



Número: **0805354-78.2020.8.15.0001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **6ª Vara Cível de Campina Grande**

Última distribuição : **12/03/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
IVANCIR LIMA MAITON (AUTOR)	INACIO BRUNO SARMENTO (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
32161 063	08/07/2020 14:47	<u>2731684_CONTESTACAO_Anexo_01</u>	Outros Documentos



CAGEPA

COMPANHIA DE AGUAS E ESGOTOS DA PARAIBA
 AVENIDA FELICIANO CIRNE - CAGEPA - 220 - JAGUARIBE JOAO PESSOA PB 58015-670
 CNPJ: 09.123.654/0001-87 - ISNC. ESTADUAL N° 160572029
 Informações e/ou Reclamações - Ligue 115

Nº Documento: 201911111998156

ESCRITÓRIO

CAMPINA GRANDE

SEGUNDA VIA

CÓDIGO PARA
DÉBITO AUTOMÁTICO
01199815.6VENCIMENTO
26/11/2019FATURA
11/2019

MATRÍCULA 01199815.6	CLINTE JEFFERSON DA S VASCONCELOS	CPF/CNPJ: 061.XXX.XXX-XX
INSCRIÇÃO 018.013.585.0234.000	ENDEREÇO DO IMÓVEL RUA ANTONIO CARVALHO DE SOUZA, 150 - ROCHA CENTRAL CAMPINA GRANDE PB 58417-	
RESPONSÁVEL	ENDEREÇO PARA ENTREGA	ÁGUA LIGADO
		ESGOTO LIGADA

ÚLTIMOS CONSUMOS

10/2019 -	15	09/2019 -	21	ECONOMIAS	CONS. POR ECONOMIA	COD. AUXILIAR
08/2019 -	18	07/2019 -	12			
06/2019 -	15	05/2019 -	13			
				1	12	R 52915

LEITURA ANTERIOR	LEITURA ATUAL	CONSUMO (M ³)	DIAS	CONSUMO/DIA (M ³)
1807	1819	12	29	0,42
15/10/2019	13/11/2019	NºHm:	A01S553915	

DESCRIPÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS		CONSUMO POR FAIXA	VALOR R\$
ÁGUA			
RESIDENCIAL 001 UNIDADE			
ATE 10 M ³ - R\$ 37,91 (POR UNIDADE)		10 M ³	37,91
11 M ³ A 20 M ³ - R\$ 4,89 POR M ³		2 M ³	9,78
ESGOTO			
RESIDENCIAL 001 UNIDADE			
ATE 10 M ³ - R\$ 30,33 (POR UNIDADE)		10 M ³	30,33
11 M ³ A 20 M ³ - R\$ 3,91 POR M ³		2 M ³	7,82

Valor aproximado dos tributos PIS e COFINS. Lei 12.741 de 2012. R\$ 12,92

TOTAL R\$ 85,84

O EXERCITO BRASILEIRO,.. POR MEIO DO 31Ãº BIM., CONVOCA TODOS OS RESERVISTAS DOS
 ULTIMOS 5 ANOS PARA O EXERCICIO DE APRESENTACAO DA RESERVA (EXAR/2019).
 NO PERIODO DE 09 A 16 DE DEZ/2019 DAS 08H AS 15:30H.

INFORMAÇÕES SOBRE O CONTROLE DE QUALIDADE DA ÁGUA PARA CONSUMO HUMANO 10/2019
 Anexo 20 Portaria 05/2017 MS

Parâmetro	Vl. Médio	Parâmetro	Vl. Médio	Parâmetro	Vl. Médio	Parâmetro	Vl. Médio
Turbidez	1,14	Cor Aparente	10,05	Bact. Heterotróficas		Colif. Totais	
Cloro(mg/L)	1,90	P.H.	7,71	Colif. Termotolerantes			

VIA CLIENTE

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Emitido por: INTERNET

Emitido em: 04/12/2019

MATRÍCULA
01199815.6

INSCRIÇÃO

018.013.585.0234.000

FATURA

NÃO RECEBER APÓS

30/11/2020

VENCIMENTO

26/11/2019

VALOR R\$ 85,84

GRUPO: 350

FIRMA: 2

82630000000-5 85840010018-7 01199815601-9 11201950003-5



VIA CAGEPA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA







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

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

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

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

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

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/DOCORIGINALASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ 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 COAF².

