

Documentos de identificação



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO	
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
NOME SEVERINO PEREIRA DA SILVA	
DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF 491966 SSP PB	
CPF 250.739.154-53	
DATA NASCIMENTO 15/04/1958	
FILIAÇÃO JOSE PEREIRA DA SILVA ANAIZA TAVARES DA SILVA	
PERMISSÃO ACC CAT. HAB. AB	
Nº REGISTRO 06300024837	
VALIDADE 14/04/2019	
1ª HABILITAÇÃO 10/02/2015	
OBSERVAÇÕES A:	
<i>Severino Pereira da Silva</i> ASSINATURA DO PORTADOR	
LOCAL CAMPINA GRANDE, PB	
DATA EMISSÃO 22/02/2016	
ASSINATURA DO EMISSOR Aristeu Chaves Sousa Dep. Secretário de Trânsito	
78550186693 PB032164700	
DETRAN - PB (PARAIBA)	

VÁLIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
1169411201

PROIBIDO PLASTIFICAR
1169411201

Resumador

Itaucard

Consulte sua fatura na Internet
ou nos caixas eletrônicos do Itaú



CTC RECIFE PE PL8



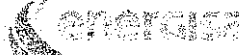
JANDUI BARBOSA DE ANDRADE
R JOAO SUASSUNA 83 AP 301
CENTRO
58401-130 CAMPINA GRANDE - PB

Comprovante de residência



Data de Postagem: 12/08/2019
Data de Vencimento: 26/08/2019
Data de fechamento (emissão): 10/08/2019
Data prevista de fechamento da próxima fatura: 10/09/2019

SEVERINO PEREIRA DA SILVA
SIT LAGOA DO JUCA, S/N - AREA RURAL
QUEMADAS / PB CEP 58475000 (RG 431)



Ligação MONOFÁSICO

BR230 - KM 153 - Alça Sudoeste - Três Ilhas - Campina Grande / PB - CEP 58423-700

Cis/Sbd: PUR MTC 92 / RURAL - AGROPECUARIA RURAL

CNPJ 08.528.592/0001-95 Insc Est. 16.003.539-1

Roteiro: 17 - 453 - 353 - 6740

Referência: Mai / 2019

Medidor: A1973672377

Emissão: 28/05/2019

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº000 632 935

Cód. para Déb. Automático: 00001009314

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 023 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Mai / 2019	28/05/2019	27/06/2019	250.739.154-53

UC (Unidade Consumidora): 4/100931-5

Canal de contato

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	
20/04/19	15952	28/05/19	16005	32

Demonstrativo

CC	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc	Alug. Joms(R\$)	Base Calc Per(R\$)	Cofins(R\$)
		Tributos Totais(R\$)		ICMS(15%)	ICMS	Par/Cofins(R\$) (11,0007%)	(4,8558%)
0601	Consumo em kWh	51,007	0,559420	28,47	28,47	3,11	1,39
0601	Adic. E. Amarela	0,65	0,65	25	0,16	0,55	0,01
0610	Subsídio	5,98	5,98	25	2,25	5,98	0,44
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS							
0607	CONTRIBUIÇÃO PÚBLICA	2,37	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0905	Devolução Subsídio	-8,21	0,00	0	0,00	0,00	0,00

CC: Código de Classificação do Item TOTAL 40,27 38,11 9,52 38,11 0,40 1,38
Tarifa s/ Tributos 0,295610

Valor último fatura (kWh) 42 **VENCIMENTO: 04/06/2019** **TOTAL A PAGAR: R\$ 40,27**

Histórico de Consumo (kWh)

50	50	51	49	46	54	42	47	43	46	45	42
Mai/18	Jun/18	Jul/18	Agô/18	Set/18	Out/18	Nov/18	Dez/18	Jan/19	Fev/19	Mar/19	Abr/19

5c5b.5943.a181.0989.586d.f885.ffeb.3f9e.

Indicadores de Qualidade 3/2018-Queimadas

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIGMENSAL	11,16	0,00	ANOMALIA
DICTRIMESTRAL	22,32		
DICANUAL	44,65		
DIGMENSAL	7,67	0,00	CONTRATADA
DICTRIMESTRAL	15,34		16,66
DICANUAL	30,68		23,1
DIGMENSAL	8,00	0,00	
DICANUAL	16,00		

Composição do Consumo

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Obs. da Energia e B.O.	8,47	18,06
Compra de Energia	10,82	26,87
Serviço de Transmissão	1,37	3,40
Encargos Selecionados	1,46	3,63
Impostos Diretos e Encargos	20,15	50,04
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	40,27	100,00

Valor do EUSD (Ref 3/2018) R\$9,11

ATENÇÃO

Faturas em atraso

Subvenção DEC 7.691/19 R\$ 6,21

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.00009 02957.450006 00145.403176 7 79100000004027

