



Número: **0801132-71.2019.8.15.0981**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Mista de Queimadas**

Última distribuição : **12/06/2019**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
IVANILDO FERNANDO DA SILVA (AUTOR)	INACIO BRUNO SARMENTO (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
48935 222	22/09/2021 15:27	<u>2730176_CONTESTACAO_Anexo_02</u>	Outros Documentos

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.
Documento não é segunda-via de conta.
Boleto para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica - Nº 003.578.563



ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
BR 230 - KM 158 - Alça Sudoeste - Três Irmãs - Campina Grande / PB - CEP 58423-700
CNPJ 08.826.596/0001-95 Insc. Est. 16.003.839-1

DADOS DO CLIENTE

MARIA IVONE DA SILVA SOUSA
RUA GEORGE PENHA DE MELO 1101
QUEIMADAS

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

4/169482-7

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
ABR/2019	24/04/2019	71	02/05/2019	R\$ 63,69

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
00190.00009 02957.450006 00099.793176 3 7877000006369				
Pagador: MARIA IVONE DA SILVA SOUSA CNPJ/CPF: 373.138.274-15				
RUA GEORGE PENHA DE MELO 1101 - CJ CASSIO LIMA - QUEIMADAS / PB - CEP 00000-000				
Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
29574500000099793	000169482201904	02/05/2019	R\$ 63,69	
BENEFICIÁRIO: ENERGISA BORBOREMA DISTRIB DE ENERGIA SA ROD BR 230 KM 158, 4799 - A SUDOESTE - TRES IRMAS - CAMPINA GRANDE / PB - CEP 58423-700 Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2057-5				



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/09/2021 15:27:09
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21092215270871900000046443482>
Número do documento: 21092215270871900000046443482

Num. 48935222 - Pág. 1



PREFEITURA MUNICIPAL DE ALCANTIL

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA SAMU - 192

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que o Senhor Ivanildo Fernando da Silva, Nascido em 06/05/1995, portador do Registro Civil nº 12.830. Residente no Município de Queimadas. Vítima de um acidente, colisão de moto com carro na BR 104, no dia 15/11/2018. O mesmo foi socorrido pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192, do município de Alcantil para o Hospital de Trauma em Campina Grande.

Alcantil, 14/12/2018.

Josineide Maria de Macêdo Capibaribe

Josineide Maria de Macêdo Capibaribe

Coordenadora do SAMU 192

Josineide M^a de M. Capibaribe
Coordenadora do SAMU
Matrícula: 5407788-3





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
11ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLICIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE QUEIMADAS/PB



CERTIDÃO

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada que, revendo neste Cartório Policial a Pasta de Ocorrências nº01/19, o registro nº85/19, cujo teor na integra esta transrito: Aos VINTE E UM dias do mês de MARÇO do ano de dois mil e dezenove, nesta cidade de Queimadas, Estado da Paraíba e na DEPOL LOCAL, presente a Autoridade Policial, Bel^r. **DIANNI REGINA DE B. SILVA**, comigo, Escrivão (ã) de Polícia de seu cargo, ao final assinado (a) e declarado (a), aí, por volta das 09:24 horas, compareceu (o) a Senhor (a) **IVANILDO FERNANDO DA SILVA**, brasileiro, com 23 anos, reciclador, natural de Taquaritinga do Norte/PE, rg: 9.804.139 SSP/PB, nascido em 06/05/1995, em união estável, sem instrução, filho de José Luiz Fernando da Silva e de Ivonize Pereira da Silva, residente na Rua George Penha de Melo, 1101, Cássio C. Lima, Queimadas/PB, o qual depois de cientificado das penalidades cominadas no art. 299 do CPB vimos notificar o **SEGUINTE: QUE no dia 15/11/2018, por volta das 17:00 horas, conduzia a sua motocicleta HONGA CG 125 FAN (placa MFF 1354/SC, de cor preta, ano de fabricação 2008, chassi 9C2JC30708R172043), Pela BR104, sentido Alcantil-Queimadas/PB, quando ainda no trecho pertencente a Alcantil, quando um veiculo Corsa, modelo novo, saiu de uma estrada vicinal e adentrou repentinamente na pista de rolamento a frente do declarante; QUE o declarante não conseguiu evitar uma colisão; QUE colidiu a sua motocicleta com o veiculo e caiu no acostamento; QUE o motorista do veiculo Corsa ficou no local por alguns instantes, inclusive pediu ajuda a outros condutores de veiculo que ali passavam; QUE o declarante foi socorrido pelo Samu e encaminhado ao Hospital de Trauma de Campina Grande/PB; QUE o declarante sofreu uma fratura no fêmur esquerdo; QUE o declarante foi submetido a uma cirurgia; QUE o declarante se encontra fazendo fisioterapia; QUE o motorista causador do acidente mandou por três vezes cestas básicas para a casa do declarante; QUE o declarante não sabe informar quem é o motorista, apenas soube que nome é ROBSON e nada mais; QUE o declarante veio comunicar o fato para que possa acionar o Seguro Dpvat; QUE apresenta como suas testemunhas as seguintes pessoas: MARIA LUZINETE DA SILVA, residente na Rua George Penha de Melo, 1101, Cássio C. Lima, nesta cidade; e DANIELA FERNANDES DA SILVA, residente na Rua George Penha de Melo, 1101, Cássio C. Lima, nesta cidade. Era o que tinha a Certificar. Eu Thomas J. Nunes Farias, escrivão que o digitei, dato e assino.**

Queimadas - PB, 21 de MARÇO de 2019

Declarante/noticiante:

IVANILDO FERNANDO DA SILVA
IVANILDO FERNANDO DA SILVA

Escrivão (ã):

Thomas J. Nunes Farias
THOMAS J. NUNES FARIAS





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:	Nome completo da vítima:	
0371446159	71842334417	Ivamildo Fernando de Souza	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:		CPF:	71842334417
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
Encadador.	Rua Georgeinho de Mello	1101	
Bairro:	15 Conde C. Lima	Cidade:	Blumenau
E-mail:	Ivoisbruno.sch@gmail.com		
Estado:	SC	CEP:	58675000
Tel.(DDD):	83 33341289		

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)
AGÊNCIA: 0041	CONTA: 554498 5
(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 discordo do seu conteúdo.