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 Nº9.513/98.

Pelo exposto, eu José Raimos de Araújo
inscrito (a) no CPF/CNPJ 408289644-91, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Juvancir de Lima Nahon inscrito (a) no CPF sob o Nº 080882787-16,
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez Permanente da Vítima Juvancir de Lima Nahon
inscrito (a) no CPF sob o Nº 080882787-16, conforme determinação da Circular Susep 445/12;
Declaro Profissão: Recurso 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 Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	<u>Rua Vital Francisco da Silva</u>	Número:	<u>63</u>	Complemento:	<u>1º andar</u>
Bairro:	<u>Centro</u>	Cidade:	<u>Quixadá</u>	Estado:	<u>CEP:</u> <u>58475-000</u>
E-mail:	<u>joserramos86@hotmail.com</u>				

Local e Data: Quixadá, 06/12/2019

José Raimos de Araújo
Assinatura do Declarante



Data da internação: 10/07/2019 Hora: 11:49:26

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 HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES			2 - CNES 2362856	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES			4 - CNES 2362856	
Identificação do Paciente				
5 - NOME DO PACIENTE IVANCIR DE LIMA MAHON			6 - N° DO PRONTUÁRIO 1940564	
7 - CARTÃO DO SUS		8 - DATA DE NASCIMENTO 26/02/1972	9 - SEXO Masc <input checked="" type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/>	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL JOSEFA LINDALVA DE LIMA			11 - TELEFONE DE CONTATO DDD 83 N° DE TELEFONE	
12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO) VICE PREFEITO ANTONIO CARVALHO , 150 , SANTA CRUZ				
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Campina Grande			14 - CÓDIGO MUNICÍPIO 250400	15 - UF PB
			16 - CEP 58400002	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO				
<i>Braga da e de Dom'Janete s ambro</i>				
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO				
<i>TGC CR</i>				
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)				
<i>Analise de humorista de Joao Paulo Nunes</i>				
PROCEDIMENTO SOLICITADO				
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO				
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO				
26 - CLÍNICA	27 - CARATER DA INTERNAÇÃO 02	28 - DOCUMENTO (<input checked="" type="checkbox"/> CNS) (<input type="checkbox"/> CPF)	29 - N° DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 980016278218009	
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE JOAO PAULO OLIVEIRA NUNES		31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 10/07/2019	32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO) <i>JOAO PAULO OLIVEIRA NUNES</i>	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIA)				
33 - (<input type="checkbox"/>) ACIDENTE DE TRÂNSITO	36 - CNPJ DA SEGURADORA	37 - N° DO BILHETE	38 - SÉRIE	
34 - (<input type="checkbox"/>) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO				
35 - (<input type="checkbox"/>) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	39 - CNPJ EMPRESA	40 - CNAE DA EMPRESA	41 - CBOR	
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA (<input type="checkbox"/>) EMPREGADO (<input type="checkbox"/>) EMPREGADOR	(<input type="checkbox"/>) AUTÔNOMO	(<input type="checkbox"/>) DESEMPREGADO	(<input type="checkbox"/>) APOSENTADO	(<input type="checkbox"/>) NÃO SEGURADO
AUTORIZAÇÃO				
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	44 - COD. ORGÃO EMISSOR	49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		
45 - DOCUMENTO (<input type="checkbox"/>) CNS (<input type="checkbox"/>) CPF	46 - N° DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO <i>/ /</i>	48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)			



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 08/07/2020 14:47:23
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070814472099800000030820210>
Número do documento: 20070814472099800000030820210

