LEITO | Nº PRONTUÁRIO

FOLHA DE ANESTESIA

NOME: ELTON Marques | IDADE | SEXO | COR

DATA: 15/04/14 | PRESSÃO ARTERIAL | PULSO | RESPIRAÇÃO | TEMPERATURA | PESO | ALTURA

TIPO SANGUÍNEO | HEMÁCIAS | HEMOGLOBINA | HEMATÓCRITO | GLICEMIA | UREIA | OUTROS

URINA

AP. RESPIRATÓRIO | ASMA | BRONQUITE

AP. CIRCULATÓRIO | ELETROCARDIOGRAMA

AP. DIGESTIVO | DENTES | PESCOÇO | AP. URINÁRIO

ESTADO MENTAL | ATARAXICOS | CORTICOIDES | ALERGIA | HIPOTENSORES

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura 05 05 do Antebraço D | ESTADO FÍSICO | RISCO

ANESTESIAS ANTERIORES

MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA | APLICADA ÀS | EFEITO

DENTES | ANESTÉSICOS | O'

LÍQUIDOS

CÓDIGOS: ARTERIAL: O PULSO; O - RESPIRAÇÃO AX - ANESTESIA; O - OPERAÇÃO

260 240 220 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20

DMU 1145

SP Kato Temu 1840

INDUÇÃO

Satisf.:____ Excit.:____ Tosse:____

Laringo esparmo:____ Lenta:____

Náuseas:____ Vômitos:____

Outros:____

MANUTENÇÃO

Cef 8h02

+ Bigmon 02

+ Decadron 01

+ Maxdon 01

+ Dormonid 01

ANESTESIA SATISF.: Sim ✓ Não____

Não, por quê?

DESPERTAR

Reflexos na SO:____

Obstr.:____ Co_2:____ Excit:____

Náuseas:____ Vômitos:____

Outros:____

Com cânula:

Para o Leito Sim____ Não____

CONDIÇÕES:

SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES

POSIÇÃO

AGENTES: Xilocaina 2% 02 ft

TÉCNICA: Bloqueio de plexo + sedação

OPERAÇÃO: redução cirurgica + fixação

CIRURGIÕES: DRS

ANESTESISTAS: [illegible]

OBSERVAÇÕES

ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.

PERDA SANGUÍNEA

MOD. 068

FOLHA DE ANESTESIA - SRPB

GOVERNO DA PARAÍBA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DE CAMPINA GRANDE
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Núcleo de Segurança do Paciente
TRAUMA - CG

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA (CHECKLIST)

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE: Elton Marques Pereira IDADE: 28a PRONTUÁRIO: 146230

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA ►►

ENTRADA

☐ **CONFIRMAÇÃO SOBRE O PACIENTE**
- IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE
- SÍTIO CIRÚRGICO
- PROCEDIMENTO A SER REALIZADO
- CONSENTIMENTO

OK!

☐ **VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA** OK

☐ **OXÍMETRO DE PULSO INSTALADO E FUNCIONANDO** OK

☐ **O PACIENTE POSSUI:**

ALERGIA CONHECIDA?
(✓) NÃO
SIM

VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE BRONCOASPIRAÇÃO?
(✓) NÃO
SIM E HÁ EQUIPAMENTO DISPONÍVEL

RISCO DE PERDA SANGUÍNEA > 500 ML (7 ML/KG EM CRIANÇAS)?
(✓) NÃO
SIM E HÁ ACESSO VENOSO ADEQUADO E PLANEJAMENTO PARA REPOSIÇÃO

ANTES DA INCISÃO ►►►►►►►►►►►

PAUSA CIRÚRGICA

☐ **CIRURGIÃO, ANESTESISTA E ENFERMEIRO CONFIRMAM VERBALMENTE**
- IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE
- SÍTIO CIRÚRGICO
- PROCEDIMENTO

OK

EVENTOS CRÍTICOS PREVISTOS

☐ **REVISÃO DO CIRURGIÃO:** HA PASSOS CRÍTICOS NA CIRURGIA? QUAL A DURAÇÃO? HÁ POSSÍVEIS PERDAS SANGUÍNEAS?

☐ **REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA:** HÁ ALGUMA PREOCUPAÇÃO ESPECÍFICA EM RELAÇÃO AO PACIENTE? Não

☐ **REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM:** OS MATERIAIS NECESSÁRIOS, COMO INSTRUMENTAIS, PRÓTESES E OUTROS ESTÃO PRESENTES E DENTRO DA VALIDADE DE ESTERILIZAÇÃO? (INCLUINDO RESULTADOS DO INDICADOR?) Sim
HÁ QUESTÕES RELACIONADAS A EQUIPAMENTOS OU QUAISQUER PREOCUPAÇÕES?

A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS?
(✓) SIM
NÃO SE APLICA

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS?
(✓) SIM
NÃO SE APLICA

ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA CIRÚRGICA

SAÍDA

O PROFISSIONAL DA EQUIPE DE ENFERMAGEM OU DA EQUIPE MÉDICA CONFIRMA VERBALMENTE COM A EQUIPE:

☐ O NOME DO PROCEDIMENTO REALIZADO OK!

☐ A CONTAGEM DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS OU NÃO SE APLICAM OK!

☐ BIÓPCIAS ESTÃO IDENTIFICADAS E COM O NOME DO PACIENTE Não houve

☐ HOUVE ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTOS PARA SER RESOLVIDO Não no momento

O CIRURGIÃO, O ANESTESISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTE PACIENTE

Valdineide da S. L. Beserra
TÉC. ENFERMAGEM
COREN-PB 450736

Assinatura

CONFERE COM O ORIGINAL E REVIDENCIADO

28 MAR. 2018

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

GOVERNO DA PARAÍBA

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

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Diagnóstico

Fratura. Quarto de [illegible]

Paciente	Gelton Marques Pereira	Alojamento		Leito		Convênio	

Data	Prescrição Médica			Horário				Evolução Médica
15/04/17	(1) Dieta livre por VO após recuperação anestésica	✓						Pós op POI de osteossíntese do
	(2) SF 0,9% 1.000 ml EV 24h	✓	✓					rádio com placa e parafusos. Acidente
	(3) S.G 5% 500 ml 24h	✓						de motocicleta.
	(4) Cefalotina 1g + AD EV 6/6h	✓	✓					
	(5) Dipirona 1g + AD EV 6/6h	✓	✓	Feito sedação				
	(6) Ritalil 40mg + AD 1x ao dia.	✓		presenciado por				
	(7) Musedion 1 Frasco Ampola + AD EV 8/8 S/n.			enfermeiro e polícia				
	(8) SSVV + CCGG	✓						

29 MAR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

MOD. 035

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis

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

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

ALA ORTOPEDICA

Diagnóstico

FX RÁDIO E + FX MANDIBULA

LEITO 9-1

Paciente	ELTON PEREIRA	Alojamento		Leito		Convênio	

Data		Prescrição Médica	Horário					Evolução Médica
16/03	1	DIETA LIVRE						
	2	JELCO SALINIZADO						
	4	DIPIRONA 1g + ABD EV 6/6H	12	18	24	06		1º DIH #ORTOPEDIA
	5	~~TRAMAL 100mg + SF0,9% 100ml EV 8/8h S/N~~						BEG, estável
	6	~~NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8h SN~~						Sem intercorrências
	7	OMEPRAZOL 40mg 1 CP VO EM JEJUM	06					
	8	CEFTRIAXONE 1G + ABD EV 12/12H	18	06				co: v pm
	9	CURATIVO						Solicito Pareer
	10	MSE ELEVADO						
	11	SSVV+CCGG						
	12	Solicito parecer neurocirurgia						
	13							
	14							Em tempo. Aguardo
	15							
	16							Paciente evoluiu c/ tontura e sonolência
	17							
	18							cd. solicito TC de crânio
	19							
	20							Parecer de NCR
	21							
	22							

Dr. Julio Cesar Castro
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PB-9965

Dr. Julio Cesar Castro
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PB-9965

Dra. Jussara Cavalcanti
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PB-9965

COMPROVANTE DE ENTREGA
28 MAR. 2016
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

MOD. 035

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
~~16/05~~	~~20:00~~	~~—~~	~~—~~	~~—~~				
16/05	08:00	—	—	-	120/80		PACIENTE EUVI ESTÁVEL, REALIZADO CURATIVO NO MFE, O MESMO NÃO REFERI QUEIXA.	
16/05	20:00	—	—	-	130/70		PACIENTE EUVI ESTÁVEL, NÃO REFERI QUEIXAS.	

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA
28 MAR. 2018

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

FOLHA DE TREATAMENTO E EVOLUÇÃO

ALA ORTOPEDICA

OK OK

Diagnóstico

FX RÁDIO E + FX MANDIBULA

LEITO 9-1

Paciente	ELTON PEREIRA	Alojamento		Leito		Convênio	

Data		Prescrição Médica			Horário			Evolução Médica
17/04	1	DIETA LIVRE						
	2	JELCO SALINIZADO						
	4	DIPIRONA 1g + ABD EV 6/6H	~~X~~	(18)	(24)	(6)		#ORTOPEDIA
	5	TRAMAL 100mg + SF0,9% 100ml EV 8/8h S/N						2º DIH
	6	NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8h SN						BEG, Estável, s/ queixas no momento. Nega febres ou otomegia nas últimas 24h Nega alergias Deambulando.
	7	OMEPRAZOL 40mg 1 CP VO EM JEJUM	(06)					
	8	CEFTRIAXONE 1G + ABD EV 12/12H	~~X~~	(24)				Col: vpm + Aguarda cirurgia.
	9	CURATIVO 1x dia.						
	10	MSE ELEVADO						
	11	SSVV+CCGG						
	12	Estimular Deambulação c/ muletas.						
	13	Estimular Ingesta Hídrica.						
	14							
	15							
	16							EM TEMPO
	17							
	18							
Em tempo	19	Alta Hospitalar c/ orientações						
	20	de retorno ambulatorial (+						
	21	fisioterapia + AINE + ATB						
	22	P/ casa.						

PROTOCOLO HOSPITAL DR. JOÃO PESSOA 26 MAR. 2018

Ywry de Farias Câmara
Ortopedista e Traumatologia
CRM/PB 10907

Dr. Marcos Wagner de S. Freitas
CRM-PE 14687
17 ABR. 2017

TC: Mono
Alta pela

MOD. 035

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
17/04	13,21				120/80		Paciente consciente e	
							orientado, sem	
							queixas, medicado	
							segue aos cuidados	
							de enfermagem. com	
							eliminações presente	
								Josane C. do Nascimento Téc. Enfermagem COREN 177938
	17,30							
							Paciente em alta	
							hospitalar, por este mo-	
							tivo não foi medicado	
								Josane

Ho/Fl

GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
CAMPINA GRANDE - PARAIBA

PACIENTE:	[illegible]
DATA DO EXAME:	15/04/2017

ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL – "FAST"

METODOLOGIA:
Exame realizado em modo bidimensional com equipamento dinâmico na frequência de 4,0 MHz.

ANÁLISE:

Não identificamos sinais de líquido livre intra-abdominal ou derrame pleural no presente estudo.

Não foram evidenciadas lesões viscerais relacionadas ao trauma.

Observação: Ressaltamos a baixa sensibilidade da ultrassonografia na detecção de lesões em órgãos sólidos e vísceras ocas, não havendo critérios ecográficos seguros para indicação de alta hospitalar baseando-se apenas no resultado negativo da ultrassonografia.

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA
28 MAR. 2018

Dr. Raiff Ramalho Cavalcanti
Médico Radiologista
CRM-PB: 6320

GOVERNO DA PARAÍBA

ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIS GONZAGA FERNANDES
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

SUS Sistema Único de Saúde

Sr(a):	ELTON MARQUES	Protocolo:	0000331446	RG:	NÃO INFORMADO
Dr(a):	JULIO CESAR CASTRO	Data:	16-04-2017 11:33	Origem:	CLINICA ORTOPEDICA
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade:	28 anos	Destino:	ENF 09 - L 01

HEMOGRAMA
[DATA DA COLETA: 16/04/2017 11:55]

	Resultados		Valores de Referências
SÉRIE VERMELHA			
Eritrócitos	5.11 milhões/mm³		4,2 à 6,0 milhões/mm³
Hemoglobina	14,8 g/dL		13,5 à 16,0 g/dL
Hematócrito	45 %		40,0 à 52,5 %
V.C.M.	88 fL		82,0 à 97,0 fL
H.C.M.	29 pg		27,0 à 31,0 pg
C.H.C.M.	33 g/dL		32,5 à 36,0 g/dL
SÉRIE BRANCA			
Leucócitos	8.100 /mm³		5.000 à 10.000 /mm³
	(%)	(/mm³)	
Neutrofilos			
Promielócitos	0	0	
Mielócitos	0	0	
Metamielócitos	0	0	
Bastonetes	3,0	243	
Segmentados	80,0	6.480	40 à 70 % - 1.800 à 6.500 / mm³
Eosinófilos	0	0	0,5 à 6,0 % - até 500 / mm³
Basófilos	0	0	0 à 2,0 % - até 100 / mm³
Linfocitos			
Típicos	15,0	1.215	20 à 45 % - 1.000 à 3.500 / mm³
Atípicos	0	0	
Monocitos	2,0	162	2,0 à 10 % - até 1.000 / mm³
CONTAGEM DE PLAQUETAS	197.000 mm³		140.000 a 400.000 mm³

OBSERVAÇÕES..... **Contagens repetidas e confirmadas.**

Emissão : 16/04/2017 14:29 - Página 1 de 2

Ana Claudia Barroso
Biomédica
CRBM - 5793

COMPREV SERVIÇOS DE PREVIDÊNCIA S/A
28 MAR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Laboratório Newlab — SELO DE QUALIDADE — PNCQ Programa Nacional de Controle de Qualidade

GOVERNO DA PARAÍBA

ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIS GONZAGA FERNANDES
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

SUS Sistema Único de Saúde

Sr(a):	**ELTON MARQUES**	**Protocolo:**	**0000331446**	**RG:**	NÃO INFORMADO
Dr(a):	JULIO CESAR CASTRO	**Data:**	16-04-2017 11:33	**Origem:**	CLINICA ORTOPEDICA
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	**Idade:**	28 anos	**Destino:**	ENF 09 - L 01

TEMPO DE SANGRAMENTO ..... **1'30''**

[DATA DA COLETA: 16/04/2017 11:56]
Material: sangue
Método: Duke

Valores de Referência:
De 1 a 3 minutos

TEMPO DE COAGULACAO ..... **6'00'' min**

[DATA DA COLETA: 16/04/2017 11:56]
Material: Sangue
Método: Lee-White

Valores de Referência:
De 5 a 11 minutos

Ana Claudia Barroso
Biomédica
CRBM - 5793

COMPREV SEGURIDADE PREVIDENCIA
28 MAR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Emissão : 16/04/2017 14:29 - Página 2 de 2

Laboratório Newlab
SELO DE QUALIDADE
PNCQ Programa Nacional de Controle de Qualidade

GOVERNO DA PARAÍBA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Elton Marques Pereira | Registro: 9 | Leito: 1 | Setor Atual: Ortopedia

2.AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: irpm; PA: mmHg; FC: bpm; SPO2: %

HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm | **Dor:** ( ) Local: Obs.:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

COMPREV CE... REVIDENCIA SA
28 MAR. 2016
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

3.AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: (✓) Consciente (✓) Orientado ( ) Confuso ( ) Letárgico ( ) Torporoso ( ) Comatoso ( ) Outro

GLASGOW(3-15): Drogas (Sedação/Analgesia):

Pupilas: ( ) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( ) D>E ( ) E>D ( ) Fotorreagentes ( ) Mióticas ( ) Midriáticas

Mobilidade Física: (✓) Preservada ( ) Paresia ( ) Plegia ( ) Parestesia Local:

Linguagem: ( ). Qual? ( ) Disfonia ( ) Afasia ( ) Disfasia ( ) Disartria.

Obs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: ( ) Espontânea ( ) Cateter Nasal ( ) Venturi % l/min ( ) Traqueostomia ( ) Ayre/Tubo T

( ) VMNI ( ) VMI TOT nº Comissura labial nº FiO2 % PEEP cmH_2O

(✓) Eupnéia; ( ) Taquipnéia ( ) Bradipnéia ( ) Dispnéia ( ) Outros:

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: ( ) Diminuídos ( )D ( )E

Ruídos adventícios: ( ) Roncos ( ) Sibilos ( ) Estridor ( ) Outros:

Tosse: ( ) Improdutiva ( ) Produtiva | **Expectoração:** ( ) Quantidade e aspecto:

Aspiração: Quantidade e aspecto: | **Dreno de tórax:** ( )D ( )E ( ) Selo d'água:

Data da inserção do dreno / / Aspecto da drenagem torácica:

Gasometria arterial: PH PCO_2 PO_2 HCO_3 EB SpO_2 Data:___/___/___ Hora:

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração: ( )Visão ( )Audição ( )Tato ( )Olfato ( )Paladar Observação:

SEGURANÇA FÍSICA

(✓) Tranquilo ( ) Agitado ( ) Agressivo. ( ) Risco de queda. Observação:

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

Pulso: ( ) Regular ( ) Irregular ( ) Impalpável ( ) Filiforme ( ) Cheio.

Pele: (x) Corada ( ) Hipocorada ( ) Cianose ( ) Sudorese ( ) Fria ( ) Aquecida.
Tempo de enchimento capilar: ( ) ≤ 3 segundos; ( ) >3 segundos. ( ) Turgência jugular: ( )
Drogas vasoativas: ( ) Quais? Precordialgia ( )
Ausculta cardíaca: (x) Rítmica ( ) Arrítmica ( ) Sopro ( ) Outro. Marcapasso: ( ) Transitório ( ) Definitivo
Cateter vascular: (x) Periférico ( ) Central ( ) Dissecção. Localização: Data da punção 17/04/17
Edema: ( ) MMSS ( ) MMII ( ) Face ( ) Anasarca. Observações:
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)
Tipo somático: (x) Nutrido ( ) Emagrecido ( ) Caquético ( ) Obeso.
Dentição: (x) Completa ( ) Incompleta ( ) Prótese.
Alimentação: (x)VO ( )SNG ( )SNE ( )Gatronomia ( )Jejunostomia ( ) NPT; Hora: Data :__/__/__
Alterações: ( ) Inapetência ( ) Disfagia ( ) Intolerância alimentar ( ) Vômito ( ) Pirose ( )Outros:
Abdômen: (x)Normotenso ( )Distendido ( )Tenso ( )Ascítico ( )Outros:
RHA: ( )Normoativos ( )Ausentes ( )Diminuidos ( )Aumentados
Eliminação intestinal: (x)Normal ( )Liquida ( )Constipado há dias ( )Outros:
Eliminação urinária: (x)Espontânea ( )Retenção ( )Incontinência ( )Hematúria ( )SVD: Débito ml/h;
Aspecto: ( )Outros: Observações:
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA
Condição da pele: (x) Íntegra ( ) Ressecada ( ) Equimoses ( ) Hematomas ( ) Escoriações ( )Outro:
Coloração da pele: (x)Normocorada ( )Hipocorada ( )Ictérica ( )Cianótica **Turgor da pele:** ( )Preservado
Condições das mucosas: ( )Úmidas ( )Secas **Manifestações de sede:** ( ).
Incisão cirúrgica: ( ) Local/Aspecto: Curativo em:__/__/__
Dreno: ( ) Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em:__/__/__
Úlcera de pressão: ( )Estágio: Local: Descrição: Curativo :__/__/__
CUIDADO CORPORAL
Cuidado corporal: ( ) Independente (x) Dependente ( ) Parcialmente dependente. Observações:
Higiene corporal: (x)Satisfatória ( )Insatisfatória **Higiene Corporal:** ( )Satisfatória ( )Insatisfatória.
Limitação física: (x)Acamado ( ) Cadeira de rodas ( ) Outro:
SONO E REPOUSO
(x) Preservado ( ) Insônia ( ) Dorme durante o dia ( ) Sono Interrompido. Observações:
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL
Comunicação: (x) Preservada ( ) Prejudicada **Sentimentos e comportamentos:** ( ) Cooperativo ( ) Medo:
( ) Ansiedade ( ) Ausência de familiares/visita ( ) Outros:
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE
Tipo: ( ) Praticante ( ) Não praticante. Observações:
INTERCORRÊNCIAS
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: DATA: 17/04/17 HORA: 11:00 h

FONTE: BORDINHÃO, R.C; Coleta de dados por meio de grupo focal. Porto Alegre (2009).

GOVERNO DA PARAÍBA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Elton Marques	Registro:	Leito: 9 - 1	Setor Atual:

2.AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: irpm; PA: mmHg; FC: bpm; SPO2: %

HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm | **Dor:** (x) Local: Abdômen Obs.:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

COMPREV SEJUS/PB REMIDAS SIA
29 MAR. 2018
PROTOCOLO
HG. JOÃO PESSOA

3.AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: (x) Consciente (x) Orientado ( ) Confuso ( ) Letárgico ( ) Torporoso ( ) Comatoso ( ) Outro

GLASGOW(3-15): Drogas (Sedação/Analgesia):

Pupilas: ( ) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( ) D>E ( ) E>D ( ) Fotorreagentes ( ) Mióticas ( ) Midriáticas

Mobilidade Física: ( ) Preservada ( ) Paresia ( ) Plegia ( ) Parestesia Local:

Linguagem: ( ). Qual? ( ) Disfonia ( ) Afasia ( ) Disfasia ( ) Disartria.

Obs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: (x) Espontânea ( ) Cateter Nasal ( ) Venturi % l/min ( ) Traqueostomia ( ) Ayre/Tubo T

( ) VMNI ( ) VMI TOT nº Comissura labial nº FiO2 % PEEP cmH_2O

( ) Eupnéia; ( ) Taquipnéia ( ) Bradipnéia ( ) Dispnéia ( ) Outros:

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: ( ) Diminuídos ( )D ( )E

Ruídos adventícios: ( ) Roncos ( ) Sibilos ( ) Estridor ( ) Outros:

Tosse: ( ) Improdutiva ( ) Produtiva | **Expectoração:** ( ) Quantidade e aspecto:

Aspiração: Quantidade e aspecto: | **Dreno de tórax:** ( )D ( )E ( ) Selo d'água:

Data da inserção do dreno / / Aspecto da drenagem torácica:

Gasometria arterial: PH PCO_2 PO_2 HCO_3 EB SpO_2 Data:___/___/___ Hora:

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração: ( )Visão ( )Audição ( )Tato ( )Olfato ( )Paladar Observação:

SEGURANÇA FÍSICA

(x) Tranquilo ( ) Agitado ( ) Agressivo. ( ) Risco de queda. Observação:

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

Pulso: (x) Regular ( ) Irregular ( ) Impalpável ( ) Filiforme ( ) Cheio.

Pele: (✓) Corada ( ) Hipocorada ( ) Cianose ( ) Sudorese ( ) Fria ( ) Aquecida.

Tempo de enchimento capilar: ( ) ≤ 3 segundos; ( ) >3 segundos. ( ) Turgência jugular: ( )

Drogas vasoativas: ( ) Quais? Precordialgia ( )

Ausculta cardíaca: ( ) Rítmica ( ) Arrítmica ( ) Sopro ( ) Outro. Marcapasso: ( ) Transitório ( ) Definitivo

Cateter vascular: (✓) Periférico ( ) Central ( ) Dissecção. Localização: MSD Data da punção 15/04/12

Edema: ( ) MMSS ( ) MMII ( ) Face ( ) Anasarca. Observações:

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)

Tipo somático: ( ) Nutrido ( ) Emagrecido ( ) Caquético ( ) Obeso.

Dentição: (✓) Completa ( ) Incompleta ( ) Prótese.

Alimentação: (✓) VO ( ) SNG ( ) SNE ( ) Gatronomia ( ) Jejunostomia ( ) NPT; Hora: Data: / /

Alterações: ( ) Inapetência ( ) Disfagia ( ) Intolerância alimentar ( ) Vômito ( ) Pirose ( ) Outros:

Abdômen: (✓) Normotenso ( ) Distendido ( ) Tenso ( ) Ascítico ( ) Outros:

RHA: (✓) Normoativos ( ) Ausentes ( ) Diminuídos ( ) Aumentados

Eliminação intestinal: (✓) Normal ( ) Líquida ( ) Constipado há dias ( ) Outros:

Eliminação urinária: (✓) Espontânea ( ) Retenção ( ) Incontinência ( ) Hematúria ( ) SVD: Débito ml/h;

Aspecto: ( ) Outros: Observações:

INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA

Condição da pele: ( ) Íntegra ( ) Ressecada (✓) Equimoses (✓) Hematomas (✓) Escoriações ( ) Outro:

Coloração da pele: (✓) Normocorada ( ) Hipocorada ( ) Ictérica ( ) Cianótica **Turgor da pele:** ( ) Preservado

Condições das mucosas: (✓) Úmidas ( ) Secas **Manifestações de sede:** ( ).

Incisão cirúrgica: ( ) Local/Aspecto: Curativo em: ___/___/___

Dreno: ( ) Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em: ___/___/___

Úlcera de pressão: ( ) Estágio: Local: Descrição: Curativo: ___/___/___

CUIDADO CORPORAL

Cuidado corporal: ( ) Independente (✓) Dependente ( ) Parcialmente dependente. Observações:

Higiene corporal: (✓) Satisfatória ( ) Insatisfatória **Higiene Corporal:** (✓) Satisfatória ( ) Insatisfatória.

Limitação física: (✓) Acamado ( ) Cadeira de rodas ( ) Outro:

SONO E REPOUSO

(✓) Preservado ( ) Insônia ( ) Dorme durante o dia ( ) Sono Interrompido. Observações:

4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL

Comunicação: (✓) Preservada ( ) Prejudicada **Sentimentos e comportamentos:** (✓) Cooperativo ( ) Medo:

(✓) Ansiedade ( ) Ausência de familiares/visita ( ) Outros:

5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS

RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE

Tipo: ( ) Praticante ( ) Não praticante. Observações:

INTERCORRÊNCIAS

Às 06:00 hs paciente sem otorragia, ao exame foi observado um sangramento discreto. Sic o paciente relata que esse sangramento foi logo após o acidente e a TC apresentou resultado normal. Diante disso o caso foi o médico evolucionista. Sigue em cuidados de emergência

28 MAR. 2018

PROTOCOLO

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: COREN 335548 DATA: 15/04/12 HORA: _____ h

FONTE: BORDINHÃO, R.C; Coleta de dados por meio de grupo focal. Porto Alegre (2009).

Herculano Marques Pereira

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

15/4/17 #Ncr
às 9H20
Vítima de politrauma
por acidente com motocicleta
c/ otorragia (D)
s/ perda da consciência
sem vômitos
Glasgow 15
sem cervicalgia
TC sem anormalidades relacionadas
ao TCE no comportamento
intracraniano. Mastóides zeradas
TC Col. Cervical sem fratura

CD: Observação neurológica na verda 6h
Dipirona 2g EV 6/6h
bolsa de colostomia na orelha (D)

Dr. Alfredo Luca-Neto, Cirurgião Bucomaxilofacial e Traumatologia, CRO 3551-PB

CONFERE COM O ORIGINAL
23 MAR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

George Mendes
Neurologia / Neuroradiologia
CRM PB 6346

DESTINO DO PACIENTE ____/____/____ às ____:____ hs.

( )Centro cirúrgico _____
( )Internação (setor) _____
( )Tranferência a outro SETOR ou HOSPITAL _____
( )Alta hospitalar / ( )A revelia
( )Decisão Médica
( )Óbito

X Everton M. Pereira
Ass. do paciente ou resposável(quando necessário)

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO	CBO	IDADE

GOVERNO DA PARAÍBA

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

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Diagnóstico: Fx radio (E) + Fx mandíbula

Paciente: Elton Pereira | Alojamento: | Leito: 9_1 | Convênio:

Data	Prescrição Médica			Horário				Evolução Médica
15	Dieta livre							HAS (-)
04	Jelco Heparinizado	A						DM (-)
17	Ceftriaxone 1g IV 12/12h	~~12~~		~~21~~				Alergias (-)
	Dipirona 1g + 5 IV 6/6hs	~~12~~		~~18~~		~~21~~		Obs: Pré-op
	Omeprazol 40mg IV dia					~~06~~		
	Curativos							Pré: Paciente vítima de acidente de moto quedou [illegible] com [illegible] em direção [illegible] de crânio bilateral e [illegible] incompleta [illegible] direção [illegible]
	MSE Elevado							
	Cesp 13 SVV							Cirurgia Ortopedia Cirurgia Buco-maxilo Cirurgia geral

Dr. Vinicius Soares de Aquino
CIRURGIÃO-DENTISTA-ORTOPEDIA
CRO-PB 6[illegible] ESPECIALISTA 11593

Dr. [illegible]
CIRURGIÃO DENTISTA
CRO-PB 2[illegible]

APROVADO
23 MAR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

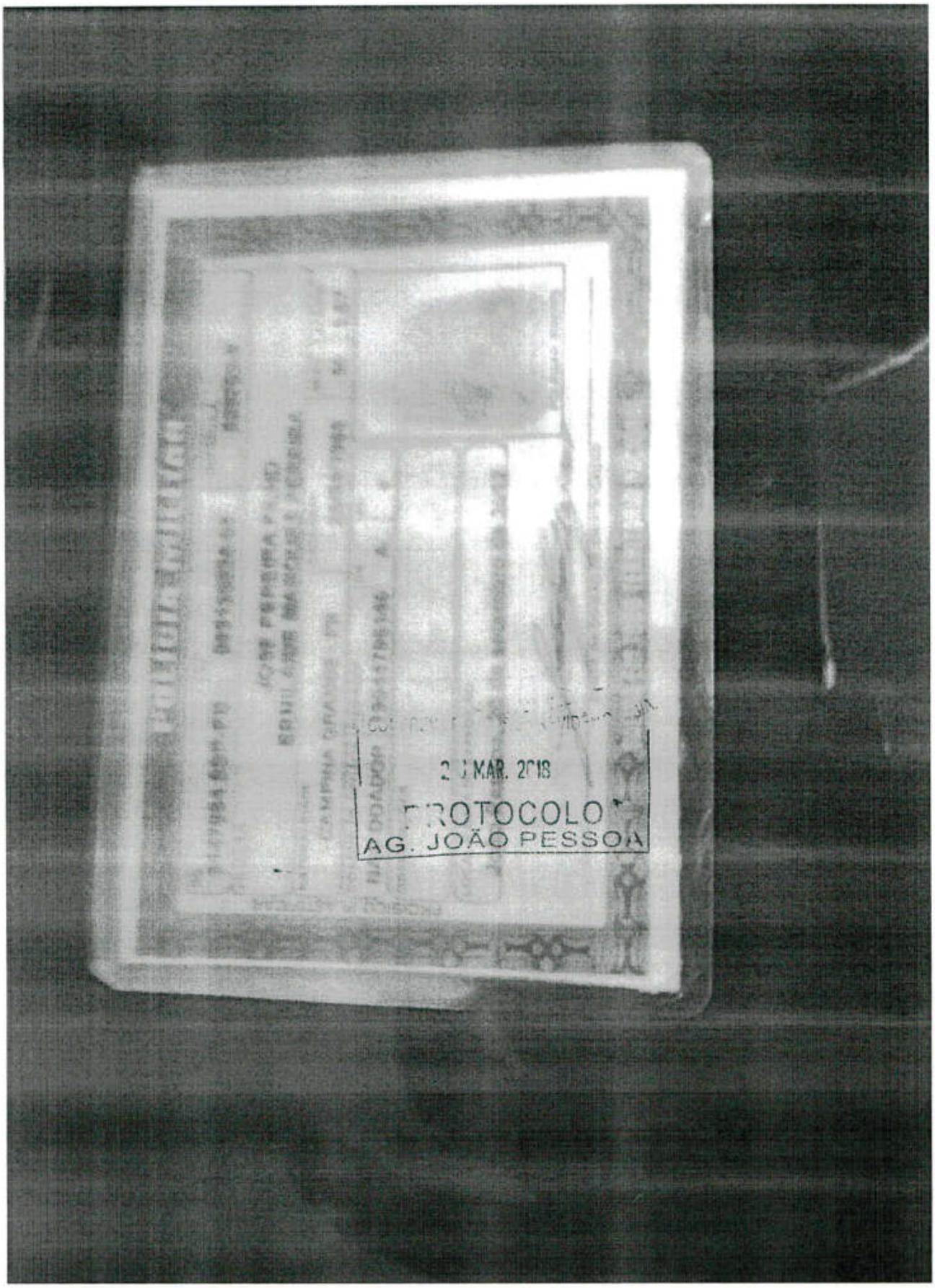
1425745

MOD. 035

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
15/04/17	14:00	—	—	—	120/70	—	Paciente evolui Estado geral regular medicado, Normotenso, sem Queixas durante a sobre as Ingestas da Enfermagem COREN 004974 - Cristiany	

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA
23 MAR. 2018

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO


2 MAR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

POLÍCIA MILITAR

ELTON MARCOS DE PEREIRA

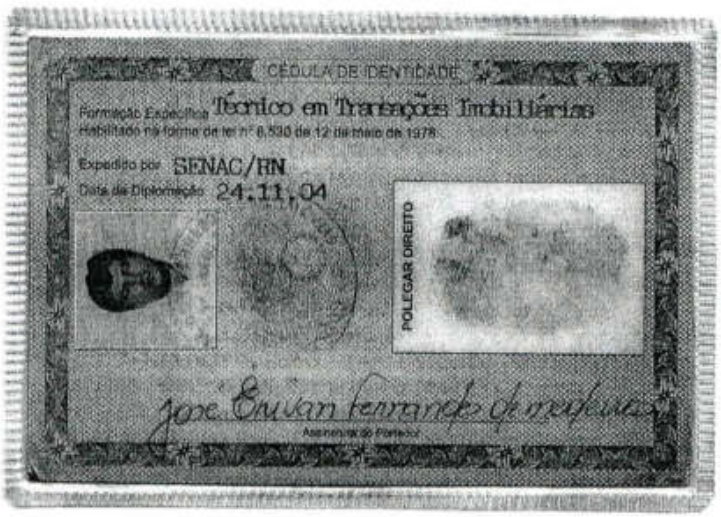
SOLDADO

23075

2 J MAR. 2018

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA



CÉDULA DE IDENTIDADE

Formação Específica: Técnico em Transações Imobiliárias

Habilitado na forma da lei nº 6.530 de 12 de maio de 1978

Expedido por: SENAC/RN

Data da Diplomação: 24.11.04

POLEGAR DIREITO

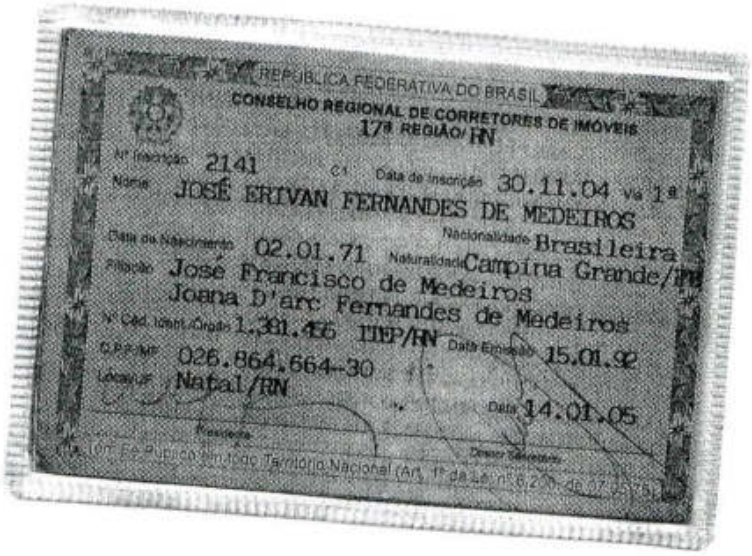
José Erivan Fernandes de Medeiros

Assinatura do Portador

2 3 MAR. 2016

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

CONSELHO REGIONAL DE CORRETORES DE IMÓVEIS

17ª REGIÃO/RN

Nº Inscrição: 2141 C.I. Data de Inscrição: 30.11.04 Via 1ª

Nome: JOSÉ ERIVAN FERNANDES DE MEDEIROS

Nacionalidade: Brasileira

Data de Nascimento: 02.01.71 Naturalidade: Campina Grande/PB

Filiação: José Francisco de Medeiros

Joana D'arc Fernandes de Medeiros

Nº Cód. Ident./Órgão: 1.381.426 IIEP/RN Data Emissão: 15.01.92

C.P.F./MF: 026.864.664-30

Localidade: Natal/RN

Data: 14.01.05

Presidente

Diretor Secretário

(Art. 5º do Código Tributário Nacional (Art. 1º da Lei nº 6.2[illegible] de 07.[illegible])

Detalhe de Sinistro

Sinistro | **Histórico**

Data	Ação	Comentários	Visualizar
10/04/2018 16:24	Documentação pendente	FERNANDA DE RAMOS (CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A) indicou que os seguintes documentos estão pendentes: ELTON MARQUES PEREIRA · Comprovante de residência (Faltando página) - OBS Observações: Apresentar Comprovante de endereço da vítima.	
10/04/2018 16:22	Edição de pessoa	O usuário FERNANDA DE RAMOS (CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A) editou os dados da pessoa ELTON MARQUES PEREIRA.	
10/04/2018 16:19	Edição de pessoa	O usuário FERNANDA DE RAMOS (CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A) editou os dados da pessoa JOSE ERIVAN FERNANDES DE MEDEIROS.	
10/04/2018 16:18	Edição de pessoa	O usuário FERNANDA DE RAMOS (CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A) editou os dados da pessoa ELTON MARQUES PEREIRA.	
09/04/2018 16:47	Preencher campos chave	FERNANDA DE RAMOS preencheu campos chave do sinistro.	
03/04/2018 10:49	Distribuir	Michel de Souza Ubida (CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A) encaminhou a regulação do sinistro para FERNANDA DE RAMOS	
30/03/2018 09:57	Carga realizada	O usuário Serviço Tasker ( ) informou que os documentos digitalizados do sinistro encontram-se disponíveis.	
29/03/2018 16:16	Emissão de protocolo	O usuário Usuario DigProprio ( ) informou que recebeu os documentos da remessa .	
28/03/2018 12:23	Aviso Seguradora Líder	Aviso Seguradora Líder de DAMS registrado por: Usuário: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A Dependência: Comprev Previdência S/A-Filial João Pessoa - PB (0111) ASL-0110557/18 Dados da vítima Vítima: ELTON MARQUES PEREIRA CPF: 06913502486 CPF de: Próprio	

Ações ▾ Exibir Documentos Cancelar

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
30 ABR. 2013
PROTOCOLO
AO JOÃO PESSOA

PARECER DE DAMS

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180142777
Data do acidente: 15/04/2017
Vítima: ELTON MARQUES PEREIRA
Atendimento: HOSPITAL
Cidade: Campina Grande **UF:** PB
Análise: Primeira Análise
Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
Data: 08/05/2018 10:21:28

DADOS DO PARECER

Diagnóstico: TRAUM MULT NE TRAUM MULT NE -
Internação: Não

Tratamento: CIRURGICO
Tratamento Odontológico: Não

Grupo	Código	Descrição	Pleiteado	Avaliado
Materiais			4800,00	0,00
Farmácias			233,82	181,50
Taxas Odontológicas	1011	REDUÇÃO DE FRATURA UNILATERAL DE MANDÍBULA	2000,00	1200,00
Total da Análise Atual			**7033,82**	**1381,50**

Indicadores: Valores avaliados conforme parâmetros objetivos de aferição e praticados no âmbito do sistema de saúde

Observações: AVALIAÇÃO ODONTOLOGICA. FALTA RECIBO OU NOTA FISCAL REFERENTE A DESPESA NO VALOR DE R$ 4.800,00 , IMPOSSÍVEL AVALIAÇÃO. DESPESAS FARMACÊUTICAS AVALIADAS CONFORME RECEITUÁRIO MÉDICO ENVIADO.