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

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, <u>Campos do Grande - PR 22/05/2019</u>
Nome:	<u>Ivamildo Fernando de Souza</u>
CPF:	<u>71842334417</u>

(*) Assinatura de quem assina A ROGO
Ivamildo Fernando de Souza
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) 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.

FPS.001 V001/2018

TESTEMUNHAS
1º Nome: _____
CPF: _____
Assinatura
2º Nome: <u>22 Mai 2019</u>
CPF: _____

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 23 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190337059 **Vítima: IVANILDO FERNANDO DA SILVA**

Data do Acidente: 15/11/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), IVANILDO FERNANDO 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, contados 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

Carta nº 14349387

Pag. 01221/01222 - carta_01 - INVALIDEZ





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:	Nome completo da vítima:	
0371446159	71842334417	Ivamildo Fernando de Souza	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:		CPF:	71842334417
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
Encadador.	Rua Georgeinho de Mello	1101	
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
15 Conde C. Lima	Blumenau	SC	88675000
E-mail:	Ivoisbruno.sch@gmail.com		
Tel.(DDD): 83 33341289			

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
AGÊNCIA: 0041 CONTA: 554498 5	(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 discordo 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 Falecidos: 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, Campina Grande - PB 22/05/2019
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) 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.

FPS.001 V001/2018



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/09/2021 15:27:09
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21092215270871900000046443482

Número do documento: 21092215270871900000046443482

Num. 48935222 - Pág. 6

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0171446/19

Vítima: IVANILDO FERNANDO DA SILVA

CPF: 718.423.344-17

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

Data do acidente: 15/11/2018

Titular do CPF: IVANILDO FERNANDO DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

IVANILDO FERNANDO DA SILVA : 718.423.344-17

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: 22/05/2019
Nome: IVANILDO FERNANDO DA SILVA
CPF: 718.423.344-17

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/05/2019
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

IVANILDO FERNANDO DA SILVA

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA





Seguradora Líder • DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS **ID**

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Isomildo Fernando de Souza
 DATA DO ACIDENTE 35/11/2018 CPF DA VÍTIMA 71842339417
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Isomildo Fernando de Souza
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VÍTIMA REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTEESCO COM
 A VÍTIMA É Isomildo Fernando de Souza
 ENDEREÇO DO PORTADOR Rua George Pinto de Souza
 Nº 1101 COMPLEMENTO Casa C. Souza BAIRRO Centro
 CIDADE Umuarama UF PR CEP 58475-000
 E-MAIL TELEFONE (48) 33341288

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML, DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA.
- BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAISS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAISS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- MORTE = R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURO.DOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 22/05/2019IDENTIDADE 9804139ASSINATURA Isomildo Fernando de Souza

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURODORA

DATA 22/05/2019NOME CORRETORA DE SEGUROSASSINATURA 

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/09/2021 15:27:09

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21092215270871900000046443482>

Número do documento: 21092215270871900000046443482

Num. 48935222 - Pág. 8



**Ministério da Fazenda
Receita Federal**

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF



Número
718.423.344-17

Nome
IVANILDO FERNANDO DA SILVA

Nascimento
06/05/1995

CÓDIGO DE CONTROLE
E33A.4799.1303.928A



Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 09:02:48 do dia 01/03/2019 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/09/2021 15:27:09
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21092215270871900000046443482>
Número do documento: 21092215270871900000046443482

Num. 48935222 - Pág. 9

15/11/2018

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



ATENDIMENTO URGENCIA

PRONT (B.E) Nº:1774833 CLASS. DE RISCO: VERMELHO

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

Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Mâvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 15/11/2018

Boleto de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: Sidney Siqueira De Araujo Junior

PACIENTE: IVANILDO FERNANDO DA SILVA CEP:58475000 Nascimento:01/06/1995

Endereço: SAMU DE ALCANTIL

Sexo: M Telefone:

Cidade: Queimadas Idade:023 Bairro: ZONA RURAL

Nome da Mãe: RG: N°:0

Responsável: CPF: Profissão:

Estado Civil: Data de Atend:15/11/2018 CNS:898959419441 22-AU-2019

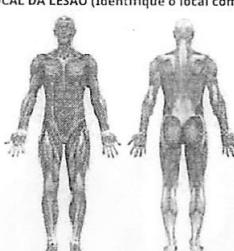
Motivo: ACIDENTE DE MOTO MOTO X MOTO Hora: 18:16:22 CONVÉNIO:SUS

Médico: CRM: Especialidade:

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. Cretação
6. Dor
7. Edema
8. Empalhamento
9. Enfisema subcutâneo
10. Esmagamento
11. Equimose
12. F. Arma branca
13. F. Arma de fogo
14. F. Cortiço
15. F. Cortante
16. F. Corte-contuso
17. F. Perfuro-contuso
18. F. Perfuro-cortante
19. Fratura óssea fechada
20. Fratura óssea aberta
21. Hematoma
22. Inurgitamento Venoso
23. Lacerção
24. Lesão tendinária
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento torácico paradoxal
28. Objeto Encravado
29. Oterragia
30. Paralisia
31. Paresia
32. Parestesia
33. Queimadura
34. Rincorrágia
35. Sinais de Isquemia
- 36.