Num. 32161063 - Pág. 5

Data da internação: 10/07/2019 Hora: 11:49:26

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 HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES				2 - CNES 2362856			
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES				4 - CNES 2362856			
Identificação do Paciente							
5 - NOME DO PACIENTE IVANCIR DE LIMA MAHON				6 - N° DO PRONTUÁRIO 1940564			
7 - CARTÃO DO SUS			8 - DATA DE NASCIMENTO 26/02/1972		9 - SEXO Masc <input checked="" type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/>		
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL JOSEFA LINDALVA DE LIMA				11 - TELEFONE DE CONTATO DDD 83 N° DE TELEFONE			
12 - ENDEREÇO (RUA, N°,BAIRRO) VICE PREFEITO ANTONIO CARVALHO , 150 , SANTA CRUZ							
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Campina Grande				14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO 250400	15 - UF PB	16 - CEP 58400002	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO							
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Febre alta de 38,5°C</i>							
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Febre alta e dor de estômago</i>							
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <i>Febre alta e dor de estômago</i>							
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL			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 02		28 - DOCUMENTO (<input checked="" type="checkbox"/> CNS) (<input type="checkbox"/> CPF)	29 - N° DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 980016278218009		
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE JOAO PAULO OLIVEIRA NUNES				31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 10/07/2019	32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO) <i>JOAO PAULO OLIVEIRA NUNES</i>		
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)							
33 - (<input type="checkbox"/>) ACIDENTE DE TRÂNSITO		36 - CNPJ DA SEGURADORA		37 - N° DO BILHETE		38 - SÉRIE	
34 - (<input type="checkbox"/>) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO							
35 - (<input type="checkbox"/>) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		39 - CNPJ EMPRESA		40 - CNAE DA EMPRESA		41 - CBOR	
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA (<input type="checkbox"/>) EMPREGADO		43 - EMPREGADOR		44 - AUTÔNOMO		45 - DESEMPREGADO	
AUTORIZAÇÃO							
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				44 - COD. ORGÃO EMISSOR			
45 - DOCUMENTO (<input type="checkbox"/> CNS) (<input type="checkbox"/> CPF)		46 - N° DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO / /		48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)					



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 08/07/2020 14:47:23
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070814472099800000030820210>
Número do documento: 20070814472099800000030820210

Num. 32161063 - Pág. 7



ATENDIMENTO URGÊNCIA CLASS. DE RISCO: **AMARELO**

PRONT (B.E) Nº:1940493

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: 10/07/2019

Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07

Atendente : acolhimento

Nascimento:26/02/1972

CEP:58400002

RG: 1344048

CPF: 08088278716

Data de Atend:10/07/2019

CNS:26021972

CONVÉNIO:SUS

Responsável:

Estado Civil:Divorciado(a)

Motivo: ACIDENTE DE MOTO MOTO X ANIMAL Hora: 10:37:20

OBS: FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO (Identifique o local com o número correspondente ao lado)



1. Abraçado

19. Fratura óssea fechada

2. Amputação

20. Fratura óssea aberta

3. Avulsão

21. Hematoma

4. Contusão

22. Ingurgitamento Venoso

5. Crepitação

23. Lacerção

6. Dor

24. Lesão tendinária

7 Edema

25. Luxação

8. Empalhamento

26. Mordedura

9. Enfisema subcutâneo

27. Movimento torácico paradoxa

10. Esmagamento

28. Objeto Encravado

11. Equimose

29. Otorragia

12. F. Arma branca

30. Paralisia

13. F. Arma de fogo

31. Paresia

14. F. Cortiço

32. Parestesia

15. F. Cortante

33. Queimadura

16. F. Corte-contuso

34. Rinorrágia

17. F. Perfuro-contuso

35. Sinal/s de Isquemia

18. F. Perfuro-contante

36.

OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada = _____ %
DIAGNÓSTICO / CID:

Dr. JOSÉ CARLOS
MEDICINA E
ORTOPEDIA
9551
TRABALHO
PAULIST

ASSINATURA E CARMIBO DO MÉDICO:



10/07/2019

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

HTCG-Painel Administrativo

DESTINO DO PACIENTE	/	/	às	:	hs.
<input type="checkbox"/> Centro cirúrgico			<input type="checkbox"/> Alta hospitalar / <input checked="" type="checkbox"/> A revelia		
<input type="checkbox"/> Internação (setor)			<input type="checkbox"/> Precisão Médica		
<input type="checkbox"/> Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL					
<input type="checkbox"/> Óbito					
Assinatura do paciente ou responsável (quando necessário) <i>Suelio Moreira Torres</i>					

SERVÍCIOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO

CBO

IDADE



10/07/2019

HTCG-Painel Administrativo



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Mauá, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 10/07/2019