Informações administrativas	Pleito anterior	Avaliação anterior	Pago anterior	Pleito atual	Avaliação atual	Valor à pagar
Beneficiário: ELTON MARQUES PEREIRA Relacionamento: Vítima	0,00	0,00	0,00	7033,82	1381,50	1381,50
Total da Análise Atual	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**7033,82**	**1381,50**	**1381,50**

TOTAL PLEITEADO: 7033,82 **TOTAL AVALIADO:** 1381,50 **TOTAL PAGO + À PAGAR:** 1381,50

PARECER DE DAMS

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

INFORMAÇÕES ANÁLISE MÉDICA

MARIA DE FATIMA FURTADO VELOSO DE MELO

GERENTE

CRM: 52.49515-5/RJ

JOSE VITAL SOARES

SUPERVISOR

GOVERNO DA PARAÍBA

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

CNPJ: 08.778.268/0001-60 | AV. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas - CEP 58432-809 / Campina Grande - PB

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo: _____

CRM: _____ UF: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

1ª VIA - Retenção da Farmácia ou Drogaria

2ª VIA - Orientação ao Paciente

Dr. Otávio Ferreira de Oliveira Neto CRM-PB 7103

Assinatura e Carimbo do Médico

Paciente: ELTON GENUINO

Endereço:

Prescrição: Via oral
Carbamazepina 200mg — 2 cp
Tomar 1/2 cp de 6/6h por
07 dias

Data: 17 / 01 / 20 18

Dr. Otávio Ferreira de Oliveira Neto CRM-PB 7103

Assinatura do Médico

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: Kaluanny Morais de Almeida

Ident: 9902913796 Órg. Emissor: SSP-CE

End.: R. Rodrigues Alves nº 1440

Cidade: C. Grande UF: CE

Telefone: 99671-4167

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico

DATA: DATA: ___/___/___

MOD 083

OMPREV SEGURIDADE E PREVIDÊNCIA S/A
26 MAR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

FARMACIA DIAS LTDA CNPJ:07.275.031/0014-19
RUA ANTENOR NAVARRO, 374, PRATA, Campina Grande, PB

Documento Auxiliar da Nota Fiscal de Consumidor Eletrônica

CODIGO DESCRICAO QTD UN VL. UN	VL. TOTAL
07896004704092 CEFALEXINA 500MG 10CPR EMS 1x28,67	86,01
Desconto -34,44	51,57
07898096577840 ANFLEX RET 200MG 6CAPS 1Cx32,11	32,11
Desconto -6,74	25,37
07896230304390 ALCOOL 70% GL ADVANSEPT 30ML 1FRCx5,99	5,99
Desconto -0,30	5,69
07898108612095 COMP GAZE ESTERIL DIAS C/10 UNID 1PCx2,00	2,00
Desconto -0,10	1,90
QTD. TOTAL DE ITENS	4
VALOR TOTAL R$	126,11
DESCONTOS R$	-41,58
VALOR A PAGAR R$	84,53
Cartão de Crédito	84,53

EMISSÃO NORMAL

Numero: 117934 Serie: 1
Emissão: 17/04/2017 16:42:43 Via do Consumidor
Consulte pela Chave de Acesso em
https://www5.receita.pb.gov.br/atf/seg/SEGI_AcessarFuncao.jsp?cdFuncao=FIS_1410
2517 0407 2800 3100 1419 6500 1000 1179 3410 8191 9100
Protocolo de Autorização: 325170081124343
Data de autorização: 17/04/2017 16:46:58

CONSUMIDOR NÃO IDENTIFICADO

MD5: 1B65A85CF8E0A566F31D82504DEAC412
PV0000249465
Trib aprox R$ 11,59 Fed e 10,93 Est e 0,00 Mun Fonte: IBPT H4T2P7
VOCE ECONOMIZOU.....: R$ 41,58
Balc: 1153 N.Controle:398851
FIDELIDADE REDEDIAS-20.180.334/0001-89
Cliente:128458-KARLA MARIA DE A MOURA
Informações dos Tributos Totais Incidentes (Lei Federal 12.741/2012): R$ 22,52

FARMACIA DIAS LTDA (D20)
FARMACIA DIAS LTDA
RUA ANTENOR NAVARRO, 374 CEP: 58400-520
PRATA - CAMPINA GRANDE - PB

CNPJ:07.275.031/0014-19 IE:162075456

17/04/2017 16:42

COMPROVANTE CREDITO OU DEBITO

CARTAO MASTER CREDITO
Numero do documento: 117934

REDE
MASTERCARD
COMPR:752128922 VALOR: 84,53
ESTAB:042783003 FARMACIA DIAS 20
17.04.17-16:42:55 TERM:PV856674 170099
CARTAO: xxxx.xxxx.xxxx.9886
AUTORIZACAO: 425576
ARQC:39CDA773522475AF
TRANSACAO AUTORIZADA MEDIANTE USO DE SENHA PESSOAL.

(SiTef)

REDE
MASTERCARD
COMPR:752128922 VALOR: 84,53
ESTAB:042783003 FARMACIA DIAS 20
17.04.17-16:42:55 TERM:PV856674 170099
CARTAO: xxxx.xxxx.xxxx.9886
AUTORIZACAO: 425576
ARQC:39CDA773522475AF
TRANSACAO AUTORIZADA MEDIANTE USO DE SENHA PESSOAL.

(SiTef)

OMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
28 MAR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

FARMACIA DIAS LTDA CNPJ:07.275.031/0018-42
RUA VIGOUVINO WANDERLEY, 250, CENTRO, Campina Grande, PB

Documento Auxiliar da Nota Fiscal de Consumidor Eletrônica

CODIGO	DESCRIÇÃO	QTD	UN	VL. UN	VL. TOTAL
07896523212685	NIMESULIDA 100MG 12CPR GNEFARMA	1	UNDx	19,33	19,33

Desconto -9,91 9,42

QTD. TOTAL DE ITENS	1
VALOR TOTAL R$	19,33
DESCONTOS R$	-9,91
VALOR A PAGAR R$	9,42
Dinheiro	10,00
TROCO R$	0,58

EMISSÃO NORMAL

Número: 57552 Série: 1
Emissão: 22/08/2017 18:14:50 - Via do Consumidor
Consulte pela Chave de Acesso em
https://www5.receita.pb.gov.br/atf/seg/SEGf_AcessarFuncao.jsp?cdFuncao=FIS_1410
2517 0807 2750 3100 1942 6500 1000 0575 5216 9720 9556
Protocolo de Autorização: 325170180736722
Data de autorização: 22/08/2017 18:14:53
CONSUMIDOR NÃO IDENTIFICADO

MD5: C466750BCA18C2D901F2DB8E1A19888E
PV0000258058
Trib aprox R$ 1,27 Fed e 0,00 Est e 0,00 Mun Fonte: IBPT H4T2P7
VOCÊ ECONOMIZOU.....: R$ 9,91
Balc: 784 N.Controle:494421
1000-FIDELIDADE REDEDIAS
Cliente:45594-BETANIA ARAUJO MIGUEL
Informações dos Tributos Totais Incidentes (Lei Federal 12.741/2012): R$ 1,27

DROGASIL
Rata Drogasil S/A
RUA SIQUEIRA CAMPOS, 540 - PRATA - CAMPINA GRANDE - PB
CNPJ: 61.585.865/1628-01 - I.E: 162865651

DANFE NFC-e - Documento Auxiliar
da Nota Fiscal de Consumidor Eletronica
Nao permite aproveitamento de credito de ICMS

#| COD	DESC	QTD	UN	VL UNIT R$	ALIQ	VL ITEM R$
01	07951	PERIOTRAT DENTAL 250	1,00	UnX	17,00	F 17,00

QTD. TOTAL DE ITENS	1
VALOR TOTAL R$	17,00
FORMA DE PAGAMENTO	VALOR PAGO
CARTAO DE CREDITO	17,00

Trib Aprox R$:0,71 Federal e 2,89 Estadual
Fonte: IBPT

NFC-e No. 000003690 Serie 002
Emissao 22/04/2017 20:13:53
Via Consumidor
Consulte pela Chave de Acesso em
http://www.receita.pb.gov.br/nfce
CHAVE DE ACESSO
2517 0461 5858 6516 2801
6500 2000 0036 9010 0000 0015

CONSUMIDOR NAO IDENTIFICADO

Consulta via leitor de QR Code

Protocolo de Autorizacao : 325170085197550
22/04/2017 20:13:53

POV: 002 LJ: 2305 Coo: 0000007260

OMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
28 MAR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

DROGASIL
Rata Drogasil S/A
RUA SIQUEIRA CAMPOS, 540 - PRATA - CAMPINA GRANDE - PB
CNPJ: 61.585.865/1628-01 - I.E: 162865651

DANFE NFC-e - Documento Auxiliar
da Nota Fiscal de Consumidor Eletronica
Nao permite aproveitamento de credito de ICMS

#| COD	DESC	QTD	UN	VL UNIT R$	ALIQ	VL ITEM R$
01	53660	DICLOF RES 15 EMG 20	1,00	UnX	12,83	F 12,83

De 12,83 por 8,15 desconto de 4,68
Valor Liquido 8,15

QTD. TOTAL DE ITENS	1
VALOR TOTAL DESCONTO R$	4,68
VALOR TOTAL R$	8,15
FORMA DE PAGAMENTO	VALOR PAGO
CARTAO DE CREDITO	8,15

Trib Aprox R$:1,10 Federal e 1,39 Estadual
Fonte: IBPT

NFC-e No. 000003688 Serie 002
Emissao 22/04/2017 20:10:25
Via Consumidor
Consulte pela Chave de Acesso em
http://www.receita.pb.gov.br/nfce
CHAVE DE ACESSO
2517 0461 5858 6516 2801
6500 2000 0036 8810 0000 0017

CONSUMIDOR NAO IDENTIFICADO

Consulta via leitor de QR Code

Protocolo de Autorizacao : 325170085195738
22/04/2017 20:10:25

POV: 002 LJ: 2305 Coo: 0000007256

FARMACIA DIAS LTDA CNPJ:07.275.031/0014-19
RUA ANTENOR NAVARRO, 374, PRAIA, Campina Grande, PB
Documento Auxiliar da Nota Fiscal de Consumidor Eletrônica

CODIGO	DESCRIÇÃO	QTD	UN	VL. UN	VL. TOTAL
07898096657031	DEQUIL SL 10MG	1	UN	R$29,95	29,95
Desconto				-5,99	23,96

QTD. TOTAL DE ITENS 1
VALOR TOTAL R$ 29,95
DESCONTOS R$ -5,99
VALOR A PAGAR R$ 23,96
Cartão de Crédito 23,96

EMISSÃO NORMAL
Numero: 131794 Serie: 1
Emissão: 24/05/2017 10:59:22 - Via do Consumidor
Consulte pela Chave de Acesso em
https://www5.receita.pb.gov.br/atf/seg/SEGf_AcessarFuncao.jsp?cdFuncao=FIS_1410
2517 0507 2750 3100 1419 6500 1000 1317 9414 4314 3867
Protocolo de Autorização: 325170109299740
Data de autorização: 24/05/2017 11:00:01
CONSUMIDOR NÃO IDENTIFICADO

MD5: 1B65A85CF8E0A566F3ID82504DEAC412
PV0000261182
Trib aprox R$ 3,22 Fed e 0,00 Est e 0,00 Mun Fonte: IBPT H4T2P7
VOCE ECONOMIZOU.....: R$ 5,99
Balc: 1153 N.Controle:417887
FIDELIDADE REDEDIAS-20.180.384/0001-89
Cliente:69759 ELTON ADELINO DOS SANTOS
Informações dos Tributos Totais Incidentes (Lei Federal 12.741/2012): R$ 3,22

FARMACIA DIAS LTDA (D20)
FARMACIA DIAS LTDA
RUA ANTENOR NAVARRO, 374 CEP: 58400-520
PRAIA - CAMPINA GRANDE - PB

CNPJ:07.275.031/0014-19 IE:16207566
24/05/2017 10:59

COMPROVANTE CREDITO OU DEBITO

CARTAO VISA CREDITO
Numero do documento: 131794

CIELO
VISA CREDITO
498442******0889
1a VIA-CLIENTE AUT=039316
DOC=240043 24 05 17 10:59 ONL-C
VENDA A CREDITO
VALOR: 23,96

(SiTef)

CIELO
VISA CREDITO
498442******0889
2a VIA-ESTABELECIMENTO AUT=039316
0010423254700002 PDV=42232117
DOC=240043 24 05 17 10:59 ONL-C
VENDA A CREDITO
VALOR: 23,96

TRANSACAO AUTORIZADA COM SENHA
ELTON M PEREIRA
A0000000031010-DREFCOLLESS

CIA BRASILEIRA DE DISTRIBUICAO
CNPJ - 47.508.411/1596-56
Av. Prefeito Severino Bezerra Cabral, 1339
Miramar - PB

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL DE CONSUMIDOR ELETRONICA

#	COD	DESC	QTD	UN	VL UN R$	(VLTR R$)*	VL ITEM R$
001	0000007067914	DIPIRONA SOD GMD GTS	4	UN	X 1,82	(0,98)	7,28
002	0000000454642	MANTEIGA DE CACAU BA	1	UN	X 2,99	(0,99)	2,99

QTD TOTAL DE ITENS 2
VALOR TOTAL R$ 10,27
CARTAO 10,27

Consulte pela Chave de Acesso em
http://www.receita.pb.gov.br/
2517 0547 5064 1115 9856 6500 4000 0337 5110 0000 5376

CONSUMIDOR OUTROS:

NFC-e 000033751 Serie 004 05/05/2017 16:34:37
Protocolo de autorizacao: 325170094797765
Data de autorizacao: 05/05/2017 16:34:37

20170505234200400000537
MD-5: 8018d90bfd3cc530bec3ebf5efb928e8
PARAIBA LEGAL - RECEITA CIDADA
TORPEDO PREMIADO:
161859798 0505201/ 000537 1027
PDV:004 LJ:2342 Ve:24 CO0:537
SIACFISC.EXE V:11.12.00 Op:000908602 Edneide Nascimento
CIELO-VISA CREDIT
498442-0889-01/21
POS=62150839 DOC=004924 AUT=080120
VENDA A CREDITO
VALOR: 10,27 CTR:05509424009
Trib aprox R$: Vel aprox Trib Fed 1,38 (13,44%)
Trib Est 0,53 (5,16%) Fonte:IBPT

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
28 MAR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

FARMACIA DIAS LTDA CNPJ:07.275.031/0014-19
RUA ANTENOR NAVARRO, 374, PRATA, Campina Grande, PB
Documento Auxiliar da Nota Fiscal de Consumidor Eletrônica

CODIGO	DESCRIÇÃO	QTD	UN	VL UN	TOTAL
07898108612095	COMP GAZE ESTERIL DIAS C/10 UNID 5PCx2,00				10,00
Desconto				-0,50	9,50
07891800000672	ACELDRA CREP LYSNE 12MM 5Mx2,98				14,90
Desconto				-0,75	14,15
07896230301146	SORO FISIOLOGICO ADV 0,9% 500ML 1UNDx5,25				5,25
Desconto				-0,26	4,99
QTD. TOTAL DE ITENS					3
VALOR TOTAL R$					30,15
DESCONTOS R$					-1,51
VALOR A PAGAR R$					28,64
Cartão de Crédito					28,64

EMISSÃO NORMAL
Número: 119876 Serie: 1
Emissão: 22/04/2017 20:29:25 - Via do Consumidor
Consulte pela Chave de Acesso em
https://www5.receita.pb.gov.br/atf/seg/SEGF_Acessar.Funcao.jsp?cdFuncao=FIS_1410
2517 0407 2750 3100 1419 6500 1000 1198 7618 3200 9005
Protocolo de Autorização: 325170085204944
Data de autorização: 22/04/2017 20:29:44
CONSUMIDOR NÃO IDENTIFICADO

MD5: 1B65A85CF5E0A566F31D82504DEAC412
PV0000251112
Trib aprox R$ 3,39 Fed e 5,16 Est e 0,00 Mun Fonte: IBPT H4I2P7
VOCE ECONOMIZOU.....: R$ 1,51
Balc: 1389 N.Controle:401589
FIDELIDADE REDEDIAS-20.180.384/0001-89
Cliente:25851-LUCIDALVA SILVA ARRUDA LUN
Informações dos Tributos Totais Incidentes (Lei Federal 12.741/2012): R$ 8,55

FARMACIA DIAS LTDA (020)
FARMACIA DIAS LTDA
RUA ANTENOR NAVARRO, 374 CEP: 58400-520
PRATA - CAMPINA GRANDE - PB

CNPJ:07.275.031/0014-19 IE:162075456

22/04/2017 20:29

COMPROVANTE CREDITO OU DEBITO

CARTAO VISA CREDITO
Número do documento: 119876

CIELO
VISA CREDITO
498442******0889
1a VIA-CLIENTE AUT=956497
DOC=220139 22 04 17 20:29 ONL-C
VENDA A CREDITO
VALOR: 28,64

(SiTef)

CIELO
VISA CREDITO
498442******0889
2a VIA-ESTABELECIMENTO AUT=956497
0810423254700002 POV=4223211
DOC=220139 22 04 17 20:29 ONL-C
VENDA A CREDITO
VALOR: 28,64

TRANSACAO AUTORIZADA COM SENHA
ELION M PEREIRA
A000000003101G 0298E60C88A6D24A
VISA CREDITO

(Tef)

DROGASIL
Raia Drogasil S/A
RUA SIQUEIRA CAMPOS, 540 - PRATA - CAMPINA GRANDE - PB
CNPJ: 61.585.865/1628-01 - I.E.: 162865651

22/04/2017 20:15:03 COO: 000007261

CIELO
VISA CREDITO

498442******0889-01/21
1a VIA-CLIENTE AUT=927749
DOC=220075 22/04/17 20:14 ONL-C
VENDA A CREDITO
VALOR: 17,00

(SiTef)

OMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
28 MAR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

FGF ELIA DIAS LTDA CNPJ:07.275.031/0014-19
RUA ANTENOR NAVARRO, 374, PRATA, Campina Grande,
PB
Documento Auxiliar da Nota Fiscal de Consumidor
Eletrônica

CODIGO DESCRIÇÃO QTD UN V.L. UN I VL. TOTAL
07896331705140 PERIOTRAT SOL BUCAL S/ALCOOL 250ML 27,12
1UNDx27,12 27,12
Desconto -2,73 24,39
07891300000665 AIADURA CREP CYSNE 100M 1PCx2,52 2,52
Desconto -0,13 2,39
07891300000672 AIADURA CREP CYSNE 12CM 1PCx2,98 2,98
Desconto -0,15 2,83
07891300000672 AIADURA CREP CYSNE 12CM 1PCx2,98 2,98
Desconto -0,15 2,83
07891300000672 AIADURA CREP CYSNE 12CM 1PCx2,98 2,98
Desconto -0,15 2,83
07891300000672 AIADURA CREP CYSNE 12CM 1PCx2,98 2,98
Desconto -0,15 2,83
07891300000672 AIADURA CREP CYSNE 12CM 1PCx2,98 2,98
Desconto -0,15 2,83
07896544925458 ESPD IMP MISSNER 2,5X4,5X 100UN 1PCx5,50 5,50
Desconto -0,28 5,22
07898108612095 COMP GAZE ESTERIL DIAS C/10 UNID 2,00
1PCx2,00
Desconto -0,10 1,90
07898108612095 COMP GAZE ESTERIL DIAS C/10 UNID 2,00
1PCx2,00
Desconto -0,10 1,90
07898108612095 COMP GAZE ESTERIL DIAS C/10 UNID 2,00
1PCx2,00
Desconto -0,10 1,90

QTD. TOTAL DE ITENS 11
VALOR TOTAL R$ 56,04
DESCONTOS R$ -4,19
VALOR A PAGAR R$ 51,85
Cartão de Crédito 51,85

EMISSÃO NORMAL

Numero: 118163 Serie: 1
Emissão: 18/04/2017 09:39:00 Via do Consumidor
Consulte pela Chave de Acesso em
https://www5.receita.pb.gov.br/atf/seg/SEGf_AcessarFuncao.jsp?cdFuncao=FIS_1410
2517 0407 2750 3100 1419 6500 1000 1181 6318 5256 3058
Protocolo de Autorização: 325170081520927
Data de autorização 18/04/2017 09:39:32
CONSUMIDOR NÃO IDENTIFICADO

MD5: 1865A85CF8E0A566F31D82504DEAC412
Trib aprox R$ 4,72 Fed e 9,33 Est e 0,00 Mun Fonte: IBPT H4T2P7
VOCE ECONOMIZOU.....: R$ 4,19
Balc: 1256 N.Controle:399137
FIDELIDADE REDEDIAS-20.180.384/000.-89
Cliente:2424-ELLY SONHALY DO NASCIMENTO
Informações dos Tributos Totais Incidentes (Lei Federal 12.741/2012): R$ 14,05

FARMACIA DIAS LTDA (D20)
FARMACIA DIAS LTDA
RUA ANTENOR NAVARRO, 374 CEP: 58400-520
PRATA - CAMPINA GRANDE - PB

CNPJ:07.275.031/0014-19 IE:162075456

18/04/2017 09:39

COMPROVANTE CREDITO OU DEBITO

CARTAO HIPERCARD
Numero do documento: 118163

REDE
HIPERCARD
COMPR:759445034 VALOR: 51,85
ESTAB:042783003 FARMACIA DIAS 20
18.04 17-09:39:19 TERM:PV856674 180023
CARTAO: xxxxxxxxxxxx1444
AUTORIZACAO: 059073
ARQC:49D6458AE662FF8F
TRANSACAO AUTORIZADA MEDIANTE
USO DE SENHA PESSOAL.

(SiTef)

REDE
HIPERCARD
COMPR:759445034 VALOR: 51,85
ESTAB:042783003 FARMACIA DIAS 20
18.04.17-09:39:19 TERM:PV856674 180023
CARTAO: xxxxxxxxxxxx1444
AUTORIZACAO: 059073
ARQC:49D6458AE662FF8F
TRANSACAO AUTORIZADA MEDIANTE
USO DE SENHA PESSOAL.

(SiTef)

MAPFRE
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
28 MAR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

INSTITUTO DA FACE
CENTRO DE ESPECIALIDADES
Prof. Dr. Josuel Cavalcante

Recibo

R$ 2.000,00

Recebemos do (a) Sr. (a) / Empresa: ELTON MARQUES PEREIRA, portador do CPF 069.135.024-86 a importância de R$ 2.000,00 (DOIS MIL REAIS) Referente aos Honorários por cirurgia de redução incruenta de fratura de mandíbula, pelo qual dou plena irrevogável quitação do valor acima mencionado.

Campina Grande 25 de Abril de 2017

JOSUEL RAIMUNDO CAVALCANTE – ME

CNPJ: 16.613.789/0001-96

MAPFRE
OMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
28 MAR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

INSTITUTO DA FACE
CENTRO DE ESPECIALIDADES
Prof. Dr. Josuel Cavalcante

FICHA CLÍNICA

Dr. Josuel Raimundo Cavalcante

Nome: Elton Marques Pereira **Data Nasc.** 25/04/1988

Endereço: Rua São Severino, 124 **Bairro:** Monte Santo

Est. Civil: Solteiro Profissão: Militar

Cidade: C. Grande **Estado: PB**

CPF: 069.135.024-86 **RG:** 3147954 SSP-PB

Fone:

Pai: José Pereira Filho e Ernilaide Marques Pereira

Orcamento:

Moldagem	R$300,00
Implantes 02 unidades	R$2.000,00
Protese sobre implantes	R$2.000,00
Provisórios	R$500,00
Total	R$4.800,00

OMPREV SEGURIDADE E PREVIDÊNCIA S/A.
28 MAR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Campina Grande – PB

05 de Maio de 2017

Dr. Josuel R. Cavalcante
CIRURGIÃO E TRAUMATOLOGISTA
BUCO MAXILO FACIAL - CRO - 659

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636

A Circular SUSEP[1] 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 COAF[2]**.

[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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu José Erivan F. de Medeiros inscrito (a) no CPF/CNPJ 026.864.664 / 30, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Elton Marques Pereira inscrito (a) no CPF sob o Nº 069.135.024 / 86, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez/Danos da Vítima Elton Marques Pereira, inscrito (a) no CPF sob o Nº 069.135.024 / 86, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

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

CONFERE COM O ORIGINAL
23 MAR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Endereço		Número	Complemento
Rua Henrique Dias		370	
Bairro: Conceição	Cidade: Campina Grande	Estado: PB	CEP
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)	

João Pessoa, 22 de Março de 2018
Local e Data

José Erivan Fernandes de Medeiros
Assinatura do Declarante

DLDRL.001 V001/2017

Cartão
Ourocard Visa
Nº 4984 **** **** 0889

Pag. 001 de 002

Data prevista para o fechamento da próxima fatura: 22.04.2018

Vencimento: 05/04/2018

DIC RECEFE PE PLT
ELTON M PEREIRA
R SAO SEVERINO 124
MONTE SANTO
58400-747 CAMPINA GRANDE - PB

Atenção

Em caso de pagamento inferior ao valor total, o cliente deverá arcar com as taxas e encargos apontados nesta fatura, incidentes sobre a diferença entre o valor total e o valor pago.

Caso seja efetuado exclusivamente o pagamento mínimo, na próxima fatura poderão ser cobrados encargos financeiros de no mínimo R$ 106,72. Consulte o CET no quadro Custo Efetivo Total da fatura, item Crédito Rotativo/Saques.

Valor Total: R$ 1.258,05

Pagamento mínimo (1): R$ 188,71

Pagamento parcelado (2): ENTRADA 123,86 + 23x 123,80

(1) O pagamento mínimo inclui as mensalidades de parcelamentos anteriores lançados nesta fatura, caso existam.
(2) Para parcelar esta fatura em 24 vezes (1 + 23), pague até o vencimento, de uma só vez, o valor da entrada (R$ 123,86 - CET 199,43% a.a). Se você possui parcelamentos anteriores, a mensalidade que seria debitada neste mês já contempla o valor da entrada. Para parcelamentos após o vencimento da fatura, consulte de outros planos de parcelamento e informações sobre o CET, acesse bb.com.br/parcelesuafatura, procure um caixa eletrônico ou ligue para a Central de Atendimento do Banco do Brasil.

Total da Fatura

Saldo - R$	1.258,05
Saldo convertido - R$	0,00
Total da fatura - R$	1.258,05

Resumo em Real

Saldo anterior	1.918,09
Pagamentos/Créditos	- 1.918,09
Compras/Débitos	1.258,05
Saldo - R$	1.258,05
Saldo parcelado faturas futuras	2.775

Resumo em Dólar

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

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

IOF e Encargos nesta Fatura

IOF	
• Retiradas e uso do limite de crédito rotativo	0,00
Encargos	
• Retiradas na função crédito	0,00
• Uso do limite de crédito rotativo	0,00

Limites

Total para transação à vista	4.233
Saques (incluído no total transação à vista)	4.233
Total para transações parceladas	2.000
Crediário	20.488

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

Ponto pra Você/Livelo

Pontuação acumulada em 21.03.2018: 4.730

Consulte pontos a prescrever e saldo atual
- **Caixas eletrônicos**: Ponto pra Você - Prog Recompensas
- **Internet**: Ponto pra Você/Cem Acum Pontos
- **Aplicativo BB no mobile**: Ponto pra Você/Cem Acum Pontos

Encargos Financeiros

	1	2
Crédito Rotativo	9,98	9,98
Crédito Parcelado	9,30	9,30
Juros de mora	1,00	1,00
Multa por atraso	2,00	2,00

1 - Para o período 2 - Mesmos para o próximo período

Tarifas

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

Uso no Exterior

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

Custo Efetivo Total (CET)

Serviços	Taxa ao Mês (%)	Taxa ao Ano (%)	IOF Adicional (%)	IOF Diário (%)	CET ao Ano (%)[2]
Crédito Rotativo Saques[1]	9,98	213,15	0,38	0,0082	227,42
Parcelado administrativo[3]	9,30	160,66	0,38	0,0082	192,53
Pagamento de Contas (parcelado)[3,4]	[illegible]	135,63	0,38	0,0082	137,36

1 - Taxas vigentes até o vencimento deste fatura [illegible] 2 - Rendada de incidência da Taxa [illegible] 3 - Taxas de seus contas a alterações [illegible] 4 - Os serviços não estão disponíveis [illegible] Obs. Tarifa de Saque R$ 12,00 por evento. Tarifa de Pagamento de Contas [illegible]

COMPREV
COMPREV PREVIDENCIA S/A
23 ABR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃ

BANCO DO BRASIL 001-9

Nome do Pagador /CPF/CNPJ/Endereço/Cidade/UF/CEP: ELTON M PEREIRA - CPF 069.135.024-86
R SAO SEVERINO 124 - - MONTE SANTO - 58400-747 - CAMPINA GRANDE - PB
Sacador / Avalista

Nosso Número	Nº do documento	Data de Vencimento	Valor Documento	Valor Pago
00000000089996220		05/04/2018	1.258,05	

Nome do Beneficiário/CNPJ/CPF/Endereço
Banco do Brasil S.A. - CNPJ n.º 00.000.000/0001-91 - SBS Qd 01 - Bl A - Ed Sede 1 - 2º ao - 70073-900 Brasília (DF)

Agência / Código do Beneficiário: 4700-7 31027-91-10-9
Autenticação Mecânica

BANCO DO BRASIL 001-9

Local de Pagamento
Pagável em qualquer banco até o vencimento

Nome do Beneficiário/CNPJ/CPF/Endereço
Banco do Brasil S.A. - CNPJ n.º 00.000.000/0001-91 - SBS Qd 01 - Bl A - Ed Sede 1 - 2º ao - 70073-900 Brasília (DF)

Data do documento	Nº do documento	Espécie DOC.	Aceite	Data processamento
22/03/2018			N	22/03/2018

Uso do Banco	Carteira	Espécie	Quantidade	X	Valor
	66	R$			

Data de Vencimento: 05/04/2018
Agência / Código do Beneficiário: 4700-7 31027-91-10-9
Nosso Número: 00000000089996220
(=) Valor Documento: 1.258,05
(-) Desconto / Abatimento
(+) Juros / Multa
(=) Valor Pago

Informações de responsabilidade do Beneficiário
O CAMPO VALOR DO DOCUMENTO ESTA PREENCHIDO COM O TOTAL DESTA FATURA. VOCÊ PODE UTILIZAR O MESMO BOLETO PARA PAGAMENTO DE VALOR MENOR OU OPTAR PELO PARCELAMENTO PAGANDO O VALOR DE ENTRADA INFORMADO NESTA FATURA. CONHEÇA OUTROS PLANOS DE PARCELAMENTO NO SITE BB.COM.BR/PARCELESUAFATURA, NOS CAIXAS ELETRÔNICOS OU LIGUE PARA 0800 729 0001.

Nome do Pagador /CPF/CNPJ/Endereço/Cidade/UF/CEP
ELTON M PEREIRA - CPF 069.135.024-86
R SAO SEVERINO 124 - - MONTE SANTO - 58400-747 - CAMPINA GRANDE - PB
Sacador / Avalista

COPIA

Autenticação Mecânica - Ficha de Compensação

FATURA DEBITADA EM CONTA CORRENTE - NAO RECEBER

Estado da Paraíba
Prefeitura Municipal de Campina Grande-PB
Secretaria de Saúde do Município
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAMU Regional CG - 192

SAMU 192
CAMPINA GRANDE - PB

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins de direito que o SAMU 192 Regional – CG prestou atendimento pré-hospitalar ao paciente **Elton Marques Pereira,** vítima de acidente de trânsito no dia 15 de Abril de 2017 aproximadamente às 07hs30min, End: BR 230 – Lagoa de Dentro, sendo o paciente atendido e removido para Hospital de Urgência e Trauma.

Campina Grande, 04 de Maio de 2017.

Fabio Alexandre B. Nascimento
SUPERVISOR
SAMU 192-CG

Deoclecio F. Nascimento
Coordenação Administrativa

28 MAR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

SAMU 192 (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência)
Rua: Almeida Barreto, 428 São José CEP: 58400-328 Campina Grande-PB
Fone: (83) 3322-5207 / 3322-5191

CAGEPA
COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA, INFORME ESTE NÚMERO
MATRÍCULA: 11314940
REFERENCIA: DEZ/2017

CONTA DE CONSUMO DE AGUA / ESGOTO E SERVICOS

LUIS FERNANDES
RUA HENRIQUE DIAS 370
CONCEICAO
CAMPINA GRANDE 58401- 236

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias (Residencial / Comercial / Industrial / Público)	Responsável
018.31.335.0016	0	1 / 0 / 0 / 0	11314940

Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto
Y13N725673	07/11/2013	1	LIGADO	LIGADO

ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (m3)	NUM. DE DIAS	PROXIMA LEITURA
894	907	13	30	04/01/2018

HIST. DE CONS./ANOR. LEIT. | QUALID. DA AGUA-DECRETO 2.914/2011-MS.

			PARAMETROS	EXIG.	ANALIS.	CONFORMES
JUN/2017	20	0	COL.TOTAIS	178	180	180
JUL/2017	14	0	COR	55	180	178
AGO/2017	12	0	COL.TERMOT	0	0	0
SET/2017	16	0	CLORO	178	180	180
OUT/2017	19	0	TURBIDEZ	178	180	178
NOV/2017	17	0				
MEDIA(M)	16					

DADOS REFERENTES A:OUT/2017

DATA DA LEITURA: 05/12/2017 HORA DA LEITURA: 09:31:44

DESCRICAO	CONSUMO	VL AGUA	VL ESGOTO	TOTAL(R$)
RESIDENCIAL CONSUMO ATE 10m	10	36,84	29,47	R$66,31
DE 11m A 20m	3	14,25	11,40	R$25,65
TOTAIS		51,09	40,87	

2 J MAR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R$8,54 PIS E COFINS. LEI 12.741/12.

VENCIMENTO: 18/12/2017 | Total a Pagar: R$91,96

V.18.13 R. 1.0

CONDICAO DE LEITURA:CONFIRMADA
CONDICAO DO FATURAMENTO:REAL TIPO DE TARIFA:NORMAL
POSICAO DE DEB. ANTERIOR(ES)
EXISTE(M) CONTA(S) ANTER. EM DEBITO.
INFORMACOES GERAIS:
ACOMPANHE COMO ESTA SENDO APLICADO SEU DINHEIRO
WWW.TRANSPARENCIA.PB.GOV.BR

CAGEPA

MATRÍCULA	REFERENCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
11314940	DEZ/2017	18/12/2017	R$91,96

82660000000-2 91960010821-2 13149401220-9 17000000002-7

SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
2ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos de Campina Grande

POLÍCIA CIVIL PARAÍBA

GOVERNO DA PARAÍBA
Secretaria de Estado da Segurança e da Defesa Social

DELEGACIA DE ACIDENTES DE VEÍCULOS SSP/PB

BOLETIM DE OCORRÊNCIA
Nº00318.01.2017.2.00.420

OCORRÊNCIA(S)

Suposto(s) Autor(es):
Tipificação 1: LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO
Data da Ocorrência: 15/04/2017 **Hora:** 07:30:00
Forma da Comunicação: Verbal
Endereço: Br 230 Lagoa de Dentro, São José da Mata, Campina Grande, PB.