PAGADOR SEVERINO PEREIRA DA SILVA - CPF/CNPJ 250 739 154-53
SIT LAGOA DO JUCA, S/N - AREA RURAL - QUEMADAS / PB CEP. 58475000

Nosso Nr.	Nº Documento	Data de Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
23574500000145403	000100931201935	04/06/2019	R\$ 40,27	

BENEFICIÁRIO ENERGISA BORSOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A CNPJ 08.528.592/0001-95
BR 230 - KM 153 - Alça Sudoeste - Três Ilhas - Campina Grande / PB - CEP 58423-700

Agência / Código do beneficiário: 3064-3/2037-5





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
SEGUNDA GERÊNCIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE QUEIMADAS/PB


**CERTIDÃO****RECEBIDO**

05 SET 2019

Seguradora Lider DPVAT

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada aos **VINTE E OITO** dias do mês de **MAIO** do ano de dois mil e dezenove, nesta cidade de Queimadas, Estado da Paraíba e na DEPOL LOCAL, presente a Autoridade Policial, **Bel^a. JULIANA FERNANDA BRASIL BARBOSA BRUCE**, comigo, Escrivão (ã) de Polícia AD HOC, ao final assinado (a) e declarado (a), aí, por volta das 11h30min, compareceu (o) a Senhora (a) **ADÉLIA PEREIRA DA SILVA "ADÉLIA"**, brasileira, portadora do RG nº 381.09 SSP/PB, inscrita no CPF 147.990.064-87, nascida em 20/08/1952, filha de José Pereira da Silva e de Anailza Tavares Pereira, natural de Queimadas/PB, professora aposentada, vive em união estável, com ensino médio completo, com 66 anos, residente no Sítio Capim de Planta, próximo ao bar de Zé de Nena, no município de Queimadas/PB. Telefone: 83 9 9137-2635, para noticiar haja vista que o acidentado, **SEVERINO PEREIRA DA SILVA "SEVERO"**, brasileiro, portador do RG nº 491.966 SSP/PB, inscrito no CPF 250.739.154-53, nascido em 15/04/1958, filho de José Pereira da Silva e de Anailza Tavares Pereira, natural de Queimadas/PB, agricultor, casado, com ensino fundamental incompleto, com 61 anos, residente no Sítio Lagoa do Jucá, próximo ao Grupo Escolar José Pereira, no município de Queimadas/PB. Telefone: 83 9 9149-2551, está impossibilitado de se locomover, (o) a qual depois de cientificado das penalidades cominadas no art. 299 do CPB vimos notificar o **SEGUINTE**: Que no dia 23/03/2019, por volta das 09h30min, **SEVERINO** conduzia a motocicleta **HONDA/NXR150 BROS ES**, placa **MNQ 8733/PB**, chassi **9C2KD03307R031218**, ano de fabricação 2007, modelo 2007, de cor vermelha, **RENAVAM 0091204801-8** registrada em nome de Severino Pereira da Silva, nas proximidades do Sítio Lutador, na cidade de Queimadas, quando um ônibus conduzido por Zezé Mendes, em uma curva, colidiu com a motocicleta; QUE **SEVERINO** sofreu diversas fraturas, tendo sido socorrido pelo SAMU, vindo a ficar hospitalizado no Hospital de Trauma da cidade de Campina Grande/PB por 17 dias, onde foi submetido a diversas cirurgias; Que possui as seguintes testemunhas: **ANTONIO JOSE PEREIRA**, residente no Sítio Capim de Planta, próximo ao Bar de Zé de Nena – Zona Rural, Queimadas/PB e **CREUZA PEREIRA DA SILVA**, residente no Sítio Capim de Planta, próximo ao Bar de Zé de Nena – Zona Rural. Era o que tinha a Certificar. Eu Simone Vilela dos Anjos, escrivã AD HOC que o digitei, dato e assino.

Queimadas/PB, 28 de maio de 2019


Simone Vilela dos Anjos
Matrícula 182.055-9
Agente de investigação

Declaração de Inexistência de IML



O PEDIDO DO SEGURO DPVAT
ENCONTRA-SE DIGITALIZADO NA
PASTA/ABA AUTORIZAÇÃO DE
PAGAMENTO.