Data: 10/07/2019

Paciente: IVANCIR DE LIMA MAHON Idade: 047 N° ATEND: 1940493

ACIDENTE DE TRABALHO : NAO
DATA: 10/07/2019 HORA : 10:49:45

ESPECIALIDADE : CIRURGIA

MOTIVO : ACIDENTE DE MOTO
ESPECIFICAÇÃO DO MOTIVO : MOTO X ANIMAL

SINAIS VITAIS
HGT: SAT 02: PA: TEMP: FC: FR: PESO:

DIABETES ()SIM (X)NÃO HAS ()SIM (X)NÃO
DEF. MOTORIA ()SIM ()NÃO

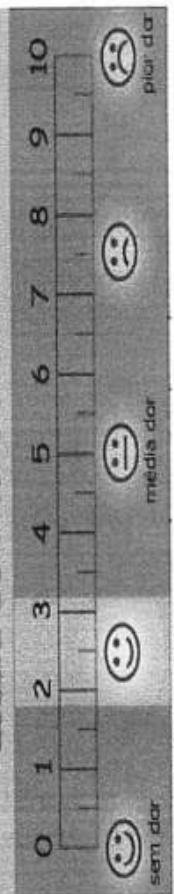
ALERGIAS : NAO
MEDICAÇÃO EM USO :
ESTADO GERAL : REGUL
AVALIAÇÃO NEUROLOGICA

- () CONVULSÃO () INCONSCIENTE () CONSCIENTE () ORIENTADO
- () DESORIENTADO () AGITADO () COOPERATIVO () DEPRESSIVO () APÁTICO
- () IRRITADO () DIMINUIÇÃO DE FORÇA MOTORA

SINTOMAS REFERIDOS

- () FEBRE () VÔMITO () DIARRÉIA () EXANTEMA
- () PRURIDO () DISPNEIA (X) DOR () INAPETÊNCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
- () ANAFILAXIA () FLEBITE () INAPETÊNCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
- () EPIGASTRALGIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA () SÍBILLOS () TOSSE

Escala de Intensidade da Dor



CLASIFICACAO DE RISCO :
AMARELO

10.1.1.148/projetohtcg/impreclassi.php?contar=1940493&dataatend=2019-07-10&horatend=10:49:45

3/3



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 08/07/2020 14:47:23

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070814472099800000030820210>

Número do documento: 20070814472099800000030820210

Num. 32161063 - Pág. 10



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 08/07/2020 14:47:23

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070814472099800000030820210>

Número do documento: 20070814472099800000030820210

Num. 32161063 - Pág. 11



Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: Francisco de Lima Makhon Idade: 47
Convênio: SUS Data: 16.07.2019
Procedimento: Trat. ferir de fratura de Umero

Cirurgião: Dr Felipe Auxiliar: Dr Everlon Anestesista: Dr Ricardo
Início: Término: Anestesia Geral

Observações:
Pode conciliar e orientado, movimentando voluntariamente
os 4 membros. Sua queixa: Olho da SRA

Assinatura Anestesista 983

Circulante

Relatório de Operação

MOD. 103





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		
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispnéia = 1 Respiração profunda e tosse = 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		
Sat 02 < 90 com oxigênio = 0 Sat 02 > 90 com oxigênio = 1 Sat 02 > 92% sem oxigênio = 2		
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		
TOTAL DE PONTOS:		

Assinatura do anestesista



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE:

Jeronir de Lima Mahan

DV: 26/02/1972

QI

LEITE

CONVÉNIO

IDADE

REGISTRO

47

1940493



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospitais de

Emergência e Trauma Dom

Luiz Gonzaga Fernandes

CIRURGIA T₂ descolamento de Fratina
de Ilíaco Posterior Direito.