OBS:

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

DIGNOSTICO / CID:

HTCG-Painel Administrativo

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

paciente com rebote da dor na coxa e moto e cerca de 2h. Traga pelo dia e na noite. Negar lesão e roncos. Dor e deformidade em coxa e,

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS () Fotorreagentes () Isocônicas () Anisocônicas ()

Glasgow (3 PA HGT: Sat02

LIFESAVING CORRETORA DE SEGUROS

REALIZADO

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais () Ultrassonografia:

() Gasometria arterial () Radiografias:

() Tomografia Computadorizada ()

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: On 22-AU-2019 às: 18:20 Dia: / /

Especialista: / / às: 18:20 Dia: / /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	João So C. Gerd 18:20	
2		
3		
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

José Clementino
Endoscopista
CRM PB 488



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

Ficha de Acolhimento

Nome:	Isamilde Fernando da Silveira	
End:	Traz Samu d. Alcantarilha	Bairro: Quilombo
Data de Nascimento:	23/03/1980	Documento de Identificação:
Queixa:	acidente de moto	Data do Atend.: 15-11-18 Hora: 18:15 Documento:
Acidente de trabalho?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

Classificação de Risco

Nível de consciência:	<input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Baixo	Aspecto:	<input type="checkbox"/> Calmo <input type="checkbox"/> Fáceis de dor <input type="checkbox"/> Gemente
Frequência respiratória:	Frequência cardíaca:		
Pressão arterial:	Temperatura axilar:		
Dosagem de HGT:	Mucosas: <input type="checkbox"/> Normocorada <input type="checkbox"/> Pálida		
Deambulação:	<input type="checkbox"/> Livre <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Maca		



Estratificação

Lima Siqueira
 Vermelho - atendimento imediato
 Verde - atendimento até 4 horas

Dra. Poliana Katiúscia A. F.
Enfermeira
 Amarelo - atendimento até 1 hora
 Azul - atendimento ambulatorial

Assinatura e carimbo do profissional



DIAGNÓSTICO

PO. Fx femur (F)

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO





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

Diagnóstico

PO	Ex	FÉMUR	(E)

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Data	Prescrição Médica	Alojamento	Horário	Evolução Médica
28/11	1. DIETA LIVRE	1		ORTOPEDIA
	2. SRL-1500ML EV-24H			
	4. DIPIRONA 1G EV 6/6H			
	5. TILATIL 20 mg + AD - EV 12/12h			
	6. TRAMAL 100MG + 100ML SF EV 8/8H SE DOR			
	7. NAUSEDRON 1 FA + AD EV 8/8H SN			
	8. CLEXANE 40 UI- SC 1x/DIA			
	9. OMEPRAZOL 40MG EV JEJUM, Digo VD			
	10. SSIV + CCGG			
D2	11. LEVO FLO XACÍNIO 750mg EV 24/24h			
	12. RETIRAR DRENA			

Dr. Schubert Costa
Spécialiste en Traumatologie
Cirurgia da Coluna
CRM 5523

Dr. Schubert Costa
Cirurgia da Coluna
CRM 5523

MOD. 035



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/09/2021 15:27:09
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21092215270871900000046443482>
Número do documento: 21092215270871900000046443482

Num. 48935222 - Pág. 13



CONTROLE CIRÚRGICO

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

MA

Paciente:

Hospital: Pygmalion C 6

Médico: Dr. Jeferson Dr. Bester

Data da Cirurgia: 27/01/18 Procedimento: F. Colorectal
Prontuário: 13411033 Série: 5228

Estrumentadora: Sperry Convenio: 100

Materiais Utilizados

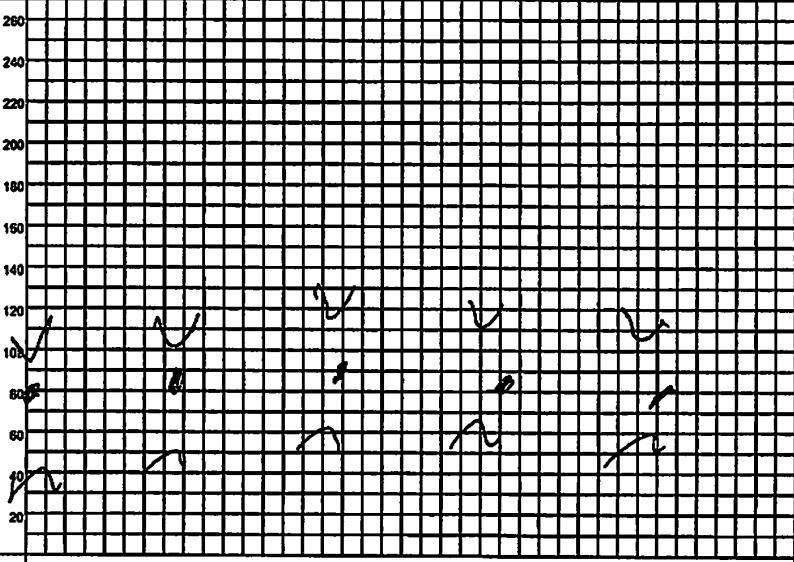
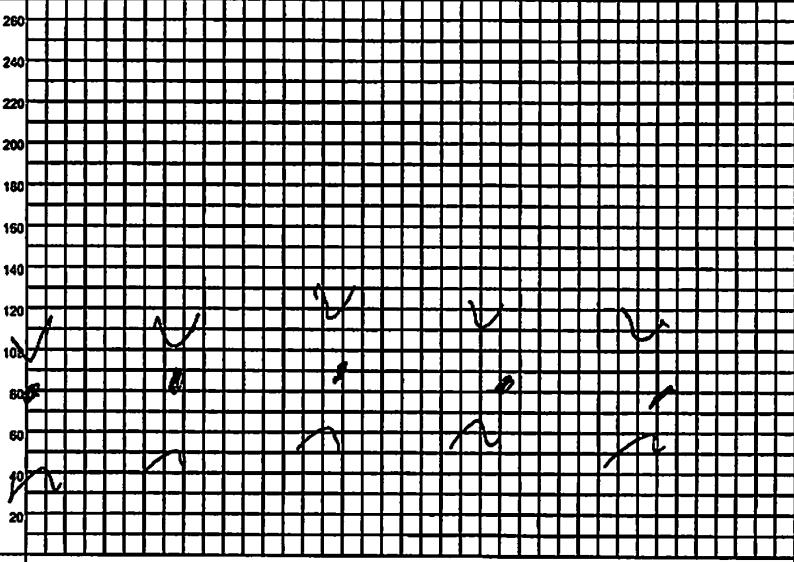
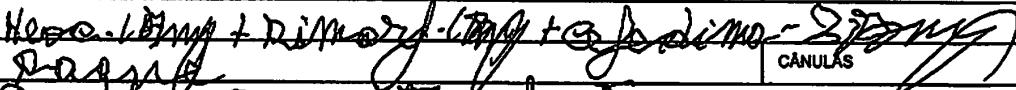
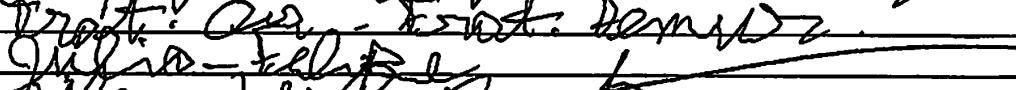
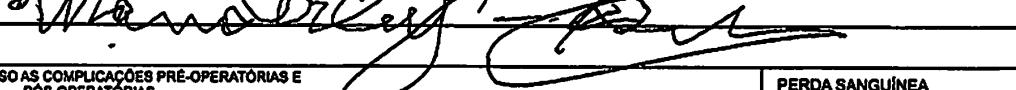
Recife, 27 de 11 de 2011