Rio de Janeiro, 17 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190529845

Vítima: SEVERINO PEREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 23/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JANDUI BARBOSA DE ANDRADE

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), SEVERINO PEREIRA DA SILVA

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento e oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 250.739.154-53 Nome completo da vítima: SEVERINO PEREIRA DA SILVA

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

Nome completo: SEVERINO PEREIRA DA SILVA CPF: 250.739.154-53

Profissão: AGRICULTOR Endereço: SÍTIO LAGOA DO JUA Número: _____ Complemento: _____

Bairro: ZONA RURAL Cidade: QUEIMADAS Estado: PARAIBA CEP: 58475-000

E-mail: abj.cg.pl@gmail.com Tel.(DDD): _____

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

RENDA MENSAL:

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

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 2508 9 CONTA: 5.845- 9
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: QUEIMADAS-PB 26/08/2019
Nome: SEVERINO PEREIRA DA SILVA
CPF: 250.739.154-53

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

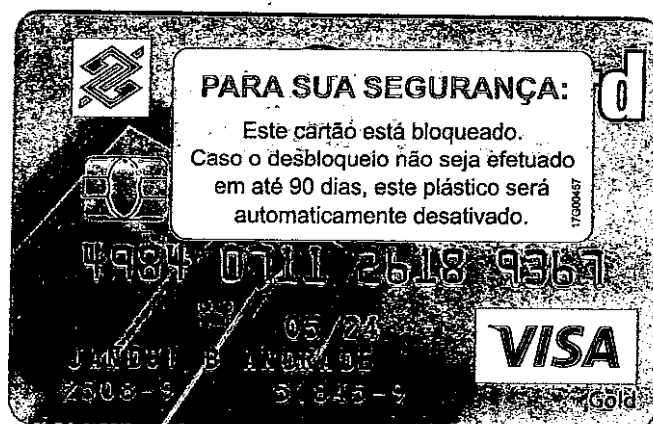
Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

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



Rio de Janeiro, 19 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190529845

Vítima: SEVERINO PEREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 23/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JANDUI BARBOSA DE ANDRADE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), SEVERINO PEREIRA DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 19 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190529845

Vítima: SEVERINO PEREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 23/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JANDUI BARBOSA DE ANDRADE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), SEVERINO PEREIRA DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0317138/19

Vítima: SEVERINO PEREIRA DA SILVA

CPF: 250.739.154-53

CPF de: Próprio

Data do acidente: 23/03/2019

Titular do CPF: SEVERINO PEREIRA DA SILVA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

JANDUI BARBOSA DE ANDRADE : 725.814.924-49

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

SEVERINO PEREIRA DA SILVA : 250.739.154-53

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 12/09/2019
Nome: SEVERINO PEREIRA DA SILVA
CPF: 250.739.154-53

SEVERINO PEREIRA DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/09/2019
Nome: Cristina Limeira Alves
CPF: 041.380.364-31

Cristina Limeira Alves

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0317138/19

Número do Sinistro: 3190529845

Vítima: SEVERINO PEREIRA DA SILVA

CPF: 250.739.154-53

CPF de: Próprio

Data do acidente: 23/03/2019

Titular do CPF: SEVERINO PEREIRA DA SILVA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

JANDUI BARBOSA DE ANDRADE : 725.814.924-49

Comprovante de residência
Documentos de identificação
Procuração

SEVERINO PEREIRA DA SILVA : 250.739.154-53

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 18/09/2019
Nome: SEVERINO PEREIRA DA SILVA
CPF: 250.739.154-53

SEVERINO PEREIRA DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/09/2019
Nome: Cristina Limeira Alves
CPF: 041.380.364-31

Cristina Limeira Alves

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0317138/19

Número do Sinistro: 3190529845

Vítima: SEVERINO PEREIRA DA SILVA

CPF: 250.739.154-53

CPF de: Próprio

Data do acidente: 23/03/2019

Titular do CPF: SEVERINO PEREIRA DA SILVA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

JANDUI BARBOSA DE ANDRADE : 725.814.924-49

Comprovante de residência
Documentos de identificação
Procuração

SEVERINO PEREIRA DA SILVA : 250.739.154-53

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 18/09/2019
Nome: SEVERINO PEREIRA DA SILVA
CPF: 250.739.154-53

SEVERINO PEREIRA DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/09/2019
Nome: Cristina Limeira Alves
CPF: 041.380.364-31

Cristina Limeira Alves



ESCRITÓRIO DE ADVOCACIA

Dr. Janduí Barbosa de Andrade
Dr. Márcio Maciel Bandeira
Dr. Hewerton Dantas de Carvalho
Dr. Jefferson Almeida de Souto
Dr. Brígido Cândido Júnior

PROCURAÇÃO “AD JUDICIA”

OUTORGANTE(S): SEVERINO PEREIRA DA SILVA, casado, agricultor, RG. 491966, SSP/PB., CPF. 250.739.154-53, residente no Sítio Lagoa do Jucá, Queimadas-PB. (próximo ao Grupo Escolar José Pereira).

OUTORGADOS: Dr. JANDUÍ BARBOSA DE ANDRADE, brasileiro, casado, advogado, OAB-PB 9.652 com endereço profissional na Rua João Belarmino Barbosa, 11, Centro, Queimadas-PB, onde deverá ser intimado.