CIRURGÃO

D² Felipe + D² Enranc + D² Ana Maria

ANESTESIA

ANESTESIA

D² Ricardo Lourenço

INSTRUMENTADORA

DATA

INÍCIO

FIM

16:00

16:00

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.	01	Catet. p/ Óxg.	Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.		Catet. De Urinar Sist. Fech.	Catgut cromado Sertix	
01	Biazepam amp.		Compressa Grande	Catgut cromado Sertix	
	Dimore amp.		Compressa Pequena	Catgut Simples	
	Oclantina amp.		Cotonoides	Catgut Simples Sertix	
05	Esmalte Suorane ml		Dreno	Catgut Simples Sertix	
	Fenegam amp.		Dreno Kerr nº	Catgut Simples Sertix	
01	Fentanil ml		Dreno Penrose nº	Cera p/ osso	
01	Injetavel Propofol	01	Dreno Pezzer nº	Ethibond	
	Ketalar ml		Equipo de Macrogotas	Ethibond	
	Mercaina % ml		Equipo de Macrogotas	Ethibond	
01	Nubatin amp.		Equipo de Sangue	Fio de Algodão Sertix	
	Pavulon amp.		Equipo de PVC	Fio de Algodão Sertix	
	Protigmine amp.	05	Espadrado Largo cm	Fio de Algodão Sulupak	
02	Protóxido d'm Rocuron		Furacim ml	Fio de Algodão Sulupak	
01	Quelicin ml	32	Gase Pacote c/ 10 unidades	Fita cardíaca	
	Rapifen amp.		H ₂ O ml	02	2-0
	Thionembutal ml		Intracath Adulto	Mononylon	
	Tracrium amp.		Intracath Infantil	Mononylon	
Qtd.	MEDICAÇÕES	02	Lâmina de Bisturi nº 23	Prolene Serfix	
	Água Destilada amp.		Lâmina de Bisturi nº 11	Prolene Serfix	
01	Decadron amp.	01	Lâmina de Bisturi nº 15	Prolene Serfix	
02	Dipirona amp.	03	Luvas 7.0 ***	01	1
	Flaxidol amp.	04	Luvas 7.5 ****	Vicryl Serfix	
	Flebocortid amp.		Luvas 8.0	Vicryl Serfix	
	Geramicina amp.		Luvas 8.5		
	Glicose amp.	05	Oxigênio 3m		
	Glucosol de Cálcio amp.		Poliflix		
	Haemacel ml.		PVPI Degemante ml		
	Heparema ml.		PVPI Tópico ml.	Qtd.	SOROS
	Kanakion amp.		Sabão Antiséptico		
01	Laxamp. Ranitidina	05	Saco coletor		SG Normotérmico fr 500 ml
	Medrotinazol.	03	Seringa desc. 10 ml		SG Gelado fr 500 ml
01	Pfeil amp. Nasodien	02	Seringa desc. 20 ml	03	SG Hipertérmico fr 500 ml
	Prolamina	02	Seringa desc. 05 ml		SG Ringr fr 500 ml
	Revivan amp.	01	Sonda TOT nº 7.5		SG fr 500 ml
	Stuptron amp.		Sonda Foley	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE
02	Getafona-1g	01	Sonda Nasogástrica		
	bifazolius	01	Sonda Uretral nº 14		
			Steridrem ml		
			Torrerinha		
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaseline ml		
	Aguilha desc. 25 x 7	01	Gelcon 18		
01	Aguilha desc. 20 x 26 40X12		Latese		
	Aguilha desc. 3 x 4,5	05	Colretodos		
		01	Filtro		
05	Álcool de Enfermagem	05	Blowdryer		
	Álcool Iodado ml	05	gel condutor		
01	Ataduras de Crepon 30 cm				
	Ataduras de Gessada				
	Azul metílico amp.				
	Benzina ml				

EQUIPAMENTOS

- Oxímetro de Pulso Foco Auxiliar
 Serra Eletrocautério
 Desfibrilador Oxiaplografo
 Foco Frontal Cardiomonitor
 Fente de Luz Separador Elétrico
 Sonda Ma Linguim de Sutura Lâmpada Operatória
 Lâmpada Operatória

CIRURGANTE RESPONSÁVEL

MOD 066



HOSPITAL		COD	Promt: 1940493
PACIENTE	de Emergência e Trauma de C. Grandi	DATA	16/07/19
MÉDICO	Ivancir de Lima Nahm	CRM	
PROCEDIMENTO	Dr. Felipe + Dr. Euvaldo + Dra. Ana	CONVÉNIO	
	Trat Cirurg. de Frat. de Úmro Proximal Direito		