Circulante

Médico Responsável



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES			ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO		
FOLHA DE ANESTESIA		NOME <i>Propriado F. da Silveira</i>			IDADE	SEXO	COR		
DATA 07/09/18		PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA		
TIPO SANGUÍNEO		HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	URÉIA	OUTROS		
		URINA							
AP. RESPIRATÓRIO						ASMA	BRONQUITE		
AP. CIRCULATÓRIO						ELETROCARDIOGRAMA			
AP. DIGESTIVO 22/09/2019						DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIO	
ESTADO MENTAL						ATARÁXICOS	CORTICOIDES	ALERGIA	HIPOTENSORES
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO								ESTADO FÍSICO	RISCO
ANESTESIAS ANTERIORES									
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA						APLICADA	AS	EFETO	
AGENTES ANESTÉSICOS	O ²					INDUÇÃO			
						Satisf.: _____	Excit.: _____	Tosse: _____	
LÍQUIDOS						Laringo espasmo: _____	Lenta: _____		
						Náuseas: _____	Vômitos: _____		
						MANUTENÇÃO			
CÓDIGOS VP: ARTERIAL O: RESPIRAÇÃO AV: ANESTÉSICO O: OPERAÇÃO	260					ANESTESIA SATISF.: Sim _____ Não _____			
	240					Não, por quê? _____			
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES					DESPERTAR				
					Reflexos na SO: _____				
POSIÇÃO					Obstr.: _____	Co ₂ : _____	Excit.: _____		
					Náuseas: _____	Vômitos: _____			
AGENTES					Outros: _____				
					Com cânula: _____				
TÉCNICA					Paro o Leito Sim _____ Não _____				
					CONDIÇÕES: _____				
OPERAÇÃO									
					CÂNULAS				
CIRURGIOS									
ANESTESISTAS									
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.						PERDA SANGUÍNEA			

MOD. 068

FOLHA DE ANESTESIA - SRPB





Folha de Sala - Recuperação Pós-Anestésica

Paciente: <u>Juanílio Fernando da Silva</u>	Idade: <u>23 a</u>
Convênio: <u>SUS</u>	Data: <u>27.11.18</u>
Procedimento: <u>Trat. cirurg. natural MIE</u>	
22/11/2019	
Cirurgião: <u>Euclim + filha Crism</u>	Auxiliar:
CORRETOURA DE SÉ	
Início: <u>15:45</u>	Término: <u>17:00</u>
Anestesia <u>Ranqui</u>	

Observações:

10/87

Assinatura Anestesista

Circulante

Relatório de Operação

MOD 101



PACIENTE		Nome de informante da S.H.C. DN: 01/06/1995		CIRURGIA		Sala D3 SVS		IDADE		CONVENIO		LEITE			
GOVERNO DA PÁRIBA		CIRURGIA		ANESTESIA		ANESTESIA		CIRURGIA		CIRURGIA		ANESTESIA			
INSTRUMENTADORA		DATA		INICIO		15.11.18		13.11.18		FIM		04			
INSTRUMENTADORA		DATA		INICIO		15.11.18		13.11.18		FIM		04			
Adenofaringeamp.		Bolsa Colostomia		Qtd.		F10S		F10S		Qtd.		Adenofaringeamp.			
04		Alopinaamp.		Catal. De Unnar Sist. Fec.		Catal. Colomado Sertix		Catal. Colomado Sertix		Catal. Colomado Sertix		04		Fenagamamp.	
04		Dizopiramamp.		Compresa Granide		Catal. Colomado Sertix		Catal. Colomado Sertix		Catal. Colomado Sertix		04		Efraneamp.	
04		Dizopiramamp.		Compresa Pedreira		Catal. Colomado Sertix		Catal. Colomado Sertix		Catal. Colomado Sertix		04		Dolantinamp.	
04		Dizopiramamp.		Dreno Kerr.		Catal. Colomado Sertix		Catal. Colomado Sertix		Catal. Colomado Sertix		04		Fenagamamp.	
04		Fenagamamp.		Dreno Penrose		Cera/p. osso		Dreno Penrose		Cera/p. osso		04		Fenagamamp.	
04		Fenagamamp.		Inova		Elibond		Inova		Elibond		04		Fenagamamp.	
04		Ketalarml.		Equipode Macrogolas		Elibond		Equipode Macrogolas		Elibond		04		Ketalarml.	
04		Nubatinamp.		Inova		Dreno Fezzer.		Inova		Dreno Fezzer.		04		Nebcaina	
04		Nebcaina		% ml		Dreno Fezzer.		Dreno Fenz.		Dreno Fenz.		04		Nebcaina	
04		Rapifenamp.		H2O, ml		Intraearth Audito		H2O, ml		Intraearth Audito		04		Tracriumamp.	
04		Rapifenamp.		Mononylion		Mononylion		Mononylion		Mononylion		04		Decadronamp.	
04		Rapifenamp.		Fila cardaca		Fila cardaca		Fila cardaca		Fila cardaca		04		Flebocordilamp.	
04		Rapifenamp.		Quelchinml		Gaspe Pacote c/ 10 undades		Quelchinml		Gaspe Pacote c/ 10 undades		04		Glucoselamp.	
04		Rapifenamp.		Furocamml		Furocamml		Furocamml		Furocamml		04		Hepacema ml.	
04		Rapifenamp.		Furocamml		FVPI Degemane ml		FVPI Degemane ml		FVPI Degemane ml		04		Kanakampl.	
04		Rapifenamp.		PVPI Topico ml		Qtd.		PVPI Topico ml		Qtd.		04		Sabao Anestesia	
04		Rapifenamp.		SE Normalimico fr 500 ml		SE Normalimico fr 500 ml		SE Normalimico fr 500 ml		SE Normalimico fr 500 ml		04		Medolinazol.	
04		Rapifenamp.		SG Gelado fr 500 ml		SG Gelado fr 500 ml		SG Gelado fr 500 ml		SG Gelado fr 500 ml		04		Pialisamp.	
04		Rapifenamp.		SG Hipertermico fr 500 ml		SG Hipertermico fr 500 ml		SG Hipertermico fr 500 ml		SG Hipertermico fr 500 ml		04		Poliamina	
04		Rapifenamp.		SG Ringer fr 500 ml		SG Ringer fr 500 ml		SG Ringer fr 500 ml		SG Ringer fr 500 ml		04		Ryvianamp.	
04		Rapifenamp.		SG Gelado 10 ml		SG Gelado 10 ml		SG Gelado 10 ml		SG Gelado 10 ml		04		Sandia	
04		Rapifenamp.		SG Gelado 20 ml		SG Gelado 20 ml		SG Gelado 20 ml		SG Gelado 20 ml		04		Sandia Uteral n°	
04		Rapifenamp.		SG Gelado 500 ml		SG Gelado 500 ml		SG Gelado 500 ml		SG Gelado 500 ml		04		Sonda Nasogalactica	
04		Rapifenamp.		SG Ringer 500 ml		SG Ringer 500 ml		SG Ringer 500 ml		SG Ringer 500 ml		04		Sonda Uteral n°	
04		Rapifenamp.		SG Ringer 500 ml		SG Ringer 500 ml		SG Ringer 500 ml		SG Ringer 500 ml		04		Sondrem ml	
04		Rapifenamp.		SG Gelado 100 ml		SG Gelado 100 ml		SG Gelado 100 ml		SG Gelado 100 ml		04		Sonda Uteral n°	
04		Rapifenamp.		SG Gelado 300 ml		SG Gelado 300 ml		SG Gelado 300 ml		SG Gelado 300 ml		04		Torreminha	
04		Rapifenamp.		SG Gelado 500 ml		SG Gelado 500 ml		SG Gelado 500 ml		SG Gelado 500 ml		04		Vaseline ml	