PARTE(S)

VITIMA

Nome: Elton Marques Pereira
Conhecido por: Não informado
Filiação: Ernilaide Marques Pereira e José Pereira Filho
Idade: 29 **Data de Nascimento:** 25/04/1988 **Identidade de Gênero:** masculino
Nacionalidade: brasileira **Naturalidade:** Campina Grande
Estado Civil: solteiro(a)
Escolaridade: Não informado **Profissão:** Policial Militar
Documentos(s) de Identificação: CPF nº 069.135.024-86
Endereço: Rua- São Severino, 124, Monte Santo, Campina Grande, PB
Complemento: Não informado
Telefone: (83) 98829-7029

TESTEMUNHA

Nome: Djanilson Barbosa Marinho Júnior
Conhecido por: Não informado
Filiação: Vivian Leide Vieira Marinho e Djanilson Barbosa Marinho
Idade: 29 **Data de Nascimento:** 01/01/1988 **Identidade de Gênero:** masculino
Nacionalidade: brasileira **Naturalidade:** Campina Grande
Estado Civil: solteiro(a)
Escolaridade: Não informado **Profissão:** Policial Militar
Documentos(s) de Identificação: CPF nº 073.513.454-57
Endereço: Rua- Manoel Leonardo Gomes, 1180, Campina Grande, PB
Complemento: Bloco, "H", APTº304
Telefone: Não informado

AG. JOÃO PESSOA
PROTOCOLO
28 MAR. 2018

CARTÓRIO DO 8º OFÍCIO
Bel. Pedro Oliveira de Lucena
Tabelião
CAMPINA GRANDE-PB

CARTÓRIO DO 8º OFÍCIO DE NOTAS
Rua Marques do Herval, 83 - Centro-Fone: 3341-6085
CNPJ: 09.365.545/0001-76
Bel. Pedro Oliveira de Lucena
Tabelião
Certifico e dou fé que a presente cópia fotostática é a Reprodução fiel do original que me foi exibido
Campina Grande 28/09/17
Bel. Pedro Oliveira de Lucena
Tabelião

SELO DIGITAL: AFW25254-UN42
Consulte a autenticidade em http://selodigital.tjpb.jus.br

EM BRANCO

SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
2ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos de Campina Grande

POLÍCIA CIVIL PARAÍBA

GOVERNO DA PARAÍBA
Secretaria de Estado da Segurança e da Defesa Social

TESTEMUNHA

Nome: Edson Joaquim de Lira Júnior
Conhecido por: Não informado
Filiação: Joselita Silva Pereira Lira e Edson Joaquim de Lira
Idade: 29 **Data de Nascimento:** 29/04/1988 **Identidade de Gênero:** masculino
Nacionalidade: brasileira **Naturalidade:** Campina Grande
Estado Civil: casado(a)
Escolaridade: Não informado **Profissão:** Policial Militar
Documentos(s) de Identificação: CPF nº 014.271.874-28
Endereço: Rua- Pedro Silva, 630, Jardim Paulistano, Campina Grande, PB
Complemento: Não informado
Telefone: Não informado

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

(1) Moto, marca Honda, modelo CG 150 TITAN KS, tipo de veículo Motocicleta, cor vermelha, ano 2009, placa MOR-6634, chassi 9C2KC15109R021136, renavam 14241674-2

DILIGÊNCIAS ADOTADAS/EXAMES REQUISITADOS

HISTÓRICO

Informa o comunicante/vítima, que no dia, hora e local já descritos, conduzia a motocicleta Honda/CG 150 TITAN KS, Ano/Modelo 2009/2009, cor vermelha, Placa MOR6634-PB, Chassi de Nº 9C2KC15109R021136, licenciada em nome do comunicante Elton Marques Pereira,quando trafegava na BR 230, mais precisamente na localidade Lagoa de Dentro, em frente a Mastodonte, bairro São José da Mata, momento em que o condutor de um veículo Siena de cor branco de demais sinais e condutor não identificado, que ia a sua frente tendo tirado para o acostamento e logo em seguida fez a volta na pista tendo o comunicante colidido na lateral traseira do lado esquerdo, tendo a vítima caído ao solo e sofrido fratura do Antebraço esquerdo e madibula, perda de dois dentes, sendo socorrida pelo SAMU e encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma, nesta cidade. Na ocasião do acidente o tempo apresentava-se bom, com via seca e boa visibilidade, não se encontrando o envolvido sob a influência de bebidas alcoólicas. Não compareceram os Policiais Militares do CPTRAN, razão pela qual não foi elaborado o Boletim de Acidente de Trânsito. Afirma a vítima não ter o desejo de Representar Criminalmente contra o condutor do veículo causador do acidente.

Nada mais disse. Encerrado está o presente termo.

CARTÓRIO DO 8º OFÍCIO
Pedro Oliveira de Lucena
Tabelião
CAMPINA GRANDE-PB

CARTÓRIO DO 8º OFÍCIO DE NOTAS
Rua Marques do Hervel, 83 - Centro-Fone: 3341-6085
CNPJ: 09.365.545/0001 76
Bel. Pedro Oliveira de Lucena
Tabelião
Certifico e dou fé que a presente cópia fotostática é a Reprodução fiel do original que me foi exibido
Campina Grande 28 09 17
Bel. Pedro Oliveira de Lucena

28 MAR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

SELO DIGITAL: AFW25855-IPWD
Consulte a autenticidade em https://selodigital.tjpb.jus.br

EM BRANCO

SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
2ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos de Campina Grande

POLÍCIA CIVIL PARAÍBA

GOVERNO DA PARAÍBA
Secretaria de Estado da Segurança e da Defesa Social

DELEGACIA DE ACIDENTES DE VEÍCULOS

Campina Grande/PB, 28 de setembro de 2017.

LUCIANO BEZERRA SERRA SECA
Delegado(a) de Polícia Civil

Elton Marques Pereira

ELTON MARQUES PEREIRA
Noticiante

ADEMIR DA COSTA VILAR
Escrivão de Polícia

CARTÓRIO DO 8º OFÍCIO
Pedro Oliveira de Lucena
Tabelião
CAMPINA GRANDE-PB

CARTÓRIO DO 8º OFÍCIO DE NOTAS
Rua Marques do Herval, 83 - Centro Fone: 3341-6085
CNPJ: 09.365.545/0001.76
Bel. Pedro Oliveira de Lucena
Tabelião
Certifico e dou fé que a presente cópia fotostática é a Reprodução fiel do original que me foi exibido
Campina Grande 28 0917
Bel. Pedro Oliveira de Lucena
Tabelião

SELO DIGITAL: AFW25856 - KLCT
Consulte a autenticidade em ... digital.tjpb.jus.br

28 MAR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").
Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima	Nome completo da vítima
	069.135.024-86	Elton Marques Pereira

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: Elton Marques Pereira		CPF titular da conta: 069.135.024-86	Profissão: Militar
Endereço: Rua São Severino		Número: 124	Complemento:
Bairro: Monte Santo	Cidade:	Estado: PB	CEP:
Email:			Telefone (DDD):

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

22 MAR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

- [x] RECUSO INFORMAR
- [ ] SEM RENDA
- [ ] ATÉ R$ 1.000,00
- [ ] R$ 1.001,00 ATÉ R$ 3.000,00
- [ ] R$ 3.001,00 ATÉ R$ 5.000,00
- [ ] R$ 5.001,00 ATÉ R$ 7.000,00
- [ ] R$ 7.001,00 ATÉ R$ 10.000,00
- [ ] ACIMA DE R$ 10.000,00

- [ ] **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
  - [ ] BRADESCO (237)
  - [ ] BANCO DO BRASIL (001)
  - [ ] ITAÚ (341)
  - [ ] CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

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

- [x] **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome: Banco do Brasil NRO. ____
AGÊNCIA NRO. 1634-9 D/V ____ (Informar dígito se existir)
CONTA NRO. 27491 D/V 6 (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

João Pessoa, 22 de Março de 2018
Local e Data

Elton Marques Pereira
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 16 de Maio de 2018

Carta n°: 12813142

A/C: ELTON MARQUES PEREIRA

Nº Sinistro:	**3180142777**
Vitima:	**ELTON MARQUES PEREIRA**
Data do Acidente:	**15/04/2017**
Cobertura:	**DAMS**
Procurador:	**JOSE ERIVAN FERNANDES DE MEDEIROS**

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: **ELTON MARQUES PEREIRA**

Valor: **R$ 1.381,50**

Banco: **001**

Agência: **000001634-9**

Conta: **000010027791-8**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 10 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **ELTON MARQUES PEREIRA**

Nº Sinistro: **3180142777**
Vitima: **ELTON MARQUES PEREIRA**
Data do Acidente: **15/04/2017**
Cobertura: **DAMS**
Procurador: **JOSE ERIVAN FERNANDES DE MEDEIROS**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180142777**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovante de residência faltando página

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

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

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

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00919/00920 - carta_03 - DAMS

00060460

Carta nº 12633356

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 09 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **ELTON MARQUES PEREIRA**

Nº Sinistro: **3180142777**
Vitima: **ELTON MARQUES PEREIRA**
Data do Acidente: **15/04/2017**
Cobertura: **DAMS**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de reembolso de Despesas de Assistência Médicas e Suplementares - DAMS foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180142777.**

Esclarecemos que o valor para a cobertura de DAMS é de **ATÉ** R$ 2.700,00 e que suas despesas serão analisadas considerando os valores de mercado, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de reembolso é de até **30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária.**

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00303/00304 - carta_01 - DAMS

00020152

Carta nº 12627216

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

ATENDIMENTO URGÊNCIA

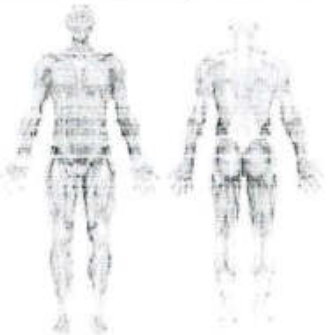
PRONT (B.E) Nº:1416230 **CLASS. DE RISCO: VERMELHO**

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 15/04/2017
Boletim de Emergência (B.E) – Modelo 07 Atendente : Arthur Matheus Almeida Mendonca

PACIENTE: ELTON MARQUES PEREIRA
Endereço:SAO SEVERINO
Cidade: Campina Grande
Nome da Mãe: HEROILAIDE MARQUES PEREIRA
Responsável: SEM ACOMPANHANTE
Estado Civil:
Motivo: ACIDENTE DE MOTO
Médico:

CEP:58400002 Nascimento:25/04/1988
Sexo:M Telefone:
Idade:028 Bairro:MONTE SANTO
RG: Nº:124
CPF: Profissão: POLICIAL MILITAR
Data de Atend:15/04/2017 CNS:53423413
CONVÊNIO:SUS
Hora: 08:12:27 Especialidade:
CRM:

OBS FICHA:
MECANISMOS DO TRAUMA
LOCAL DA LESÃO (Identifique o local com o número correspondente ao lado)



1. Abrasão
2. Amputação
3. Avulsão
4. Contusão
5. Crepitação
6. Dor
7. Edema
8. Empalhamento
9. Enfisema subcutâneo
10. Esmagamento
11. Equimose
12. F. Arma branca
13. F. Arma de fogo
14. F. Contuso
15. F. Cortante
16. F. Corto-contuso
17. F. Perfuro-contuso
18. F. Perfuro-cortante
19. Fratura osseo fechado
20. Fratura osseo aberto
21. Hematoma
22. Ingurgitamento venoso
23. Laceração
24. Lesão tendinosa
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento toracico paradoxal
28. Objeto Enterrado
29. Otorragia
30. Paralisia
31. Paresia
32. Parestesia
33. Queimadura
34. Rinorragia
35. Sinais de isquemia
36.

OBS:

QUEIMADURA:
Superfície corporal lesada = _____% Grau ( ) 1º Grau ( ) 2º Grau ( ) 3º Grau
DIGNOSTICO / CID: Queda de Moto

PROTOCOLO ACOMPANHAMENTO DE PESSOA 28 MAR. 2018

EXAME PRIMÁRIO - DADOS VITAIS

Vítima de acidente de moto, em capacete, apresentando FCC em mento, dente quebrados e otorragia (??) direita. Queixa-se de dor em região de punho e mão ~~direita~~ esquerda. Nega alterações neurológicas. Exame de cervical, tórax e abdome sem alteração. Pulso estável.

ALERGIA: ⊖
MEDICAMENTOS: ⊖
PATOLOGIAS: ⊖

RAIO X REALIZADO EM: / /

EXAME FÍSICO
PUPILAS (X) Fotorreagentes (X) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( )
Glasgow 15 PA HGT: Sat02

ULTRASSONOGRAFIA Realizada em: 15/04/16

EXAMES SOLICITADOS:
( ) Laboratoriais
( ) Gasometria arterial
( ) Tomografia Computadorizada
(X) Ultrassonografia: FAST
(X) Radiografias:
( )

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:
Especialista: NCR / ORTO às : Dia / /
Especialista: BMF / às : Dia / /

MÉDICO SOLICITANTE
PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	SRL 1.000 ml, EV	
2	Dipirona 1g + AD, EV } Feito 9:00	
3		
4		
5		
6		

TOMOGRAFIA REALIZADA EM: 15/04/17

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:
Brenda Jamboi L. Barbosa
Cirurgia Geral
CRM-PB 8443

TOMOGRAFIA REALIZADA EM: 16/04/17

GOVERNO DA PARAÍBA

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

Ficha de Acolhimento

Nome: Eailton Marques Teixeira

End: Rua São Severino 124 Bairro: Monte Santo

Data de Nascimento: 25-04-88 Documento de Identificação:

Queixa: Ac. de MOTO Data do Atend.: 15.07.17 Hora: 08:05 Documento:

Acidente de trabalho? ( ) Sim (✓) Não

28 MAR. 2018
PROTOCOLO
AG. DOAÇÃO GERENCIA

Classificação de Risco

Nível de consciência: ( ) Bom ( )Regular ( ) Baixo **Aspecto:** ( ) Calmo ( ) Fáceis de dor (✓) Gemente

Frequência respiratória: **Frequência cardiaca:**

Pressão arterial: **Temperatura axilar:**

Dosagem de HGT: **Mucosas:** ( ) Normocorada ( ) Pálida

Deambulação: ( ) Livre ( ) Cadeira de rodas ( ) Maca

Estratificação

MOD. 110

Cirurgia

(X) Vermelho - atendimento imediato
( ) Verde - atendimento até 4 horas
( ) Amarelo - atendimento até 1 hora
( ) Azul - atendimento ambulatorial

Isabel Cristina da Costa Engenheira COREN-PB 421.116

Assinatura e carimbo do profissional

GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Nome do Paciente: Ellen Marques Pereira		Nº Prontuário
Data da Operação: 15/09/17	Enf. 09	Leito 01
Operador: Felipe Guedes	1º Auxiliar	
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador
Anestesia: Jurandir Abrantes	Tipo de Anestesia	

Diagnóstico Pré-Operatório: Fratura - Luxação Galeazzi

Tipo de Operação

Diagnóstico Pós-Operatório

Relatório Imediato da Patologia

Exame Radiológico no Ato

Acidente Durante a Operação

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

1. Paciente em dícubito dorsal sob anestesia
2. Feito asepsia e antisepsia
3. A posição de campos estéril
4. Incisão volar para acesso ao rádio.
5. Dissecção por planos
6. Redução cruenta de fratura do rádio.
7. Fixação do rádio com placas e parafusos
8. Observado estabilidade da ARUD
9. Fixação da ARUD com fio de Kirschner
10. Sutura por planos
11. Curativo

CUMPRE-SE E ARQUIVE-SE

28 MAR. 2018

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

Mod. 018

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

NSULO

TM Cirúrgica
Ortopedia - Neurologia - Buco

Rua Guadalupe, 43 - Guadalupe - Olinda-PE
CEP.: 53.020-230 | E-mail: tmcirurgica@hotmail.com
Fones: 3431.4960 | 3076.0422 | 99452.1153

1ª Via Cliente / 2ª Via Empresa / 3ª Via Fixa

N° 3148

PEDIDO DE FATURAMENTO

NOME DO HOSPITAL: HOSPITAL DE TRAUMA
CIDADE: P. GRANDE
TEL / FAX / E-MAIL:
NOME DO PACIENTE: ELTON MARQUES VERGINI
Nº DO PRONTUÁRIO: 1416230
Nº AIH:
COD. PROCEDIMENTO:
CONVÊNIO:
PROCEDIMENTO REALIZADO: TRAT. CIRÚRGICO DE FRATURA DO OSSOS DO ANTEBRAÇO

PRODUTO	REF.	QUANT.	COD. KOMP.
PLACA 3.5 DCP 7F.		01	
PARAF. CORTICAL 3.5 x 18		03	
" " 3.5 x 14		05	

28 MAR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

DATA DA UTILIZAÇÃO: 15/04/2017
DATA DA COMUNICAÇÃO:
MÉDICO RESPONSÁVEL / CRM: Dr. FELIPE

OBSERVAÇÕES:
Px 3.5 Simples

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

Carlos André da Silva Lima
TÉCNICO DE ENFERMAGEM
COREN-PB 115.338

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: Elton marques Pereira DN: 25/04/88

QI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO
		SUS	28a	1916230

CIRURGIA: Red. cirúrgica c/ placa em dist. fat dos ossos do antebraço (E) | CIRURGIÃO: Dr. Felipe

ANESTESIA: Bloqueio de Plexo Braquial (E). | ANESTESIATA: Dr. Gerandir

INSTRUMENTADORA: José | DATA: 15/04/17 | INÍCIO: 17:45 | FIM: 18:40

GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.	•	Calel. p/ Oxg.		Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.		Catet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix	
	Diazepan amp.	••	Compressa Grande		Catgut cromado Sertix	
	Dimore amp.		Compressa Pequena		Catgut Simples	
	Dolantina amp.		Cotonoide		Catgut Simples Sertix	
	Efrane ml		Dreno		Catgut Simples Sertix	
	Fenegam amp.		Dreno Kerr nº		Catgut Simples Sertix	
01	Fentanil ml		Dreno Penrose nº		Cera p/ osso	
	Inova ml		Dreno Pezzer nº		Ethibond	
	Ketalar ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Mercaina % ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Nubahin amp.		Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix	
01	~~Pavulon amp.~~ Bomomol		Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix	
	Protigmine amp.	01/5	Esparadrapo Larco cm		Fio de Algodão Sutupak	
02	~~Protóxido l/m~~ Xylocaína		Furacim ml		Fio de Algodão Sutupak	
	Quelicin ml	01/5	Gase Pacote c/ 10 unidades		Fita cardíaca	
	Rapifen amp.		H_2O_2 ml	02	Mononylon	(2-0) ••
	Thionembutal ml		Intracath Adulto		Mononylon	
	Tracrium amp.		Intracath Infantil		Prolene Serfix	
Qtd.	MEDICAÇÕES	01	Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Serfix	
	Água Destilada amp.		Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Serfix	
01	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Serfix	
02	Dipirona amp.	•	Luvas 7.0		Vicryl Serfix	
	Flaxidol amp.	••	Luvas 7.5	01	Vicryl Serfix	(2.0).
01	~~Flebocortid amp.~~ Dexedron		Luvas 8.0		Vicryl Serfix	
	Geramicina amp.	01/5	Luvas ~~8.5~~ moled.			
	Glicose amp.	3 litros	Oxigênio l/m			
	Glucon de Cálcio amp.		Poliflix			
	Haemacel ml.		PVPI Degermante ml			
	Heparema ml.		PVPI Tópico ml	Qtd.	SOROS	
	Kanakion amp.	01/5	Sabão Antiséptico clorexid...		SG Normotérmico fr 500 ml	
	Lasix amp.	04	Saco coletor p/ fixo		SG Gelado fr 500 ml	
	Medrotinazol.		Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml	
	Plasil amp.		Seringa desc. 20 ml		SG Ringr fr 500 ml	
	Prolamina		Seringa desc. 05 ml		SG fr 500 ml	
	Revivan amp.		Sonda			
	Stuptanon amp.		Sonda folley	Qtd.	CX 3,5 ORTESE E PRÓTESE TM	
	Cefalotina 1g		Sonda Nasogástica			
2g	Gentamicina		Sonda Uretral nº	01	Placa DCP 7 furos	
			Sterydrem ml	07	Parafusos corticais	
			Torneirinha	01	Fio de Kirschner nº 2,0	
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml			
	Agulha desc. 25 x 7		Gelcon 18			
	Agulha desc. 28 x 28		Lateseg			
	Agulha desc. 3 x 4,5	05	Eletrodos			
	Agulha p/ raque nº					
01/5	Álcool de Enfermagem	01/5	Algodão Ortope			
	Álcool Iodado ml					
04	Ataduras de Crepon 10cm		Luva			
	Ataduras de Gessada					
	Azul metileno amp.					
	Benzina ml					

EQUIPAMENTOS

(✓) Oximetro de Pulso	( ) Foco Auxiliar
( ) Serra	( ) Eletrocautério
( ) Desfibrilador	( ) Oxicapiógrafo
(✓) Foco Frontal	(✓) Cardiomonitor
( ) Fonte de Luz	( ) Perfurador Elétrico

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

Garrote as 17:50

MOD 066

PROTOCOLO HG JOÃO PESSOA 26 MAR. 2018

GOVERNO DA PARAÍBA

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

Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: Pilton Marques Pereira	Idade: 28 anos
Convênio:	Data: 15/04/17
Procedimento: Red cirúrgica c/ fixação de frat dos ossos do antebraço (E)	
Cirurgião: Dr: Felipe	Auxiliar: / Anestesista: Dr: Guardia
Início:	Término: / Anestesia Bloqueio de plexo braquial (E)

Hora	PA	Pulso	SAT 02	Responsável	A. Motora	Conciência
19:00	145x75	101	94%	Maria Marília da Silva Técnica de Enfermagem COREN 785684	+	Consciente
19:15	113x71	102	96%		2	"
19:30	148x70	103	96%		+	"

Medicamentos/Materiais	Quantidade

COMPREV [illegible]
28 MAR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Observações:

Maria Marília da Silva
Técnica de Enfermagem
COREN 785684

Assinatura Anestesista | Circulante

Relatório de Operação

MOD. 163

TABELA DE ALDRETE E KROULIK MODIFICADA
(Critérios para altas da SRPA)

Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico	*Hora entrada*	*Hora saída*
Nenhum Movimento = 0 *Movimenta 2 membros = 1* *Movimenta 4 membros = 2*		2
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispnéia = 1 Respiração profunda e tosse = 2		2
PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0 PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1 PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2		2
Sat 02 < 90 com oxigênio = 0 Sat 02 > 90 com oxigênio = 1 Sat 02 > 92% sem oxigênio = 2		2
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		2
TOTAL DE PONTOS:		10

Raoni de Araújo Lima
Anestesiologista
CRM - 8028

Assinatura do anestesista

COMPROVE CEDO ... REVIDA
28 MAR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

28 MAR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECG HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

ENFERMARIA | LEITO | Nº PRONTUÁRIO

FOLHA DE ANESTESIA

NOME: ELTON Marques | IDADE | SEXO | COR

DATA: 15/04/14 | PRESSÃO ARTERIAL | PULSO | RESPIRAÇÃO | TEMPERATURA | PESO | ALTURA

TIPO SANGUÍNEO | HEMÁCIAS | HEMOGLOBINA | HEMATÓCRITO | GLICEMIA | UREIA | OUTROS

URINA

AP. RESPIRATÓRIO | ASMA | BRONQUITE

AP. CIRCULATÓRIO | ELETROCARDIOGRAMA

AP. DIGESTIVO | DENTES | PESCOÇO | AP. URINÁRIO

ESTADO MENTAL | ATARAXICOS | CORTICOIDES | ALERGIA | HIPOTENSORES

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura 05 05 do Antebraço D | ESTADO FÍSICO | RISCO

ANESTESIAS ANTERIORES

MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA | APLICADA ÀS | EFEITO

DENTES ANESTESICOS | O'

LÍQUIDOS

CÓDIGOS
ARTERIAL: O PULSO: O - RESPIRAÇÃO AX - ANESTESIA: O - OPERAÇÃO

260 240 220 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20

D MU - H45

SP Kao Tumu 18 40

INDUÇÃO
Satisf.:_____ Excit.:_____ Tosse:_____
Laringo esparmo:_____ Lenta:_____
Náuseas:_____ Vômitos:_____
Outros:_____

MANUTENÇÃO
Cef 8h02
+ Dipirona 02
+ Decadron 01
+ Maxolon 01
+ Dormonid 01
ANESTESIA SATISF.: Sim_____ Não_____
Não, por quê?
03 3 tiras

DESPERTAR
Reflexos na SO:_____
Obstr.:_____ Co_2:_____ Excit:_____
Náuseas:_____ Vômitos:_____
Outros:_____

Com cânula:
Para o Leito Sim_____ Não_____
CONDIÇÕES:

SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES

POSIÇÃO

AGENTES: Lidocaina 2% 02 ft

TÉCNICA: Bloqueio de plexo + sedação

OPERAÇÃO: redução cirurgica + fixação

CIRURGIÕES: DRS

ANESTESISTAS: [illegible]

OBSERVAÇÕES

ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.

PERDA SANGUÍNEA

MOD. 068 FOLHA DE ANESTESIA - SRPB

GOVERNO DA PARAÍBA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DE CAMPINA GRANDE
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Núcleo de Segurança do Paciente
TRAUMA - CG

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA (CHECKLIST)

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE: Elton Marques Pereira IDADE: 28a PRONTUÁRIO: 146230

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA ►►

ENTRADA

☐ **CONFIRMAÇÃO SOBRE O PACIENTE**
- IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE
- SÍTIO CIRÚRGICO
- PROCEDIMENTO A SER REALIZADO
- CONSENTIMENTO

OK!

☐ **VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA** OK

☐ **OXÍMETRO DE PULSO INSTALADO E FUNCIONANDO** OK

☐ **O PACIENTE POSSUI:**

ALERGIA CONHECIDA?
(x) NÃO
SIM

VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE BRONCOASPIRAÇÃO?
(x) NÃO
SIM E HÁ EQUIPAMENTO DISPONÍVEL

RISCO DE PERDA SANGUÍNEA > 500 ML (7 ML/KG EM CRIANÇAS)?
(x) NÃO
SIM E HÁ ACESSO VENOSO ADEQUADO E PLANEJAMENTO PARA REPOSIÇÃO

ANTES DA INCISÃO ►►►►►►►►►►►

PAUSA CIRÚRGICA

☐ **CIRURGIÃO, ANESTESISTA E ENFERMEIRO CONFIRMAM VERBALMENTE**
- IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE
- SÍTIO CIRÚRGICO
- PROCEDIMENTO

OK

EVENTOS CRÍTICOS PREVISTOS

☐ **REVISÃO DO CIRURGIÃO:** HA PASSOS CRÍTICOS NA CIRURGIA? QUAL A DURAÇÃO? HÁ POSSÍVEIS PERDAS SANGUÍNEAS?

☐ **REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA:** HÁ ALGUMA PREOCUPAÇÃO ESPECÍFICA EM RELAÇÃO AO PACIENTE? Não

☐ **REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM:** OS MATERIAIS NECESSÁRIOS, COMO INSTRUMENTAIS, PRÓTESES E OUTROS ESTÃO PRESENTES E DENTRO DA VALIDADE DE ESTERILIZAÇÃO? (INCLUINDO RESULTADOS DO INDICADOR?) Sim
HÁ QUESTÕES RELACIONADAS A EQUIPAMENTOS OU QUAISQUER PREOCUPAÇÕES?

A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS?
(x) SIM
NÃO SE APLICA

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS?
(x) SIM
NÃO SE APLICA

ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA CIRÚRGICA

SAÍDA

O PROFISSIONAL DA EQUIPE DE ENFERMAGEM OU DA EQUIPE MÉDICA CONFIRMA VERBALMENTE COM A EQUIPE:

☐ O NOME DO PROCEDIMENTO REALIZADO OK!

☐ A CONTAGEM DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS OU NÃO SE APLICAM OK!

☐ BIÓPCIAS ESTÃO IDENTIFICADAS E COM O NOME DO PACIENTE Não houve

☐ HOUVE ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTOS PARA SER RESOLVIDO Não no momento

O CIRURGIÃO, O ANESTESISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTE PACIENTE

Valdineide da S. L. Beserra
TÉC. ENFERMAGEM
COREN-PB 450736

Assinatura

CONFERE COM O ORIGINAL
28 MAR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

GOVERNO DA PARAÍBA

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

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Diagnóstico

Fratura. Quarto de [illegible]

Paciente	Gelton Marques Pereira	Alojamento		Leito		Convênio	

Data	Prescrição Médica			Horário				Evolução Médica
15/04/17	(1) Dieta livre por VO após recuperação anestésica	C						Pós op POI de osteossíntese do
	(2) SF 0,9% 1.000 ml EV 24h							rádio com placa e parafusos. Acidente
	(3) S.G 5% 500 ml 24h							de motocicleta.
	(4) Cefalotina 1g + AD EV 6/6h							
	(5) Dipirona 1g + AD EV 6/6h			Feito sequência				
	(6) Ritalil 40mg + AD 1x ao dia.			prescrição em				
	(7) Musedion 1 Frasco Ampola + AD EV 8/8 S/n.			anexo à folha				
	(8) SSVV + CCGG							RD. VPM

29 MAR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

MOD. 035

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis

GOVERNO DA PARAÍBA

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

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

ALA ORTOPEDICA

Diagnóstico

FX RÁDIO E + FX MANDIBULA

LEITO 9-1

Paciente	ELTON PEREIRA	Alojamento		Leito		Convênio	

Data		Prescrição Médica	Horário					Evolução Médica
16/03	1	DIETA LIVRE						
	2	JELCO SALINIZADO						
	4	DIPIRONA 1g + ABD EV 6/6H	12	18	24	06		1º DIA #ORTOPEDIA
	5	~~TRAMAL 100mg + SF0,9% 100ml EV 8/8h S/N~~						BEG, estável
	6	~~NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8h SN~~						Sem intercorrências
	7	OMEPRAZOL 40mg 1 CP VO EM JEJUM	06					
	8	CEFTRIAXONE 1G + ABD EV 12/12H	18	06				co: vpm
	9	CURATIVO						Solicito PA 2P
	10	MSE ELEVADO						
	11	SSVV+CCGG						
	12	Solicito parecer neurocirurgia						
	13							
	14							Em tempo: 14:10h
	15							
	16							Paciente evolui c/ tontura e sonolência
	17							
	18							cd: solicito TC de crânio
	19							
	20							- Parecer de NCR
	21							
	22							

Dr. Julio Cesar Castro
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PB-9965

Dr. Julio Cesar Castro
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PB-9965

Dra. Jussara Cavalcanti
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PB-9965

COMPROVANTE DE ATENDIMENTO
28 MAR. 2016
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

MOD. 035

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
~~16/05~~	~~20:00~~	~~—~~	~~—~~	~~—~~				
16/05	08:00	—	—	-	120/80		PACIENTE EUVI ESTÁVEL, REALIZADO CURATIVO NO MFE, O MESMO NÃO REFERI QUEIXA.	
16/05	20:00	—	—	-	130/70		PACIENTE EUVI ESTÁVEL, NÃO REFERI QUEIXAS.	

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA
28 MAR. 2018

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

FOLHA DE TREATAMENTO E EVOLUÇÃO

ALA ORTOPEDICA

OK OK

Diagnóstico
FX RÁDIO E + FX MANDIBULA
LEITO 9-1

Paciente	ELTON PEREIRA	Alojamento		Leito		Convênio	

Data		Prescrição Médica			Horário			Evolução Médica
17/04	1	DIETA LIVRE						
	2	JELCO SALINIZADO						
	4	DIPIRONA 1g + ABD EV 6/6H	~~12~~	18	24	6		#ORTOPEDIA
	5	TRAMAL 100mg + SF0,9% 100ml EV 8/8h S/N						2º DIH
	6	NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8h SN						BEG, Estável, s/ queixas no momento. Nega febres ou otomegia nas últimas 24h. Nega alergias. Deambulando.
	7	OMEPRAZOL 40mg 1 CP VO EM JEJUM	06					
	8	CEFTRIAXONE 1G + ABD EV 12/12H	~~12~~	24				Col: vpm + Aguarda cirurgia.
	9	CURATIVO 1x dia.						
	10	MSE ELEVADO						
	11	SSVV+CCGG						
	12	Estimular Deambulação c/ muletas.						
	13	Estimular Ingesta Hídrica.						
	14							
	15							
	16							Em Treino
	17							
	18							
Em treino	19	Alta Hospitalar c/ orientações						Conduta: Leito, BEG, estável hemodinamicamente. Vai
	20	de retorno ambulatorial (+						Trazer cirurgia no D.M.T Ganticular.
	21	fisioterapia + AINE + ATB						Conduta: 1 VAX de controle OK
	22	P/ casa.						
								2 DIA HOSPITALIZADA (DH)
								ACOMPANHAMENTO

Ywry de Farias Cavalcanti
Ortopedista e Traumatologista
CRM/PB 10907

PROTOCOLO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
JOÃO PESSOA
26 MAR. 2018

Dr. Marcos Wagner de S. Pinto
CRM-PB 6062 / CRM-PE 14687
17 ABR. 2017

TC: Mono
Alta pela

MOD. 035

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
17/04	13,21				120/80		Paciente consciente e orientado, sem queixas, medicado segue cuidados de enfermagem. Com eliminações presente	
	17,30						Paciente em alta hospitalar, por este motivo não foi medicado	

Josane C. do Nascimento
Téc. Enfermagem
COREN 177938

DOCUMENTO INUTILIZADO
28 MAR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
CAMPINA GRANDE - PARAIBA

PACIENTE:	[illegible]
DATA DO EXAME:	15/04/2017

ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL – "FAST"

METODOLOGIA:
Exame realizado em modo bidimensional com equipamento dinâmico na frequência de 4,0 MHz.

ANÁLISE:

Não identificamos sinais de líquido livre intra-abdominal ou derrame pleural no presente estudo.

Não foram evidenciadas lesões viscerais relacionadas ao trauma.

Observação: Ressaltamos a baixa sensibilidade da ultrassonografia na detecção de lesões em órgãos sólidos e vísceras ocas, não havendo critérios ecográficos seguros para indicação de alta hospitalar baseando-se apenas no resultado negativo da ultrassonografia.

COMPREVE
28 MAR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Dr. Raiff Ramalho Cavalcanti
Médico Radiologista
CRM-PB: 6320

GOVERNO DA PARAÍBA

ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIS GONZAGA FERNANDES
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

SUS Sistema Único de Saúde

Sr(a):	ELTON MARQUES	Protocolo:	0000331446	RG:	NÃO INFORMADO
Dr(a):	JULIO CESAR CASTRO	Data:	16-04-2017 11:33	Origem:	CLINICA ORTOPEDICA
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade:	28 anos	Destino:	ENF 09 - L 01

HEMOGRAMA
[DATA DA COLETA: 16/04/2017 11:55]

	Resultados		Valores de Referências
SÉRIE VERMELHA			
Eritrócitos	5.11 milhões/mm³		4,2 à 6,0 milhões/mm³
Hemoglobina	14,8 g/dL		13,5 à 16,0 g/dL
Hematócrito	45 %		40,0 à 52,5 %
V.C.M.	88 fL		82,0 à 97,0 fL
H.C.M.	29 pg		27,0 à 31,0 pg
C.H.C.M.	33 g/dL		32,5 à 36,0 g/dL
SÉRIE BRANCA			
Leucócitos	8.100 /mm³		5.000 à 10.000 /mm³
	(%)	(/mm³)	
Neutrofilos			
Promielócitos	0	0	
Mielócitos	0	0	
Metamielócitos	0	0	
Bastonetes	3,0	243	
Segmentados	80,0	6.480	40 à 70 % - 1.800 à 5.500 / mm³
Eosinófilos	0	0	0,5 à 6,0 % - até 500 / mm³
Basófilos	0	0	0 à 2,0 % - até 100 / mm³
Linfocitos			
Típicos	15,0	1.215	20 à 45 % - 1.000 à 3.500 / mm³
Atípicos	0	0	
Monocitos	2,0	162	2,0 à 10 % - até 1.000 / mm³
CONTAGEM DE PLAQUETAS	197.000 mm³		140.000 a 400.000 mm³

OBSERVAÇÕES..... **Contagens repetidas e confirmadas.**

Emissão : 16/04/2017 14:29 - Página 1 de 2

Ana Claudia Barroso
Biomédica
CRBM - 5793

COMPREV SERVIÇOS DE PREVIDÊNCIA S/A
28 MAR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Laboratório Newlab — SELO DE QUALIDADE — PNCQ Programa Nacional de Controle de Qualidade

GOVERNO DA PARAÍBA

ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIS GONZAGA FERNANDES
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

SUS Sistema Único de Saúde

Sr(a):	**ELTON MARQUES**	**Protocolo:**	**0000331446**	**RG:**	NÃO INFORMADO
Dr(a):	JULIO CESAR CASTRO	**Data:**	16-04-2017 11:33	**Origem:**	CLINICA ORTOPEDICA
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	**Idade:**	28 anos	**Destino:**	ENF 09 - L 01

TEMPO DE SANGRAMENTO ..... **1'30''**

[DATA DA COLETA: 16/04/2017 11:56]
Material: sangue
Método: Duke

Valores de Referência:
De 1 a 3 minutos

TEMPO DE COAGULACAO ..... **6'00'' min**

[DATA DA COLETA: 16/04/2017 11:56]
Material: Sangue
Método: Lee-White

Valores de Referência:
De 5 a 11 minutos

Ana Claudia Barroso
Biomédica
CRBM - 5793

COMPREV SEGURIDADE PREVIDENCIA
28 MAR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Emissão : 16/04/2017 14:29 - Página 2 de 2

Laboratório Newlab
SELO DE QUALIDADE
PNCQ Programa Nacional de Controle de Qualidade

GOVERNO DA PARAÍBA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Elton Marques Pereira | Registro: 9 | Leito: 1 | Setor Atual: Ortopedia

2.AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: irpm; PA: mmHg; FC: bpm; SPO2: %

HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm | **Dor:** ( ) Local: Obs.:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

COMPREV CE... REVIDA...
29 MAR. 2016
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

3.AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: (✓) Consciente ( ) Orientado ( ) Confuso ( ) Letárgico ( ) Torporoso ( ) Comatoso ( ) Outro

GLASGOW(3-15): Drogas (Sedação/Analgesia):

Pupilas: ( ) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( ) D>E ( ) E>D ( ) Fotorreagentes ( ) Mióticas ( ) Midriáticas

Mobilidade Física: (✓) Preservada ( ) Paresia ( ) Plegia ( ) Parestesia Local:

Linguagem: ( ). Qual? ( ) Disfonia ( ) Afasia ( ) Disfasia ( ) Disartria.

Obs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: ( ) Espontânea ( ) Cateter Nasal ( ) Venturi % l/min ( ) Traqueostomia ( ) Ayre/Tubo T

( ) VMNI ( ) VMI TOT nº Comissura labial nº FiO2 % PEEP cmH_2O

(✓) Eupnéia; ( ) Taquipnéia ( ) Bradipnéia ( ) Dispnéia ( ) Outros:

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: ( ) Diminuídos ( )D ( )E

Ruídos adventícios: ( ) Roncos ( ) Sibilos ( ) Estridor ( ) Outros:

Tosse: ( ) Improdutiva ( ) Produtiva | **Expectoração:** ( ) Quantidade e aspecto:

Aspiração: Quantidade e aspecto: | **Dreno de tórax:** ( )D ( )E ( ) Selo d'água:

Data da inserção do dreno / / Aspecto da drenagem torácica:

Gasometria arterial: PH PCO_2 PO_2 HCO_3 EB SpO_2 Data:___/___/___ Hora:

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração: ( )Visão ( )Audição ( )Tato ( )Olfato ( )Paladar Observação:

SEGURANÇA FÍSICA

(✓) Tranquilo ( ) Agitado ( ) Agressivo. ( ) Risco de queda. Observação:

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

Pulso: ( ) Regular ( ) Irregular ( ) Impalpável ( ) Filiforme ( ) Cheio.