PODERES: Para o Foro em geral, com a cláusula ad-judicia, na forma do art. 38 do Código de Processo Civil para que possa defender os interesses e direitos do outorgante perante qualquer juízo, Instância ou Tribunal, repartição pública, autarquia ou entidade paraestatal, propondo ação competente em que o outorgante seja autor ou reclamante, e defendendo-o quando for réu, interessado ou requerido, podendo reclamar, conciliar, desistir, transigir, fazer acordo, recorrer, receber e dar quitação, confessar, requerer inventário ou arrolamento, firmar compromissos, prestar declarações, receber citação, bem como substabelecer a presente, com ou sem reservas de poderes, se assim lhe convier, e praticando todos os atos necessários para o bom e fiel desempenho deste mandato, dando tudo por bom, **firme e valioso especialmente para requerer Seguro Obrigatório DPVAT.**

DECLARAÇÃO: O (a) (s) outorgante (s) **DECLARA** (M), para todos os fins de direito sob as penas da lei, que não tem condições de arcar com despesas inerentes à presente Ação, sem prejuízo de seu sustento e de sua família, necessitando, portanto, da gratuidade judiciária, indicando como seus advogados os outorgados acima nomeados, nos termos do § 4º do art. 5º da Lei 1.060 de 1950.

Queimadas-PB., 26 / 08 /2019

Severino Pereira da Silva
OUTORGANTE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB
Nº 014797753516
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
VIA 08 RENAVAL 2019 01 0001 1904 EXERCÍCIO
1 0091204801-8 00/00000000 2019

NOME
SEVERINO PEREIRA DA SILVA
CPF / CNPJ 25073915453 PLACA MNQ8733/PB
PLACA ANT / UF NOVO PB CHASSI 9C2KD03307R031218

ESPÉCIE TIPO COMBUSTÍVEL
PAS / MOTOCICLE / NAO ABLEX GASOLINA
MARCA / MODELO ANO FAB. / ANO MOD
HONDA / NXR150 BROS ES 2007 2007
CAP / POT / OIL CATEGORIA COR PREDOMINANTE
2 P / 149 / CI PARTIC VERMELHA

VENO / COTAS
1º 00/00/0000
2º
3º
FAIXA I.P.V.A. PARCELAMENTO / COTAS
0
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 00/00/0000
PRÊMIO TOTAL (R\$) 00/00/0000
DATA DE PAGAMENTO 08/03/2019

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA DE DOMÍNIO

LOCAL 0
QUEIMADAS - PB DATA 08/03/2019
33375 9393

DETRAN

CONTRAN

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PB Nº 014797753516 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2019 08/03/2019

VIA 1 25073915453 CPF / CNPJ MNQ8733/PB

RENAVAL 00912048018 MARCA / MODELO HONDA / NXR150 BROS ES

ANO FAB. 2007 ANO MOD. 2007 Nº CHASSI 9C2KD03307R031218

PRÊMIO TARIFÁRIO
PRÊMIO (R\$) 00/00/0000
CUSTO DO SEGURO (R\$) 00/00/0000
CUSTO TOTAL (R\$) 00/00/0000

COBERTURA
COBERTURA (R\$) 00/00/0000
COBERTURA TOTAL (R\$) 00/00/0000

PAGAMENTO
COTA ÚNICA 00/00/0000
PARCELADO 00/00/0000
DATA DE QUITAÇÃO 08/03/2019

SEGURO
SEGURO (R\$) 00/00/0000
SEGURO TOTAL (R\$) 00/00/0000

SEGURO LÍDER - DPVAT
CNPJ 08.245.000/0001-04
9393-0944374-20190308

DUT



ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL
CONSELHO SECCIONAL DA PARAIBA
IDENTIDADE DE ADVOGADO

NOME
 JANDUI BARBOSA DE ANDRADE

FILIAÇÃO
 SINDOLEO BARBOSA DE ANDRADE
 EUNICE SERAFIM DE SOUZA

NATURALIDADE
 FAGUNDES-PB

DATA DE NASCIMENTO
 18/03/1971

RG
 1387818 - SSP-PB

CPF
 723.814.924-49

COADJUV DE ORGAO E TERCIO
 NAO

VIA
 01

EXPIRACAO EM
 17/11/2009

ASSINATURA
 JANDUI BARBOSA DE ANDRADE

LOCAIS DE EMISSAO
 JOSE MARIE PEREIRA JUNIOR

TEM RE PUBLICA EM TODO O TERRITORIO NACIONAL 02827054

USO OBRIGATORIO
IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS
 (Art. 13 da Lei nº 8.906/94)