04		Rapifenamp.		SG Gelado 700 ml		SG Gelado 700 ml		SG Gelado 700 ml		SG Gelado 700 ml		04		Agulha desc. 28 x 28	
04		Rapifenamp.		SG Gelado 1000 ml		SG Gelado 1000 ml		SG Gelado 1000 ml		SG Gelado 1000 ml		04		Agulha desc. 3 x 4,5	
04		Rapifenamp.		SG Gelado 1500 ml		SG Gelado 1500 ml		SG Gelado 1500 ml		SG Gelado 1500 ml		04		Qd. D5	
04		Rapifenamp.		SG Gelado 2000 ml		SG Gelado 2000 ml		SG Gelado 2000 ml		SG Gelado 2000 ml		04		Qd. D5	
04		Rapifenamp.		SG Gelado 2500 ml		SG Gelado 2500 ml		SG Gelado 2500 ml		SG Gelado 2500 ml		04		Qd. D5	
04		Rapifenamp.		SG Gelado 3000 ml		SG Gelado 3000 ml		SG Gelado 3000 ml		SG Gelado 3000 ml		04		Qd. D5	
04		Rapifenamp.		SG Gelado 3500 ml		SG Gelado 3500 ml		SG Gelado 3500 ml		SG Gelado 3500 ml		04		Qd. D5	
04		Rapifenamp.		SG Gelado 4000 ml		SG Gelado 4000 ml		SG Gelado 4000 ml		SG Gelado 4000 ml		04		Qd. D5	
04		Rapifenamp.		SG Gelado 4500 ml		SG Gelado 4500 ml		SG Gelado 4500 ml		SG Gelado 4500 ml		04		Qd. D5	
04		Rapifenamp.		SG Gelado 5000 ml		SG Gelado 5000 ml		SG Gelado 5000 ml		SG Gelado 5000 ml		04		Qd. D5	
04		Rapifenamp.		SG Gelado 5500 ml		SG Gelado 5500 ml		SG Gelado 5500 ml		SG Gelado 5500 ml		04		Qd. D5	
04		Rapifenamp.		SG Gelado 6000 ml		SG Gelado 6000 ml		SG Gelado 6000 ml		SG Gelado 6000 ml		04		Qd. D5	
04		Rapifenamp.		SG Gelado 6500 ml		SG Gelado 6500 ml		SG Gelado 6500 ml		SG Gelado 6500 ml		04		Qd. D5	
04		Rapifenamp.		SG Gelado 7000 ml		SG Gelado 7000 ml		SG Gelado 7000 ml		SG Gelado 7000 ml		04		Qd. D5	
04		Rapifenamp.		SG Gelado 7500 ml		SG Gelado 7500 ml		SG Gelado 7500 ml		SG Gelado 7500 ml		04		Qd. D5	
04		Rapifenamp.		SG Gelado 8000 ml		SG Gelado 8000 ml		SG Gelado 8000 ml		SG Gelado 8000 ml		04		Qd. D5	
04		Rapifenamp.		SG Gelado 8500 ml		SG Gelado 8500 ml		SG Gelado 8500 ml		SG Gelado 8500 ml		04		Qd. D5	
04		Rapifenamp.		SG Gelado 9000 ml		SG Gelado 9000 ml		SG Gelado 9000 ml		SG Gelado 9000 ml		04		Qd. D5	
04		Rapifenamp.		SG Gelado 9500 ml		SG Gelado 9500 ml		SG Gelado 9500 ml		SG Gelado 9500 ml		04		Qd. D5	
04		Rapifenamp.		SG Gelado 10000 ml		SG Gelado 10000 ml		SG Gelado 10000 ml		SG Gelado 10000 ml		04		Qd. D5	
04		Rapifenamp.		SG Gelado 10500 ml		SG Gelado 10500 ml		SG Gelado 10500 ml		SG Gelado 10500 ml		04		Qd. D5	
04		Rapifenamp.		SG Gelado 11000 ml		SG Gelado 11000 ml		SG Gelado 11000 ml		SG Gelado 11000 ml		04		Qd. D5	
04		Rapifenamp.		SG Gelado 11500 ml		SG Gelado 11500 ml		SG Gelado 11500 ml		SG Gelado 11500 ml		04		Qd. D5	
04		Rapifenamp.		SG Gelado 12000 ml		SG Gelado 12000 ml		SG Gelado 12000 ml		SG Gelado 12000 ml		04		Qd. D5	
04		Rapifenamp.		SG Gelado 12500 ml		SG Gelado 12500 ml		SG Gelado 12500 ml		SG Gelado 12500 ml		04		Qd. D5	
04		Rapifenamp.		SG Gelado 13000 ml		SG Gelado 13000 ml		SG Gelado 13000 ml		SG Gelado 13000 ml		04		Qd. D5	
04		Rapifenamp.		SG Gelado 13500 ml		SG Gelado 13500 ml		SG Gelado 13500 ml		SG Gelado 13500 ml		04		Qd. D5	
04		Rapifenamp.		SG Gelado 14000 ml		SG Gelado 14000 ml		SG Gelado 14000 ml		SG Gelado 14000 ml		04		Qd. D5	
04		Rapifenamp.		SG Gelado 14500 ml		SG Gelado 14500 ml		SG Gelado 14500 ml		SG Gelado 14500 ml		04		Qd. D5	
04		Rapifenamp.		SG Gelado 15000 ml		SG Gelado 15000 ml		SG Gelado 15000 ml		SG Gelado 15000 ml		04		Qd. D5	
04		Rapifenamp.		SG Gelado 15500 ml		SG Gelado 15500 ml		SG Gelado 15500 ml		SG Gelado 15500 ml		04		Qd. D5	
04		Rapifenamp.		SG Gelado 16000 ml		SG Gelado 16000 ml		SG Gelado 16000 ml		SG Gelado 16000 ml		04		Qd. D5	