Pele: (x) Corada ( ) Hipocorada ( ) Cianose ( ) Sudorese ( ) Fria ( ) Aquecida.
Tempo de enchimento capilar: ( ) ≤ 3 segundos; ( ) >3 segundos. ( ) Turgência jugular: ( )
Drogas vasoativas: ( ) Quais? Precordialgia ( )
Ausculta cardíaca: (x) Rítmica ( ) Arrítmica ( ) Sopro ( ) Outro. Marcapasso: ( ) Transitório ( ) Definitivo
Cateter vascular: (x) Periférico ( ) Central ( ) Dissecção. Localização: Data da punção 17/04/17
Edema: ( ) MMSS ( ) MMII ( ) Face ( ) Anasarca. Observações:
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)
Tipo somático: (x) Nutrido ( ) Emagrecido ( ) Caquético ( ) Obeso.
Dentição: (x) Completa ( ) Incompleta ( ) Prótese.
Alimentação: (x)VO ( )SNG ( )SNE ( )Gatronomia ( )Jejunostomia ( ) NPT; Hora: Data :__/__/__
Alterações: ( ) Inapetência ( ) Disfagia ( ) Intolerância alimentar ( ) Vômito ( ) Pirose ( )Outros:
Abdômen: (x)Normotenso ( )Distendido ( )Tenso ( )Ascítico ( )Outros:
RHA: ( )Normoativos ( )Ausentes ( )Diminuidos ( )Aumentados
Eliminação intestinal: (x)Normal ( )Liquida ( )Constipado há dias ( )Outros:
Eliminação urinária: (x)Espontânea ( )Retenção ( )Incontinência ( )Hematúria ( )SVD; Débito ml/h;
Aspecto: ( )Outros: Observações:
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA
Condição da pele: (x) Íntegra ( ) Ressecada ( ) Equimoses ( ) Hematomas ( ) Escoriações ( )Outro:
Coloração da pele: (x)Normocorada ( )Hipocorada ( )Ictérica ( )Cianótica **Turgor da pele:** ( )Preservado
Condições das mucosas: ( )Úmidas ( )Secas **Manifestações de sede:** ( ).
Incisão cirúrgica: ( ) Local/Aspecto: Curativo em:__/__/__
Dreno: ( ) Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em:__/__/__
Úlcera de pressão: ( )Estágio: Local: Descrição: Curativo :__/__/__
CUIDADO CORPORAL
Cuidado corporal: ( ) Independente (x) Dependente ( ) Parcialmente dependente. Observações:
Higiene corporal: (x)Satisfatória ( )Insatisfatória **Higiene Corporal:** ( )Satisfatória ( )Insatisfatória.
Limitação física: (x)Acamado ( ) Cadeira de rodas ( ) Outro:
SONO E REPOUSO
(x) Preservado ( ) Insônia ( ) Dorme durante o dia ( ) Sono Interrompido. Observações:
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL
Comunicação: (x) Preservada ( ) Prejudicada **Sentimentos e comportamentos:** ( ) Cooperativo ( ) Medo:
( ) Ansiedade ( ) Ausência de familiares/visita ( ) Outros:
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE
Tipo: ( ) Praticante ( ) Não praticante. Observações:
INTERCORRÊNCIAS
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: DATA: 17/04/17 HORA: 11:00 h

FONTE: BORDINHÃO, R.C; Coleta de dados por meio de grupo focal. Porto Alegre (2009).

GOVERNO DA PARAÍBA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Elton Marques	Registro:	Leito: 9 - 1	Setor Atual:

2.AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: irpm; PA: mmHg; FC: bpm; SPO2: %

HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm | **Dor:** (x) Local: Abdômen Obs.:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

COMPREV SEJUS/PB REVIDAS
29 MAR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

3.AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: (x) Consciente (x) Orientado ( ) Confuso ( ) Letárgico ( ) Torporoso ( ) Comatoso ( ) Outro

GLASGOW(3-15): Drogas (Sedação/Analgesia):

Pupilas: ( ) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( ) D>E ( ) E>D ( ) Fotorreagentes ( ) Mióticas ( ) Midriáticas

Mobilidade Física: ( ) Preservada ( ) Paresia ( ) Plegia ( ) Parestesia Local:

Linguagem: ( ). Qual? ( ) Disfonia ( ) Afasia ( ) Disfasia ( ) Disartria.

Obs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: (x) Espontânea ( ) Cateter Nasal ( ) Venturi % l/min ( ) Traqueostomia ( ) Ayre/Tubo T

( ) VMNI ( ) VMI TOT nº Comissura labial nº FiO2 % PEEP cmH_2O

( ) Eupnéia; ( ) Taquipnéia ( ) Bradipnéia ( ) Dispnéia ( ) Outros:

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: ( ) Diminuídos ( )D ( )E

Ruídos adventícios: ( ) Roncos ( ) Sibilos ( ) Estridor ( ) Outros:

Tosse: ( ) Improdutiva ( ) Produtiva | **Expectoração:** ( ) Quantidade e aspecto:

Aspiração: Quantidade e aspecto: | **Dreno de tórax:** ( )D ( )E ( ) Selo d'água:

Data da inserção do dreno / / Aspecto da drenagem torácica:

Gasometria arterial: PH PCO_2 PO_2 HCO_3 EB SpO_2 Data:___/___/___ Hora:

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração: ( )Visão ( )Audição ( )Tato ( )Olfato ( )Paladar Observação:

SEGURANÇA FÍSICA

(x) Tranquilo ( ) Agitado ( ) Agressivo. ( ) Risco de queda. Observação:

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

Pulso: (x) Regular ( ) Irregular ( ) Impalpável ( ) Filiforme ( ) Cheio.

Pele: (✓) Corada ( ) Hipocorada ( ) Cianose ( ) Sudorese ( ) Fria ( ) Aquecida.

Tempo de enchimento capilar: ( ) ≤ 3 segundos; ( ) >3 segundos. ( ) Turgência jugular: ( )

Drogas vasoativas: ( ) Quais? Precordialgia ( )

Ausculta cardíaca: ( ) Rítmica ( ) Arrítmica ( ) Sopro ( ) Outro. Marcapasso: ( ) Transitório ( ) Definitivo

Cateter vascular: (✓) Periférico ( ) Central ( ) Dissecção. Localização: MSD Data da punção 15/04/12

Edema: ( ) MMSS ( ) MMII ( ) Face ( ) Anasarca. Observações:

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)

Tipo somático: ( ) Nutrido ( ) Emagrecido ( ) Caquético ( ) Obeso.

Dentição: (✓) Completa ( ) Incompleta ( ) Prótese.

Alimentação: (✓) VO ( ) SNG ( ) SNE ( ) Gatronomia ( ) Jejunostomia ( ) NPT; Hora: Data: / /

Alterações: ( ) Inapetência ( ) Disfagia ( ) Intolerância alimentar ( ) Vômito ( ) Pirose ( ) Outros:

Abdômen: (✓) Normotenso ( ) Distendido ( ) Tenso ( ) Ascítico ( ) Outros:

RHA: (✓) Normoativos ( ) Ausentes ( ) Diminuídos ( ) Aumentados

Eliminação intestinal: (✓) Normal ( ) Líquida ( ) Constipado há dias ( ) Outros:

Eliminação urinária: (✓) Espontânea ( ) Retenção ( ) Incontinência ( ) Hematúria ( ) SVD: Débito ml/h;

Aspecto: ( ) Outros: Observações:

INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA

Condição da pele: ( ) Íntegra ( ) Ressecada (✓) Equimoses (✓) Hematomas (✓) Escoriações ( ) Outro:

Coloração da pele: (✓) Normocorada ( ) Hipocorada ( ) Ictérica ( ) Cianótica **Turgor da pele:** ( ) Preservado

Condições das mucosas: (✓) Úmidas ( ) Secas **Manifestações de sede:** ( ).

Incisão cirúrgica: ( ) Local/Aspecto: Curativo em: ___/___/___

Dreno: ( ) Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em: ___/___/___

Úlcera de pressão: ( ) Estágio: Local: Descrição: Curativo: ___/___/___

CUIDADO CORPORAL

Cuidado corporal: ( ) Independente (✓) Dependente ( ) Parcialmente dependente. Observações:

Higiene corporal: (✓) Satisfatória ( ) Insatisfatória **Higiene Corporal:** (✓) Satisfatória ( ) Insatisfatória.

Limitação física: (✓) Acamado ( ) Cadeira de rodas ( ) Outro:

SONO E REPOUSO

(✓) Preservado ( ) Insônia ( ) Dorme durante o dia ( ) Sono Interrompido. Observações:

4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL

Comunicação: (✓) Preservada ( ) Prejudicada **Sentimentos e comportamentos:** (✓) Cooperativo ( ) Medo:

(✓) Ansiedade ( ) Ausência de familiares/visita ( ) Outros:

5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS

RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE

Tipo: ( ) Praticante ( ) Não praticante. Observações:

INTERCORRÊNCIAS

Às 06:00 hs paciente sem otorragia, ao exame físico observado um sangramento discreto. Sic o paciente relata que esse sangramento foi logo após o acidente e a TC apresentou resultado normal. Diante disso o caso foi o médico evolucionista. Sigo as técnicas de emergência

28 MAR. 2018

PROTOCOLO

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: DATA: 15/04/12 HORA: _____ h

COREN 335548

28 MAR. 2018

PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA

FONTE: BORDINHÃO, R.C; Coleta de dados por meio de grupo focal. Porto Alegre (2009).

Herculano Marques Pereira

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

15/4/17 #Ncr
às 9H20
Vítima de politrauma
por acidente com motocicleta
c/ otorragia (D)
s/ perda da consciência
sem vômitos
Glasgow 15
sem cervicalgia
TCC sem anormalidades relacionadas
ao TCE no comportamento
intracraniano. Mastóides zeradas
TC Col. Cervical sem fratura

CD: Observação neurológica na verda 6h
Dipirona 2g EV 6/6h
bolsa de colostomia na orelha (D)

Dr. Alfredo Luca-Neto, Cirurgião Bucomaxilofacial e Traumatologia, CRO 3551-PB

CONFERE COM O ORIGINAL
23 MAR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

George Mendes
Neurologia / Neuroradiologia
CRM PB 6346

DESTINO DO PACIENTE ____/____/____ às ____:____ hs.

( )Centro cirúrgico _____
( )Internação (setor) _____
( )Tranferência a outro SETOR ou HOSPITAL _____
( )Alta hospitalar / ( )A revelia
( )Decisão Médica
( )Óbito

X Everton M. Pereira
Ass. do paciente ou resposável(quando necessário)

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO	CBO	IDADE

GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Diagnóstico: Fx radio (E) + Fx mandíbula

Paciente: Elton Pereira | Alojamento: | Leito: 9_1 | Convênio:

Data	Prescrição Médica			Horário				Evolução Médica
15	Dieta livre							HAS (-)
04	Jejum Hemodinâmico							DM (-)
17	Ceftriaxone 1g IV 12/12h							Alergias (-)
	Dipirona 1g + 8g IV 6/6hs							Obs: Pré-op
	Omeprazol 40mg IV dia							
	Curativos							Pré: Paciente vítima de acidente de moto quedou-se com dor no ombro esquerdo e edema de crânio bilateral e parestesia incompleta abaixo da fratura direita evolui [illegible]
	Mse Elevado							Cx Bufalgina
	Coagu 13/11							Sutura
								Curativo elástico

Dr. Wilman Soares de Aquino
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 6347 RQE 11593

APROVADO
23 MAR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

1425745

MOD. 035

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
15/04/17	14:00	—	—	—	120x70	—	Paciente evolui Estado geral regular medicado, Normotenso, sem Queixas durante a sobre as Incidências da Enfermagem COD 004974 - Cristiany	

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA
23 MAR. 2018

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Detalhe de Sinistro

Sinistro | **Histórico**

Data	Ação	Comentários	Visualizar
10/04/2018 16:24	Documentação pendente	FERNANDA DE RAMOS (CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A) indicou que os seguintes documentos estão pendentes: ELTON MARQUES PEREIRA · Comprovante de residência (Faltando página) - OBS Observações: Apresentar Comprovante de endereço da vítima.	
10/04/2018 16:22	Edição de pessoa	O usuário FERNANDA DE RAMOS (CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A) editou os dados da pessoa ELTON MARQUES PEREIRA.	
10/04/2018 16:19	Edição de pessoa	O usuário FERNANDA DE RAMOS (CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A) editou os dados da pessoa JOSE ERIVAN FERNANDES DE MEDEIROS.	
10/04/2018 16:18	Edição de pessoa	O usuário FERNANDA DE RAMOS (CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A) editou os dados da pessoa ELTON MARQUES PEREIRA.	
09/04/2018 16:47	Preencher campos chave	FERNANDA DE RAMOS preencheu campos chave do sinistro.	
03/04/2018 10:49	Distribuir	Michel de Souza Ubida (CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A) encaminhou a regulação do sinistro para FERNANDA DE RAMOS	
30/03/2018 09:57	Carga realizada	O usuário Serviço Tasker ( ) informou que os documentos digitalizados do sinistro encontram-se disponíveis.	
29/03/2018 16:16	Emissão de protocolo	O usuário Usuario DigProprio ( ) informou que recebeu os documentos da remessa .	
28/03/2018 12:23	Aviso Seguradora Líder	Aviso Seguradora Líder de DAMS registrado por: Usuário: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A Dependência: Comprev Previdência S/A-Filial João Pessoa - PB (0111) ASL-0110557/18 Dados da vítima Vítima: ELTON MARQUES PEREIRA CPF: 06913502486 CPF de: Próprio	

Ações ▾ Exibir Documentos Cancelar

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
30 ABR. 2013
PROTOCOLO
AO JOÃO PESSOA

PARECER DE DAMS

Seguradora LIDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180142777
Data do acidente: 15/04/2017
Vítima: ELTON MARQUES PEREIRA
Atendimento: HOSPITAL
Cidade: Campina Grande **UF:** PB
Análise: Primeira Análise
Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
Data: 08/05/2018 10:21:28

DADOS DO PARECER

Diagnóstico: TRAUM MULT NE TRAUM MULT NE -
Internação: Não

Tratamento: CIRURGICO
Tratamento Odontológico: Não

Grupo	Código	Descrição	Pleiteado	Avaliado
Materiais			4800,00	0,00
Farmácias			233,82	181,50
Taxas Odontológicas	1011	REDUÇÃO DE FRATURA UNILATERAL DE MANDÍBULA	2000,00	1200,00
Total da Análise Atual			**7033,82**	**1381,50**

Indicadores: Valores avaliados conforme parâmetros objetivos de aferição e praticados no âmbito do sistema de saúde

Observações: AVALIAÇÃO ODONTOLOGICA. FALTA RECIBO OU NOTA FISCAL REFERENTE A DESPESA NO VALOR DE R$ 4.800,00 , IMPOSSÍVEL AVALIAÇÃO. DESPESAS FARMACÊUTICAS AVALIADAS CONFORME RECEITUÁRIO MÉDICO ENVIADO.

Informações administrativas	Pleito anterior	Avaliação anterior	Pago anterior	Pleito atual	Avaliação atual	Valor à pagar
Beneficiário: ELTON MARQUES PEREIRA Relacionamento: Vítima	0,00	0,00	0,00	7033,82	1381,50	1381,50
Total da Análise Atual	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**7033,82**	**1381,50**	**1381,50**

TOTAL PLEITEADO: 7033,82 **TOTAL AVALIADO:** 1381,50 **TOTAL PAGO + À PAGAR:** 1381,50

PARECER DE DAMS

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

INFORMAÇÕES ANÁLISE MÉDICA

MARIA DE FATIMA FURTADO VELOSO DE MELO

GERENTE

CRM: 52.49515-5/RJ

JOSE VITAL SOARES

SUPERVISOR

PROCURAÇÃO PARTICULAR

BENEFICIARIO/VITIMA:
Nome: Elton Marques Pereira
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: solteiro
Profissão: Policial Militar
Identidade: _____ CPF: 069.135-024-86
Endereço: Rua São Severino, 124, Bairro, Monte santo

PROCURADOR:
Nome: José Ervan fernandes de Medeiros
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Divorciado
Profissão: Corretor
Identidade: 1.381.455 CPF: 026864664-30
Endereço: Rua Henrique Dias nº, 370, Conceição

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, a quem confio poderes especiais pararepresentar-me perante a qualquer Seguradora pertencente ao Consorcio DPVAT, também perante aos pontos de atendimento da Seguradora Lider (Correios, Sincor(s) e Corretores), a fim de receber a indenização referente aoSeguro Obrigatório – DPVAT e poderes para assinatura em ficha de Autorização dePagamento, Credito de Indenização de Sinistros DPVAT, a quetenho direito, podendo paratanto requerer o que necessário for, assinar,substabelecer esta, dar quitação e praticarenfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, davítima

COMPREVE
20 MAR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Local e data

CARTÓRIO
CAMPINA GRANDE - PB

Elton Marques Pereira.
Assinatura do Beneficiario/Vitima
(reconhecer firma por autenticidade)

COMPREV

2 0 MAR. 2018

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

7º TABELIONATO DE NOTAS

Drª Valterluciana Almeida de Moraes

TABELIÃ TITULAR

Selo digital: AD033824 A001

Consulte a autenticidade em https://selodigital.tjpb.jus.br

Campina Grande

Ofício de Notas - Serviços Notarial

Rua Major Manoel Juvino do Ó, 31 - Centro - Fone: (83) 3341.1762 - Campina Grande - PB

7cartorionotas@gmail.com

Serviço Notarial - 7ª Cartório

☐ Tabeliã - Valterluciana Almeida De Moraes

RECONHECIMENTO

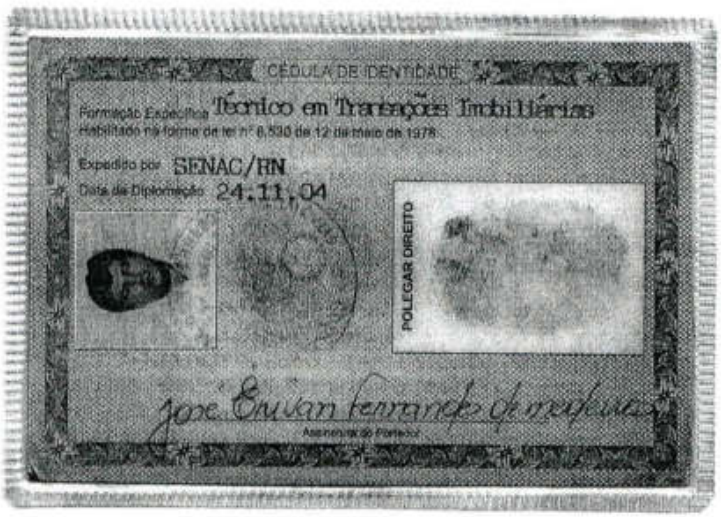
Reconheço a(s) firma(s) de

como ☑ Autêntica ☐ Semelhante

Dou fé, Campina Grande, 27 DEZ. 2017

Tabeliã (Valterluciana Almeida de Moraes)

7º Cartório



CÉDULA DE IDENTIDADE

Formação Específica Técnico em Transações Imobiliárias

Habilitado na forma da lei nº 6.530 de 12 de maio de 1978

Expedido por SENAC/RN

Data da Diplomação 24.11.04

POLEGAR DIREITO

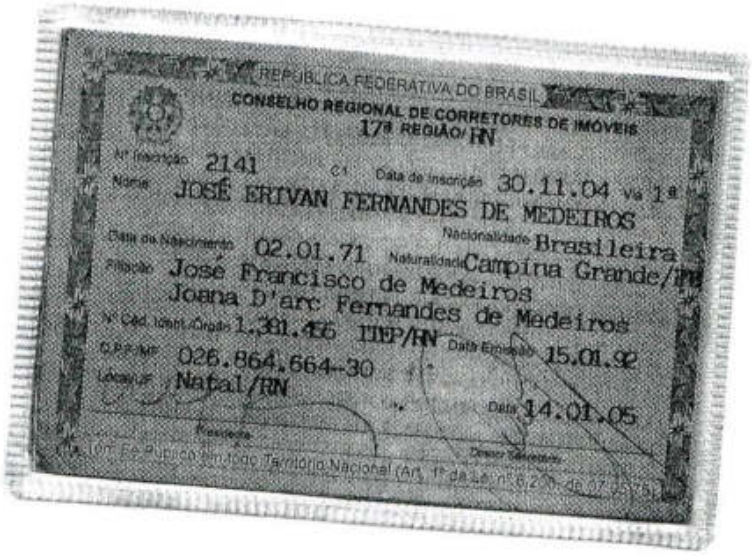
José Erivan Fernandes de Medeiros

Assinatura do Portador

2 3 MAR. 2016

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

CONSELHO REGIONAL DE CORRETORES DE IMÓVEIS

17ª REGIÃO/RN

Nº Inscrição 2141 Data de Inscrição 30.11.04 Via 1ª

Nome JOSÉ ERIVAN FERNANDES DE MEDEIROS

Nacionalidade Brasileira

Data de Nascimento 02.01.71 Naturalidade Campina Grande/PB

Filiação José Francisco de Medeiros

Joana D'arc Fernandes de Medeiros

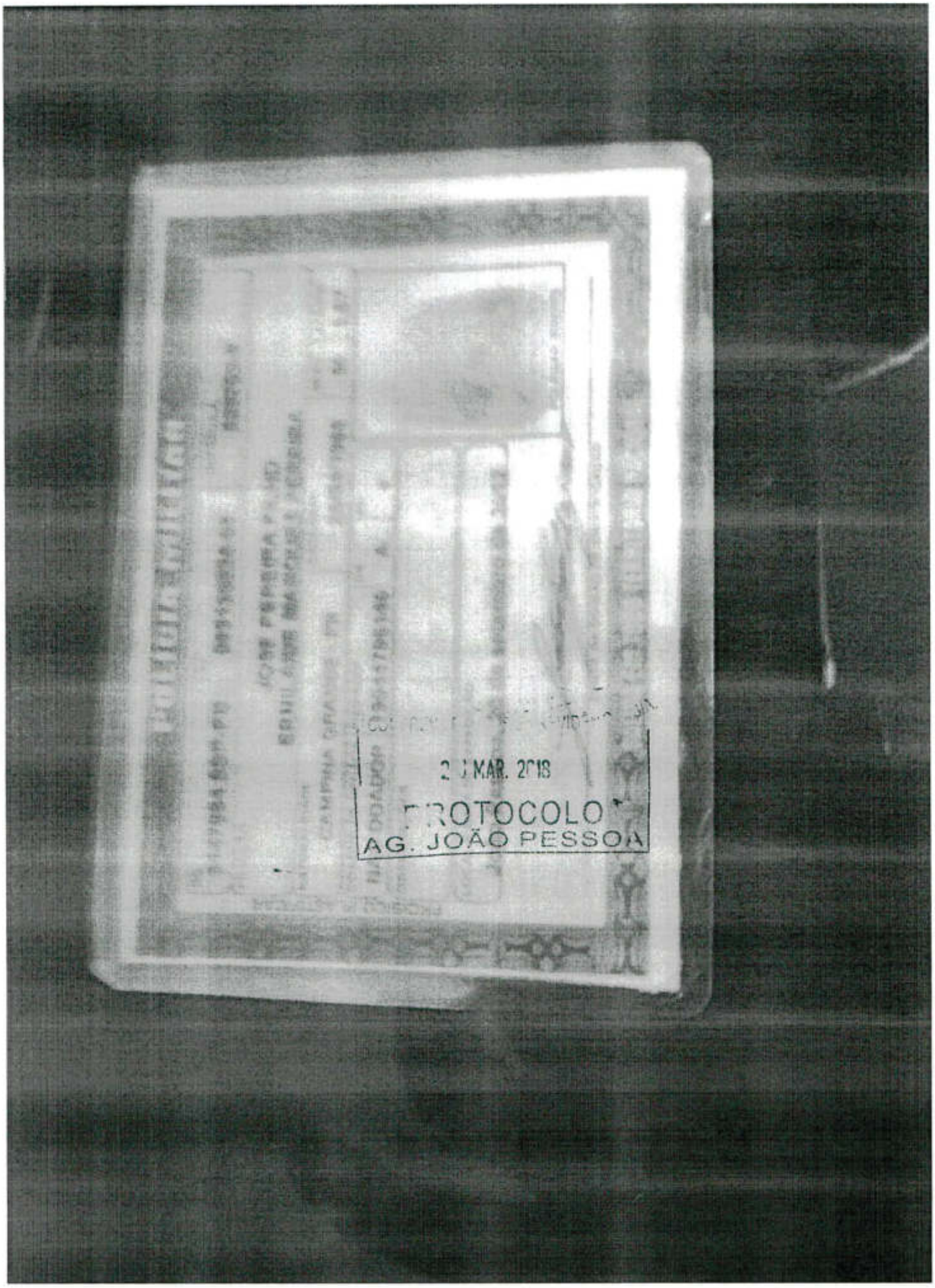
Nº Cód. Ident. Órgão 1.381.426 IIEP/RN Data Emissão 15.01.92

C.P.F./MF 026.864.664-30

Localidade Natal/RN Data 14.01.05

Presidente Diretor Secretário

(Art. 5º do Código Tributário Nacional (Art. 1º da Lei nº 6.2[illegible] de 07.[illegible])


2 MAR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

POLÍCIA MILITAR

ELTON MARCOS DE PEREIRA

SOLDADO

23075

2 J MAR. 2018

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

PROCURAÇÃO PARTICULAR

BENEFICIARIO/VITIMA:
Nome: Elton Marques Pereira
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: solteiro
Profissão: Policial Militar
Identidade: _____ CPF: 069.135-024-86
Endereço: Rua São Severino, 124, Bairro, Monte santo

PROCURADOR:
Nome: José Ervan fernandes de Medeiros
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Divorciado
Profissão: Corretor
Identidade: 1.381.455 CPF: 026864664-30
Endereço: Rua Henrique Dias nº, 370, Conceição

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, a quem confio poderes especiais pararepresentar-me perante a qualquer Seguradora pertencente ao Consorcio DPVAT, também perante aos pontos de atendimento da Seguradora Lider (Correios, Sincor(s) e Corretores), a fim de receber a indenização referente aoSeguro Obrigatório – DPVAT e poderes para assinatura em ficha de Autorização dePagamento, Credito de Indenização de Sinistros DPVAT, a quetenho direito, podendo paratanto requerer o que necessário for, assinar,substabelecer esta, dar quitação e praticarenfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, davítima

COMPREVENDE ... RECIBO
20 MAR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Local e data

CARTÓRIO
CAMPINA GRANDE - PB

Elton Marques Pereira.
Assinatura do Beneficiario/Vitima
(reconhecer firma por autenticidade)

COMPREV

2 0 MAR. 2018

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

7º TABELIONATO DE NOTAS

Drª Valterluciana Almeida de Moraes

TABELIÃ TITULAR

Selo digital: AD033824 A001

Consulte a autenticidade em https://selodigital.tjpb.jus.br

Campina Grande

Ofício de Notas - Serviços Notarial

Rua Major Manoel Juvino do Ó, 31 - Centro - Fone: (83) 3341.1762 - Campina Grande - PB

7cartorionotas@gmail.com

Serviço Notarial - 7ª Cartório

☐ Tabeliã - Valterluciana Almeida De Moraes

RECONHECIMENTO

Reconheço a(s) firma(s) de

como ☑ Autêntica ☐ Semelhante

Dou fé, Campina Grande, 27 DEZ. 2017

Tabeliã (Valterluciana Almeida de Moraes)

7º Cartório

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 04 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **ELTON MARQUES PEREIRA**

Nº Sinistro: **3180142770**
Vitima: **ELTON MARQUES PEREIRA**
Data do Acidente: **15/04/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **JOSE ERIVAN FERNANDES DE MEDEIROS**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180142770.**

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ** R$ 13.500,00, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.b**r ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01701/01702 - carta_01 - INVALIDEZ

00020851

Carta nº 12607483

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 04 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **ELTON MARQUES PEREIRA**

Nº Sinistro: **3180142770**
Vitima: **ELTON MARQUES PEREIRA**
Data do Acidente: **15/04/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **JOSE ERIVAN FERNANDES DE MEDEIROS**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180142770**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovante de residência faltando página

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

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

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

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00505/00506 - carta_03 - INVALIDEZ

00060253

Carta nº 12607494

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 30 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **ELTON MARQUES PEREIRA**

Sinistro: **3180142770**
Vítima: **ELTON MARQUES PEREIRA**
Data do Acidente: **15/04/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **JOSE ERIVAN FERNANDES DE MEDEIROS**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180142770** foi **interrompido,** em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00551/00552 - carta_02 - INVALIDEZ
00060276

Carta nº 12727375

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 18 de Maio de 2018

Carta n°: 12823234

A/C: ELTON MARQUES PEREIRA

Nº Sinistro:	**3180142770**
Vitima:	**ELTON MARQUES PEREIRA**
Data do Acidente:	**15/04/2017**
Cobertura:	**INVALIDEZ**
Procurador:	**JOSE ERIVAN FERNANDES DE MEDEIROS**

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: **ELTON MARQUES PEREIRA**
Valor: **R$ 2.193,75**
Banco: **001**
Agência: **000001634-9**
Conta: **000010027791-8**
Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R$	**0,00**
Juros:	R$	**0,00**
Total creditado:	R$	**2.193,75**
Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%		
Graduação: Em grau residual 10%		
% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%		
Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 =	R$	**1.350,00**
Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos 25%		
Graduação: Em grau leve 25%		
% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%		
Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 =	R$	**843,75**

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: ***3180142770***

Nome do(a) Examinado(a): ***ELTON MARQUES PEREIRA***

Endereço do(a) Examinado(a): ***R S SEVERINO nº 124 - MTE SANTO - CAMPINA GRANDE/PB***

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número:

Data e local do acidente: ***15/04/2017 CAMPINA GRANDE/PB***

Data e local do exame: ***03/05/2018 CAMPINA GRANDE/PB***

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA DO RADIO ESQUERDO
FRATURA DE MANDÍBULA + QUEBRA DE DENTES FRONTAIS

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

FOI OPERADO EM ABRIL DE 2017 DO RADIO NO HOSPITAL DE TRAUMA, E FOI OPERADO DA MANDÍBULA NO MESMO MÊS NA CLINICA INSTITUTO DA FACE ATRAVÉS DE REDUÇÃO INCRUENTA, MOSTRADO RECIBO NUM VALOR DE 2000, 00 ASSINADO PELO BUCOMAXILO jOSUEL RAIMUNDO. COMO TAMBEM VEM FAZENDO TRATAMENTO DE IMPLANTES DENTARIOS E ME MOSTRA DOCUMENTAÇÃO E FICHA CLÍNICA DO MESMO INSTITUTO.

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

PUNHO= SUBLUXAÇÃO DA ARTICULAÇÃO RADIO ULNAR DISTAL E REDUÇÃO LEVE DE MOVIEMNTOS DE FLEXOEXTENSÃO DO PUNHO
ARCADA DENTÁRIA= APRESENTA-SE COM IMPLANTES DENTÁRIOS DE DOIS DENTES CENTRAIS E SUPERIORES DE TAMANHOS DIFERENTES E COLORAÇÃO TAMBEM. OCLUSAO DENTÁRIA COM DISCRETO DESALINHAMENTO

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

[X] SIM [ ] NÃO

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

[X] SIM [ ] NÃO

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

DEFICIT FUNCIONAL LEVE NO PUNHO ESQUERDO E RESIDUAL CRANIOFACIAL

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

VII. Segundo previsto no inciso II, §1° do art. 3° da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31° da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações(*).

[ ] Vítima em tratamento

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

[ ] Sem sequela permanente

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

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

Região Corporal(Sequela): ***CRANIOFACIAL***

[X] 10% [ ] 25% [ ] 50% [ ] 75% [ ] 100%

Região Corporal(Sequela):

[ ] 10% [ ] 25% [ ] 50% [ ] 75% [ ] 100%

Região Corporal(Sequela): ***PUNHO ESQUERDO***

[ ] 10% [X] 25% [ ] 50% [ ] 75% [ ] 100%

Região Corporal(Sequela):

[ ] 10% [ ] 25% [ ] 50% [ ] 75% [ ] 100%

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

REVISOR, BASEADO NA DOCUMENTAÇÃO E EXAME MÉDICO, DISCORDOU DA VALORAÇÃO E MANTEVE ENQUADRAMENTO NO CRANIOFACIAL DO MÉDICO EXAMINADOR. -

Médico Perito: BRUNO BEZERRA BRILHANTE CRM:6492/PB

Dr. Bruno Brilhante
Cirurgia de joelho e ombro
Ortopedia e Traumatologia

Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com nome e CRM

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").
Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima	Nome completo da vítima
	069.135.024-86	Elton Marques Pereira

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: Elton Marques Pereira		CPF titular da conta: 069.135.024-86	Profissão: Militar
Endereço: Rua São Severino		Número: 124	Complemento
Bairro: Monte Santo	Cidade	Estado: PB	CEP
Email			Telefone (DDD)

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

22 MAR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

- [x] RECUSO INFORMAR
- [ ] SEM RENDA
- [ ] ATÉ R$ 1.000,00
- [ ] R$ 1.001,00 ATÉ R$ 3.000,00
- [ ] R$ 3.001,00 ATÉ R$ 5.000,00
- [ ] R$ 5.001,00 ATÉ R$ 7.000,00
- [ ] R$ 7.001,00 ATÉ R$ 10.000,00
- [ ] ACIMA DE R$ 10.000,00

- [ ] **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
  - [ ] BRADESCO (237)
  - [ ] BANCO DO BRASIL (001)
  - [ ] ITAÚ (341)
  - [ ] CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

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

- [x] **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome: Banco do Brasil NRO. ____
AGÊNCIA NRO. 1634-9 D/V ____ (Informar dígito se existir)
CONTA NRO. 27491 D/V 6 (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

João Pessoa, 22 de Março de 2018
Local e Data

Elton Marques Pereira
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017

SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
2ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos de Campina Grande

POLÍCIA CIVIL PARAÍBA

GOVERNO DA PARAÍBA
Secretaria de Estado da Segurança e da Defesa Social

DELEGACIA DE ACIDENTES DE VEÍCULOS SSP/PB

BOLETIM DE OCORRÊNCIA
Nº00318.01.2017.2.00.420

OCORRÊNCIA(S)

Suposto(s) Autor(es):
Tipificação 1: LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO
Data da Ocorrência: 15/04/2017 **Hora:** 07:30:00
Forma da Comunicação: Verbal
Endereço: Br 230 Lagoa de Dentro, São José da Mata, Campina Grande, PB.

PARTE(S)

VITIMA

Nome: Elton Marques Pereira
Conhecido por: Não informado
Filiação: Ernilaide Marques Pereira e José Pereira Filho
Idade: 29 **Data de Nascimento:** 25/04/1988 **Identidade de Gênero:** masculino
Nacionalidade: brasileira **Naturalidade:** Campina Grande
Estado Civil: solteiro(a)
Escolaridade: Não informado **Profissão:** Policial Militar
Documentos(s) de Identificação: CPF nº 069.135.024-86
Endereço: Rua- São Severino, 124, Monte Santo, Campina Grande, PB
Complemento: Não informado
Telefone: (83) 98829-7029

TESTEMUNHA

Nome: Djanilson Barbosa Marinho Júnior
Conhecido por: Não informado
Filiação: Vivian Leide Vieira Marinho e Djanilson Barbosa Marinho
Idade: 29 **Data de Nascimento:** 01/01/1988 **Identidade de Gênero:** masculino
Nacionalidade: brasileira **Naturalidade:** Campina Grande
Estado Civil: solteiro(a)
Escolaridade: Não informado **Profissão:** Policial Militar
Documentos(s) de Identificação: CPF nº 073.513.454-57
Endereço: Rua- Manoel Leonardo Gomes, 1180, Campina Grande, PB
Complemento: Bloco, "H", APTº304
Telefone: Não informado

AG. JOÃO PESSOA
PROTOCOLO
28 MAR. 2018

CARTÓRIO DO 8º OFÍCIO
Bel. Pedro Oliveira de Lucena
Tabelião
CAMPINA GRANDE-PB

CARTÓRIO DO 8º OFÍCIO DE NOTAS
Rua Marques do Herval, 83 - Centro-Fone: 3341-6085
CNPJ: 09.365.545/0001-76
Bel. Pedro Oliveira de Lucena
Tabelião
Certifico e dou fé que a presente cópia fotostática é a Reprodução fiel do original que me foi exibido
Campina Grande 28/09/17
Bel. Pedro Oliveira de Lucena
Tabelião

SELO DIGITAL: AFW25254-UN42
Consulte a autenticidade em http://selodigital.tjpb.jus.br

EM BRANCO

SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
2ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos de Campina Grande

POLÍCIA CIVIL
PARAÍBA

GOVERNO DA PARAÍBA
Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

TESTEMUNHA

Nome: Edson Joaquim de Lira Júnior
Conhecido por: Não informado
Filiação: Joselita Silva Pereira Lira e Edson Joaquim de Lira
Idade: 29 **Data de Nascimento:** 29/04/1988 **Identidade de Gênero:** masculino
Nacionalidade: brasileira **Naturalidade:** Campina Grande
Estado Civil: casado(a)
Escolaridade: Não informado **Profissão:** Policial Militar
Documentos(s) de Identificação: CPF nº 014.271.874-28
Endereço: Rua- Pedro Silva, 630, Jardim Paulistano, Campina Grande, PB
Complemento: Não informado
Telefone: Não informado

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

(1) Moto, marca Honda, modelo CG 150 TITAN KS, tipo de veículo Motocicleta, cor vermelha, ano 2009, placa MOR-6634, chassi 9C2KC15109R021136, renavam 14241674-2

DILIGÊNCIAS ADOTADAS/EXAMES REQUISITADOS

HISTÓRICO

Informa o comunicante/vítima, que no dia, hora e local já descritos, conduzia a motocicleta Honda/CG 150 TITAN KS, Ano/Modelo 2009/2009, cor vermelha, Placa MOR6634-PB, Chassi de Nº 9C2KC15109R021136, licenciada em nome do comunicante Elton Marques Pereira,quando trafegava na BR 230, mais precisamente na localidade Lagoa de Dentro, em frente a Mastodonte, bairro São José da Mata, momento em que o condutor de um veículo Siena de cor branco de demais sinais e condutor não identificado, que ia a sua frente tendo tirado para o acostamento e logo em seguida fez a volta na pista tendo o comunicante colidido na lateral traseira do lado esquerdo, tendo a vítima caído ao solo e sofrido fratura do Antebraço esquerdo e madibula, perda de dois dentes, sendo socorrida pelo SAMU e encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma, nesta cidade. Na ocasião do acidente o tempo apresentava-se bom, com via seca e boa visibilidade, não se encontrando o envolvido sob a influência de bebidas alcoólicas. Não compareceram os Policiais Militares do CPTRAN, razão pela qual não foi elaborado o Boletim de Acidente de Trânsito. Afirma a vítima não ter o desejo de Representar Criminalmente contra o condutor do veículo causador do acidente.