FOTO

ASSINATURA DO PORTADOR
 Jandui B. Andrade

COAB


OBSERVAÇÕES

BARCODE

Solicitação - Urgente

Documentação médica - hospitalar



 ESTADO DA PARAÍBA PREFEITURA MUNICIPAL DE QUEIMADAS SECRETARIA DE SAÚDE		SEXO: (X) M () F		IDADE:																								
NOME: <u>Silviana Pereira da Silva</u>		CIDADE: <u>Queimadas</u>																										
NÚMERO DA OCORRÊNCIA: <u>3763394</u>		LOCAL DA OCORRÊNCIA: <u>Sítio Loureiro</u>																										
DATA: <u>03-03-19</u>	HORA: <u>09:56</u>	ALERGIAS: <u>nenhuma</u>																										
MEDICAÇÃO EM USO:		ANTECEDENTES:																										
MÉDICO REGULADOR: <u>Dr. R. ...</u>		MÉDICO USA:		USA: () USB: (X) <u>40</u>																								
ENFERMEIRO(A): <u>Adriana Alina ...</u>		COREN nº <u>413035</u>		COREN nº <u>1224976</u>																								
TÊC. DE ENFERMAGEM: <u>Alf. ...</u>		CONDUTOR: <u>Adriana Alina ...</u>																										
TIPO DE AGRAVO: <table border="0"> <tr> <td>() Acidente de motocicleta</td> <td>() FAF</td> <td>() Quase afogamento/Afogamento</td> </tr> <tr> <td>(X) Acidente de trânsito</td> <td>() FAF</td> <td>() Queda _____ metros</td> </tr> <tr> <td>() Agressão</td> <td>() Gineco-obstétrico</td> <td>() Queda da própria altura</td> </tr> <tr> <td>() Clínico</td> <td>() Lesões térmicas</td> <td>() Queda de andaime</td> </tr> <tr> <td>() Desabamento/Soterramento</td> <td>() Pediátrico</td> <td>() Queimaduras</td> </tr> <tr> <td>() Eletrocussão</td> <td>() Psiquiátrico</td> <td>() Outros: <u>edema pulmonar e renal</u></td> </tr> </table>					() Acidente de motocicleta	() FAF	() Quase afogamento/Afogamento	(X) Acidente de trânsito	() FAF	() Queda _____ metros	() Agressão	() Gineco-obstétrico	() Queda da própria altura	() Clínico	() Lesões térmicas	() Queda de andaime	() Desabamento/Soterramento	() Pediátrico	() Queimaduras	() Eletrocussão	() Psiquiátrico	() Outros: <u>edema pulmonar e renal</u>						
() Acidente de motocicleta	() FAF	() Quase afogamento/Afogamento																										
(X) Acidente de trânsito	() FAF	() Queda _____ metros																										
() Agressão	() Gineco-obstétrico	() Queda da própria altura																										
() Clínico	() Lesões térmicas	() Queda de andaime																										
() Desabamento/Soterramento	() Pediátrico	() Queimaduras																										
() Eletrocussão	() Psiquiátrico	() Outros: <u>edema pulmonar e renal</u>																										
SISTEMA NEUROLÓGICO: <table border="0"> <tr> <td>() Agitado</td> <td>() Coma</td> <td>(X) Consciente</td> <td>() Convulsão</td> </tr> <tr> <td>() Desorientado</td> <td>(X) Orientado</td> <td>() Otorrágia</td> <td>() Sonolência</td> </tr> </table>					() Agitado	() Coma	(X) Consciente	() Convulsão	() Desorientado	(X) Orientado	() Otorrágia	() Sonolência																
() Agitado	() Coma	(X) Consciente	() Convulsão																									
() Desorientado	(X) Orientado	() Otorrágia	() Sonolência																									
PUPILAS: () Anisocóricas () Anisócoras (X) Fotorreflexas (X) Isocóricas () Mideáticas () Mióticas																												
ESCALA DE COMA DE GLASGOW																												
ABERTURA OCULAR:	(1) Não abre (2) Com estímulo doloroso (3) Com estímulo auditivo (4) Espontânea																											
RESPOSTA VERBAL:	(1) Não verbaliza (2) Sons ou gemidos (3) Palavras impróprias (4) Confuso (5) Orienta																											
RESPOSTA MOTORA:	(1) Não reage (2) Reage a dor com extensão (3) Reage com flexão anormal (4) Flexão normal																											