LAUDO DE MATERIAIS UTILIZADOS



Nº	QUANTIDADE	DESCRIÇÃO DE MATERIAIS	CÓDIGO
01	01	Placa Úmro proximal 05 Furos	
02	01	Parafuso cortical N: 34 x 3,5	
03	02	Parafusos bloquedo N: 26 x 3,5	
04	02	Parafusos bloquedo N: 30 x 3,5	
05	02	Parafusos bloquedo N: 34 x 3,5	
06	01	Parafusos bloquedo N: 40 x 3,5	
07	01	Parafusos bloquedo N: 45 x 3,5	
08			
09			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18		LIMB SALVAGE IMPLANTS	
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			

RESPONSÁVEL OPERAÇÃO _____

INSTRUMENTADOR _____

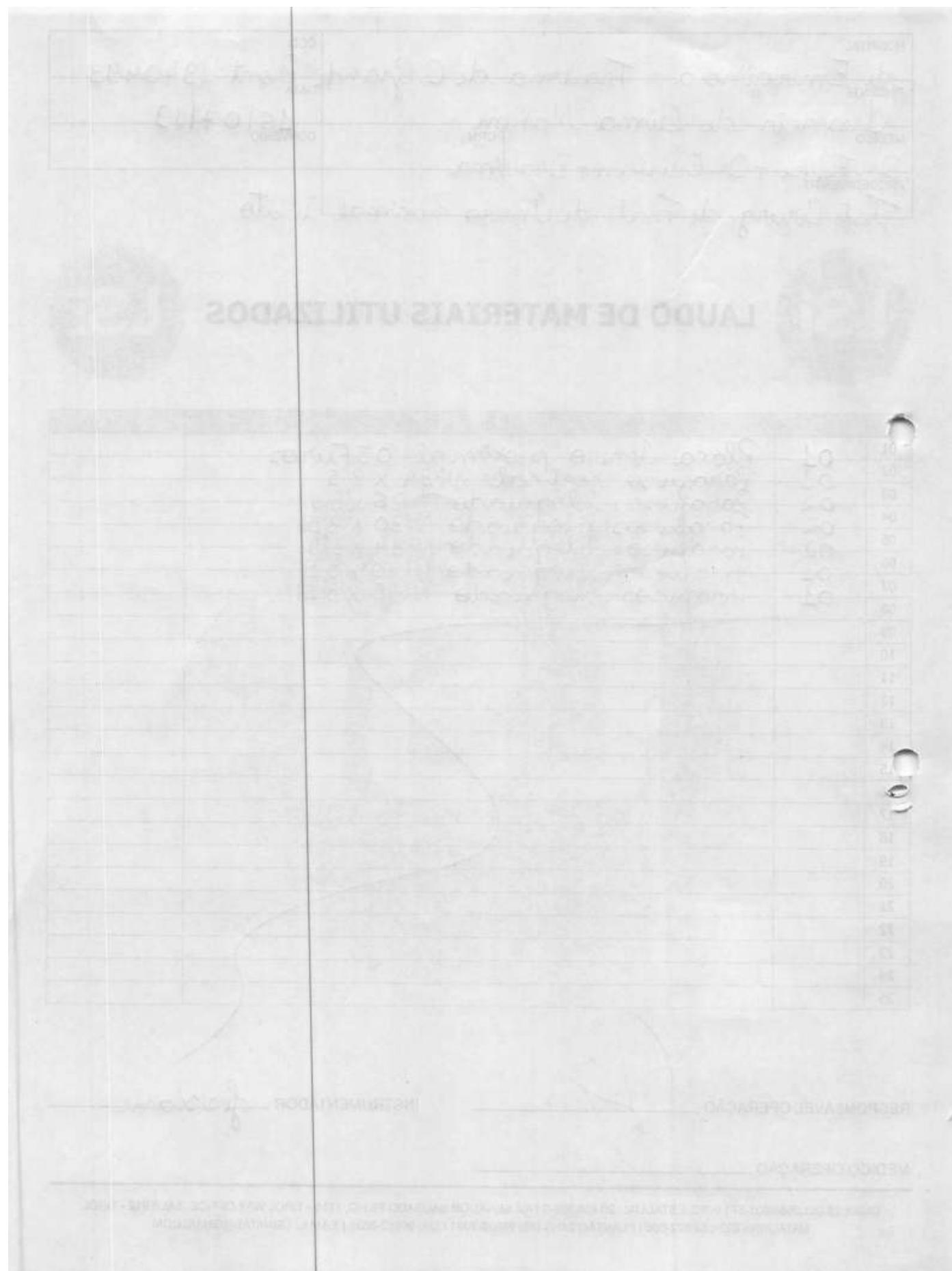
MÉDICO OPERAÇÃO _____

CNPJ: 26.051.266/0001-57 | INSC. ESTADUAL: 20.456.669-0 | AV. SENADOR SALGADO FILHO, 1718 - TIROL WAY OFFICE, SALA 912 - TIROL
NATAL/RN - CEP: 59.022-000 | PLANTÃO 24HS (83) 98838-2091 / (84) 99682-3828 | E-MAIL: LSINATAL@GMAIL.COM



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 08/07/2020 14:47:23
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070814472099800000030820210>
Número do documento: 20070814472099800000030820210

Num. 32161063 - Pág. 18



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 08/07/2020 14:47:23
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070814472099800000030820210>
Número do documento: 20070814472099800000030820210

Num. 32161063 - Pág. 19



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

EVOLUÇÃO FISIOTERAPÉUTICA

Paciente				Prontuário				
Data	Hora							
10/07/19	17	Paciente proibiu com EGR, suspendeu com immobilização de msp. <u>Ativada</u> C05 - exercícios outros livres						
Aplo Cláudio de Lima Assis		de msc (P) + O - gerais.						
Fisioterapeuta: Ostéopata								
CREFTO 000000000-f								
11/07/19	14	Paciente cláudia luis EGR, enfre go. Apresenta fratura do joelho esq. e immobilização que só se pode fazer o grau I						
15/07/19	10	Paciente mantém quadro clínico- funcional Conduta: exercícios ativos pr. msc orientações gerais.						