04		Rapifenamp.		SG Gelado 16500 ml		SG Gelado 16500 ml		SG Gelado 16500 ml		SG Gelado 16500 ml		04		Qd. D5	
04		Rapifenamp.		SG Gelado 17000 ml		SG Gelado 17000 ml		SG Gelado 17000 ml		SG Gelado 17000 ml		04		Qd. D5	
04		Rapifenamp.		SG Gelado 17500 ml		SG Gelado 17500 ml		SG Gelado 17500 ml		SG Gelado 17500 ml		04		Qd. D5	
04		Rapifenamp.		SG Gelado 18000 ml		SG Gelado 18000 ml		SG Gelado 18000 ml		SG Gelado 18000 ml		04		Qd. D5	
04		Rapifenamp.		SG Gelado 18500 ml		SG Gelado 18500 ml		SG Gelado 18500 ml		SG Gelado 18500 ml		04		Qd. D5	
04		Rapifenamp.		SG Gelado 19000 ml		SG Gelado 19000 ml		SG Gelado 19000 ml		SG Gelado 19000 ml		04		Qd. D5	
04		Rapifenamp.		SG Gelado 19500 ml		SG Gelado 19500 ml		SG Gelado 19500 ml		SG Gelado 19500 ml		04		Qd. D5	
04		Rapifenamp.		SG Gelado 20000 ml		SG Gelado 20000 ml		SG Gelado 20000 ml		SG Gelado 20000 ml		04		Qd. D5	
04		Rapifenamp.		SG Gelado 20500 ml		SG Gelado 20500 ml		SG Gelado 20500 ml		SG Gelado 20500 ml		04		Qd. D5	
04		Rapifenamp.		SG Gelado 21000 ml		SG Gelado 21000 ml		SG Gelado 21000 ml		SG Gelado 21000 ml		04		Qd. D5	
04		Rapifenamp.		SG Gelado 21500 ml		SG Gelado 21500 ml		SG Gelado 21500 ml		SG Gelado 21500 ml		04		Qd. D5	
04		Rapifenamp.		SG Gelado 22000 ml		SG Gelado 22000 ml		SG Gelado 22000 ml		SG Gelado 22000 ml		04		Qd. D5	
04		Rapifenamp.		SG Gelado 22500 ml		SG Gelado 22500 ml		SG Gelado 22500 ml		SG Gelado 22500 ml		04		Qd. D5	
04		Rapifenamp.		SG Gelado 23000 ml		SG Gelado 23000 ml		SG Gelado 23000 ml		SG Gelado 23000 ml		04		Qd. D5	
04		Rapifenamp.		SG Gelado 23500 ml		SG Gelado 23500 ml		SG Gelado 23500 ml		SG Gelado 23500 ml		04		Qd. D5	
04		Rapifenamp.		SG Gelado 24000 ml		SG Gelado 24000 ml		SG Gelado 24000 ml		SG Gelado 24000 ml		04		Qd. D5	
04		Rapifenamp.		SG Gelado 24500 ml		SG Gelado 24500 ml		SG Gelado 24500 ml		SG Gelado 24500 ml		04		Qd. D5	
04		Rapifenamp.		SG Gelado 25000 ml		SG Gelado 25000 ml		SG Gelado 25000 ml		SG Gelado 25000 ml		04		Qd. D5	
04		Rapifenamp.		SG Gelado 25500 ml		SG Gelado 25500 ml		SG Gelado 25500 ml		SG Gelado 25500 ml		04		Qd. D5	
04		Rapifenamp.		SG Gelado 26000 ml		SG Gelado 26000 ml		SG Gelado 26000 ml		SG Gelado 26000 ml		04		Qd. D5	
04		Rapifenamp.		SG Gelado 26500 ml		SG Gelado 26500 ml		SG Gelado 26500 ml		SG Gelado 26500 ml		04		Qd. D5	
04		Rapifenamp.		SG Gelado 27000 ml		SG Gelado 27000 ml		SG Gelado 27000 ml		SG Gelado 27000 ml		04		Qd. D5	
04		Rapifenamp.		SG Gelado 27500 ml		SG Gelado 27500 ml		SG Gelado 27500 ml		SG Gelado 27500 ml		04		Qd. D5	
04		Rapifenamp.		SG Gelado 28000 ml		SG Gelado 28000 ml		SG Gelado 28000 ml		SG Gelado 28000 ml		04		Qd. D5	
04		Rapifenamp.		SG Gelado 28500 ml		SG Gelado 28500 ml		SG Gelado 28500 ml		SG Gelado 28500 ml		04		Qd. D5	
04		Rapifenamp.		SG Gelado 29000 ml		SG Gelado 29000 ml		SG Gelado 29000 ml		SG Gelado 29000 ml		04		Qd. D5	
04		Rapifenamp.		SG Gelado 29500 ml		SG Gelado 29500 ml		SG Gelado 29500 ml		SG Gelado 29500 ml		04		Qd. D5	
04		Rapifenamp.		SG Gelado 30000 ml		SG Gelado 30000 ml		SG Gelado 30000 ml		SG Gelado 30000 ml		04		Qd. D5	
04		Rapifenamp.		SG Gelado 30500 ml		SG Gelado 30500 ml		SG Gelado 30500 ml		SG Gelado 30500 ml		04		Qd. D5	
04		Rapifenamp.		SG Gelado 31000 ml		SG Gelado 31000 ml		SG Gelado 31000 ml		SG Gelado 31000 ml		04		Qd. D5	
04		Rapifenamp.		SG Gelado 31500 ml		SG Gelado 31500 ml		SG Gelado 31500 ml		SG Gelado 31500 ml		04			