TOTAL: <u>5</u>	(5) Localiza a dor (6) Obedece às ordens e movimentos espontâneos																											
PELE:	(X) Afebril () Acianótica () Anictérica () Cianótica () Hipertérmico () Hipocorada () Hipotérmico () Ictérica (X) Normocorada																											
SISTEMA CARDIOVASCULAR: () Bradicardia () Hipertensão () Hipotensão (X) Normocárdio (X) Normotensão																												
SINAIS VITAIS: VAA: (X) Livre () Obstruída		RESPIRAÇÃO: () >30rpm (X) <30rpm PA: <u>130</u> x <u>80</u>																										
PULSO RADIAL: (X) Presente () Ausente		Glicemia: <u>163</u> mg/dl FC: <u>39</u> /SAT O ₂ : <u>95</u> T. Axilar:																										
EXAME GINECO-OBSTÉTRICO: () Abortamento () Hemorragia Vaginal () Trabalho de parto () Outros:																												
TERAPÊUTICA/MEDICAMENTOS (prescrição por telemedicina): <u>Sero sintoma batista com 10 dias de uso</u> <u>10 dias de uso - foto de 30/34</u>																												
SISTEMATIZAÇÃO DE ENFERMAGEM (diagnóstico): <table border="0"> <tr> <td>(X) Ansiedade</td> <td>(X) Dor aguda</td> <td>() Náuseas</td> </tr> <tr> <td>() Comunicação verbal prejudicada</td> <td>() Hipertermia</td> <td>() Padrão respiratório ineficaz</td> </tr> <tr> <td>() Confusão aguda</td> <td>() Hipotermia</td> <td>() Retenção urinária</td> </tr> <tr> <td>() Constipação</td> <td>() Integridade da pele prejudicada</td> <td>() Termorregulação ineficaz</td> </tr> <tr> <td>(X) Deambulação prejudicada</td> <td>() Integridade tissular prejudicada</td> <td>() Ventilação espontânea prejudicada</td> </tr> <tr> <td>() Débito cardíaco diminuído</td> <td>() Interação social prejudicada</td> <td>() Volumes de líquidos deficientes</td> </tr> <tr> <td>() Desobstrução ineficaz das VAA</td> <td>() Intolerância à atividade</td> <td>() Volumes excessivos de líquidos</td> </tr> <tr> <td>() Disreflexia autonômica</td> <td>() Mucosa oral prejudicada</td> <td>() Outros:</td> </tr> </table>					(X) Ansiedade	(X) Dor aguda	() Náuseas	() Comunicação verbal prejudicada	() Hipertermia	() Padrão respiratório ineficaz	() Confusão aguda	() Hipotermia	() Retenção urinária	() Constipação	() Integridade da pele prejudicada	() Termorregulação ineficaz	(X) Deambulação prejudicada	() Integridade tissular prejudicada	() Ventilação espontânea prejudicada	() Débito cardíaco diminuído	() Interação social prejudicada	() Volumes de líquidos deficientes	() Desobstrução ineficaz das VAA	() Intolerância à atividade	() Volumes excessivos de líquidos	() Disreflexia autonômica	() Mucosa oral prejudicada	() Outros:
(X) Ansiedade	(X) Dor aguda	() Náuseas																										
() Comunicação verbal prejudicada	() Hipertermia	() Padrão respiratório ineficaz																										
() Confusão aguda	() Hipotermia	() Retenção urinária																										
() Constipação	() Integridade da pele prejudicada	() Termorregulação ineficaz																										
(X) Deambulação prejudicada	() Integridade tissular prejudicada	() Ventilação espontânea prejudicada																										
() Débito cardíaco diminuído	() Interação social prejudicada	() Volumes de líquidos deficientes																										
() Desobstrução ineficaz das VAA	() Intolerância à atividade	() Volumes excessivos de líquidos																										
() Disreflexia autonômica	() Mucosa oral prejudicada	() Outros:																										
INTERVENÇÕES: <div style="text-align: right;"> <u>Recebido no</u> <u>Dr. Antônio ...</u> <u>H. Trauma</u> <u>CE-03-03-19</u> </div>																												