Nada mais disse. Encerrado está o presente termo.

CARTÓRIO DO 8º OFÍCIO
Pedro Oliveira de Lucena
Tabelião
CAMPINA GRANDE-PB

CARTÓRIO DO 8º OFÍCIO DE NOTAS
Rua Marques do Herval, 83 - Centro-Fone: 3341-6085
CNPJ: 09.365.545/0001 76
Bel. Pedro Oliveira de Lucena
Tabelião
Certifico e dou fé que a presente cópia fotostática é a Reprodução fiel do original que me foi exibido
Campina Grande 28 09 17
Bel. Pedro Oliveira de Lucena

SELO DIGITAL: AFW25855 - IPWD
Consulte a autenticidade em https://selodigital.tjpb.jus.br

28 MAR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

EM BRANCO

SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
2ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos de Campina Grande

POLÍCIA CIVIL PARAÍBA

GOVERNO DA PARAÍBA
Secretaria de Estado da Segurança e da Defesa Social

DELEGACIA DE ACIDENTES DE VEÍCULOS

Campina Grande/PB, 28 de setembro de 2017.

LUCIANO BEZERRA SERRA SECA
Delegado(a) de Polícia Civil

Elton Marques Pereira

ELTON MARQUES PEREIRA
Noticiante

ADEMIR DA COSTA VILAR
Escrivão de Polícia

CARTÓRIO DO 8º OFÍCIO
Pedro Oliveira de Lucena
Tabelião
CAMPINA GRANDE-PB

CARTÓRIO DO 8º OFÍCIO DE NOTAS
Rua Marques do Herval, 83 - Centro Fone: 3341-6085
CNPJ: 09.365.545/0001.76
Bel. Pedro Oliveira de Lucena
Tabelião
Certifico e dou fé que a presente cópia fotostática é a Reprodução fiel do original que me foi exibido
Campina Grande 28 0917
Bel. Pedro Oliveira de Lucena
Tabelião

SELO DIGITAL: AFW25856 - KLCT
Consulte a autenticidade em ... digital.tjpb.jus.br

28 MAR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

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

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima	CPF da Vítima	Data do Acidente
Elton Marques Pereira	069.135.024-86	15/04/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

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

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

Assinalar uma das opções abaixo:

28 MAR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

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

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

João Pessoa 22 de Março de 2018
Local e Data

Elton Marques Pereira
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017

Estado da Paraíba
Prefeitura Municipal de Campina Grande-PB
Secretaria de Saúde do Município
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAMU Regional CG - 192

SAMU 192
CAMPINA GRANDE - PB

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins de direito que o SAMU 192 Regional – CG prestou atendimento pré-hospitalar ao paciente **Elton Marques Pereira,** vítima de acidente de trânsito no dia 15 de Abril de 2017 aproximadamente às 07hs30min, End: BR 230 – Lagoa de Dentro, sendo o paciente atendido e removido para Hospital de Urgência e Trauma.

Campina Grande, 04 de Maio de 2017.

Fabio Alexandre B. Nascimento
SUPERVISOR
SAMU 192-CG

Deoclecio F. Nascimento
Coordenação Administrativa

28 MAR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

SAMU 192 (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência)
Rua: Almeida Barreto, 428 São José CEP: 58400-328 Campina Grande-PB
Fone: (83) 3322-5207 / 3322-5191

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA
CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A
BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 14/05/2018
NUMERO DO DOCUMENTO:
VALOR TOTAL: 2.193,75

*******TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: ELTON MARQUES PEREIRA

BANCO: 001
AGÊNCIA: 01634-9
CONTA: 000010027791-8

Nr. da Autenticação 5EFEA85FB178E5D6

CAGEPA
COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA, INFORME ESTE NÚMERO
MATRÍCULA: 11314940
REFERENCIA: DEZ/2017

CONTA DE CONSUMO DE AGUA / ESGOTO E SERVICOS

LUIS FERNANDES
RUA HENRIQUE DIAS 370
CONCEICAO
CAMPINA GRANDE 58401- 236

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias (Residencial / Comercial / Industrial / Público)	Responsável
018.31.335.0016	0	1 / 0 / 0 / 0	11314940

Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto
Y13N725673	07/11/2013	1	LIGADO	LIGADO

ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (m3)	NUM. DE DIAS	PROXIMA LEITURA
894	907	13	30	04/01/2018

HIST. DE CONS./ANOR. LEIT. | QUALID. DA AGUA-DECRETO 2.914/2011-MS.

			PARAMETROS	EXIG.	ANALIS.	CONFORMES
JUN/2017	20	0	COL.TOTAIS	178	180	180
JUL/2017	14	0	COR	55	180	178
AGO/2017	12	0	COL.TERMOT	0	0	0
SET/2017	16	0	CLORO	178	180	180
OUT/2017	19	0	TURBIDEZ	178	180	178
NOV/2017	17	0				
MEDIA(M)	16					

DADOS REFERENTES A:OUT/2017

DATA DA LEITURA: 05/12/2017 HORA DA LEITURA: 09:31:44

DESCRICAO	CONSUMO	VL AGUA	VL ESGOTO	TOTAL(R$)
RESIDENCIAL CONSUMO ATE 10m	10	36,84	29,47	R$66,31
DE 11m A 20m	3	14,25	11,40	R$25,65
TOTAIS		51,09	40,87	

2 J MAR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R$8,54 PIS E COFINS. LEI 12.741/12.

VENCIMENTO: 18/12/2017 | Total a Pagar: R$91,96

V.18.13 R. 1.0

CONDICAO DE LEITURA:CONFIRMADA
CONDICAO DO FATURAMENTO:REAL TIPO DE TARIFA:NORMAL
POSICAO DE DEB. ANTERIOR(ES)
EXISTE(M) CONTA(S) ANTER. EM DEBITO.
INFORMACOES GERAIS:
ACOMPANHE COMO ESTA SENDO APLICADO SEU DINHEIRO
WWW.TRANSPARENCIA.PB.GOV.BR

CAGEPA

MATRÍCULA	REFERENCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
11314940	DEZ/2017	18/12/2017	R$91,96

82660000000-2 91960010821-2 13149401220-9 17000000002-7

Cartão
Ourocard Visa
Nº 4984 **** **** 0889

Pág 001 de 002

Data prevista para o fechamento da próxima fatura: 23.04.2018

Vencimento: 05/04/2018

CTC RECIFE PE PL7

ELTON M PEREIRA
R SAO SEVERINO 124
MONTE SANTO
58400-747 CAMPINA GRANDE - PB

Postagem: 26/03/2018 Vencimento: 05/04/2018

72131950690550300000019208630260318

Atenção:
- Em caso de pagamento inferior ao valor total, o cliente deverá arcar com as taxas e encargos apontados nesta fatura, incidentes sobre a diferença entre o valor total e o valor pago.
- Caso seja efetuado exatamente o pagamento mínimo, na próxima fatura poderão ser cobrados encargos financeiros de, no máximo R$ 106,72. Consulte o CET no quadro Custo Efetivo Total desta fatura, item Crédito Rotativo/Saques.

Valor Total:	Pagamento mínimo: (1)	Pagamento parcelado: (2)
R$ 1.258,05	R$ 188,71	ENTRADA 123,86
		+23X 123,80

(1) O pagamento mínimo inclui as mensalidades de parcelamentos anteriores lançados nesta fatura, caso existam.
(2) Para parcelar esta fatura em 24 vezes (1 + 23), pague até o vencimento, de uma só vez, o valor da entrada (R$ 123,86 - CET 199,43% a.a). Se você possui parcelamentos anteriores, a mensalidade que seria debitada neste mês já contempla o valor da entrada. Para parcelamento após o vencimento da fatura, consulte de outros planos de parcelamento e informações sobre o CET, acesse bb.com.br/parcelesuafatura, procure um caixa eletrônico ou ligue para a Central de Atendimento do Banco do Brasil.

Total da Fatura

Saldo - R$	1.258,05
Saldo convertido - R$	0,00
Total da fatura - R$	1.258,05

Resumo em Real

Saldo anterior	1.918,09
Pagamentos/Créditos	- 1.918,09
Compras/Débitos	1.258,05
Saldo - R$	1.258,05
Saldo parcelado faturas futuras	2.775

Resumo em Dólar

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

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

IOF e Encargos nesta Fatura

IOF	
• Retiradas e uso do limite de crédito rotativo	0,00
Encargos	
• Retiradas na função crédito	0,00
• Uso do limite de crédito rotativo	0,00

Limites

Total para transação à vista	4.233
Saques (incluído no total transação à vista)	4.233
Total para transações parceladas	2.000
Crediário	20.488

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

Ponto pra Você/Livelo

Pontuação acumulada em 21.03.2018: **4.730**

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

Encargos Financeiros

	1	2
Crédito Rotativo	9,98	9,98
Crédito Parcelado	9,30	9,30
Juros de mora	1,00	1,00
Multa por atraso	2,00	2,00

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

Tarifas

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

Uso no Exterior

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

Custo Efetivo Total (CET)

Serviços	Taxas ao Mês (%)	Taxas ao ANO (%)	IOF Adicional (%)	IOF Diário (%)	CET ao Ano (%)[2]
Crédito Rotativo Saques[1]	9,98	213,15	0,38	0,0082	227,42
Parcelado administradora[3]	9,30	190,69	0,38	0,0082	192,53
Pagamento de Contas (parcelado)[3,4]	7,4[illegible]	135,53	0,38	0,0082	137,36

1 - Taxas vigentes até o vencimento desta fatura sujeito a alteração para o próximo período. Para clientes que aderiram ao pacote BOMPRATODOS: a taxa de crédito do [illegible] Brasil será de 6,60% ao mês. CET 499,28 ao ano, a partir do vencimento da próxima [illegible]
2 - Resultado de incidência da Taxa ao [illegible] período de um ano.
3 - Taxas de juros sujeitas a alterações [illegible] Atendimento BB.
4 - Os serviços não estão disponíveis para [illegible] garantias do [illegible]
Obs. Tarifa de Saque R$ 12,00 por evento. Tarifa de Pagamento de Contas [illegible]

COMPREV COMERCIAL PREVIDÊNCIA S/A
23 ABR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃ[illegible]

BANCO DO BRASIL 001-9

Nome do Pagador /CPF/CNPJ/Endereço/Cidade/UF/CEP: ELTON M PEREIRA - CPF 069.135.024.86
R SAO SEVERINO 124 - - MONTE SANTO - 58400-747 - CAMPINA GRANDE - PB
Sacador / Avalista

Nosso Número	Nº do documento	Data de Vencimento	Valor Documento	Valor Pago
000000000089996220		05/04/2018	1.258,05	

Nome do Beneficiário/CNPJ/CPF/Endereço
Banco do Brasil S.A. - CNPJ n 00.000.000/0001-91 - SBS Qd. 01 - SIA lote 31 Ed Sede 1 - 2 ss - 70073-900 Brasília (DF)

Agência / Código do Beneficiário: 4700-7 31027-91-10-9
Autenticação Mecânica

BANCO DO BRASIL 001-9

Local de Pagamento
Pagável em qualquer banco até o vencimento

Data de Vencimento: **05/04/2018**

Nome do Beneficiário CNPJ/CPF/Endereço
Banco do Brasil S.A. - CNPJ n 00.000.000/0001-91 - SBS Qd. 01 - SIA lote 31 Ed Sede 1 - 2 ss - 70073-900 Brasília (DF)

Agência / Código do Beneficiário: 4700-7 31027-91-10-9

Data do documento	Nº do documento	Espécie DOC.	Aceite	Data processamento	Nosso Número
22/03/2018			N	22/03/2018	000000000089996220

Uso do Banco	Carteira	Espécie	Quantidade	X	Valor	(=) Valor Documento
	66	R$				1.258,05

Informações de responsabilidade do Beneficiário
O CAMPO VALOR DO DOCUMENTO ESTA PREENCHIDO COM O TOTAL DESTA FATURA. VOCÊ PODE UTILIZAR O MESMO BOLETO PARA PAGAMENTO DE VALOR MENOR OU OPTAR PELO PARCELAMENTO,PAGANDO O VALOR DE ENTRADA INFORMADO NESTA FATURA. CONHEÇA OUTROS PLANOS DE PARCELAMENTO NO SITE BB.COM.BR/PARCELESUAFATURA, NOS CAIXAS ELETRÔNICOS OU LIGUE PARA 0800 729 0001.

(-) Desconto / Abatimento
(+) Juros / Multa
(=) Valor Pago

Nome do Pagador /CPF/CNPJ/Endereço/Cidade/UF/CEP
ELTON M PEREIRA - CPF 069.135.024.86
R SAO SEVERINO 124 - - MONTE SANTO - 58400-747 - CAMPINA GRANDE - PB
Sacador / Avalista

Autenticação Mecânica - Ficha de Compensação

FATURA DEBITADA EM CONTA CORRENTE - NAO RECEBER

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636

A Circular SUSEP[1] 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 COAF[2]**.

[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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu José Erivan F. de Medeiros inscrito (a) no CPF/CNPJ 026.864.664 / 30, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Elton Marques Pereira inscrito (a) no CPF sob o Nº 069.135.024 / 86, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez/Danos da Vitima Elton Marques Pereira, inscrito (a) no CPF sob o Nº 069.135.024 / 86, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

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

CONFERE COM O ORIGINAL
23 MAR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Endereço		Número	Complemento
Rua Henrique Dias		370	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
Conceição	Campina Grande	PB	
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)	

João Pessoa, 22 de Março de 2018
Local e Data

José Erivan Fernandes de Medeiros
Assinatura do Declarante

DLDRL.001 V001/2017

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

ATENDIMENTO URGÊNCIA

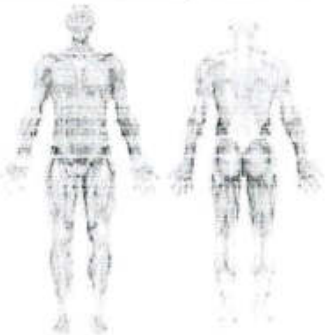
PRONT (B.E) Nº:1416230 **CLASS. DE RISCO: VERMELHO**

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 15/04/2017
Boletim de Emergência (B.E) – Modelo 07 Atendente : Arthur Matheus Almeida Mendonca

PACIENTE: ELTON MARQUES PEREIRA
Endereço:SAO SEVERINO
Cidade: Campina Grande
Nome da Mãe: HEROILAIDE MARQUES PEREIRA
Responsável: SEM ACOMPANHANTE
Estado Civil:
Motivo: ACIDENTE DE MOTO
Médico:

CEP:58400002 Nascimento:25/04/1988
Sexo:M Telefone:
Idade:028 Bairro:MONTE SANTO
RG: Nº:124
CPF: Profissão: POLICIAL MILITAR
Data de Atend:15/04/2017 CNS:53423413
CONVÊNIO:SUS
Hora: 08:12:27 Especialidade:
CRM:

OBS FICHA:
MECANISMOS DO TRAUMA
LOCAL DA LESÃO (Identifique o local com o número correspondente ao lado)



1. Abrasão
2. Amputação
3. Avulsão
4. Contusão
5. Crepitação
6. Dor
7. Edema
8. Empalhamento
9. Enfisema subcutâneo
10. Esmagamento
11. Equimose
12. F. Arma branca
13. F. Arma de fogo
14. F. Contuso
15. F. Cortante
16. F. Corto-contuso
17. F. Perfuro-contuso
18. F. Perfuro-cortante
19. Fratura osseo fechado
20. Fratura osseo aberto
21. Hematoma
22. Ingurgitamento venoso
23. Laceração
24. Lesão tendinosa
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento toracico paradoxal
28. Objeto Enterrado
29. Otorragia
30. Paralisia
31. Parezia
32. Parestesia
33. Queimadura
34. Rinorragia
35. Sinais de isquemia
36.

OBS:

QUEIMADURA:
Superfície corporal lesada = _____ % **Grau** ( ) 1º Grau ( ) 2º Grau ( ) 3º Grau
DIGNOSTICO / CID: Acido de Moto

EXAME PRIMÁRIO - DADOS VITAIS

Vítima de acidente de moto, em capacete, apresentando FCC em mento, dente quebrados e otorragia (??) direita. Queixa-se de dor em região de punho e mão ~~direita~~ esquerda. Não alterações neurológicas. Exame de cervical, tórax e abdome sem alteração. Pulso estável.

ALERGIA: ⊖
MEDICAMENTOS: ⊖
PATOLOGIAS: ⊖

RAIO X REALIZADO EM: / /

EXAME FÍSICO
PUPILAS (X) Fotorreagentes (X) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( ) _____
Glasgow 15 **PA** _____ **HGT:** _____ **Sat02** _____

ULTRASSONOGRAFIA Realizada em: 15/04/16

EXAMES SOLICITADOS:
( ) Laboratoriais
( ) Gasometria arterial
( ) Tomografia Computadorizada
(X) Ultrassonografia: FAST
(X) Radiografias: _____
( ) _____

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:
Especialista: NCR / ORTO **às** : **Dia** / /
Especialista: BMF / **às** : **Dia** / /

MÉDICO SOLICITANTE _____
PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	SRL 1.000 ml, EV	
2	Dipirona 1g + AD, EV	Feito 9:00
3		
4		
5		
6		

TOMOGRAFIA REALIZADA EM: 15/04/17

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:
Brenda Jamboi L. Barbosa
Cirurgia Geral
CRM-PB 8443

PROTOCOLO ACADEMIA DE PESSOAL 28 MAR. 2018

TOMOGRAFIA REALIZADA EM: 16/04/17

GOVERNO DA PARAÍBA

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

Ficha de Acolhimento

Nome: Eailton Marques Teixeira

End: Rua São Severino 124 Bairro: Monte Santo

Data de Nascimento: 25-04-88 Documento de Identificação:

Queixa: Ac. de MOTO Data do Atend.: 15.07.17 Hora: 08:05 Documento:

Acidente de trabalho? ( ) Sim (✓) Não

28 MAR. 2018
PROTOCOLO
AG. DOAÇÃO GERENCIA

Classificação de Risco

Nível de consciência: ( ) Bom ( )Regular ( ) Baixo **Aspecto:** ( ) Calmo ( ) Fáceis de dgr (✓) Gemente

Frequência respiratória: **Frequência cardiaca:**

Pressão arterial: **Temperatura axilar:**

Dosagem de HGT: **Mucosas:** ( ) Normocorada ( ) Pálida

Deambulação: ( ) Livre ( ) Cadeira de rodas ( ) Maca

Estratificação

MOD. 110

Cirurgia

(X) Vermelho - atendimento imediato
( ) Verde - atendimento até 4 horas
( ) Amarelo - atendimento até 1 hora
( ) Azul - atendimento ambulatorial

Isabel Cristina da Costa Engenheira COREN-PB 421.116

Assinatura e carimbo do profissional

GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Nome do Paciente: Ellen Marques Pereira		Nº Prontuário
Data da Operação: 15/09/17	Enf. 09	Leito 01
Operador: Felipe Guedes	1º Auxiliar	
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador
Anestesia: Jurandir Abrantes	Tipo de Anestesia	

Diagnóstico Pré-Operatório: Fratura - Luxação Galeazzi

Tipo de Operação

Diagnóstico Pós-Operatório

Relatório Imediato da Patologia

Exame Radiológico no Ato

Acidente Durante a Operação

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

1. Paciente em decúbito dorsal sob anestesia
2. Feito asepsia e antisepsia
3. A posição de campos estéril
4. Incisão volar para acesso ao rádio.
5. Dissecção por planos
6. Redução cruenta de fratura do rádio.
7. Fixação do rádio com placas e parafusos
8. Observado estabilidade da ARUD
9. Fixação da ARUD com fio de Kirschner
10. Sutura por planos
11. Curativo

CUMPRE-SE E ARQUIVE-SE

28 MAR. 2018

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

Mod. 018

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

NSULO

TM Cirúrgica
Ortopedia - Neurologia - Buco

Rua Guadalupe, 43 - Guadalupe - Olinda-PE
CEP.: 53.020-230 | E-mail: tmcirurgica@hotmail.com
Fones: 3431.4960 | 3076.0422 | 99452.1153

1ª Via Cliente / 2ª Via Empresa / 3ª Via Fixa

N° 3148

PEDIDO DE FATURAMENTO

NOME DO HOSPITAL: HOSPITAL DE TRAUMA
CIDADE: P. GRANDE
TEL / FAX / E-MAIL:
NOME DO PACIENTE: ELTON MARQUES VERGINI
Nº DO PRONTUÁRIO: 1416230
Nº AIH:
COD. PROCEDIMENTO:
CONVÊNIO:
PROCEDIMENTO REALIZADO: TRAT. CIRÚRGICO DE FRATURA DO OSSOS DO ANTEBRAÇO

PRODUTO	REF.	QUANT.	COD. KOMP.
PLACA 3.5 DCP 7F.		01	
PARAF. CORTICAL 3.5 x 18		03	
" " 3.5 x 14		05	

28 MAR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

DATA DA UTILIZAÇÃO: 15/04/2017
DATA DA COMUNICAÇÃO:
MÉDICO RESPONSÁVEL / CRM: Dr. FELIPE

OBSERVAÇÕES:
Px 3.5 Simples

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

Carlos André da Silva Lima
TÉCNICO DE ENFERMAGEM
COREN-PB 115.338

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: Elton marques Pereira DN: 25/04/88

QI | LEITE | CONVÊNIO: SUS | IDADE: 28a | REGISTRO: 1916230

CIRURGIA: Red. cirúrgica c/ fixação de fat dos ossos do antebraço (E) | CIRURGIÃO: Dr. Felipe

ANESTESIA: Bloqueio de Plexo Braquial (E). | ANESTESIA: Dr. Gerandir

INSTRUMENTADORA: José | DATA: 15/04/17 | INÍCIO: 17:45 | FIM: 18:40

GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS
	Adrenalina amp.
	Atropina amp.
	Diazepan amp.
	Dimore amp.
	Dolantina amp.
	Efrane ml
	Fenegam amp.
01	Fentanil ml
	Inova ml
	Ketalar ml
	Mercaina % ml
	Nubahin amp.
01	~~Pavulon amp.~~ Bomomol
	Protigmine amp.
02	~~Protóxido l/m~~ Xylocaína
	Quelicin ml
	Rapifen amp.
	Thionembutal ml
	Tracrium amp.

Qtd.	MEDICAÇÕES
	Água Destilada amp.
01	Decadron amp.
02	Dipirona amp.
	Flaxidol amp.
01	~~Flebocortid amp.~~ Dexedron
	Gentamicina amp.
	Glicose amp.
	Glucon de Cálcio amp.
	Haemacel ml.
	Heparema ml.
	Kanakion amp.
	Lasix amp.
	Medrotinazol.
	Plasil amp.
	Prolamina
	Revivan amp.
	Stuptanon amp.
	Cefalotina 1g
2g	Cefepizona

Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES
	Agulha desc. 25 x 7
	Agulha desc. 28 x 28
	Agulha desc. 3 x 4,5
	Agulha p/ raque nº
01/5	Álcool de Enfermagem
	Álcool Iodado ml
04	Ataduras de Crepon 10cm
	Ataduras de Gessada
	Azul metileno amp.
	Benzina ml

		Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Bolsa Colostoma		Catgut cromado Sertix	
•	Calel. p/ Oxg.		Catgut cromado Sertix	
	Catet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix	
••	Compressa Grande		Catgut Simples	
	Compressa Pequena		Catgut Simples Sertix	
	Cotonoide		Catgut Simples Sertix	
	Dreno		Catgut Simples Sertix	
	Dreno Kerr nº		Catgut Simples Sertix	
	Dreno Penrose nº		Cera p/ osso	
	Dreno Pezzer nº		Ethibond	
	Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Equipo de Sangue		Fio de Algodrão Sertix	
	Equipo de PVC		Fio de Algodrão Sertix	
01/5	Esparadrapo Larco cm		Fio de Algodrão Sutupak	
	Furacim ml		Fio de Algodrão Sutupak	
01/5	Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardíaca	
	H_2O_2 ml	02	Mononylon	(2-0) ••
	Intracath Adulto		Mononylon	
	Intracath Infantil		Prolene Serfix	
01	Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Serfix	
	Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Serfix	
	Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Serfix	
•	Luvas 7.0		Vicryl Serfix	
••	Luvas 7.5	01	Vicryl Serfix	(2.0).
	Luvas 8.0		Vicryl Serfix	
01/5	Luvas ~~8.5~~ proled.			
3l/min	Oxigênio l/m			
	Poliflix			
	PVPI Degermante ml			
	PVPI Tópico ml	Qtd.	SOROS	
01/5	Sabão Antiséptico clorexid...		SG Normotérmico fr 500 ml	
04	Saco coletor p/ fixo		SG Gelado fr 500 ml	
	Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml	
	Seringa desc. 20 ml		SG Ringr fr 500 ml	
	Seringa desc. 05 ml		SG fr 500 ml	
	Sonda			
	Sonda folley	Qtd.	CX 3,5 ORTESE E PRÓTESE TM	
	Sonda Nasogástica	01	Placa DCP 7 furos	
	Sonda Uretral nº	07	Parafusos corticais	
	Sterydrem ml	01	Fio de Kirschner nº 2,0	
	Torneirinha			
	Vaselina ml			
	Gelcon 18			
	Latex			
05	Eletrodos			
01/5	Algodão Ortope			
	Gelo			

EQUIPAMENTOS

(✓) Oximetro de Pulso	( ) Foco Auxiliar
( ) Serra	( ) Eletrocautério
( ) Desfibrilador	( ) Oxicapiógrafo
(✓) Foco Frontal	(✓) Cardiomonitor
( ) Fonte de Luz	( ) Perfurador Elétrico

Valdineide da S. Lopes
TÉC. ENFERMAGEM
COREN-PB 150.[illegible]

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

Garrote as 17:50

MOD 066

PROTOCOLO
HEJLG - JOÃO PESSOA
28 MAR. 2018

GOVERNO DA PARAÍBA

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

Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: Elton Marques Pereira	Idade: 28 anos
Convênio:	Data: 15/4/17
Procedimento: Red cirúrgica c/ fixação de frat dos ossos do antebraço (E)	
Cirurgião: Dr. Felipe	Auxiliar: Anestesista: Dr. Guardia
Início:	Término: Anestesia Bloqueio de plexo braquial (E)

Hora	PA	Pulso	SAT 02	Responsável	A. Motora	Conciência
19:00	145x75	101	94%	Maria Marília da Silva Técnica de Enfermagem COREN 785684	+	Consciente
19:15	113x71	102	96%		2	"
19:30	148x70	103	96%		+	"

Medicamentos/Materiais	Quantidade

COMPREV [illegible]
28 MAR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Observações:

Maria Marília da Silva
Técnica de Enfermagem
COREN 785684

Assinatura Anestesista | Circulante

Relatório de Operação

MOD. 163

TABELA DE ALDRETE E KROULIK MODIFICADA
(Critérios para altas da SRPA)

Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico	*Hora entrada*	*Hora saída*
Nenhum Movimento = 0 *Movimenta 2 membros = 1* *Movimenta 4 membros = 2*		2
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispnéia = 1 Respiração profunda e tosse = 2		2
PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0 PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1 PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2		2
Sat 02 < 90 com oxigênio = 0 Sat 02 > 90 com oxigênio = 1 Sat 02 > 92% sem oxigênio = 2		2
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		2
TOTAL DE PONTOS:		10

Raoni de Araújo Lima
Anestesiologista
CRM - 8028

Assinatura do anestesista

COMPREVEC CONFERIDO E REVIDADO
28 MAR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

28 MAR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECG HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

ENFERMARIA | LEITO | Nº PRONTUÁRIO

FOLHA DE ANESTESIA

NOME: ELTON Marques | IDADE | SEXO | COR

DATA: 15/04/14 | PRESSÃO ARTERIAL | PULSO | RESPIRAÇÃO | TEMPERATURA | PESO | ALTURA

TIPO SANGUÍNEO | HEMÁCIAS | HEMOGLOBINA | HEMATÓCRITO | GLICEMIA | UREIA | OUTROS

URINA

AP. RESPIRATÓRIO | ASMA | BRONQUITE

AP. CIRCULATÓRIO | ELETROCARDIOGRAMA

AP. DIGESTIVO | DENTES | PESCOÇO | AP. URINÁRIO

ESTADO MENTAL | ATARAXICOS | CORTICOIDES | ALERGIA | HIPOTENSORES

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura 05 05 do Antebraço D | ESTADO FÍSICO | RISCO

ANESTESIAS ANTERIORES

MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA | APLICADA ÀS | EFEITO

DENTES ANESTESICOS | O'

LÍQUIDOS

CÓDIGOS
ARTERIAL: O PULSO: O - RESPIRAÇÃO
AX - ANESTESIA: O - OPERAÇÃO

260 240 220 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20

D MU - HAS
SP Kaio Temu 18 40

INDUÇÃO
Satisf.:_____ Excit.:_____ Tosse:_____
Laringo esparmo:_____ Lenta:_____
Náuseas:_____ Vômitos:_____
Outros:_____

MANUTENÇÃO
Cef 8h 02
+ Dipirona 02
+ Decadron 01
+ Maxidon 01
= Dormonid 01
Fentanil 02
ANESTESIA SATISF.: Sim ✓ Não ____
Não, por quê?
02 3 litros

DESPERTAR
Reflexos na SO:_____
Obstr.:_____ Co_2:_____ Excit:_____
Náuseas:_____ Vômitos:_____
Outros:_____

Com cânula:
Para o Leito Sim_____ Não_____
CONDIÇÕES:

28 MAR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES

POSIÇÃO

AGENTES: Xilocaina 2% 02 ft

TÉCNICA: Bloqueio de plexo + sedação

OPERAÇÃO: redução cirurgica + fixação

CIRURGIÕES: DRS

ANESTESISTAS: [illegible]

OBSERVAÇÕES

ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.

PERDA SANGUÍNEA

MOD. 068 FOLHA DE ANESTESIA - SRPB

COMPREV SECRETARIA DE PREVIDÊNCIA
28 MAR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

GOVERNO DA PARAÍBA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DE CAMPINA GRANDE
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Núcleo de Segurança do Paciente
TRAUMA - CG

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA (CHECKLIST)

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE: Elton Marques Pereira IDADE: 28a PRONTUÁRIO: 146230

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA ►►

ENTRADA

☐ **CONFIRMAÇÃO SOBRE O PACIENTE**
- IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE
- SÍTIO CIRÚRGICO
- PROCEDIMENTO A SER REALIZADO
- CONSENTIMENTO

OK!

☐ **VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA** OK

☐ **OXÍMETRO DE PULSO INSTALADO E FUNCIONANDO** OK

☐ **O PACIENTE POSSUI:**

ALERGIA CONHECIDA?
(x) NÃO
SIM

VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE BRONCOASPIRAÇÃO?
(x) NÃO
SIM E HÁ EQUIPAMENTO DISPONÍVEL

RISCO DE PERDA SANGUÍNEA > 500 ML (7 ML/KG EM CRIANÇAS)?
(x) NÃO
SIM E HÁ ACESSO VENOSO ADEQUADO E PLANEJAMENTO PARA REPOSIÇÃO

ANTES DA INCISÃO ►►►►►►►►►►►

PAUSA CIRÚRGICA

☐ **CIRURGIÃO, ANESTESISTA E ENFERMEIRO CONFIRMAM VERBALMENTE**
- IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE
- SÍTIO CIRÚRGICO
- PROCEDIMENTO

OK

EVENTOS CRÍTICOS PREVISTOS

☐ **REVISÃO DO CIRURGIÃO:** HA PASSOS CRÍTICOS NA CIRURGIA? QUAL A DURAÇÃO? HÁ POSSÍVEIS PERDAS SANGUÍNEAS?

☐ **REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA:** HÁ ALGUMA PREOCUPAÇÃO ESPECÍFICA EM RELAÇÃO AO PACIENTE? Não

☐ **REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM:** OS MATERIAIS NECESSÁRIOS, COMO INSTRUMENTAIS, PRÓTESES E OUTROS ESTÃO PRESENTES E DENTRO DA VALIDADE DE ESTERILIZAÇÃO? (INCLUINDO RESULTADOS DO INDICADOR?) Sim
HÁ QUESTÕES RELACIONADAS A EQUIPAMENTOS OU QUAISQUER PREOCUPAÇÕES?

A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS?
(x) SIM
NÃO SE APLICA

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS?
(x) SIM
NÃO SE APLICA

ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA CIRÚRGICA

SAÍDA

O PROFISSIONAL DA EQUIPE DE ENFERMAGEM OU DA EQUIPE MÉDICA CONFIRMA VERBALMENTE COM A EQUIPE:

☐ O NOME DO PROCEDIMENTO REALIZADO OK!

☐ A CONTAGEM DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS OU NÃO SE APLICAM OK!

☐ BIÓPCIAS ESTÃO IDENTIFICADAS E COM O NOME DO PACIENTE Não houve

☐ HOUVE ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTOS PARA SER RESOLVIDO Não no momento

O CIRURGIÃO, O ANESTESISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTE PACIENTE

Valdineide da S. L. Beserra
TÉCNICA ENFERMAGEM
COREN-PB 450736

Assinatura

CONFERE COM O ORIGINAL E REVIDENCIADO

28 MAR. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

GOVERNO DA PARAÍBA

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

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Diagnóstico

Fratura. Quarto de [illegible]

Paciente	Gelton Marques Pereira	Alojamento		Leito		Convênio	

Data	Prescrição Médica			Horário				Evolução Médica
15/04/17	(1) Dieta livre por VO após recuperação anestésica	C						Pós op POI de osteossíntese do
	(2) SF 0,9% 1.000 ml EV 24h							rádio com placa e parafusos. Acidente
	(3) SG 5% 500 ml 24h							de motocicleta.
	(4) Cefalotina 1g + AD EV 6/6h							
	(5) Dipirona 1g + AD EV 6/6h			Feito segue a				
	(6) Ritalil 40mg + AD 1x ao dia.			prescrição em				
	(7) Musedion 1 Frasco Ampola + AD EV 8/8 S/n.			anexo à pasta				
	(8) SSVV + CCGG							RD. VPM

MOD. 035

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis

GOVERNO DA PARAÍBA

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

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

ALA ORTOPEDICA

Diagnóstico

FX RÁDIO E + FX MANDIBULA

LEITO 9-1

Paciente	ELTON PEREIRA	Alojamento		Leito		Convênio	

Data		Prescrição Médica	Horário					Evolução Médica
16/03	1	DIETA LIVRE						
	2	JELCO SALINIZADO						
	4	DIPIRONA 1g + ABD EV 6/6H	12	18	24	06		1º DIA #ORTOPEDIA
	5	~~TRAMAL 100mg + SF0,9% 100ml EV 8/8h S/N~~						BEG, estável
	6	~~NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8h SN~~						Sem intercorrências
	7	OMEPRAZOL 40mg 1 CP VO EM JEJUM	06					
	8	CEFTRIAXONE 1G + ABD EV 12/12H	18	06				co: vpm
	9	CURATIVO						Solicito PA 2º
	10	MSE ELEVADO						
	11	SSVV+CCGG						
	12	Solicito parecer neurocirurgia						
	13							
	14							Em tempo. Mg: Col
	15							
	16							Paciente evoluiu c/ tontura e sonolência
	17							
	18							col. solicito TC de crânio
	19							
	20							Parecer de NCR
	21							
	22							

Dr. Julio Cesar Castro
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PB-9965

Dr. Julio Cesar Castro
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PB-9965

Dra. Jussara Cavalcanti
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PB-9965

COMPROVANTE DE ATENDIMENTO
28 MAR. 2016
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

MOD. 035

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
~~16/05~~	~~20:00~~	~~—~~	~~—~~	~~—~~				
16/05	08:00	—	—	-	120/80		PACIENTE EUVI	
							ESTÁVEL, REALIZADO	
							CURATIVO NO MFE, O	
							MESMO NÃO REFERI	
							QUEIXA. Suelio	
16/05	20:00	—	—	-	130/70		PACIENTE EUVI ESTÁ-	
							VEL, NÃO REFERI	
							QUEIXAS. Suelio	

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA
28 MAR. 2018

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

FOLHA DE TREATAMENTO E EVOLUÇÃO

ALA ORTOPEDICA

OK OK

Diagnóstico

FX RÁDIO E + FX MANDIBULA

LEITO 9-1

Paciente	ELTON PEREIRA	Alojamento		Leito		Convênio	

Data		Prescrição Médica			Horário			Evolução Médica
17/04	1	DIETA LIVRE						
	2	JELCO SALINIZADO						
	4	DIPIRONA 1g + ABD EV 6/6H	~~12~~	18	24	6		#ORTOPEDIA
	5	TRAMAL 100mg + SF0,9% 100ml EV 8/8h S/N						2º DIH
	6	NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8h SN						BEG, Estável, s/ queixas no momento. Nega febres ou otomegia nas últimas 24h Nega alergias Deambulando.
	7	OMEPRAZOL 40mg 1 CP VO EM JEJUM	06					
	8	CEFTRIAXONE 1G + ABD EV 12/12H	~~12~~	24				Col: vpm + Aguarda cirurgia.
	9	CURATIVO 1x dia.						
	10	MSE ELEVADO						
	11	SSVV+CCGG						
	12	Estimular Deambulação c/ muletas.						
	13	Estimular Ingesta Hídrica.						
	14							
	15							
	16							EM TEMPO
	17							
	18							
Em tempo	19	Alta Hospitalar c/ orientações						
	20	de retorno ambulatorial (+						
	21	fisioterapia + AINE + ATB						
	22	P/ casa.						

Ywry de Farias Cavalcanti
Ortopedista e Traumatologista
CRM/PB 10907

PROTOCOLO
HOSPITAL DR. JOÃO PESSOA
28 MAR. 2018

Dr. Marcos Wagner de S. Freitas
CRM-PB 6082 / CRM-PE 14687
17 ABR. 2017

TC: Mono
Alta pela

MOD. 035

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
17/04	13.21				190/80		Paciente conciente e	
							orientado, sem	
							queixas, medicado	
							segue aos cuidados	
							de enfermagem. com	
							eliminações presente	
								Josane C. do Nascimento Téc. Enfermagem COREN 177938
	17.30							
							Paciente em alta	
							hospitala, por este mo-	
							tivo não foi medicado	

GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
CAMPINA GRANDE - PARAIBA

PACIENTE:	[illegible]
DATA DO EXAME:	15/04/2017

ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL – "FAST"

METODOLOGIA:
Exame realizado em modo bidimensional com equipamento dinâmico na frequência de 4,0 MHz.