Nome do Paciente		Nº Prontuário
Joaquim Fernandes da Silva		
Data da Operação	07.11.18	Enf. 0763
Operador	Dr. Felipe Guedes	1º Auxiliar Dr. Júlio (PES)
2º Auxiliar	Dr. Euler (MRS)	3º Auxiliar
Anestesia	Instrumentador	
Diagnóstico Pré-Operatório Fratura (desplacada) esquerda		
Tipo de Operação Osteosíntese		
Diagnóstico Pós-Operatório O mesmo		
Relatório Imediato da Patologia		
Exame Radiológico no Ato Não		
Acidente Durante a Operação Não		

DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO

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

- ① Preenche com DDH. Nô de anestesia
- ② Anérgia + anestesia + campo estéril
- ③ Incisão em face lateral de crura esquerda + direção por planos + hemostase
- ④ Redução cruenta da fratura de protura
- ⑤ Osteosíntese com placa DCP larga 4,5 + 8 parafusos críticos
- ⑥ Fixa FO + rotura por planos + cinturão

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

Mod. 018

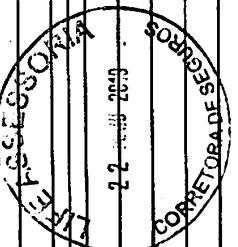
RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

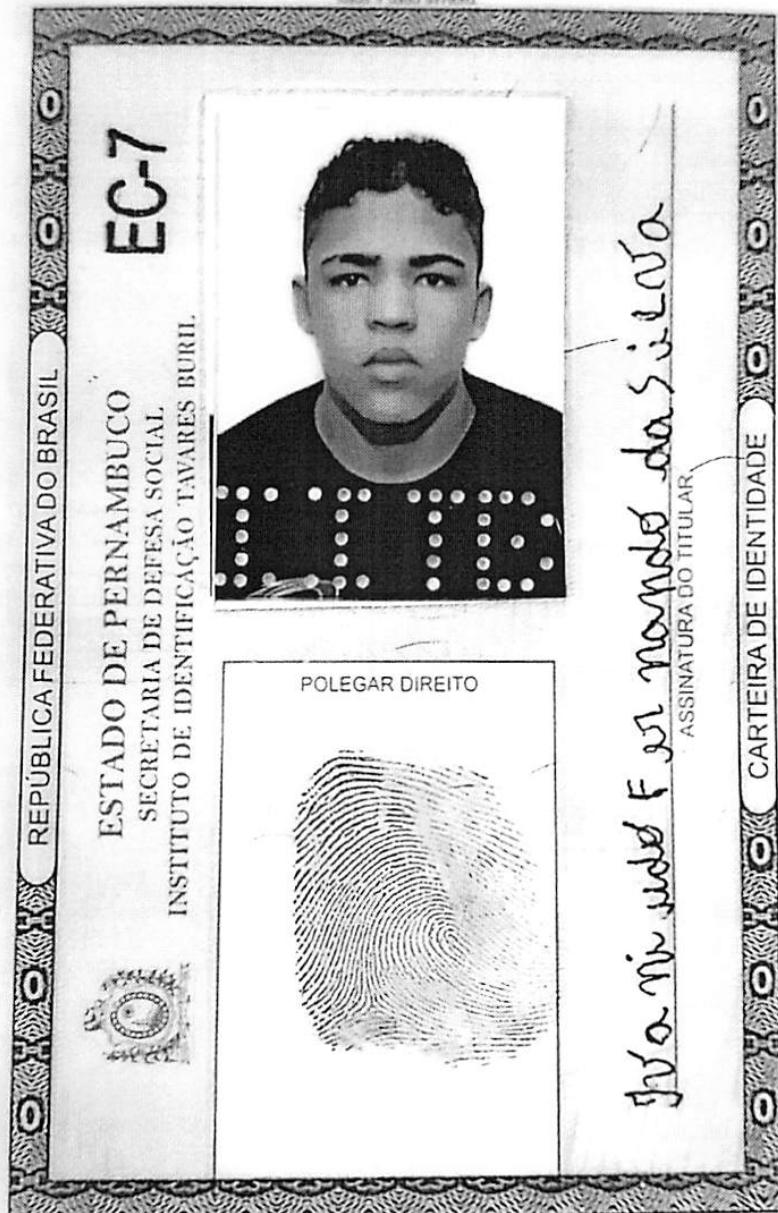


FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Experiments

DIAGNÓSTICO



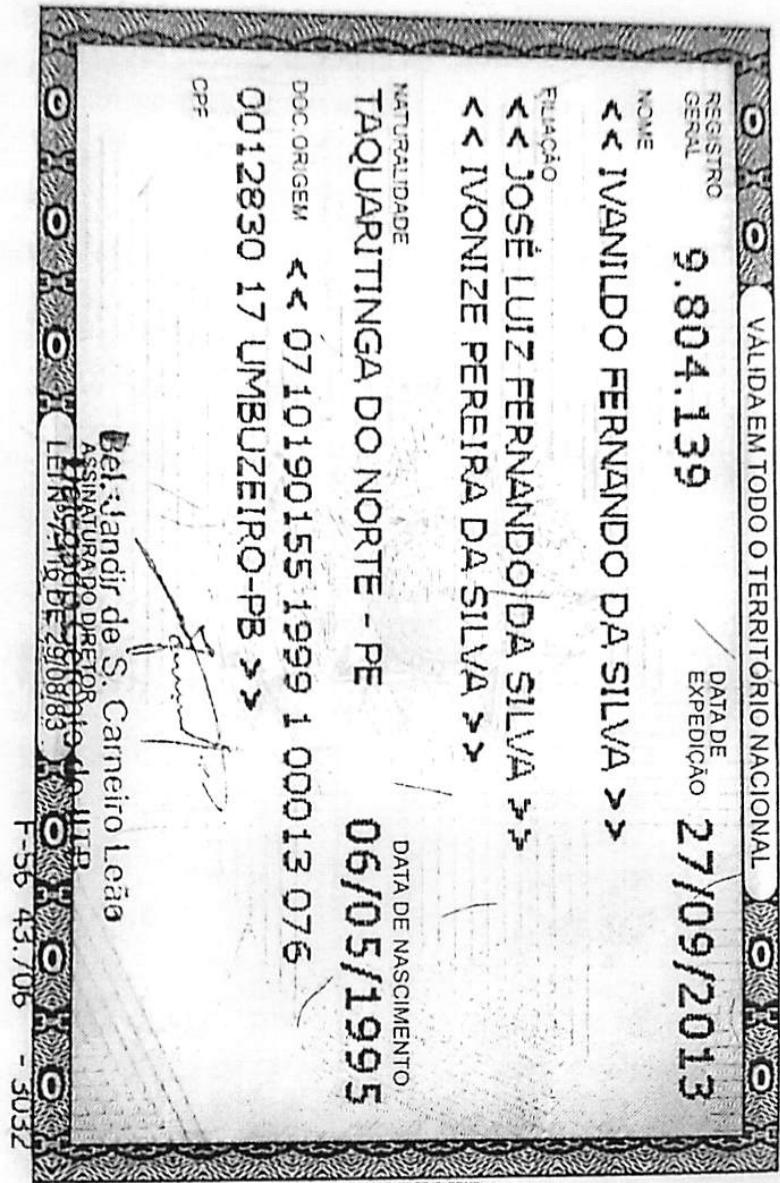


Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/09/2021 15:27:09
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21092215270871900000046443482>
Número do documento: 21092215270871900000046443482

Num. 48935222 - Pág. 20



Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/09/2021 15:27:09
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21092215270871900000046443482>
Número do documento: 21092215270871900000046443482

Num. 48935222 - Pág. 21