15/07/19	10	Ativação C05 - exercícios ativados pr. msc Fisioterapeuta: Ostéopata CREFTO 000000000-f						

MOD. 012



B

C
D



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 08/07/2020 14:47:23
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070814472099800000030820210>
Número do documento: 20070814472099800000030820210

Num. 32161063 - Pág. 21

AVALIAÇÃO CARDIOLÓGICA COM RISCO CIRÚRGICO

NOME: Juancir de Lame Mohon IDADE: 47 SEXO: m
IMC: _____ PROCEDÊNCIA: _____ PROFISSÃO: _____ DATA: 05/07/19

1 - SINTOMATOLOGIA CARDIOVASCULAR:

Assintomática Sintomática Oligosintomática

SINTOMAS:

- | | | |
|---|-------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Cefaléia | <input type="checkbox"/> Tontura | <input type="checkbox"/> Sincopse |
| <input type="checkbox"/> Dispneia de esforço | <input type="checkbox"/> Grande | <input type="checkbox"/> Pequena |
| <input type="checkbox"/> Palpitações | <input type="checkbox"/> Média | <input type="checkbox"/> Ortopédica |
| <input type="checkbox"/> Dor Precordial | <input type="checkbox"/> Tosse Seca | <input type="checkbox"/> Expectoração |
| Relacionada: <input type="checkbox"/> Esforço | <input type="checkbox"/> Típica | <input type="checkbox"/> Atípica |
| | <input type="checkbox"/> Emoções | <input type="checkbox"/> Pós-prandial |
| | <input type="checkbox"/> Frio | |

Comentários: _____

2 - PATOLOGIAS EM CURSO:

- | | | | |
|--|--|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial Sistêmica <u>N</u> | <input type="checkbox"/> Hipertensão Pulmonar | <input type="checkbox"/> DPOC | <input type="checkbox"/> Outros |
| <input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus <u>N</u> | <input type="checkbox"/> Insuf. Cardiaca Congestiva <u>N</u> | <input type="checkbox"/> Insuficiência Coronariana | <input type="checkbox"/> N |
| <input type="checkbox"/> Arritmias | <input type="checkbox"/> Insuf. Renal | <input type="checkbox"/> Aguda | <input type="checkbox"/> Crônica |