ANÁLISE:

Não identificamos sinais de líquido livre intra-abdominal ou derrame pleural no presente estudo.

Não foram evidenciadas lesões viscerais relacionadas ao trauma.

Observação: Ressaltamos a baixa sensibilidade da ultrassonografia na detecção de lesões em órgãos sólidos e vísceras ocas, não havendo critérios ecográficos seguros para indicação de alta hospitalar baseando-se apenas no resultado negativo da ultrassonografia.

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA
28 MAR. 2018

Dr. Raiff Ramalho Cavalcanti
Médico Radiologista
CRM-PB: 6320

GOVERNO DA PARAÍBA

ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIS GONZAGA FERNANDES
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

SUS Sistema Único de Saúde

Sr(a):	ELTON MARQUES	Protocolo:	0000331446	RG:	NÃO INFORMADO
Dr(a):	JULIO CESAR CASTRO	Data:	16-04-2017 11:33	Origem:	CLINICA ORTOPEDICA
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade:	28 anos	Destino:	ENF 09 - L 01

HEMOGRAMA
[DATA DA COLETA: 16/04/2017 11:55]

	Resultados		Valores de Referências
SÉRIE VERMELHA			
Eritrócitos	5.11 milhões/mm³		4,2 à 6,0 milhões/mm³
Hemoglobina	14,8 g/dL		13,5 à 16,0 g/dL
Hematócrito	45 %		40,0 à 52,5 %
V.C.M.	88 fL		82,0 à 97,0 fL
H.C.M.	29 pg		27,0 à 31,0 pg
C.H.C.M.	33 g/dL		32,5 à 36,0 g/dL
SÉRIE BRANCA			
Leucócitos	8.100 /mm³		5.000 à 10.000 /mm³
	(%)	(/mm³)	
Neutrofilos			
Promielócitos	0	0	
Mielócitos	0	0	
Metamielócitos	0	0	
Bastonetes	3,0	243	
Segmentados	80,0	6.480	40 à 70 % - 1.800 à 5.500 / mm³
Eosinófilos	0	0	0,5 à 6,0 % - até 500 / mm³
Basófilos	0	0	0 à 2,0 % - até 100 / mm³
Linfocitos			
Típicos	15,0	1.215	20 à 45 % - 1.000 à 3.500 / mm³
Atípicos	0	0	
Monocitos	2,0	162	2,0 à 10 % - até 1.000 / mm³
CONTAGEM DE PLAQUETAS	197.000 mm³		140.000 a 400.000 mm³

OBSERVAÇÕES..... **Contagens repetidas e confirmadas.**

Emissão : 16/04/2017 14:29 - Página 1 de 2

Ana Claudia Barroso
Biomédica
CRBM - 5793

COMPREV SERVIÇOS DE PREVIDÊNCIA S/A
28 MAR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Laboratório Newlab — SELO DE QUALIDADE — PNCQ Programa Nacional de Controle de Qualidade

GOVERNO DA PARAÍBA

ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIS GONZAGA FERNANDES
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

SUS Sistema Único de Saúde

Sr(a):	**ELTON MARQUES**	**Protocolo:**	**0000331446**	**RG:**	NÃO INFORMADO
Dr(a):	JULIO CESAR CASTRO	**Data:**	16-04-2017 11:33	**Origem:**	CLINICA ORTOPEDICA
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	**Idade:**	28 anos	**Destino:**	ENF 09 - L 01

TEMPO DE SANGRAMENTO ..... **1'30''**

[DATA DA COLETA: 16/04/2017 11:56]
Material: sangue
Método: Duke

Valores de Referência:
De 1 a 3 minutos

TEMPO DE COAGULACAO ..... **6'00'' min**

[DATA DA COLETA: 16/04/2017 11:56]
Material: Sangue
Método: Lee-White

Valores de Referência:
De 5 a 11 minutos

Ana Claudia Barroso
Biomédica
CRBM - 5793

COMPREV SEGURIDADE PREVIDENCIA
28 MAR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Emissão : 16/04/2017 14:29 - Página 2 de 2

Laboratório Newlab
SELO DE QUALIDADE
PNCQ Programa Nacional de Controle de Qualidade

GOVERNO DA PARAÍBA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Elton Marques Pereira | Registro: 9 | Leito: 1 | Setor Atual: Ortopedia

2.AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: irpm; PA: mmHg; FC: bpm; SPO2: %

HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm | **Dor:** ( ) Local: Obs.:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

COMPREV CE... REVIDA...
28 MAR. 2016
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

3.AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: (✓) Consciente ( ) Orientado ( ) Confuso ( ) Letárgico ( ) Torporoso ( ) Comatoso ( ) Outro

GLASGOW(3-15): Drogas (Sedação/Analgesia):

Pupilas: ( ) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( ) D>E ( ) E>D ( ) Fotorreagentes ( ) Mióticas ( ) Midriáticas

Mobilidade Física: (✓) Preservada ( ) Paresia ( ) Plegia ( ) Parestesia Local:

Linguagem: ( ). Qual? ( ) Disfonia ( ) Afasia ( ) Disfasia ( ) Disartria.

Obs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: ( ) Espontânea ( ) Cateter Nasal ( ) Venturi % l/min ( ) Traqueostomia ( ) Ayre/Tubo T

( ) VMNI ( ) VMI TOT nº Comissura labial nº FiO2 % PEEP cmH_2O

(✓) Eupnéia; ( ) Taquipnéia ( ) Bradipnéia ( ) Dispnéia ( ) Outros:

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: ( ) Diminuídos ( )D ( )E

Ruídos adventícios: ( ) Roncos ( ) Sibilos ( ) Estridor ( ) Outros:

Tosse: ( ) Improdutiva ( ) Produtiva | **Expectoração:** ( ) Quantidade e aspecto:

Aspiração: Quantidade e aspecto: | **Dreno de tórax:** ( )D ( )E ( ) Selo d'água:

Data da inserção do dreno / / Aspecto da drenagem torácica:

Gasometria arterial: PH PCO_2 PO_2 HCO_3 EB SpO_2 Data:___/___/___ Hora:

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração: ( )Visão ( )Audição ( )Tato ( )Olfato ( )Paladar Observação:

SEGURANÇA FÍSICA

(✓) Tranquilo ( ) Agitado ( ) Agressivo. ( ) Risco de queda. Observação:

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

Pulso: ( ) Regular ( ) Irregular ( ) Impalpável ( ) Filiforme ( ) Cheio.

Pele: (x) Corada ( ) Hipocorada ( ) Cianose ( ) Sudorese ( ) Fria ( ) Aquecida.
Tempo de enchimento capilar: ( ) ≤ 3 segundos; ( ) >3 segundos. ( ) Turgência jugular: ( )
Drogas vasoativas: ( ) Quais? Precordialgia ( )
Ausculta cardíaca: (x) Rítmica ( ) Arrítmica ( ) Sopro ( ) Outro. Marcapasso: ( ) Transitório ( ) Definitivo
Cateter vascular: (x) Periférico ( ) Central ( ) Dissecção. Localização: Data da punção 17/04/17
Edema: ( ) MMSS ( ) MMII ( ) Face ( ) Anasarca. Observações:
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)
Tipo somático: (x) Nutrido ( ) Emagrecido ( ) Caquético ( ) Obeso.
Dentição: (x) Completa ( ) Incompleta ( ) Prótese.
Alimentação: (x)VO ( )SNG ( )SNE ( )Gatronomia ( )Jejunostomia ( ) NPT; Hora: Data :__/__/__
Alterações: ( ) Inapetência ( ) Disfagia ( ) Intolerância alimentar ( ) Vômito ( ) Pirose ( )Outros:
Abdômen: (x)Normotenso ( )Distendido ( )Tenso ( )Ascítico ( )Outros:
RHA: ( )Normoativos ( )Ausentes ( )Diminuidos ( )Aumentados
Eliminação intestinal: (x)Normal ( )Liquida ( )Constipado há dias ( )Outros:
Eliminação urinária: (x)Espontânea ( )Retenção ( )Incontinência ( )Hematúria ( )SVD: Débito ml/h;
Aspecto: ( )Outros: Observações:
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA
Condição da pele: (x) Íntegra ( ) Ressecada ( ) Equimoses ( ) Hematomas ( ) Escoriações ( )Outro:
Coloração da pele: (x)Normocorada ( )Hipocorada ( )Ictérica ( )Cianótica **Turgor da pele:** ( )Preservado
Condições das mucosas: ( )Úmidas ( )Secas **Manifestações de sede:** ( ).
Incisão cirúrgica: ( ) Local/Aspecto: Curativo em:__/__/__
Dreno: ( ) Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em:__/__/__
Úlcera de pressão: ( )Estágio: Local: Descrição: Curativo :__/__/__
CUIDADO CORPORAL
Cuidado corporal: ( ) Independente (x) Dependente ( ) Parcialmente dependente. Observações:
Higiene corporal: (x)Satisfatória ( )Insatisfatória **Higiene Corporal:** ( )Satisfatória ( )Insatisfatória.
Limitação física: (x)Acamado ( ) Cadeira de rodas ( ) Outro:
SONO E REPOUSO
(x) Preservado ( ) Insônia ( ) Dorme durante o dia ( ) Sono Interrompido. Observações:
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL
Comunicação: (x) Preservada ( ) Prejudicada **Sentimentos e comportamentos:** ( ) Cooperativo ( ) Medo:
( ) Ansiedade ( ) Ausência de familiares/visita ( ) Outros:
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE
Tipo: ( ) Praticante ( ) Não praticante. Observações:
INTERCORRÊNCIAS
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: DATA: 17/04/17 HORA: 11:00 h

FONTE: BORDINHÃO, R.C; Coleta de dados por meio de grupo focal. Porto Alegre (2009).

GOVERNO DA PARAÍBA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Elton Marques	Registro:	Leito: 9 - 1	Setor Atual:

2.AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: irpm; PA: mmHg; FC: bpm; SPO2: %

HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm | **Dor:** (x) Local: Abdômen Obs.:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

COMPREV SEJUS/PB REMIDAS SIA
29 MAR. 2018
PROTOCOLO
HG. JOÃO PESSOA

3.AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: (x) Consciente (x) Orientado ( ) Confuso ( ) Letárgico ( ) Torporoso ( ) Comatoso ( ) Outro

GLASGOW(3-15): Drogas (Sedação/Analgesia):

Pupilas: ( ) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( ) D>E ( ) E>D ( ) Fotorreagentes ( ) Mióticas ( ) Midriáticas

Mobilidade Física: ( ) Preservada ( ) Paresia ( ) Plegia ( ) Parestesia Local:

Linguagem: ( ). Qual? ( ) Disfonia ( ) Afasia ( ) Disfasia ( ) Disartria.

Obs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: (x) Espontânea ( ) Cateter Nasal ( ) Venturi % l/min ( ) Traqueostomia ( ) Ayre/Tubo T

( ) VMNI ( ) VMI TOT nº Comissura labial nº FiO2 % PEEP cmH_2O

( ) Eupnéia; ( ) Taquipnéia ( ) Bradipnéia ( ) Dispnéia ( ) Outros:

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: ( ) Diminuídos ( )D ( )E

Ruídos adventícios: ( ) Roncos ( ) Sibilos ( ) Estridor ( ) Outros:

Tosse: ( ) Improdutiva ( ) Produtiva | **Expectoração:** ( ) Quantidade e aspecto:

Aspiração: Quantidade e aspecto: | **Dreno de tórax:** ( )D ( )E ( ) Selo d'água:

Data da inserção do dreno / / Aspecto da drenagem torácica:

Gasometria arterial: PH PCO_2 PO_2 HCO_3 EB SpO_2 Data:___/___/___ Hora:

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração: ( )Visão ( )Audição ( )Tato ( )Olfato ( )Paladar Observação:

SEGURANÇA FÍSICA

(x) Tranquilo ( ) Agitado ( ) Agressivo. ( ) Risco de queda. Observação:

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

Pulso: (x) Regular ( ) Irregular ( ) Impalpável ( ) Filiforme ( ) Cheio.

Pele: (✓) Corada ( ) Hipocorada ( ) Cianose ( ) Sudorese ( ) Fria ( ) Aquecida.

Tempo de enchimento capilar: ( ) ≤ 3 segundos; ( ) >3 segundos. ( ) Turgência jugular: ( )

Drogas vasoativas: ( ) Quais? Precordialgia ( )

Ausculta cardíaca: ( ) Rítmica ( ) Arrítmica ( ) Sopro ( ) Outro. Marcapasso: ( ) Transitório ( ) Definitivo

Cateter vascular: (✓) Periférico ( ) Central ( ) Dissecção. Localização: MSD Data da punção 15/04/12

Edema: ( ) MMSS ( ) MMII ( ) Face ( ) Anasarca. Observações:

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)

Tipo somático: ( ) Nutrido ( ) Emagrecido ( ) Caquético ( ) Obeso.

Dentição: (✓) Completa ( ) Incompleta ( ) Prótese.

Alimentação: (✓) VO ( ) SNG ( ) SNE ( ) Gatronomia ( ) Jejunostomia ( ) NPT; Hora: Data: / /

Alterações: ( ) Inapetência ( ) Disfagia ( ) Intolerância alimentar ( ) Vômito ( ) Pirose ( ) Outros:

Abdômen: (✓) Normotenso ( ) Distendido ( ) Tenso ( ) Ascítico ( ) Outros:

RHA: (✓) Normoativos ( ) Ausentes ( ) Diminuídos ( ) Aumentados

Eliminação intestinal: (✓) Normal ( ) Líquida ( ) Constipado há dias ( ) Outros:

Eliminação urinária: (✓) Espontânea ( ) Retenção ( ) Incontinência ( ) Hematúria ( ) SVD: Débito ml/h;

Aspecto: ( ) Outros: Observações:

INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA

Condição da pele: ( ) Íntegra ( ) Ressecada (✓) Equimoses (✓) Hematomas (✓) Escoriações ( ) Outro:

Coloração da pele: (✓) Normocorada ( ) Hipocorada ( ) Ictérica ( ) Cianótica **Turgor da pele:** ( ) Preservado

Condições das mucosas: (✓) Úmidas ( ) Secas **Manifestações de sede:** ( ).

Incisão cirúrgica: ( ) Local/Aspecto: Curativo em: ___/___/___

Dreno: ( ) Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em: ___/___/___

Úlcera de pressão: ( ) Estágio: Local: Descrição: Curativo: ___/___/___

CUIDADO CORPORAL

Cuidado corporal: ( ) Independente (✓) Dependente ( ) Parcialmente dependente. Observações:

Higiene corporal: (✓) Satisfatória ( ) Insatisfatória **Higiene Corporal:** (✓) Satisfatória ( ) Insatisfatória.

Limitação física: (✓) Acamado ( ) Cadeira de rodas ( ) Outro:

SONO E REPOUSO

(✓) Preservado ( ) Insônia ( ) Dorme durante o dia ( ) Sono Interrompido. Observações:

4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL

Comunicação: (✓) Preservada ( ) Prejudicada **Sentimentos e comportamentos:** (✓) Cooperativo ( ) Medo:

(✓) Ansiedade ( ) Ausência de familiares/visita ( ) Outros:

5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS

RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE

Tipo: ( ) Praticante ( ) Não praticante. Observações:

INTERCORRÊNCIAS

Às 06:00 hs paciente refere dor torácica, após exame físico foi observado um sangramento discreto. Sic o paciente relata que esse sangramento foi logo após o acidente e a TC apresentou resultado normal. Diante disso passou o caso p/ o medico responsável. Sigue em cuidados de emergência

CONTROLE DE PREVENÇÃO DE ÚLCERAS

28 MAR. 2018

PROTOCOLO

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: COREN 335548 DATA: 15/04/12 HORA: _____ h

28 MAR. 2018

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

FONTE: BORDINHÃO, R.C; Coleta de dados por meio de grupo focal. Porto Alegre (2009).

Herculano Marques Pereira

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

15/4/17 #Ncr
às 9H20
Vítima de politrauma
por acidente com motocicleta
c/ otorragia (D)
s/ perda da consciência
sem vômitos
Glasgow 15
sem cervicalgia
TC sem anormalidades relacionadas
ao TCE no comportamento
intracraniano. Mastóides zeradas
TC Col. Cervical sem fratura

CD: Observação neurológica na verda 6h
Dipirona 2g EV 6/6h
bolsa de colostomia na orelha (D)

Dr. Alfredo Luca-Neto, Cirurgião Bucomaxilofacial e Traumatologia, CRO 3551-PB

CONFERE COM O ORIGINAL
23 MAR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

George Mendes
Neurologia / Neuroradiologia
CRM PB 6346

DESTINO DO PACIENTE ____/____/____ às ____:____ hs.

( )Centro cirúrgico _____
( )Internação (setor) _____
( )Tranferência a outro SETOR ou HOSPITAL _____
( )Alta hospitalar / ( )A revelia
( )Decisão Médica
( )Óbito

X Everton M. Pereira
Ass. do paciente ou resposável(quando necessário)

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO	CBO	IDADE

GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Diagnóstico

Fx rádio (E) + Fx mandíbula

Paciente: Elton Pereira | Alojamento: | Leito: 9_1 | Convênio:

Data	Prescrição Médica			Horário				Evolução Médica
15	Dieta livre							HAS (-)
04	Jejum Heparinizado							DM (-)
17	Ceftriaxone 1g IV 12/12h							Alergias (-)
	Dipirona 1g + 8g IV 6/6hs							Obs: Pré-op
	Omeprazol 40mg IV dia							
	Curativos							Pré: Paciente vítima de acidente de moto quedou-se com ferimento corto-contuso em região frontal de crânio bilateral e fraturas incompletas além de fratura direita de mandíbula.
	Mse Herpes							Cirurgia Ortopedia
	Coagu 13s/11							Cirurgia Buco-Maxilo
								Cirurgia Geral

Eduardo Barbosa de Andrade

Eliziman Soares de Araújo
CIRURGIÃO-DENTISTA
CRO-PB 6... CEOT 11593

APROVADO
23 MAR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

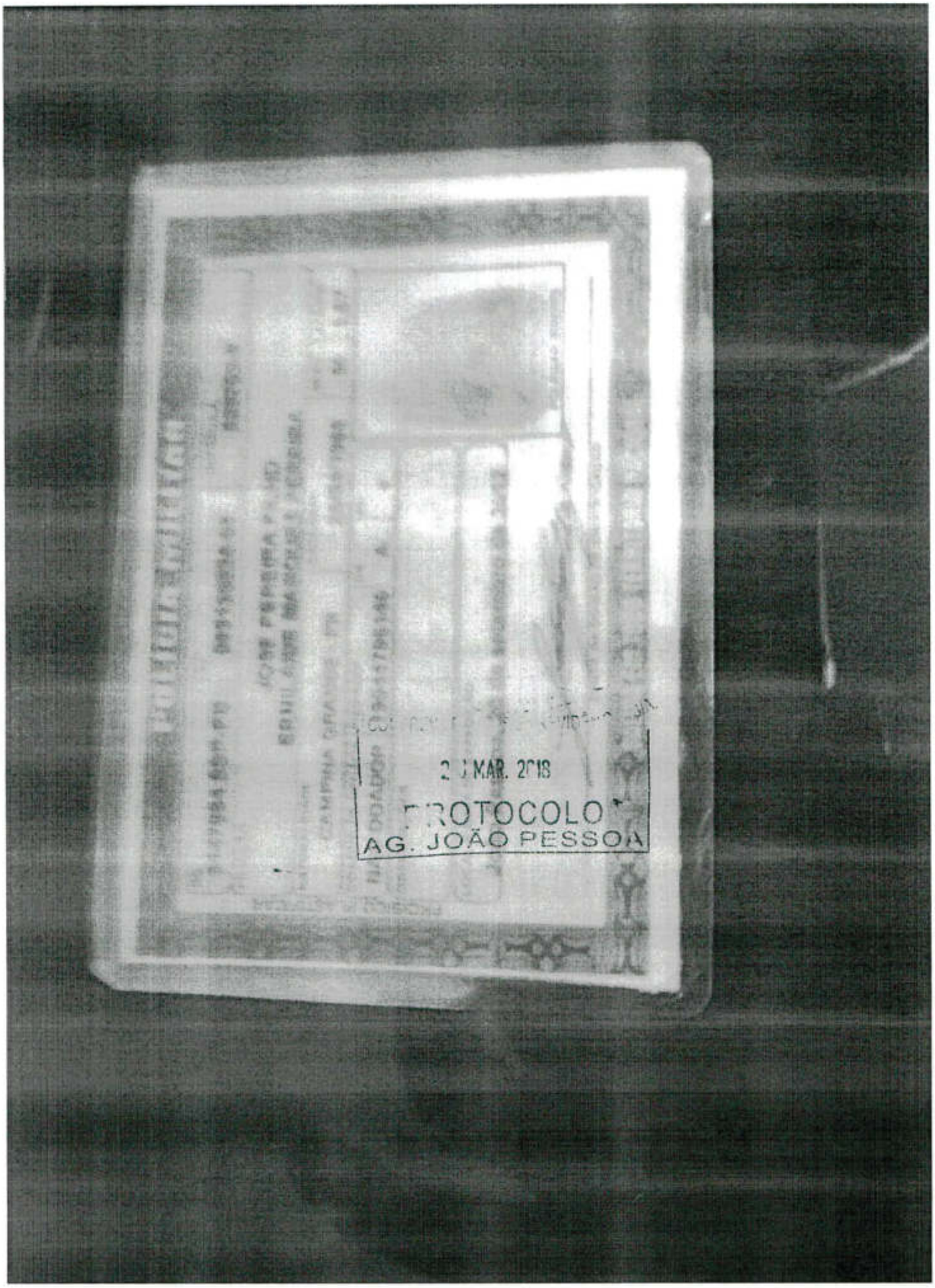
1425745

MOD. 035

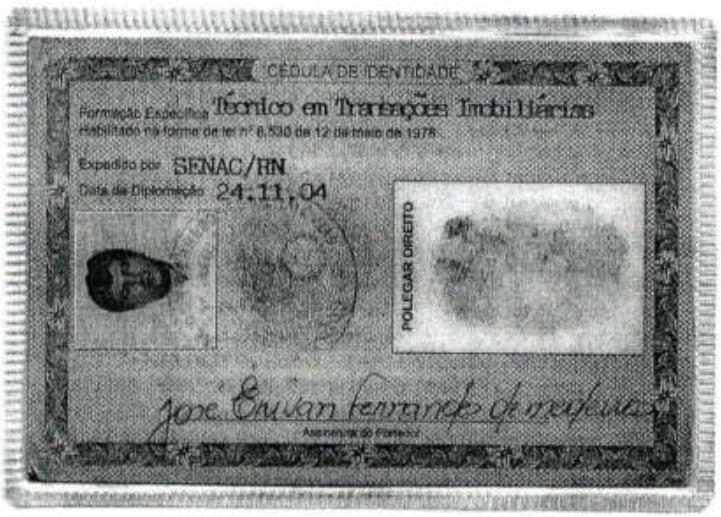
Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
15/04/17	14:00	—	—	—	120x70	—	Paciente evolui Estado geral regular medicado, Normotenso, sem Queixas durante a sobre as lenidades da Enfermagem COD 004974 - Cristiany	

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO


2 MAR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA


POLÍCIA MILITAR
ELTON MARCOS
SOLDADO
23075
2 J MAR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



CÉDULA DE IDENTIDADE

Formação Específica: Técnico em Transações Imobiliárias

Habilitado na forma da lei nº 6.530 de 12 de maio de 1978

Expedido por: SENAC/RN

Data da Diplomação: 24.11.04

POLEGAR DIREITO

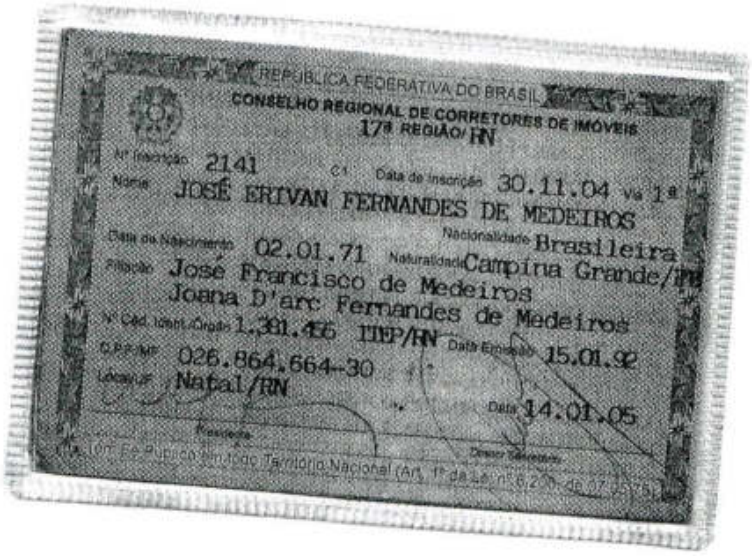
José Erivan Fernandes de Medeiros

Assinatura do Portador

23 MAR. 2016

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

CONSELHO REGIONAL DE CORRETORES DE IMÓVEIS

17ª REGIÃO/RN

Nº Inscrição: 2141 C.I. Data de Inscrição: 30.11.04 Via 1ª

Nome: JOSÉ ERIVAN FERNANDES DE MEDEIROS

Nacionalidade: Brasileira

Data de Nascimento: 02.01.71 Naturalidade: Campina Grande/PB

Filiação: José Francisco de Medeiros

Joana D'arc Fernandes de Medeiros

Nº Cód. Ident. Órgão: 1.381.426 IIEP/RN Data Emissão: 15.01.92

C.P.F./MF: 026.864.664-30

Localidade: Natal/RN

Data: 14.01.05

Presidente

Diretor Secretário

(Art. 5º Decreto-Lei nº 1.025 de 21.10.69 c/c Art. 1º da Lei nº 6.206 de 07.05.75)

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180142770 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ELTON MARQUES PEREIRA **Data do acidente:** 15/04/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/04/2018
Valoração do IML: 0
Perícia médica: Sim
Diagnóstico: TRAUMA NO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO E NA FACE
Resultados terapêuticos: DEPENDE DE PERICIA MEDICA
Sequelas permanentes:
Sequelas:
Conduta mantida:
Quantificação das sequelas:
Documentos complementares:
Observações: AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NO PROCESSO NÃO FORAM PERTINENTES PARA QUE O EXAMINADOR VALORASSE COM SEGURANÇA POSSÍVEIS SEQUELAS ADQUIRIDAS

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R$ 0,00

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: PAULO ARTUR DE ARAUJO AMORIM
CRM do médico: 52.86271-1
UF do CRM do médico: RJ
Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

Seguradora LIDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180142770 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ELTON MARQUES PEREIRA **Data do acidente:** 15/04/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO RADIO ESQUERDO
FRATURA DE MANDÍBULA QUEBRA DE DENTES FRONTAIS

Descrição do exame médico pericial: DEFICIT FUNCIONAL LEVE NO PUNHO ESQUERDO E RESIDUAL CRANIOFACIAL

Resultados terapêuticos: FOI OPERADO EM ABRIL DE 2017 DO RADIO NO HOSPITAL DE TRAUMA, E FOI OPERADO DA MANDÍBULA NO MESMO MÉS NA CLINICA INSTITUTO DA FACE ATRAVÉS DE REDUÇÃO INCRUENTA, MOSTRADO RECIBO NUM VALOR DE 2000, 00 ASSINADO PELO BUCOMAXILO jOSUEL RAIMUNDO. COMO TAMBEM VEM FAZENDO TRATAMENTO DE IMPLANTES DENTARIOS E ME MOSTRA DOCUMENTAÇÃO E FICHA CLÍNICA DO MESMO INSTITUTO.
PUNHO= SUBLUXAÇÃO DA ARTICULAÇÃO RADIO ULNAR DISTAL E REDUÇÃO LEVE DE MOVIEMNTOS DE FLEXOEXTENSÃO DO PUNHO
ARCADA DENTÁRIA= APRESENTA-SE COM IMPLANTES DENTÁRIOS DE DOIS DENTES CENTRAIS E SUPERIORES DE TAMANHOS DIFERENTES E COLORAÇÃO TAMBEM. OCLUSAO DENTÁRIA COM DISCRETO DESALINHAMENTO

Sequelas permanentes: APRESENTA LESÕES CRANIO FACIAIS.
APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 03/05/2018

Conduta mantida:

Observações: REVISOR, BASEADO NA DOCUMENTAÇÃO E EXAME MÉDICO, DISCORDOU DA VALORAÇÃO E MANTEVE ENQUADRAMENTO NO CRANIOFACIAL DO MÉDICO EXAMINADOR. -

Médico examinador: BRUNO BEZERRA BRILHANTE

CRM do médico: 6492

UF do CRM do médico: PB

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R$ 1.350,00
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R$ 843,75
		Total	**16,25 %**	**R$ 2.193,75**

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: ARMANDO S ARAUJO

CRM do médico: 52.53331-5

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180142770 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ELTON MARQUES PEREIRA **Data do acidente:** 15/04/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/04/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA NO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO E NA FACE

Resultados terapêuticos: DEPENDE DE PERICIA MEDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

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

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R$ 0,00

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: PAULO ARTUR DE ARAUJO AMORIM

CRM do médico: 52.86271-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

Seguradora LIDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180142770 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ELTON MARQUES PEREIRA **Data do acidente:** 15/04/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO RADIO ESQUERDO
FRATURA DE MANDÍBULA QUEBRA DE DENTES FRONTAIS

Descrição do exame médico pericial: DEFICIT FUNCIONAL LEVE NO PUNHO ESQUERDO E RESIDUAL CRANIOFACIAL

Resultados terapêuticos: FOI OPERADO EM ABRIL DE 2017 DO RADIO NO HOSPITAL DE TRAUMA, E FOI OPERADO DA MANDÍBULA NO MESMO MÉS NA CLINICA INSTITUTO DA FACE ATRAVÉS DE REDUÇÃO INCRUENTA, MOSTRADO RECIBO NUM VALOR DE 2000, 00 ASSINADO PELO BUCOMAXILO jOSUEL RAIMUNDO. COMO TAMBEM VEM FAZENDO TRATAMENTO DE IMPLANTES DENTARIOS E ME MOSTRA DOCUMENTAÇÃO E FICHA CLÍNICA DO MESMO INSTITUTO.
PUNHO= SUBLUXAÇÃO DA ARTICULAÇÃO RADIO ULNAR DISTAL E REDUÇÃO LEVE DE MOVIEMNTOS DE FLEXOEXTENSÃO DO PUNHO
ARCADA DENTÁRIA= APRESENTA-SE COM IMPLANTES DENTÁRIOS DE DOIS DENTES CENTRAIS E SUPERIORES DE TAMANHOS DIFERENTES E COLORAÇÃO TAMBEM. OCLUSAO DENTÁRIA COM DISCRETO DESALINHAMENTO

Sequelas permanentes: APRESENTA LESÕES CRANIO FACIAIS.
APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 03/05/2018

Conduta mantida:

Observações: REVISOR, BASEADO NA DOCUMENTAÇÃO E EXAME MÉDICO, DISCORDOU DA VALORAÇÃO E MANTEVE ENQUADRAMENTO NO CRANIOFACIAL DO MÉDICO EXAMINADOR. -

Médico examinador: BRUNO BEZERRA BRILHANTE

CRM do médico: 6492

UF do CRM do médico: PB

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R$ 1.350,00
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R$ 843,75
		Total	**16,25 %**	**R$ 2.193,75**

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

Seguradora LIDER
Administradora do Seguro DPVAT

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: ARMANDO S ARAUJO

CRM do médico: 52.53331-5

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

CAGEPA
COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA, INFORME ESTE NÚMERO
MATRÍCULA: 11314940
REFERÊNCIA: DEZ/2017

CONTA DE CONSUMO DE AGUA / ESGOTO E SERVICOS

LUIS FERNANDES
RUA HENRIQUE DIAS 370
CONCEICAO
CAMPINA GRANDE 58401- 236

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias (Residencial / Comercial / Industrial / Público)	Responsável
018.31.335.0016	0	1 / 0 / 0 / 0	11314940

Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto
Y13N725673	07/11/2013	1	LIGADO	LIGADO

ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (m3)	NUM. DE DIAS	PROXIMA LEITURA
894	907	13	30	04/01/2018

HIST. DE CONS./ANOR. LEIT. | QUALID. DA AGUA-DECRETO 2.914/2011-MS.

			PARAMETROS	EXIG.	ANALIS.	CONFORMES
JUN/2017	20	0	COL.TOTAIS	178	180	180
JUL/2017	14	0	COR	55	180	178
AGO/2017	12	0	COL.TERMOT	0	0	0
SET/2017	16	0	CLORO	178	180	180
OUT/2017	19	0	TURBIDEZ	178	180	178
NOV/2017	17	0				
MEDIA(M)	16					

DADOS REFERENTES A:OUT/2017

DATA DA LEITURA: 05/12/2017 HORA DA LEITURA: 09:31:44

DESCRICAO	CONSUMO	VL AGUA	VL ESGOTO	TOTAL(R$)
RESIDENCIAL CONSUMO ATE 10m	10	36,84	29,47	R$66,31
DE 11m A 20m	3	14,25	11,40	R$25,65
TOTAIS		51,09	40,87	

2 J MAR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R$8,54 PIS E COFINS. LEI 12.741/12.

VENCIMENTO: 18/12/2017 Total a Pagar: R$91,96

V.10.13 R. 1.0

CONDICAO DE LEITURA:CONFIRMADA
CONDICAO DO FATURAMENTO:REAL TIPO DE TARIFA:NORMAL
POSICAO DE DEB. ANTERIOR(ES)
EXISTE(M) CONTA(S) ANTER. EM DEBITO.
INFORMACOES GERAIS:
ACOMPANHE COMO ESTA SENDO APLICADO SEU DINHEIRO
WWW.TRANSPARENCIA.PB.GOV.BR

CAGEPA

MATRÍCULA	REFERÊNCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
11314940	DEZ/2017	18/12/2017	R$91,96

82660000000-2 91960010821-2 13149401220-9 17000000002-7

SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
2ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos de Campina Grande

POLÍCIA CIVIL PARAÍBA

GOVERNO DA PARAÍBA
Secretaria de Estado da Segurança e da Defesa Social

DELEGACIA DE ACIDENTES DE VEÍCULOS SSP/PB

BOLETIM DE OCORRÊNCIA
Nº00318.01.2017.2.00.420

OCORRÊNCIA(S)

Suposto(s) Autor(es):
Tipificação 1: LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO
Data da Ocorrência: 15/04/2017 **Hora:** 07:30:00
Forma da Comunicação: Verbal
Endereço: Br 230 Lagoa de Dentro, São José da Mata, Campina Grande, PB.

PARTE(S)

VITIMA

Nome: Elton Marques Pereira
Conhecido por: Não informado
Filiação: Ernilaide Marques Pereira e José Pereira Filho
Idade: 29 **Data de Nascimento:** 25/04/1988 **Identidade de Gênero:** masculino
Nacionalidade: brasileira **Naturalidade:** Campina Grande
Estado Civil: solteiro(a)
Escolaridade: Não informado **Profissão:** Policial Militar
Documentos(s) de Identificação: CPF nº 069.135.024-86
Endereço: Rua- São Severino, 124, Monte Santo, Campina Grande, PB
Complemento: Não informado
Telefone: (83) 98829-7029

TESTEMUNHA

Nome: Djanilson Barbosa Marinho Júnior
Conhecido por: Não informado
Filiação: Vivian Leide Vieira Marinho e Djanilson Barbosa Marinho
Idade: 29 **Data de Nascimento:** 01/01/1988 **Identidade de Gênero:** masculino
Nacionalidade: brasileira **Naturalidade:** Campina Grande
Estado Civil: solteiro(a)
Escolaridade: Não informado **Profissão:** Policial Militar
Documentos(s) de Identificação: CPF nº 073.513.454-57
Endereço: Rua- Manoel Leonardo Gomes, 1180, Campina Grande, PB
Complemento: Bloco, "H", APTº304
Telefone: Não informado

AG. JOÃO PESSOA
PROTOCOLO
28 MAR. 2018

CARTÓRIO DO 8º OFÍCIO
Bel. Pedro Oliveira de Lucena
Tabelião
CAMPINA GRANDE-PB

CARTÓRIO DO 8º OFÍCIO DE NOTAS
Rua Marques do Herval, 83 - Centro-Fone: 3341-6085
CNPJ: 09.365.545/0001-76
Bel. Pedro Oliveira de Lucena
Tabelião
Certifico e dou fé que a presente cópia fotostática é a Reprodução fiel do original que me foi exibido
Campina Grande 28/09/17
Bel. Pedro Oliveira de Lucena
Tabelião

SELO DIGITAL: AFW25254-UN42
Consulte a autenticidade em http://selodigital.tjpb.jus.br

EM BRANCO

SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
2ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos de Campina Grande

POLÍCIA CIVIL PARAÍBA

GOVERNO DA PARAÍBA
Secretaria de Estado da Segurança e da Defesa Social

TESTEMUNHA

Nome: Edson Joaquim de Lira Júnior
Conhecido por: Não informado
Filiação: Joselita Silva Pereira Lira e Edson Joaquim de Lira
Idade: 29 **Data de Nascimento:** 29/04/1988 **Identidade de Gênero:** masculino
Nacionalidade: brasileira **Naturalidade:** Campina Grande
Estado Civil: casado(a)
Escolaridade: Não informado **Profissão:** Policial Militar
Documentos(s) de Identificação: CPF nº 014.271.874-28
Endereço: Rua- Pedro Silva, 630, Jardim Paulistano, Campina Grande, PB
Complemento: Não informado
Telefone: Não informado

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

(1) Moto, marca Honda, modelo CG 150 TITAN KS, tipo de veículo Motocicleta, cor vermelha, ano 2009, placa MOR-6634, chassi 9C2KC15109R021136, renavam 14241674-2

DILIGÊNCIAS ADOTADAS/EXAMES REQUISITADOS

HISTÓRICO

Informa o comunicante/vítima, que no dia, hora e local já descritos, conduzia a motocicleta Honda/CG 150 TITAN KS, Ano/Modelo 2009/2009, cor vermelha, Placa MOR6634-PB, Chassi de Nº 9C2KC15109R021136, licenciada em nome do comunicante Elton Marques Pereira,quando trafegava na BR 230, mais precisamente na localidade Lagoa de Dentro, em frente a Mastodonte, bairro São José da Mata, momento em que o condutor de um veículo Siena de cor branco de demais sinais e condutor não identificado, que ia a sua frente tendo tirado para o acostamento e logo em seguida fez a volta na pista tendo o comunicante colidido na lateral traseira do lado esquerdo, tendo a vítima caído ao solo e sofrido fratura do Antebraço esquerdo e madibula, perda de dois dentes, sendo socorrida pelo SAMU e encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma, nesta cidade. Na ocasião do acidente o tempo apresentava-se bom, com via seca e boa visibilidade, não se encontrando o envolvido sob a influência de bebidas alcoólicas. Não compareceram os Policiais Militares do CPTRAN, razão pela qual não foi elaborado o Boletim de Acidente de Trânsito. Afirma a vítima não ter o desejo de Representar Criminalmente contra o condutor do veículo causador do acidente.