ANOTAÇÕES

ANOTAÇÕES DO(A) ENFERMEIRO(A)


Paciente vítima de colisão entre moto X moto, o mesmo estava na moto veloz que estava sem capacete, mas no momento da colisão a moto estava sem capacete. Chegou IS, nega lesões e dormiu, nega dor com fratura exposta no nível de tornozelo direito e provavelmente com lesões de tecido mole no pé e tornozelo esquerdo, realizado imobilização local e protocolo de trauma, e depois afibiar, remeter para diagnóstico com pedes hipotermicos, encaminhado, encaminhado. Passado para urgência e no encaminhado ao Hospital de Trauma de Campinas Grande.

Anaíne Alves Costa
COREN 417.035
ENFERMEIRA

ANOTAÇÕES DO(A) TÉCNICO(A) DE ENFERMAGEM:

Paciente vítima de colisão entre moto X ônibus, estava na moto, "SFC" estava com capacete, no momento da colisão a moto estava sem capacete. Chegou IS, apresentando fratura exposta no nível do tornozelo direito e provavelmente fratura no pé esquerdo. Feito imobilização e encaminhado para Hospital de Trauma, Campinas Grande.

Data da internação: 23/03/2019 Hora: 12:20:06

 SUS		Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde
LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			
Identificação do Estabelecimento de Saúde			
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2 - CNES	
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES		2362856	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CNES	
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES		2362856	
Identificação do Paciente			
5 - NOME DO PACIENTE		6 - Nº DO PRONTUÁRIO	
SEVERINO PEREIRA DA SILVA		1859239	
7 - CARTÃO DO SUS	8 - DATA DE NASCIMENTO		9 - SEXO
705007443032558	15/04/1958		Masc <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL		11 - TELEFONE DE CONTATO	
ANAIZA TAVARES DA SILVA		DD 83 Nº DE TELEFONE 91372635	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)			
SITIO LAGOA DE JUCA, 0, ZONA RURAL			
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO	15 - UF
Queimadas		251250	PB
		16 - CEP	
		58475000	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS			
Paralela vítima de acidente de moto com fratura no pé esquerdo e ferimento no pé direito.			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO			
Necessidade de tratamento cirúrgico.			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)			
Exame físico + Rax - X			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL			
fratura luxação do talus @ Exposto			
21 - CID 10 PRINCIPAL			
22 - CID 10 SECUNDÁRIO			
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS			
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
26 - CLÍNICA	27 - CARATER DA INTERNAÇÃO	28 - DOCUMENTO (X) CNS () CPF	29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
	02		980016004457154
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		31 - DATA DA SOLICITAÇÃO	32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)
ANTONIO DE SA BARRETO GONDIM NETO		23/03/2019	DR. JOSE RENNA GOMES CRM - PB 9127
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	36 - CNPJ DA SEGURADORA		37 - Nº DO BILHETE
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO			38 - SÉRIE
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	39 - CNPJ EMPRESA		40 - CNAE DA EMPRESA
			41 - CBOR
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO			
AUTORIZAÇÃO			
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - Cód. ORGÃO EMISSOR	
45 - DOCUMENTO () CNS () CPF		46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
/ /			
49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			



Rua Capitão José da Luz, 25ª Empresarial Joaquim Cardoso
Sala 901/902 - Coelhos - Recife/PE - CEP: 50.070-540
CNPJ: 26.296.089/0001-79

0730

Paciente: Valdemar Pereira da Silva
Hospital: da Farmácia de L. Sacramento
Médico: Dr. Augusto + Dr. Euterbio
Data da Cirurgia: 03/04/18 Procedimento: Ex + Placa Tibial
Prontuário: 1859170 Convênio: _____
Instrumentadora(O): ONE Circulante: _____

Quant.	Materiais Utilizados	Lote
01	Placa em L 2x5 direita	4,5
02	Placa em L 2x5 esquerda	4,5
06	Parafusos Antitorno 4,5	
	2 2 1 1	
	28 47 44 56	
03	Parafusos Bapromed 6,5	
	L L C / L	
	20 85 Roda 16 / 80 Roda 32	

Dr. Ester Fabrício A. Cruz
 MR ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
 CRM-PB 9903

Recife, 25 de 04 de 2019

Circulante

Médico Responsável

Dr. Euler Fabrício A. Cruz
MR ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 9907

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

[illegible]

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

CIRCULANTE 1954
 CUBA - B. JUNE
 DE EN. RAACIA
 MOREN - PB 709.72

MOD 056

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB.
NOME: Wagner Luiz Egito De Araujo

CNPJ: 08.778.268/C

Data: 03/04/2019



**GOVERNO
DA PARAÍBA**



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

Número do Prontuário: 131429

DATA DA CIRURGIA: 31/12/1969

Número do Atendimento: 1859239 Clín: ORTOPEDIA 1 / Enf: 3 / Lei: 3

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: SEVERINO PEREIRA DA SILVA

Data da Internação: 23/03/2019

Atendimento: 1859239

Diagnostico Pré-Operatório: FRATURA PL

Diagnostico Pós-Operatório:

Cirurgia: Data da Cirurgia:

Equipe:

Cirurgião: ANDRE RIBEIRO ARAUJO MENEZES

Aux 1: EVERLAN DA SILVA MEIRA

Aux 2:

Aux 3:

Instrumentador:

Anestesista: RICARDO JOSE RAMOS LOUREIRO

Tipo de anestesia: RAQUI

Relatório Imediato do Patologista: NAO

Exame Radiológico no Ato: SIM

Acidente Durante Operação: NAO

Descrição da Operação: 01-PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB ANESTESIA

02-ASSEPSIA E ANTISSEPSIA

03-COLOCAÇÃO DE CAMPOS CIRURGICOS ESTÉREIS

04-INCISÃO EM FACE ANTERO MEDIAL E LATERAL DE PERNÁ DIREITA + DISSECÇÃO POR PLANOS + HEMOSTASIA

05- REDUÇÃO CRUENTA DE FRATURA + OSTEOSÍNTESE COM DUAS PLACAS EM L 4.5 2X5 + PARAFUSOS CORTICAIS E ESPONJOSOS, SOB ESCOPIA