Nada mais disse. Encerrado está o presente termo.

CARTÓRIO DO 8º OFÍCIO
Pedro Oliveira de Lucena
Tabelião
CAMPINA GRANDE-PB

CARTÓRIO DO 8º OFÍCIO DE NOTAS
Rua Marques do Hervel, 83 - Centro-Fone: 3341-6085
CNPJ: 09.365.545/0001 76
Bel. Pedro Oliveira de Lucena
Tabelião
Certifico e dou fé que a presente cópia fotostática é a Reprodução fiel do original que me foi exibido
Campina Grande 28 09 17
Bel. Pedro Oliveira de Lucena

SELO DIGITAL: AFW25855-IPWD
Consulte a autenticidade em https://selodigital.tjpb.jus.br

28 MAR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

EM BRANCO

SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
2ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos de Campina Grande

POLÍCIA CIVIL
PARAÍBA

GOVERNO DA PARAÍBA
Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

DELEGACIA DE ACIDENTES DE VEÍCULOS

Campina Grande/PB, 28 de setembro de 2017.

LUCIANO BEZERRA SERRA SECA
Delegado(a) de Polícia Civil

Elton Marques Pereira

ELTON MARQUES PEREIRA
Noticiante

ADEMIR DA COSTA VILAR
Escrivão de Polícia

CARTÓRIO DO 8º OFÍCIO
Pedro Oliveira de Lucena
Tabelião
CAMPINA GRANDE-PB

CARTÓRIO DO 8º OFÍCIO DE NOTAS
Rua Marques do Herval, 83 - Centro Fone: 3341-6085
CNPJ: 09.365.545/0001.76
Bel. Pedro Oliveira de Lucena
Tabelião
Certifico e dou fé que a presente cópia fotostática é a Reprodução fiel do original que me foi exibido
Campina Grande 28 0917
Bel. Pedro Oliveira de Lucena
Tabelião

SELO DIGITAL: AFW25856 - KLCT
Consulte a autenticidade em ... digital.tjpb.jus.br

28 MAR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

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

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima	CPF da Vítima	Data do Acidente
Elton Marques Pereira	069.135.024-86	15/04/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

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

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

Assinalar uma das opções abaixo:

28 MAR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

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

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

João Pessoa 22 de Março de 2018
Local e Data

Elton Marques Pereira
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017

Estado da Paraíba
Prefeitura Municipal de Campina Grande-PB
Secretaria de Saúde do Município
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAMU Regional CG - 192

SAMU 192
CAMPINA GRANDE - PB

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins de direito que o SAMU 192 Regional – CG prestou atendimento pré-hospitalar ao paciente **Elton Marques Pereira,** vítima de acidente de trânsito no dia 15 de Abril de 2017 aproximadamente às 07hs30min, End: BR 230 – Lagoa de Dentro, sendo o paciente atendido e removido para Hospital de Urgência e Trauma.

Campina Grande, 04 de Maio de 2017.

Fabio Alexandre B. Nascimento
SUPERVISOR
SAMU 192-CG

Deoclecio F. Nascimento
Coordenação Administrativa

28 MAR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

SAMU 192 (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência)
Rua: Almeida Barreto, 428 São José CEP: 58400-328 Campina Grande-PB
Fone: (83) 3322-5207 / 3322-5191

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").
Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima	Nome completo da vítima
	069.135.024-86	Elton Marques Pereira

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: Elton Marques Pereira		CPF titular da conta: 069.135.024-86	Profissão: Militar
Endereço: Rua São Severino		Número: 124	Complemento:
Bairro: Monte Santo	Cidade:	Estado: PB	CEP:
Email:			Telefone (DDD):

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

22 MAR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

- [x] RECUSO INFORMAR
- [ ] SEM RENDA
- [ ] ATÉ R$ 1.000,00
- [ ] R$ 1.001,00 ATÉ R$ 3.000,00
- [ ] R$ 3.001,00 ATÉ R$ 5.000,00
- [ ] R$ 5.001,00 ATÉ R$ 7.000,00
- [ ] R$ 7.001,00 ATÉ R$ 10.000,00
- [ ] ACIMA DE R$ 10.000,00

- [ ] **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
  - [ ] BRADESCO (237)
  - [ ] BANCO DO BRASIL (001)
  - [ ] ITAÚ (341)
  - [ ] CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

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

- [x] **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome: Banco do Brasil NRO.
AGÊNCIA NRO. 1634-9 D/V (Informar dígito se existir)
CONTA NRO. 27491 D/V 6 (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

João Pessoa, 22 de Março de 2018
Local e Data

Elton Marques Pereira
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: ***3180142770***

Nome do(a) Examinado(a): ***ELTON MARQUES PEREIRA***

Endereço do(a) Examinado(a): ***R S SEVERINO nº 124 - MTE SANTO - CAMPINA GRANDE/PB***

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número:

Data e local do acidente: ***15/04/2017 CAMPINA GRANDE/PB***

Data e local do exame: ***03/05/2018 CAMPINA GRANDE/PB***

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA DO RADIO ESQUERDO
FRATURA DE MANDÍBULA + QUEBRA DE DENTES FRONTAIS

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

FOI OPERADO EM ABRIL DE 2017 DO RADIO NO HOSPITAL DE TRAUMA, E FOI OPERADO DA MANDÍBULA NO MESMO MÊS NA CLINICA INSTITUTO DA FACE ATRAVÉS DE REDUÇÃO INCRUENTA, MOSTRADO RECIBO NUM VALOR DE 2000, 00 ASSINADO PELO BUCOMAXILO jOSUEL RAIMUNDO. COMO TAMBEM VEM FAZENDO TRATAMENTO DE IMPLANTES DENTARIOS E ME MOSTRA DOCUMENTAÇÃO E FICHA CLÍNICA DO MESMO INSTITUTO.

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

PUNHO= SUBLUXAÇÃO DA ARTICULAÇÃO RADIO ULNAR DISTAL E REDUÇÃO LEVE DE MOVIEMNTOS DE FLEXOEXTENSÃO DO PUNHO
ARCADA DENTÁRIA= APRESENTA-SE COM IMPLANTES DENTÁRIOS DE DOIS DENTES CENTRAIS E SUPERIORES DE TAMANHOS DIFERENTES E COLORAÇÃO TAMBEM. OCLUSAO DENTÁRIA COM DISCRETO DESALINHAMENTO

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

[X] SIM [ ] NÃO

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

[X] SIM [ ] NÃO

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

DEFICIT FUNCIONAL LEVE NO PUNHO ESQUERDO E RESIDUAL CRANIOFACIAL

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

VII. Segundo previsto no inciso II, §1° do art. 3° da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31° da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações(*).

[ ] Vítima em tratamento

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

[ ] Sem sequela permanente

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

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

Região Corporal(Sequela): ***CRANIOFACIAL***

[X] 10% [ ] 25% [ ] 50% [ ] 75% [ ] 100%

Região Corporal(Sequela):

[ ] 10% [ ] 25% [ ] 50% [ ] 75% [ ] 100%

Região Corporal(Sequela): ***PUNHO ESQUERDO***

[ ] 10% [X] 25% [ ] 50% [ ] 75% [ ] 100%

Região Corporal(Sequela):

[ ] 10% [ ] 25% [ ] 50% [ ] 75% [ ] 100%

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

REVISOR, BASEADO NA DOCUMENTAÇÃO E EXAME MÉDICO, DISCORDOU DA VALORAÇÃO E MANTEVE ENQUADRAMENTO NO CRANIOFACIAL DO MÉDICO EXAMINADOR. -

Médico Perito: BRUNO BEZERRA BRILHANTE CRM:6492/PB

Dr. Bruno Brilhante
Cirurgia de joelho e ombro
Ortopedia e Traumatologia

Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com nome e CRM

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 18 de Maio de 2018

Carta n°: 12823234

A/C: ELTON MARQUES PEREIRA

Nº Sinistro:	**3180142770**
Vitima:	**ELTON MARQUES PEREIRA**
Data do Acidente:	**15/04/2017**
Cobertura:	**INVALIDEZ**
Procurador:	**JOSE ERIVAN FERNANDES DE MEDEIROS**

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: **ELTON MARQUES PEREIRA**
Valor: **R$ 2.193,75**
Banco: **001**
Agência: **000001634-9**
Conta: **000010027791-8**
Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R$	**0,00**
Juros:	R$	**0,00**
Total creditado:	R$	**2.193,75**
Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%		
Graduação: Em grau residual 10%		
% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%		
Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 =	R$	**1.350,00**
Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos 25%		
Graduação: Em grau leve 25%		
% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%		
Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 =	R$	**843,75**

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 30 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **ELTON MARQUES PEREIRA**

Sinistro: **3180142770**
Vítima: **ELTON MARQUES PEREIRA**
Data do Acidente: **15/04/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **JOSE ERIVAN FERNANDES DE MEDEIROS**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180142770** foi **interrompido,** em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00551/00552 - carta_02 - INVALIDEZ

00060276

Carta nº 12727375

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 04 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **ELTON MARQUES PEREIRA**

Nº Sinistro: **3180142770**
Vitima: **ELTON MARQUES PEREIRA**
Data do Acidente: **15/04/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **JOSE ERIVAN FERNANDES DE MEDEIROS**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180142770**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovante de residência faltando página

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

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

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

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00505/00506 - carta_03 - INVALIDEZ

00060253

Carta nº 12607494

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 04 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **ELTON MARQUES PEREIRA**

Nº Sinistro: **3180142770**
Vitima: **ELTON MARQUES PEREIRA**
Data do Acidente: **15/04/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **JOSE ERIVAN FERNANDES DE MEDEIROS**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180142770.**

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ** R$ 13.500,00, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.b**r ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01701/01702 - carta_01 - INVALIDEZ

00020851

Carta nº 12607483

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA
CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A
BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 14/05/2018
NUMERO DO DOCUMENTO:
VALOR TOTAL: 2.193,75

*******TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: ELTON MARQUES PEREIRA

BANCO: 001
AGÊNCIA: 01634-9
CONTA: 000010027791-8

Nr. da Autenticação 5EFEA85FB178E5D6

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

ATENDIMENTO URGÊNCIA

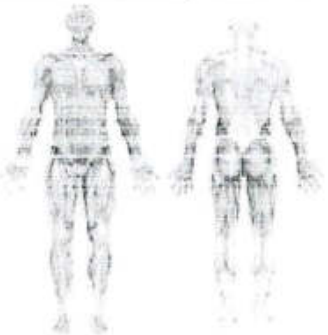
PRONT (B.E) Nº:1416230 **CLASS. DE RISCO: VERMELHO**

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 15/04/2017
Boletim de Emergência (B.E) – Modelo 07 Atendente : Arthur Matheus Almeida Mendonca

PACIENTE: ELTON MARQUES PEREIRA
Endereço:SAO SEVERINO
Cidade: Campina Grande
Nome da Mãe: HEROILAIDE MARQUES PEREIRA
Responsável: SEM ACOMPANHANTE
Estado Civil:
Motivo: ACIDENTE DE MOTO
Médico:

CEP:58400002 Nascimento:25/04/1988
Sexo:M Telefone:
Idade:028 Bairro:MONTE SANTO
RG: Nº:124
CPF: Profissão: POLICIAL MILITAR
Data de Atend:15/04/2017 CNS:53423413
CONVÊNIO:SUS
Hora: 08:12:27 Especialidade:
CRM:

OBS FICHA:
MECANISMOS DO TRAUMA
LOCAL DA LESÃO (Identifique o local com o número correspondente ao lado)



1. Abrasão
2. Amputação
3. Avulsão
4. Contusão
5. Crepitação
6. Dor
7. Edema
8. Empalhamento
9. Enfisema subcutâneo
10. Esmagamento
11. Equimose
12. F. Arma branca
13. F. Arma de fogo
14. F. Contuso
15. F. Cortante
16. F. Corto-contuso
17. F. Perfuro-contuso
18. F. Perfuro-cortante
19. Fratura osseo fechado
20. Fratura osseo aberto
21. Hematoma
22. Ingurgitamento venoso
23. Laceração
24. Lesão tendinosa
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento toracico paradoxal
28. Objeto Enterrado
29. Otorragia
30. Paralisia
31. Parezia
32. Parestesia
33. Queimadura
34. Rinorragia
35. Sinais de isquemia
36.

OBS:

QUEIMADURA:
Superfície corporal lesada = _____ % Grau ( ) 1º Grau ( ) 2º Grau ( ) 3º Grau
DIGNOSTICO / CID: Acido de Moto

http://10.1.1.148/projetohtcg/impreurgencia.php?contar=1416230

EXAME PRIMÁRIO - DADOS VITAIS

Vítima de acidente de moto, em capacete, apresentando FCC em mento, dente quebrados e otorragia (??) direita. Queixa-se de dor em região de punho e mão ~~direita~~ esquerda. Sem alterações neurológicas. Exame de cervical, tórax e abdome sem alteração. Pulso estável.

ALERGIA: ⊖
MEDICAMENTOS: ⊖
PATOLOGIAS: ⊖

RAIO X REALIZADO EM: / /

EXAME FÍSICO
PUPILAS (X) Fotorreagentes (X) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( ) _____
Glasgow 15 **PA** _____ **HGT:** _____ **Sat02** _____

ULTRASSONOGRAFIA Realizada em: 15/04/16

EXAMES SOLICITADOS:
( ) Laboratoriais
( ) Gasometria arterial
( ) Tomografia Computadorizada
(X) Ultrassonografia: FAST
(X) Radiografias: _____
( ) _____

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:
Especialista: NCR / ORTO às ___:___ Dia ___/___/___
Especialista: BMF / _____ às ___:___ Dia ___/___/___

MÉDICO SOLICITANTE _____
PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	SRL 1.000 ml, ev	
2	Dipirona 1g + AD, ev } Feito 9:00	
3		
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Brenda Jamboi L. Barbosa
Cirurgia Geral
CRM-PB 8443

PROTOCOLO ACOMPANHAMENTO DE PESSOA 28 MAR. 2018

TOMOGRAFIA REALIZADA EM: 16/04/17

TOMOGRAFIA REALIZADA EM: 15/04/17

GOVERNO DA PARAÍBA

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

Ficha de Acolhimento

Nome: Eailton Marques Pereira

End: Rua São Severino 124 Bairro: Monte Santo

Data de Nascimento: 25-04-88 Documento de Identificação:

Queixa: Ac. de MOTO Data do Atend.: 15.07.17 Hora: 08:05 Documento:

Acidente de trabalho? ( ) Sim (✓) Não

29 MAR. 2018
PROTOCOLO
AG. DOAÇÃO GERENCIA

Classificação de Risco

Nível de consciência: ( ) Bom ( )Regular ( ) Baixo **Aspecto:** ( ) Calmo ( ) Fáceis de dor (✓) Gemente

Frequência respiratória: **Frequência cardiaca:**

Pressão arterial: **Temperatura axilar:**

Dosagem de HGT: **Mucosas:** ( ) Normocorada ( ) Pálida

Deambulação: ( ) Livre ( ) Cadeira de rodas ( ) Maca

Estratificação

MOD. 110

Cirurgia

(X) Vermelho - atendimento imediato
( ) Verde - atendimento até 4 horas
( ) Amarelo - atendimento até 1 hora
( ) Azul - atendimento ambulatorial

Isabel Cristina da Costa Engenheira COREN-PB 421.116

Assinatura e carimbo do profissional

GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Nome do Paciente: Ellen Marques Pereira		Nº Prontuário
Data da Operação: 15/09/17	Enf. 09	Leito 01
Operador: Felipe Guedes	1º Auxiliar	
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador
Anestesia: Jurandir Abrantes	Tipo de Anestesia	

Diagnóstico Pré-Operatório: Fratura - Luxação Galeazzi

Tipo de Operação

Diagnóstico Pós-Operatório

Relatório Imediato da Patologia

Exame Radiológico no Ato

Acidente Durante a Operação

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

1. Paciente em dícubito dorsal sob anestesia
2. Feito antissepsia e antissepsia
3. A posição de campos estéril
4. Incisão volar para acesso ao rádio.
5. Dissecção por planos
6. Redução cruenta de fratura do rádio.
7. Fixação do rádio com placas e parafusos
8. Observado instabilidade da ARUD
9. Fixação da ARUD com fio de Kirschner
10. Sutura por planos
11. Curativo

CONFERE COM O ORIGINAL

28 MAR. 2018

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

Mod. 018

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

NSULO

TM Cirúrgica
Ortopedia - Neurologia - Buco

Rua Guadalupe, 43 - Guadalupe - Olinda-PE
CEP.: 53.020-230 | E-mail: tmcirurgica@hotmail.com
Fones: 3431.4960 | 3076.0422 | 99452.1153

1ª Via Cliente / 2ª Via Empresa / 3ª Via Fixa

N° 3148

PEDIDO DE FATURAMENTO

NOME DO HOSPITAL: HOSPITAL DE TRAUMA
CIDADE: P. GRANDE
TEL / FAX / E-MAIL:
NOME DO PACIENTE: ELTON MARQUES VERGINI
Nº DO PRONTUÁRIO: 1416230
Nº AIH:
COD. PROCEDIMENTO:
CONVÊNIO:
PROCEDIMENTO REALIZADO: TRAT. CIRÚRGICO DE FRATURA DO OSSOS DO ANTEBRAÇO

PRODUTO	REF.	QUANT.	COD. KOMP.
PLACA 3.5 DCP 7F.		01	
PARAF. CORTICAL 3.5 x 18		03	
" " 3.5 x 14		05	

28 MAR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

DATA DA UTILIZAÇÃO: 15/04/2017
DATA DA COMUNICAÇÃO:
MÉDICO RESPONSÁVEL / CRM: Dr. FELIPE

OBSERVAÇÕES:
Pr 3.5 Simples

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

Carlos André da Silva Lima
TÉCNICO DE ENFERMAGEM
COREN-PB 115.338

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: Elton marques Pereira DN: 25/04/88				GOVERNO DA PARAÍBA – SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE – Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes
QI	LEITE	CONVÊNIO: SUS	IDADE: 28a	REGISTRO: 1916230
CIRURGIA: Red. cirúrgica c/ fixação de fat dos ossos do antebraço (E)		CIRURGIÃO: Dr. Felipe		
ANESTESIA: Bloqueio de Plexo Braquial (E).		ANESTESIATA: Dr. Gerandir		
INSTRUMENTADORA: José	DATA: 15/04/17	INÍCIO: 17:45	FIM: 18:40	

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS
	Adrenalina amp.
	Atropina amp.
	Diazepan amp.
	Dimore amp.
	Dolantina amp.
	Efrane ml
	Fenegam amp.
01	Fentanil ml
	Inova ml
	Ketalar ml
	Mercaina % ml
	Nubahin amp.
01	~~Pavulon amp.~~ Bonomol
	Protigmine amp.
02	~~Protoxido l/m~~ Xylocaína
	Quelicin ml
	Rapifen amp.
	Thionembutal ml
	Tracrium amp.

Qtd.	MEDICAÇÕES
	Agua Destilada amp.
01	Decadron amp.
02	Dipirona amp.
	Flaxidol amp.
01	~~Flebocortid amp.~~ Dexedron
	Gentamicina amp.
	Glicose amp.
	Glucon de Cálcio amp.
	Haemacel ml.
	Heparema ml.
	Kanakion amp.
	Lasix amp.
	Medrotinazol.
	Plasil amp.
	Prolamina
	Revivan amp.
	Stuptanon amp.
	Cefalotina 1g
2g	Cefepizona

Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES
	Agulha desc. 25 x 7
	Agulha desc. 28 x 28
	Agulha desc. 3 x 4,5
	Agulha p/ raque nº
01/5	Alcool de Enfermagem
	Alcool Iodado ml
04	Ataduras de Crepon 10cm
	Ataduras de Gessada
	Azul metileno amp.
	Benzina ml

	Bolsa Colostoma
	Cateter p/ Oxg.
	Catet. De Urinar Sist. Fech.
	Compressa Grande
	Compressa Pequena
	Cotonoide
	Dreno
	Dreno Kerr nº
	Dreno Penrose nº
	Dreno Pezzer nº
	Equipo de Macrogotas
	Equipo de Macrogotas
	Equipo de Sangue
	Equipo de PVC
01/5	Esparadrapo Larco cm
	Furacim ml
01/5	Gase Pacote c/ 10 unidades
	H_2O_2 ml
	Intracath Adulto
	Intracath Infantil
01	Lâmina de Bisturi nº 23
	Lâmina de Bisturi nº 11
	Lâmina de Bisturi nº 15
	Luvas 7.0
	Luvas 7.5
	Luvas 8.0
01/5	Luvas ~~8.5~~ moled.
3l/min	Oxigênio l/m
	Poliflix
	PVPI Degermante ml
	PVPI Tópico ml
01/5	Sabão Antiséptico clorexid.
04	Saco coletor p/ fixo
	Seringa desc. 10 ml
	Seringa desc. 20 ml
	Seringa desc. 05 ml
	Sonda
	Sonda folley
	Sonda Nasogástica
	Sonda Uretral nº
	Sterydrem ml
	Torneirinha
	Vaselina ml
	Gelcon 18
	Lateseq
05	Eletrodos
01/5	Algodão Ortope
	Gelco

Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Catgut cromado Sertix	
	Catgut cromado Sertix	
	Catgut cromado Sertix	
	Catgut Simples	
	Catgut Simples Sertix	
	Catgut Simples Sertix	
	Catgut Simples Sertix	
	Cera p/ osso	
	Ethibond	
	Ethibond	
	Ethibond	
	Fio de Algodrão Sertix	
	Fio de Algodrão Sertix	
	Fio de Algodrão Sutupak	
	Fio de Algodrão Sutupak	
	Fila cardíaca	
02	Mononylon	(2-0)
	Mononylon	
	Prolene Serfix	
	Prolene Serfix	
	Prolene Serfix	
	Prolene Serfix	
	Vicryl Serfix	
01	Vicryl Serfix	(2.0)
	Vicryl Serfix	

Qtd.	SOROS
	SG Normotérmico fr 500 ml
	SG Gelado fr 500 ml
	SG Hipertérmico fr 500 ml
	SG Ringr fr 500 ml
	SG fr 500 ml

Qtd.	ORTESE E PRÓTESE
03,5	TM
01	Placa DCP 7 furos
07	Parafusos corticais
01	Fio de Kirschner nº 2,0

EQUIPAMENTOS

(✓) Oximetro de Pulso	( ) Foco Auxiliar
( ) Serra	( ) Eletrocautério
( ) Desfibrilador	( ) Oxicapiógrafo
( ) Foco Frontal	(✓) Cardiomonitor
( ) Foco Cirúrgico	( ) Perfurador Elétrico

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

Garrote as 17:50

MOD 066

20 MAR. 2018
PROTOCOLO
PG. JOÃO PESSOA

GOVERNO DA PARAÍBA

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

Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: Elton Marques Pereira	Idade: 28 anos
Convênio:	Data: 15/4/17
Procedimento: Red cirúrgica c/ fixação de frat dos ossos do antebraço (E)	
Cirurgião: Dr. Felipe	Auxiliar: / Anestesista: Dr. Guardia
Início:	Término: / Anestesia Bloqueio de plexo braquial (E)

Hora	PA	Pulso	SAT 02	Responsável	A. Motora	Conciência
19:00	145x75	101	94%	Maria Marília da Silva Técnica de Enfermagem COREN 785684	+	Consciente
19:15	113x71	102	96%		2	"
19:30	148x70	103	96%		+	"

Medicamentos/Materiais	Quantidade

COORDENAÇÃO DE ENFERMAGEM
28 MAR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Observações:

Maria Marília da Silva
Técnica de Enfermagem
COREN 785684

Assinatura Anestesista | Circulante

Relatório de Operação

MOD. 163

TABELA DE ALDRETE E KROULIK MODIFICADA
(Critérios para altas da SRPA)

Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico	*Hora entrada*	*Hora saída*
Nenhum Movimento = 0 *Movimenta 2 membros = 1* *Movimenta 4 membros = 2*		2
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispnéia = 1 Respiração profunda e tosse = 2		2
PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0 PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1 PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2		2
Sat 02 < 90 com oxigênio = 0 Sat 02 > 90 com oxigênio = 1 Sat 02 > 92% sem oxigênio = 2		2
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		2
TOTAL DE PONTOS:		10

Raoni de Araújo Lima
Anestesiologista
CRM - 8028

Assinatura do anestesista

COMPROVE CEDO ... REVIDA
28 MAR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

28 MAR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECG HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

ENFERMARIA | LEITO | Nº PRONTUÁRIO

FOLHA DE ANESTESIA

NOME: ELTON Marques | IDADE | SEXO | COR

DATA: 15/04/14 | PRESSÃO ARTERIAL | PULSO | RESPIRAÇÃO | TEMPERATURA | PESO | ALTURA

TIPO SANGUÍNEO | HEMÁCIAS | HEMOGLOBINA | HEMATÓCRITO | GLICEMIA | UREIA | OUTROS

URINA

AP. RESPIRATÓRIO | ASMA | BRONQUITE

AP. CIRCULATÓRIO | ELETROCARDIOGRAMA

AP. DIGESTIVO | DENTES | PESCOÇO | AP. URINÁRIO

ESTADO MENTAL | ATARAXICOS | CORTICOIDES | ALERGIA | HIPOTENSORES

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura 05 05 do Antebraço D | ESTADO FÍSICO | RISCO

ANESTESIAS ANTERIORES

MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA | APLICADA ÀS | EFEITO

DENTES ANESTÉSICOS | O'

LÍQUIDOS

CÓDIGOS
ARTERIAL: O PULSO: O - RESPIRAÇÃO AX - ANESTESIA: O - OPERAÇÃO

260 240 220 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20

DMU - HAS
SP Kaio Tenue 18 40

INDUÇÃO
Satisf.:_____ Excit.:_____ Tosse:_____
Laringo esparmo:_____ Lenta:_____
Náuseas:_____ Vômitos:_____
Outros:_____

MANUTENÇÃO
Cef 8h 02
Dipirona 02
Decadron 01
Maxolon 01
Dormonid 01
Fentanil 02
ANESTESIA SATISF.: Sim ✓ Não ____
Não, por quê?
03 3 linha

DESPERTAR
Reflexos na SO:_____
Obstr.:_____ Co_2:_____ Excit:_____
Náuseas:_____ Vômitos:_____
Outros:_____

Com cânula:
Para o Leito Sim_____ Não_____
CONDIÇÕES:

28 MAR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES

POSIÇÃO

AGENTES: Lidocaina 2% 02 ft

TÉCNICA: Bloqueio de plexo + Sedação

OPERAÇÃO: redução cirurgica + fixação

CIRURGIÕES: DRS

ANESTESISTAS: [illegible]

OBSERVAÇÕES

ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.

PERDA SANGUÍNEA

MOD. 068 FOLHA DE ANESTESIA - SRPB

COMPREV SECRETARIA DE PREVIDÊNCIA SIA
28 MAR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

GOVERNO DA PARAÍBA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DE CAMPINA GRANDE
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Núcleo de Segurança do Paciente
TRAUMA - CG

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA (CHECKLIST)

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE: Elton Marques Pereira IDADE: 28a PRONTUÁRIO: 146230

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA ►►

ENTRADA

☐ **CONFIRMAÇÃO SOBRE O PACIENTE**
- IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE
- SÍTIO CIRÚRGICO
- PROCEDIMENTO A SER REALIZADO
- CONSENTIMENTO

OK!

☐ **VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA** OK

☐ **OXÍMETRO DE PULSO INSTALADO E FUNCIONANDO** OK

☐ **O PACIENTE POSSUI:**

ALERGIA CONHECIDA?
(x) NÃO
SIM

VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE BRONCOASPIRAÇÃO?
(x) NÃO
SIM E HÁ EQUIPAMENTO DISPONÍVEL

RISCO DE PERDA SANGUÍNEA > 500 ML (7 ML/KG EM CRIANÇAS)?
(x) NÃO
SIM E HÁ ACESSO VENOSO ADEQUADO E PLANEJAMENTO PARA REPOSIÇÃO

ANTES DA INCISÃO ►►►►►►►►►►►

PAUSA CIRÚRGICA

☐ **CIRURGIÃO, ANESTESISTA E ENFERMEIRO CONFIRMAM VERBALMENTE**
- IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE
- SÍTIO CIRÚRGICO
- PROCEDIMENTO

OK

EVENTOS CRÍTICOS PREVISTOS

☐ **REVISÃO DO CIRURGIÃO:** HA PASSOS CRÍTICOS NA CIRURGIA? QUAL A DURAÇÃO? HÁ POSSÍVEIS PERDAS SANGUÍNEAS?

☐ **REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA:** HÁ ALGUMA PREOCUPAÇÃO ESPECÍFICA EM RELAÇÃO AO PACIENTE? Não

☐ **REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM:** OS MATERIAIS NECESSÁRIOS, COMO INSTRUMENTAIS, PRÓTESES E OUTROS ESTÃO PRESENTES E DENTRO DA VALIDADE DE ESTERILIZAÇÃO? (INCLUINDO RESULTADOS DO INDICADOR?) Sim
HÁ QUESTÕES RELACIONADAS A EQUIPAMENTOS OU QUAISQUER PREOCUPAÇÕES?

A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS?
(x) SIM
NÃO SE APLICA

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS?
(x) SIM
NÃO SE APLICA

ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA CIRÚRGICA

SAÍDA

O PROFISSIONAL DA EQUIPE DE ENFERMAGEM OU DA EQUIPE MÉDICA CONFIRMA VERBALMENTE COM A EQUIPE:

☐ O NOME DO PROCEDIMENTO REALIZADO OK!

☐ A CONTAGEM DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS OU NÃO SE APLICAM OK!

☐ BIÓPCIAS ESTÃO IDENTIFICADAS E COM O NOME DO PACIENTE Não houve

☐ HOUVE ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTOS PARA SER RESOLVIDO Não no momento

O CIRURGIÃO, O ANESTESISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTE PACIENTE

Valdineide da S. L. Beserra
TÉC. ENFERMAGEM
COREN-PB 450736

Assinatura

CONFERE COM O ORIGINAL E REVIDENCIADO

28 MAR. 2018

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

GOVERNO DA PARAÍBA

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

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Diagnóstico

Fratura. Quarto de [illegible]

Paciente	Gelton Marques Pereira	Alojamento		Leito		Convênio	

Data	Prescrição Médica			Horário			Evolução Médica
15/04/17	(1) Dieta livre por VO após recuperação anestésica	C					Pós op POI de osteossíntese do
	(2) SF 0,9% 1.000 ml EV 24h						rádio com placa e parafusos. Acidente
	(3) SG 5% 500 ml 24h						de motocicleta.
	(4) Cefalotina 1g + AD EV 6/6h						
	(5) Dipirona 1g + AD EV 6/6h			Feito sedação			
	(6) Ritalin 40mg + AD 1x ao dia.			presenciado			
	(7) Maxedion 1 Frasco Ampola + AD EV 8/8 S/N			[illegible]			
	(8) SSVV + CCGG						

MOD. 035

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis

GOVERNO DA PARAÍBA

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

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

ALA ORTOPEDICA

Diagnóstico

FX RÁDIO E + FX MANDIBULA

LEITO 9-1

Paciente	ELTON PEREIRA	Alojamento		Leito		Convênio	

Data		Prescrição Médica	Horário					Evolução Médica
16/03	1	DIETA LIVRE						
	2	JELCO SALINIZADO						
	4	DIPIRONA 1g + ABD EV 6/6H	12	18	24	06		1º DIH #ORTOPEDIA
	5	~~TRAMAL 100mg + SF0,9% 100ml EV 8/8h S/N~~						
	6	~~NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8h SN~~						BEG, estável
	7	OMEPRAZOL 40mg 1 CP VO EM JEJUM	06					Sem intercorrências
	8	CEFTRIAXONE 1G + ABD EV 12/12H	18	06				
	9	CURATIVO						co: vpm
	10	MSE ELEVADO						Solicito PA ao
	11	SSVV+CCGG						Dr. Julio Cesar Castro Ortopedia e Traumatologia CRM/PB-9965
	12	Solicito parecer neurocirurgia						
	13							
	14							Em tração. Mg: 10k
	15							
	16	Dr. Julio Cesar Castro Ortopedia e Traumatologia CRM/PB-9965						Paciente evoluiu c/ tontura e sonolência
	17							
	18							cd. solicito TC de crânio
	19							
	20							- Parecer de NCR
	21							
	22							

COMPROVANTE DE ENTREGA
28 MAR. 2016
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

MOD. 035

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
~~16/05~~	~~20:00~~	~~—~~	~~—~~	~~—~~				
16/05	08:00	—	—	-	120/80		PACIENTE EUVI ESTÁVEL, REALIZADO CURATIVO NO MFE, O MESMO NÃO REFERI QUEIXA.	
16/05	20:00	—	—	-	130/70		PACIENTE EUVI ESTÁVEL, NÃO REFERI QUEIXAS.	

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA
28 MAR. 2018

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

Diagnóstico

FX RÁDIO E + FX MANDIBULA

LEITO 9-1

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

ALA ORTOPEDICA

OK OK

Paciente	ELTON PEREIRA	Alojamento		Leito		Convênio	

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
17/04	1 DIETA LIVRE		
	2 JELCO SALINIZADO		
	4 DIPIRONA 1g + ABD EV 6/6H	~~12~~ 18 24 6	#ORTOPEDIA
	5 TRAMAL 100mg + SF0,9% 100ml EV 8/8h S/N		2º DIH
	6 ~~NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8h SN~~		BEG, Estável, s/ queixas no momento. Nega febres ou otomegia nas últimas 24h Nega alergias Deambulando.
	7 ~~OMEPRAZOL 40mg 1 CP VO EM JEJUM~~	06	
	8 CEFTRIAXONE 1G + ABD EV 12/12H	~~12~~ 24	
	9 CURATIVO 1x dia.		Col: vpm + Aguarda cirurgia.
	10 MSE ELEVADO		
	11 SSVV+CCGG		
	12 Estimular Deambulação c/ muletas.		
	13 Estimular Ingesta Hídrica.		
	14		
	15		
	16		EM TEMPO
	17		Conduta Leito, BEG, estável hemodinamicamente. Vai para cirurgia no B.MT Ganticular.
	18		Conduta: 1. NPO de controle OK
Em tempo	19 Alta Hospitalar c/ orientações		
	20 de retorno ambulatorial (+		2 DIA HOSPITALIZADA (DH)
	21 fisioterapia + AINE + ATB		DIAGNÓSTICO
	22 P/ casa.		

Ywry de Farias Cavalcanti Ortopedia e Traumatologia CRM/PB 10907

Dr. Marcos Wagner de S. Porto CRM-PB 10621

Dr. Diego Braz CRM-PE 14687

PROTOCOLO HOSPITAL GERAL DE JOÃO PESSOA 28 MAR. 2018

TC: Mona

MOD. 035

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
17/04	13.21				120/80		Paciente consciente e orientado, sem queixas, medicado segue cuidados de enfermagem. Com eliminações presente	
	17,30						Paciente em alta hospitalar, por este motivo não foi medicado	

Josane C. do Nascimento
Téc. Enfermagem
COREN 177938

PROTOCOLO
HG. JOÃO PESSOA
28 MAR. 2018

GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
CAMPINA GRANDE - PARAIBA

PACIENTE:	[illegible]
DATA DO EXAME:	15/04/2017

ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL – "FAST"

METODOLOGIA:
Exame realizado em modo bidimensional com equipamento dinâmico na frequência de 4,0 MHz.

ANÁLISE:

Não identificamos sinais de líquido livre intra-abdominal ou derrame pleural no presente estudo.

Não foram evidenciadas lesões viscerais relacionadas ao trauma.

Observação: Ressaltamos a baixa sensibilidade da ultrassonografia na detecção de lesões em órgãos sólidos e vísceras ocas, não havendo critérios ecográficos seguros para indicação de alta hospitalar baseando-se apenas no resultado negativo da ultrassonografia.