06- LAVADO FO COM SF(0,9%) + SUTURA + CURATIVOS

Data 03/04/2019

Assinatura/Carimbo

Wagner Luiz Egito De Araujo

Dr. Wagner Luiz Egito De Araujo
MR. ORTOPEDIA - TL: "ATOLOGIA"
P.R.M. - DE 8926

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE:		Seixorino Pereira da Silva DN-14/04/1958		GOVERNO DA PARAIBA	
QI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO	
		SUS	60 anos	1859170	
CIRURGIA	Trat cirúrgico de fratura de fêmur com placa e parafusos		CIRURGIÃO	Dr. Wagner	
ANESTESIA	Sedação profunda com morfina e propofol		ANESTESISTA	Dr. Shidderia	
INSTRUMENTADORA	DATA	INÍCIO	FIM		
	23/03/19	14:00	14:50		
Qt.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Bolsa Colostoma	Qt.	FIOS	
	Adrenalina amp.	Calef. p/ Oxyg.		Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.	Catet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix	
	Diazepam amp.	Compressa Grande		Catgut cromado Sertix	
01	Dimora amp. 0,12mg	Compressa Pequena		Catgut Simples	
	Dolanina amp.	Colonoide		Catgut Simples Sertix	
	Efrane ml	Dreno		Catgut Simples Sertix	
	Fenegan amp.	Dreno Kerr nº		Catgut Simples Sertix	
	Fentanil ml	Dreno Penrose nº		Cera p/ osso	
	Inova ml	Dreno Pezzer nº		Ethibond	
	Ketalar ml	Equipo de Macrogotas		Ethibond	
02	Mercaina 0,5% 1ml	Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Nubahin amp.	Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix	
	Pavulon amp.	Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix	
	Protigmine amp.	Esparadrapo Larco cm		Fio de Algodão Sutupak	
	Protoxido l/m	Furacim ml		Fio de Algodão Sutupak	
	Quelicin ml	Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardiaca	
	Rapifen amp.	H ₂ O, ml	04	Mononylon nº 3-0	
	Thionembatal ml	Intracath Adulto		Mononylon	
	Tracrilm amp.	Intracath Infantil		Prolene Serfix	
Qt.	MEDICAÇÕES	Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Serfix	
03	Agua 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		Vicryl Serfix	
	Flebocortid amp.	Luvas 8.0		Vicryl Serfix	
	Geramicina amp.	Luvas 8.5			
	Glicose amp.	Oxigênio l/m			
	Glucon de Cálcio amp.	Poliflix			
	Haemacel ml.	PVPI Degemante ml			
	Heparema ml.	PVPI Tópico ml.	Qt.	SOROS	
	Kanakion amp.	Sabão Antisséptico	02	SG Normotérmico fr 500 ml	
	Lasix amp.	Saco coletor		SG Gelado fr 500 ml	
	Medrothinazol.	Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml	
	Plasil amp.	Seringa desc. 20 ml	03	SG Ringr fr 500 ml	
	Prolamina	Seringa desc. 05 ml		SG fr 500 ml	
	Revivan amp.	Sonda		30ccnt SF p/ lavat	
	Stupianon amp.	Sonda folley	Qt.	ORTESE E PROTESE	
	Cefalotina 1g	Sonda Nasogática	01	Sist de drenagem para Sertix	
02	Clorazepato	Sonda Uretral nº		line fix p/ fixar	
01	nausea dreen	Sterydrem ml		para intra medular e i.v.	
		Torneirinha	01		
Qt.	MATERIAIS / SOLUÇÕES	Vaselina ml			
	Agulha desc. 25 x 7	Gelcon 18	02	Sist de drenagem nº 2.5	
03	Agulha desc. 28 x 28 40x12	Látex			
	Agulha desc. 3 x 4.5			EQUIPAMENTOS	
01	Agulha p/ raque nº 2.5			() Oxímetro de Pulso	
0.5	Alcool de Enfermagem			() Serra	
	Alcool Iodado ml			() Desfibrilador	
04	Aladuras de Crepon 13cm			() Foco Frontal	
	Aladuras de Gessada			() Fonte de Luz	
	Azul metileno amp.			() Foco Auxiliar	
	Benzina ml			() Eletrocautério	
				() Oxiciptógrafo	
				(X) Cardiomonitor	
				(X) Perfurador Elétrico	



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

ATESTADO

ATESTAMOS PARA OS DEVIDOS FINS QUE O(A) SR. (A): SEBASTIÃO PEREIRA DA SILVA
PORTADOR(A) DA CARTEIRA PROFISSIONAL Nº. _____
SÉRIE _____ ESTEVE INTERNADO(A) NESTA UNIDADE HOSPITALAR SUBMETENDO-SE A
TRATAMENTO ESPECIALIZADO DE ENTIDADE NOSOLÓGICA DE Nº: 392.2 NO CID. DURANTE
O PERÍODO DE 23 / 03 / 19 A 08 / 04 / 19 NECESSITANDO DE
90 (NOVENTA) DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES.

Campina Grande 08 / 04 / 19

Ass. do Médico Dr. Wagner de Araújo
MR. ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM - PB 8928

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____ autorizo o
Dr., _____ a registrar o diagnóstico
codificado CID ou por extenso neste atestado médico.

Ass. do Paciente ou Responsável