PROTOCOLO
HG. JOÃO PESSOA
28 MAR. 2018

Dr. Raiff Ramalho Cavalcanti
Médico Radiologista
CRM-PB: 6320

GOVERNO DA PARAÍBA

ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIS GONZAGA FERNANDES
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

SUS Sistema Único de Saúde

Sr(a):	ELTON MARQUES	Protocolo:	0000331446	RG:	NÃO INFORMADO
Dr(a):	JULIO CESAR CASTRO	Data:	16-04-2017 11:33	Origem:	CLINICA ORTOPEDICA
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade:	28 anos	Destino:	ENF 09 - L 01

HEMOGRAMA
[DATA DA COLETA: 16/04/2017 11:55]

	Resultados		Valores de Referências
SÉRIE VERMELHA			
Eritrócitos	5.11 milhões/mm³		4,2 à 6,0 milhões/mm³
Hemoglobina	14,8 g/dL		13,5 à 16,0 g/dL
Hematócrito	45 %		40,0 à 52,5 %
V.C.M.	88 fL		82,0 à 97,0 fL
H.C.M.	29 pg		27,0 à 31,0 pg
C.H.C.M.	33 g/dL		32,5 à 36,0 g/dL
SÉRIE BRANCA			
Leucócitos	8.100 /mm³		5.000 à 10.000 /mm³
	(%)	(/mm³)	
Neutrofilos			
Promielócitos	0	0	
Mielócitos	0	0	
Metamielócitos	0	0	
Bastonetes	3,0	243	
Segmentados	80,0	6.480	40 à 70 % - 1.800 à 5.500 / mm³
Eosinófilos	0	0	0,5 à 6,0 % - até 500 / mm³
Basófilos	0	0	0 à 2,0 % - até 100 / mm³
Linfocitos			
Típicos	15,0	1.215	20 à 45 % - 1.000 à 3.500 / mm³
Atípicos	0	0	
Monocitos	2,0	162	2,0 à 10 % - até 1.000 / mm³
CONTAGEM DE PLAQUETAS	197.000 mm³		140.000 a 400.000 mm³

OBSERVAÇÕES..... **Contagens repetidas e confirmadas.**

Emissão : 16/04/2017 14:29 - Página 1 de 2

Ana Claudia Barroso
Biomédica
CRBM - 5793

COMPREV SE ... REVIDÁRIA S/A
28 MAR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Laboratório Newlab — SELO DE QUALIDADE — PNCQ Programa Nacional de Controle de Qualidade

GOVERNO DA PARAÍBA

ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIS GONZAGA FERNANDES
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

SUS Sistema Único de Saúde

Sr(a):	**ELTON MARQUES**	**Protocolo:**	**0000331446**	**RG:**	NÃO INFORMADO
Dr(a):	JULIO CESAR CASTRO	**Data:**	16-04-2017 11:33	**Origem:**	CLINICA ORTOPEDICA
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	**Idade:**	28 anos	**Destino:**	ENF 09 - L 01

TEMPO DE SANGRAMENTO ..... **1'30''**

[DATA DA COLETA: 16/04/2017 11:56]
Material: sangue
Método: Duke

Valores de Referência:
De 1 a 3 minutos

TEMPO DE COAGULACAO ..... **6'00'' min**

[DATA DA COLETA: 16/04/2017 11:56]
Material: Sangue
Método: Lee-White

Valores de Referência:
De 5 a 11 minutos

Ana Claudia Barroso
Biomédica
CRBM - 5793

COMPREV SEGURIDADE PREVIDENCIA
28 MAR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Emissão : 16/04/2017 14:29 - Página 2 de 2

Laboratório Newlab
SELO DE QUALIDADE
PNCQ Programa Nacional de Controle de Qualidade

GOVERNO DA PARAÍBA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Elton Marques Pereira | Registro: 9 | Leito: 1 | Setor Atual: Ortopedia

2.AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: irpm; PA: mmHg; FC: bpm; SPO2: %

HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm | **Dor:** ( ) Local: Obs.:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

COMPREV CE... REVIDA...
28 MAR. 2016
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

3.AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: (✓) Consciente ( ) Orientado ( ) Confuso ( ) Letárgico ( ) Torporoso ( ) Comatoso ( ) Outro

GLASGOW(3-15): Drogas (Sedação/Analgesia):

Pupilas: ( ) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( ) D>E ( ) E>D ( ) Fotorreagentes ( ) Mióticas ( ) Midriáticas

Mobilidade Física: (✓) Preservada ( ) Paresia ( ) Plegia ( ) Parestesia Local:

Linguagem: ( ). Qual? ( ) Disfonia ( ) Afasia ( ) Disfasia ( ) Disartria.

Obs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: ( ) Espontânea ( ) Cateter Nasal ( ) Venturi % l/min ( ) Traqueostomia ( ) Ayre/Tubo T

( ) VMNI ( ) VMI TOT nº Comissura labial nº FiO2 % PEEP cmH_2O

(✓) Eupnéia; ( ) Taquipnéia ( ) Bradipnéia ( ) Dispnéia ( ) Outros:

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: ( ) Diminuídos ( )D ( )E

Ruídos adventícios: ( ) Roncos ( ) Sibilos ( ) Estridor ( ) Outros:

Tosse: ( ) Improdutiva ( ) Produtiva | **Expectoração:** ( ) Quantidade e aspecto:

Aspiração: Quantidade e aspecto: | **Dreno de tórax:** ( )D ( )E ( ) Selo d'água:

Data da inserção do dreno / / Aspecto da drenagem torácica:

Gasometria arterial: PH PCO_2 PO_2 HCO_3 EB SpO_2 Data:___/___/___ Hora:

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração: ( )Visão ( )Audição ( )Tato ( )Olfato ( )Paladar Observação:

SEGURANÇA FÍSICA

(✓) Tranquilo ( ) Agitado ( ) Agressivo. ( ) Risco de queda. Observação:

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

Pulso: ( ) Regular ( ) Irregular ( ) Impalpável ( ) Filiforme ( ) Cheio.

Pele: (x) Corada ( ) Hipocorada ( ) Cianose ( ) Sudorese ( ) Fria ( ) Aquecida.
Tempo de enchimento capilar: ( ) ≤ 3 segundos; ( ) >3 segundos. ( ) Turgência jugular: ( )
Drogas vasoativas: ( ) Quais? Precordialgia ( )
Ausculta cardíaca: (x) Rítmica ( ) Arrítmica ( ) Sopro ( ) Outro. Marcapasso: ( ) Transitório ( ) Definitivo
Cateter vascular: (x) Periférico ( ) Central ( ) Dissecção. Localização: Data da punção 17/04/17
Edema: ( ) MMSS ( ) MMII ( ) Face ( ) Anasarca. Observações:
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)
Tipo somático: (x) Nutrido ( ) Emagrecido ( ) Caquético ( ) Obeso.
Dentição: (x) Completa ( ) Incompleta ( ) Prótese.
Alimentação: (x)VO ( )SNG ( )SNE ( )Gatronomia ( )Jejunostomia ( ) NPT; Hora: Data :__/__/__
Alterações: ( ) Inapetência ( ) Disfagia ( ) Intolerância alimentar ( ) Vômito ( ) Pirose ( )Outros:
Abdômen: (x)Normotenso ( )Distendido ( )Tenso ( )Ascítico ( )Outros:
RHA: ( )Normoativos ( )Ausentes ( )Diminuidos ( )Aumentados
Eliminação intestinal: (x)Normal ( )Liquida ( )Constipado há dias ( )Outros:
Eliminação urinária: (x)Espontânea ( )Retenção ( )Incontinência ( )Hematúria ( )SVD; Débito ml/h;
Aspecto: ( )Outros: Observações:
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA
Condição da pele: (x) Íntegra ( ) Ressecada ( ) Equimoses ( ) Hematomas ( ) Escoriações ( )Outro:
Coloração da pele: (x)Normocorada ( )Hipocorada ( )Ictérica ( )Cianótica **Turgor da pele:** ( )Preservado
Condições das mucosas: ( )Úmidas ( )Secas **Manifestações de sede:** ( ).
Incisão cirúrgica: ( ) Local/Aspecto: Curativo em:__/__/__
Dreno: ( ) Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em:__/__/__
Úlcera de pressão: ( )Estágio: Local: Descrição: Curativo :__/__/__
CUIDADO CORPORAL
Cuidado corporal: ( ) Independente (x) Dependente ( ) Parcialmente dependente. Observações:
Higiene corporal: (x)Satisfatória ( )Insatisfatória **Higiene Corporal:** ( )Satisfatória ( )Insatisfatória.
Limitação física: (x)Acamado ( ) Cadeira de rodas ( ) Outro:
SONO E REPOUSO
(x) Preservado ( ) Insônia ( ) Dorme durante o dia ( ) Sono Interrompido. Observações:
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL
Comunicação: (x) Preservada ( ) Prejudicada **Sentimentos e comportamentos:** ( ) Cooperativo ( ) Medo:
( ) Ansiedade ( ) Ausência de familiares/visita ( ) Outros:
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE
Tipo: ( ) Praticante ( ) Não praticante. Observações:
INTERCORRÊNCIAS
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: DATA: 17/04/17 HORA: 11:00 h

FONTE: BORDINHÃO, R.C; Coleta de dados por meio de grupo focal. Porto Alegre (2009).

GOVERNO DA PARAÍBA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Elton Marques	Registro:	Leito: 9 - 1	Setor Atual:

2.AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: irpm; PA: mmHg; FC: bpm; SPO2: %

HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm | **Dor:** (x) Local: Abdômen Obs.:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

COMPREV SEJUS/PB REVIDA SIA
29 MAR. 2018
PROTOCOLO
HG. JOÃO PESSOA

3.AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: (x) Consciente (x) Orientado ( ) Confuso ( ) Letárgico ( ) Torporoso ( ) Comatoso ( ) Outro

GLASGOW(3-15): Drogas (Sedação/Analgesia):

Pupilas: ( ) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( ) D>E ( ) E>D ( ) Fotorreagentes ( ) Mióticas ( ) Midriáticas

Mobilidade Física: ( ) Preservada ( ) Paresia ( ) Plegia ( ) Parestesia Local:

Linguagem: ( ). Qual? ( ) Disfonia ( ) Afasia ( ) Disfasia ( ) Disartria.

Obs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: (x) Espontânea ( ) Cateter Nasal ( ) Venturi % l/min ( ) Traqueostomia ( ) Ayre/Tubo T

( ) VMNI ( ) VMI TOT nº Comissura labial nº FiO2 % PEEP cmH_2O

( ) Eupnéia; ( ) Taquipnéia ( ) Bradipnéia ( ) Dispnéia ( ) Outros:

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: ( ) Diminuídos ( )D ( )E

Ruídos adventícios: ( ) Roncos ( ) Sibilos ( ) Estridor ( ) Outros:

Tosse: ( ) Improdutiva ( ) Produtiva | **Expectoração:** ( ) Quantidade e aspecto:

Aspiração: Quantidade e aspecto: | **Dreno de tórax:** ( )D ( )E ( ) Selo d'água:

Data da inserção do dreno / / Aspecto da drenagem torácica:

Gasometria arterial: PH PCO_2 PO_2 HCO_3 EB SpO_2 Data:___/___/___ Hora:

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração: ( )Visão ( )Audição ( )Tato ( )Olfato ( )Paladar Observação:

SEGURANÇA FÍSICA

(x) Tranquilo ( ) Agitado ( ) Agressivo. ( ) Risco de queda. Observação:

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

Pulso: (x) Regular ( ) Irregular ( ) Impalpável ( ) Filiforme ( ) Cheio.

Pele: (✓) Corada ( ) Hipocorada ( ) Cianose ( ) Sudorese ( ) Fria ( ) Aquecida.

Tempo de enchimento capilar: ( ) ≤ 3 segundos; ( ) >3 segundos. ( ) Turgência jugular: ( )

Drogas vasoativas: ( ) Quais? Precordialgia ( )

Ausculta cardíaca: ( ) Rítmica ( ) Arrítmica ( ) Sopro ( ) Outro. Marcapasso: ( ) Transitório ( ) Definitivo

Cateter vascular: (✓) Periférico ( ) Central ( ) Dissecção. Localização: MSD Data da punção 15/04/12

Edema: ( ) MMSS ( ) MMII ( ) Face ( ) Anasarca. Observações:

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)

Tipo somático: ( ) Nutrido ( ) Emagrecido ( ) Caquético ( ) Obeso.

Dentição: (✓) Completa ( ) Incompleta ( ) Prótese.

Alimentação: (✓) VO ( ) SNG ( ) SNE ( ) Gatronomia ( ) Jejunostomia ( ) NPT; Hora: Data: / /

Alterações: ( ) Inapetência ( ) Disfagia ( ) Intolerância alimentar ( ) Vômito ( ) Pirose ( ) Outros:

Abdômen: (✓) Normotenso ( ) Distendido ( ) Tenso ( ) Ascítico ( ) Outros:

RHA: (✓) Normoativos ( ) Ausentes ( ) Diminuídos ( ) Aumentados

Eliminação intestinal: (✓) Normal ( ) Líquida ( ) Constipado há dias ( ) Outros:

Eliminação urinária: (✓) Espontânea ( ) Retenção ( ) Incontinência ( ) Hematúria ( ) SVD: Débito ml/h;

Aspecto: ( ) Outros: Observações:

INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA

Condição da pele: ( ) Íntegra ( ) Ressecada (✓) Equimoses (✓) Hematomas (✓) Escoriações ( ) Outro:

Coloração da pele: (✓) Normocorada ( ) Hipocorada ( ) Ictérica ( ) Cianótica **Turgor da pele:** ( ) Preservado

Condições das mucosas: (✓) Úmidas ( ) Secas **Manifestações de sede:** ( ).

Incisão cirúrgica: ( ) Local/Aspecto: Curativo em: ___/___/___

Dreno: ( ) Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em: ___/___/___

Úlcera de pressão: ( ) Estágio: Local: Descrição: Curativo: ___/___/___

CUIDADO CORPORAL

Cuidado corporal: ( ) Independente (✓) Dependente ( ) Parcialmente dependente. Observações:

Higiene corporal: (✓) Satisfatória ( ) Insatisfatória **Higiene Corporal:** (✓) Satisfatória ( ) Insatisfatória.

Limitação física: (✓) Acamado ( ) Cadeira de rodas ( ) Outro:

SONO E REPOUSO

(✓) Preservado ( ) Insônia ( ) Dorme durante o dia ( ) Sono Interrompido. Observações:

4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL

Comunicação: (✓) Preservada ( ) Prejudicada **Sentimentos e comportamentos:** (✓) Cooperativo ( ) Medo:

(✓) Ansiedade ( ) Ausência de familiares/visita ( ) Outros:

5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS

RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE

Tipo: ( ) Praticante ( ) Não praticante. Observações:

INTERCORRÊNCIAS

Às 06:00 hs paciente sem otorragia, ao exame foi observado um sangramento discreto. Sic o paciente relata que esse sangramento foi logo após o acidente e a TC apresentou resultado normal. Diante disso passou o caso p/ o medico responsável. Sigo as orientações de emergência

CONTROLE DE PREVENÇÃO DE ÚLCERAS

28 MAR. 2018

PROTOCOLO

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: COREN 335548 DATA: 15/04/12 HORA: _____ h

FONTE: BORDINHÃO, R.C; Coleta de dados por meio de grupo focal. Porto Alegre (2009).

Herculano Marques Pereira

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

15/4/17 #Ncr
às 9H20
Vítima de politrauma
por acidente com motocicleta
c/ otorragia (D)
s/ perda da consciência
sem vômitos
Glasgow 15
sem cervicalgia
TC sem anormalidades relacionadas
ao TCE no comportamento
intracraniano. Mastóides zeradas
TC Col. Cervical sem fratura

CD: Observação neurológica na verda 6h
Dipirona 2g EV 6/6h
bolsa de colostomia na orelha (D)

Dr. Alfredo Luca-Neto, Cirurgião Bucomaxilofacial e Traumatologia, CRO 3551-PB

CONFERE COM O ORIGINAL
23 MAR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

George Mendes
Neurologia / Neuroradiologia
CRM PB 6346

DESTINO DO PACIENTE ____/____/____ às ____:____ hs.

( )Centro cirúrgico _____
( )Internação (setor) _____
( )Tranferência a outro SETOR ou HOSPITAL _____
( )Alta hospitalar / ( )A revelia
( )Decisão Médica
( )Óbito

X Everton M. Pereira
Ass. do paciente ou resposável(quando necessário)

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO	CBO	IDADE

GOVERNO DA PARAÍBA

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

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Diagnóstico: Fx radio (E) + Fx mandíbula

Edson Batista de Andrade

Paciente	Elton Pereira	Alojamento		Leito	9_1	Convênio	

Data	Prescrição Médica			Horário				Evolução Médica
15	Dieta livre							HAS (-)
04	Jejum Hemodinamicamente							DM (-)
17	Ceftriaxone 1g IV 12/12h							Alergias (-)
	Dipirona 1g + 5 IV 6/6hs							Obs: Pré-op
	Omeprazol 40mg IV dia							
	Curativos							Pré:
	MSE Elétrico							
	Coagu 13:44							Paciente vítima de acidente de moto quedou-se com dor cervical em direção de coluna lombar e membros inferiores, além de fratura dentária dentes.
								Cabeça Pescoço
								Tórax
								Abdômen elétrico

Wilman Soares de Araújo
ORTOPEDISTA TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 6... RQE 11593

APROVADO
23 MAR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

1425745

MOD. 035

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
15/04/17	14:00	—	—	—	120x70	—	Paciente evolui Estado geral regular medicado, Normotenso, sem Queixas durante a sobre as Ileidadas da Enfermagem COD 004974 - Cristany	

23 MAR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

PROCURAÇÃO PARTICULAR

BENEFICIARIO/VITIMA:
Nome: Elton Marques Pereira
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: solteiro
Profissão: Policial Militar
Identidade: _____ CPF: 069.135-024-86
Endereço: Rua São Severino, 124, Bairro, Monte santo

PROCURADOR:
Nome: José Ervan fernandes de Medeiros
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Divorciado
Profissão: Corretor
Identidade: 1.381.455 CPF: 026864664-30
Endereço: Rua Henrique Dias nº, 370, Conceição

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, a quem confio poderes especiais pararepresentar-me perante a qualquer Seguradora pertencente ao Consorcio DPVAT, também perante aos pontos de atendimento da Seguradora Lider (Correios, Sincor(s) e Corretores), a fim de receber a indenização referente aoSeguro Obrigatório – DPVAT e poderes para assinatura em ficha de Autorização dePagamento, Credito de Indenização de Sinistros DPVAT, a quetenho direito, podendo paratanto requerer o que necessário for, assinar,substabelecer esta, dar quitação e praticarenfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, davítima

COMPREVENDE ... RECIBO
20 MAR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Local e data

CARTÓRIO
CAMPINA GRANDE - PB

Elton Marques Pereira.
Assinatura do Beneficiario/Vitima
(reconhecer firma por autenticidade)

COMPREV

2 0 MAR. 2018

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

7º TABELIONATO DE NOTAS

Drª Valterluciana Almeida de Moraes

TABELIÃ TITULAR

Selo digital: AD033824 A001

Consulte a autenticidade em https://selodigital.tjpb.jus.br

Campina Grande

Ofício de Notas - Serviços Notarial

Rua Major Manoel Juvino do Ó, 31 - Centro - Fone: (83) 3341.1762 - Campina Grande - PB

7cartorionotas@gmail.com

Serviço Notarial - 7ª Cartório

☐ Tabeliã - Valterluciana Almeida De Moraes

RECONHECIMENTO

Reconheço a(s) firma(s) de

como ☑ Autêntica ☐ Semelhante

Dou fé, Campina Grande, 27 DEZ. 2017

Tabeliã (Valterluciana Almeida de Moraes)

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180142770 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ELTON MARQUES PEREIRA **Data do acidente:** 15/04/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/04/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA NO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO E NA FACE

Resultados terapêuticos: DEPENDE DE PERICIA MEDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

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

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R$ 0,00

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: PAULO ARTUR DE ARAUJO AMORIM

CRM do médico: 52.86271-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

Seguradora LIDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180142770 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ELTON MARQUES PEREIRA **Data do acidente:** 15/04/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO RADIO ESQUERDO
FRATURA DE MANDÍBULA QUEBRA DE DENTES FRONTAIS

Descrição do exame médico pericial: DEFICIT FUNCIONAL LEVE NO PUNHO ESQUERDO E RESIDUAL CRANIOFACIAL

Resultados terapêuticos: FOI OPERADO EM ABRIL DE 2017 DO RADIO NO HOSPITAL DE TRAUMA, E FOI OPERADO DA MANDÍBULA NO MESMO MÉS NA CLINICA INSTITUTO DA FACE ATRAVÉS DE REDUÇÃO INCRUENTA, MOSTRADO RECIBO NUM VALOR DE 2000, 00 ASSINADO PELO BUCOMAXILO jOSUEL RAIMUNDO. COMO TAMBEM VEM FAZENDO TRATAMENTO DE IMPLANTES DENTARIOS E ME MOSTRA DOCUMENTAÇÃO E FICHA CLÍNICA DO MESMO INSTITUTO.
PUNHO= SUBLUXAÇÃO DA ARTICULAÇÃO RADIO ULNAR DISTAL E REDUÇÃO LEVE DE MOVIEMNTOS DE FLEXOEXTENSÃO DO PUNHO
ARCADA DENTÁRIA= APRESENTA-SE COM IMPLANTES DENTÁRIOS DE DOIS DENTES CENTRAIS E SUPERIORES DE TAMANHOS DIFERENTES E COLORAÇÃO TAMBEM. OCLUSAO DENTÁRIA COM DISCRETO DESALINHAMENTO

Sequelas permanentes: APRESENTA LESÕES CRANIO FACIAIS.
APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 03/05/2018

Conduta mantida:

Observações: REVISOR, BASEADO NA DOCUMENTAÇÃO E EXAME MÉDICO, DISCORDOU DA VALORAÇÃO E MANTEVE ENQUADRAMENTO NO CRANIOFACIAL DO MÉDICO EXAMINADOR. -

Médico examinador: BRUNO BEZERRA BRILHANTE

CRM do médico: 6492

UF do CRM do médico: PB

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R$ 1.350,00
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R$ 843,75
		Total	**16,25 %**	**R$ 2.193,75**

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

PRESTADOR

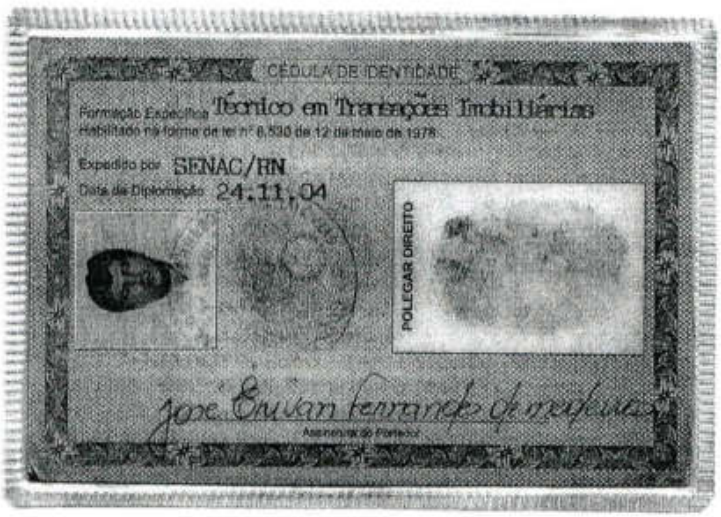
CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: ARMANDO S ARAUJO

CRM do médico: 52.53331-5

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



CÉDULA DE IDENTIDADE

Formação Específica Técnico em Transações Imobiliárias

Habilitado na forma da lei nº 6.530 de 12 de maio de 1978

Expedido por SENAC/RN

Data da Diplomação 24.11.04

POLEGAR DIREITO

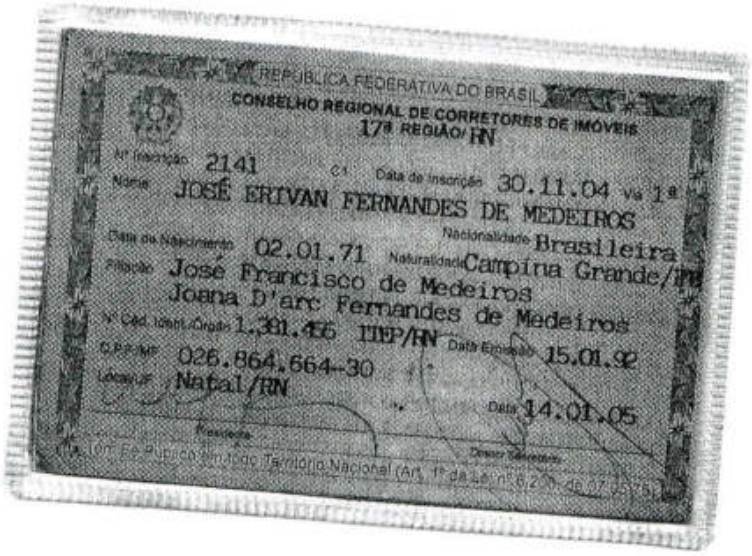
José Erivan Fernandes de Medeiros

Assinatura do Portador

2 3 MAR. 2016

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

CONSELHO REGIONAL DE CORRETORES DE IMÓVEIS

17ª REGIÃO/RN

Nº Inscrição 2141 Data de Inscrição 30.11.04 Via 1ª

Nome JOSÉ ERIVAN FERNANDES DE MEDEIROS

Nacionalidade Brasileira

Data de Nascimento 02.01.71 Naturalidade Campina Grande/PB

Filiação José Francisco de Medeiros

Joana D'arc Fernandes de Medeiros

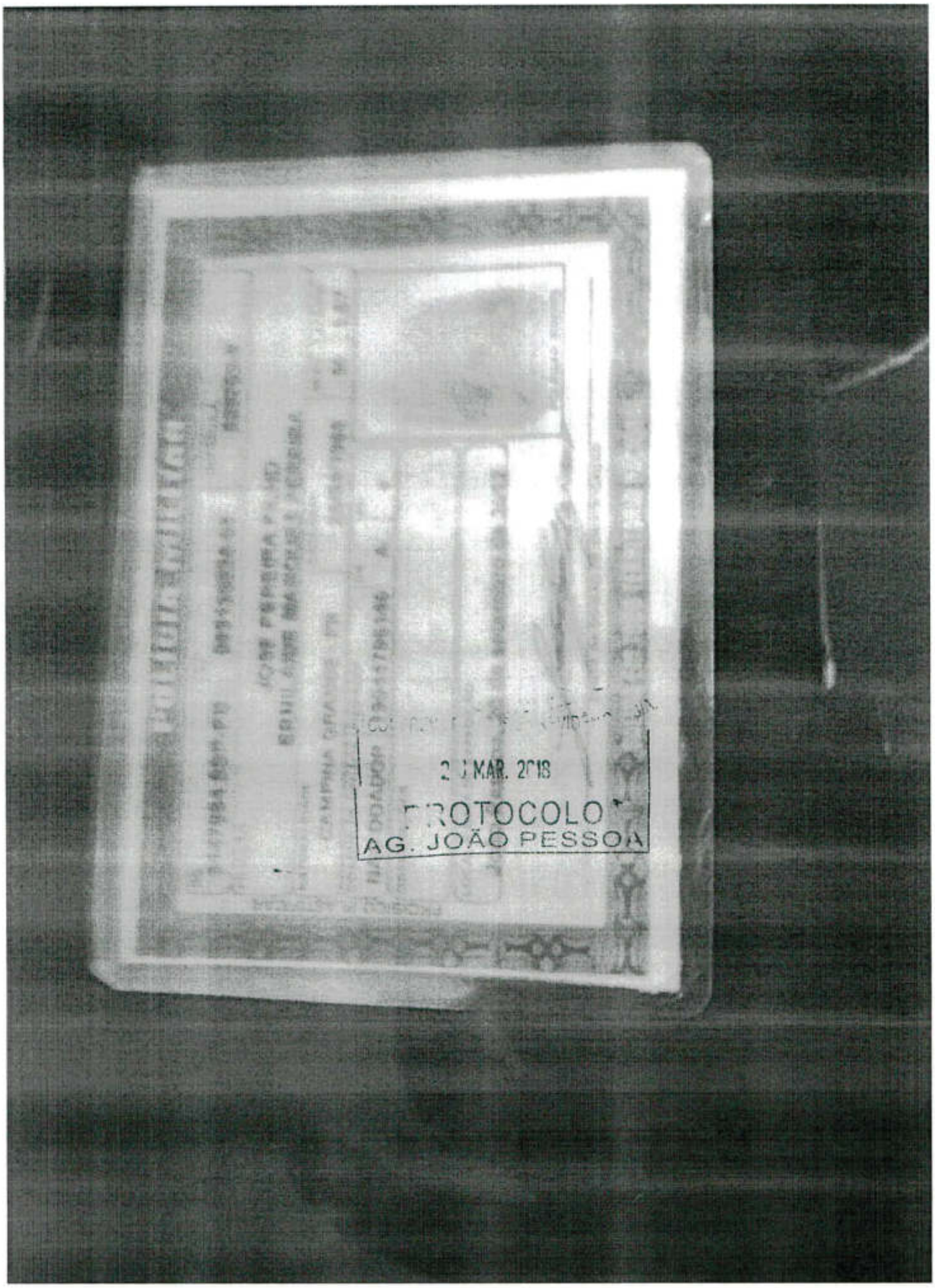
Nº Cód. Ident. Órgão 1.381.426 IIEP/RN Data Emissão 15.01.92

C.P.F./MF 026.864.664-30

Localidade Natal/RN Data 14.01.05

Presidente Diretor Secretário

(Art. 5º Decreto-Lei nº 1.203 de 27.04.1939)


2 MAR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA


POLÍCIA MILITAR
ELTON MARCOS DE PEREIRA
SOLDADO
23075
2 J MAR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Cartão
Ourocard Visa
Nº 4984 **** **** 0889

Pág 001 de 002

Data prevista para o fechamento da próxima fatura: 23.04.2018

Vencimento: 05/04/2018

CTC RECIFE PE PL7

ELTON M PEREIRA
R SAO SEVERINO 124
MONTE SANTO
58400-747 CAMPINA GRANDE - PB

Postagem: 26/03/2018 Vencimento: 05/04/2018

72131950690550300000019208630260318

Atenção:
- Em caso de pagamento inferior ao valor total, o cliente deverá arcar com as taxas e encargos apontados nesta fatura, incidentes sobre a diferença entre o valor total e o valor pago.
- Caso seja efetuado exatamente o pagamento mínimo, na próxima fatura poderão ser cobrados encargos financeiros de, no máximo R$ 106,72. Consulte o CET no quadro Custo Efetivo Total desta fatura, item Crédito Rotativo/Saques.

Valor Total: R$ **1.258,05**

Pagamento mínimo: (1) R$ 188,71

Pagamento parcelado: (2) ENTRADA **123,86** +23X 123,80

(1) O pagamento mínimo inclui as mensalidades de parcelamentos anteriores lançados nesta fatura, caso existam. (2) Para parcelar esta fatura em 24 vezes (1 + 23), pague até o vencimento, de uma só vez, o valor da entrada (R$ 123,86 - CET 199,43% a.a). Se você possui parcelamentos anteriores, a mensalidade que seria debitada neste mês já contempla o valor da entrada. Para parcelamento após o vencimento da fatura, consulte de outros planos de parcelamento e informações sobre o CET, acesse bb.com.br/parcelesuafatura, procure um caixa eletrônico ou ligue para a Central de Atendimento do Banco do Brasil.

Total da Fatura

Saldo - R$	1.258,05
Saldo convertido - R$	0,00
Total da fatura - R$	1.258,05

Resumo em Real

Saldo anterior	1.918,09
Pagamentos/Créditos	- 1.918,09
Compras/Débitos	1.258,05
Saldo - R$	1.258,05
Saldo parcelado faturas futuras	2.775

Resumo em Dólar

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

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

IOF e Encargos nesta Fatura

IOF	
• Retiradas e uso do limite de crédito rotativo	0,00
Encargos	
• Retiradas na função crédito	0,00
• Uso do limite de crédito rotativo	0,00

Limites

Total para transação à vista	4.233
Saques (incluído no total transação à vista)	4.233
Total para transações parceladas	2.000
Crediário	20.488

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

Ponto pra Você/Livelo

Pontuação acumulada em 21.03.2018: **4.730**

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

Encargos Financeiros

	1	2
Crédito Rotativo	9,98	9,98
Crédito Parcelado	9,30	9,30
Juros de mora	1,00	1,00
Multa por atraso	2,00	2,00

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

Tarifas

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

Uso no Exterior

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

Custo Efetivo Total (CET)

Serviços	Taxas ao Mês (%)	Taxas ao ANO (%)	IOF Adicional (%)	IOF Diário (%)	CET ao Ano (%)[2]
Crédito Rotativo Saques[1]	9,98	213,15	0,38	0,0082	227,42
Parcelado administradora[3]	9,30	190,69	0,38	0,0082	192,53
Pagamento de Contas (parcelado)[3,4]	7,4[illegible]	135,53	0,38	0,0082	137,36

1 - Taxas vigentes até o vencimento desta fatura sujeito a alteração para o próximo período. Para clientes que aderiram ao pacote BOMPRATODOS: a taxa de crédito do [illegible] Brasil será de 6,60% ao mês. CET 499,28 ao ano, a partir do vencimento da próxima [illegible]
2 - Resultado de incidência da Taxa ao [illegible] de um ano.
3 - Taxas de juros sujeitas a alterações [illegible] de Atendimento BB.
4 - Os serviços não estão disponíveis [illegible]
Obs. Tarifa de Saque R$ 12,00 por evento. Tarifa de Pagamento de Contas [illegible]

COMPREV COMPREVIDENCIA S/A
23 ABR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃ[illegible]

BANCO DO BRASIL 001-9

Nome do Pagador /CPF/CNPJ/Endereço/Cidade/UF/CEP: ELTON M PEREIRA - CPF 069.135.024.86
R SAO SEVERINO 124 - - MONTE SANTO - 58400-747 - CAMPINA GRANDE - PB
Sacador / Avalista

Nosso Número	Nº do documento	Data de Vencimento	Valor Documento	Valor Pago
000000000089996220		05/04/2018	1.258,05	

Nome do Beneficiário/CNPJ/CPF/Endereço
Banco do Brasil S.A. - CNPJ n 00.000.000/0001-91 - SBS Qd. 01 - SIA lote 31 Ed Sede 1 - 2 ss - 70073-900 Brasília (DF)

Agência / Código do Beneficiário: 4700-7 31027-91-10-9
Autenticação Mecânica

BANCO DO BRASIL 001-9

Local de Pagamento
Pagável em qualquer banco até o vencimento

Data de Vencimento: **05/04/2018**

Nome do Beneficiário CNPJ/CPF/Endereço
Banco do Brasil S.A. - CNPJ n 00.000.000/0001-91 - SBS Qd. 01 - SIA lote 31 Ed Sede 1 - 2 ss - 70073-900 Brasília (DF)

Agência / Código do Beneficiário: 4700-7 31027-91-10-9

Data do documento	Nº do documento	Espécie DOC.	Aceite	Data processamento	Nosso Número
22/03/2018			N	22/03/2018	000000000089996220

Uso do Banco	Carteira	Espécie	Quantidade	X	Valor	(=) Valor Documento
	66	R$				1.258,05

Informações de responsabilidade do Beneficiário
O CAMPO VALOR DO DOCUMENTO ESTA PREENCHIDO COM O TOTAL DESTA FATURA. VOCÊ PODE UTILIZAR O MESMO BOLETO PARA PAGAMENTO DE VALOR MENOR OU OPTAR PELO PARCELAMENTO,PAGANDO O VALOR DE ENTRADA INFORMADO NESTA FATURA. CONHEÇA OUTROS PLANOS DE PARCELAMENTO NO SITE BB.COM.BR/ PARCELESUAFATURA, NOS CAIXAS ELETRÔNICOS OU LIGUE PARA 0800 729 0001.

(-) Desconto / Abatimento
(+) Juros / Multa
(=) Valor Pago

Nome do Pagador /CPF/CNPJ/Endereço/Cidade/UF/CEP
ELTON M PEREIRA - CPF 069.135.024.86
R SAO SEVERINO 124 - - MONTE SANTO - 58400-747 - CAMPINA GRANDE - PB
Sacador / Avalista

Autenticação Mecânica - Ficha de Compensação

FATURA DEBITADA EM CONTA CORRENTE - NAO RECEBER

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636

A Circular SUSEP[1] 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 COAF[2]**.

[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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu José Erivan F. de Medeiros inscrito (a) no CPF/CNPJ 026.864.664 / 30, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Elton Marques Pereira inscrito (a) no CPF sob o Nº 069.135.024 / 86, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez/Danos da Vitima Elton Marques Pereira, inscrito (a) no CPF sob o Nº 069.135.024 / 86, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

CONFERE COM O ORIGINAL
23 MAR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

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

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

Endereço		Número	Complemento
Rua Henrique Dias		370	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
Conceição	Campina Grande	PB	
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)	

João Pessoa, 22 de Março de 2018
Local e Data

José Erivan Fernandes de Medeiros
Assinatura do Declarante

DLDRL.001 V001/2017

PROCURAÇÃO PARTICULAR

BENEFICIARIO/VITIMA:
Nome: Elton Marques Pereira
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: solteiro
Profissão: Policial Militar
Identidade: _____ CPF: 069.135-024-86
Endereço: Rua São Severino, 124, Bairro, Monte santo

PROCURADOR:
Nome: José Ervan fernandes de Medeiros
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Divorciado
Profissão: Corretor
Identidade: 1.381.455 CPF: 026864664-30
Endereço: Rua Henrique Dias nº, 370, Conceição

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, a quem confio poderes especiais pararepresentar-me perante a qualquer Seguradora pertencente ao Consorcio DPVAT, também perante aos pontos de atendimento da Seguradora Lider (Correios, Sincor(s) e Corretores), a fim de receber a indenização referente aoSeguro Obrigatório – DPVAT e poderes para assinatura em ficha de Autorização dePagamento, Credito de Indenização de Sinistros DPVAT, a quetenho direito, podendo paratanto requerer o que necessário for, assinar,substabelecer esta, dar quitação e praticarenfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, davítima

COMPREVENDE ... RECIBO
20 MAR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Local e data

CARTÓRIO
CAMPINA GRANDE - PB

Elton Marques Pereira.
Assinatura do Beneficiario/Vitima
(reconhecer firma por autenticidade)

COMPREV

2 0 MAR. 2018

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

7º TABELIONATO DE NOTAS

Drª Valterluciana Almeida de Moraes

TABELIÃ TITULAR

Selo digital: AD033824 A001

Consulte a autenticidade em https://selodigital.tjpb.jus.br

Campina Grande

Ofício de Notas - Serviços Notarial

Rua Major Manoel Juvino do Ó, 31 - Centro - Fone: (83) 3341.1762 - Campina Grande - PB

7cartorionotas@gmail.com

Serviço Notarial - 7ª Cartório

☐ Tabeliã - Valterluciana Almeida De Moraes

RECONHECIMENTO

Reconheço a(s) firma(s) de

como ☑ Autêntica ☐ Semelhante

Dou fé, Campina Grande, 27 DEZ. 2017

Tabeliã (Valterluciana Almeida de Moraes)

7º Cartório

JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 9ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE CAMPINA GRANDE/PB

Processo: 08085583320208150001

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **ELTON MARQUES PEREIRA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

A parte autora alegou em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico, restando permanentemente inválida, pleiteando em juízo uma suposta diferença do valor indenizatório liquidado na esfera administrativa, qual seja **R$ 2.193,75 (DOIS MIL E CENTO E NOVENTA E TRÊS REAIS E SETENTA E CINCO CENTAVOS)**.

Deste modo, foi nomeado perito por esse d. juízo, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Ocorre que o laudo pericial ratifica o adimplemento da obrigação com a **liquidação do sinistro na esfera administrativa**, uma vez que a lesão apurada na esfera judicial através da **prova pericial corresponde a valor inferior ao pagamento efetuado administrativamente**, não havendo de se falar em complementação de indenização.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo apresentado pelo i. Perito, sendo certo que em ambos os casos foram utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ, valor sobre o qual incidiu a repercussão da lesão sofrida a fim de ser fixado *o quantum* indenizatório.

Diante da quitação administrativa, requer que seja acolhida a conclusão pericial, julgando improcedentes os pedidos formulados na exordial.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

CAMPINA GRANDE, 24 de novembro de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br