3 - ANTECEDENTES PESSOAIS:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Alergia a Medicamentos: <u>meio</u> | <input type="checkbox"/> Tabagismo <u>mais</u> |
| <input type="checkbox"/> Etilismo | <input type="checkbox"/> Sedentarismo <u>9 anos</u> |
| <input type="checkbox"/> Dislipidemia | <input type="checkbox"/> Outros |

Medicamentos em uso Não Sim _____

4 - EXAMES FÍSICO

- Estado Geral Bom Regular Comprometido Precário Altura Peso

Ap. Cardiovascular - Comentários: RCR 27,50

FC.: 90 b.p.m P.A.: 140x80 mmHg

Ap. Respiratório - Comentários: _____

Addômen - Comentários: _____

Membros Inferiores - Comentários: _____

5 - E.C.G.: normal

Ex. Laboratoriais: Hb: 12,2

6 - CONCLUSÃO RISCO CIRÚRGICO:

- Grau I - AVC e ECG - normais (Risco Cirúrgico Normal)
 Grau II - AVC e ECG - anormais (Risco Cirúrgico Normal)
 Grau III - AVC e ECG - anormais (Indicado Monitorização Cardiáca)
 Grau IV - AVC e ECG - com graves alterações (Alto Risco Cirúrgico - se possível evitar)

Obs.: _____

Lc. Integrante: Juliana
Cardiologista
CRM: 3463

Ass. do Médico





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 08/07/2020 14:47:23
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070814472099800000030820210>
Número do documento: 20070814472099800000030820210

Num. 32161063 - Pág. 23



GOVERNO
DA PARAÍBA
SECRETÁRIA DE SAÚDE DOS ESTADOS
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

REQUISIÇÃO DE EXAME

NOME: Trança de Lima
PRONTUÁRIO:
DATA DE NASCIMENTO:

IDADE:	SEXO:	COR:	PESO:	ALTURA:	CLINICA:	ENF:	LEITO:
							362

DADOS CLÍNICOS:

*RAD
REALIZADO EM:
01/07/19*

MATERIAL A EXAMINAR:

Exames de membros

EXAME SOLICITADO:

Exames de membros

URGÊNCIA:	<input checked="" type="checkbox"/>	ROTNRA:	<input type="checkbox"/>
DATA:	10/07/19	HORA DA SOLICITAÇÃO:	

RESPOSÁVEL PELA SOLICITAÇÃO:

*Dr. Felipe Guedes
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 7451 CRM-PE 21023*





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 08/07/2020 14:47:23
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070814472099800000030820210>
Número do documento: 20070814472099800000030820210

Num. 32161063 - Pág. 25

—
C
C
—



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 08/07/2020 14:47:23
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070814472099800000030820210>
Número do documento: 20070814472099800000030820210

Num. 32161063 - Pág. 27



ORTOS

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



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

Sr(a).: IVANCIR DE LIMA MAHON Protocolo: 0000476018 RG: NÃO INFORMADO
 Dr(a): JOAO PAULO OLIVEIRA NUNES Data: 11-07-2019 18:01 Origem: ÁREA AMARELA
 Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES Idade: 47 anos Destino: ÁREA AMARELA

HEMOGRAMA

[DATA DA COLETA: 11/07/2019 18:00]

Resultados	Valores de Referências

SÉRIE VERMELHA

Eritrócitos.....	4.39 milhões/mm ³	4,2 a 6,0 milhões/mm ³
Hemoglobina.....	12,2 g/dL	13,5 a 16,0 g/dL
Hematócrito.....	37,0 %	40,0 a 52,5 %
V.C.M.....	84 fL	80,0 a 100,0 fL
H.C.M.....	28 pg	27,0 a 31,0 pg
C.H.C.M.....	33 g/dL	32,0 a 36,0 g/dL

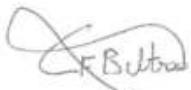
SÉRIE BRANCA

Leucócitos.....	8.800 /mm ³ (%)	5.000 a 10.000 /mm ³ (/mm ³)
Neutrofílos		
Promielócitos.....	0	0
Mielócitos.....	0	0
Metamielócitos.....	0	0
Bastonetes.....	3,0	264
Segmentados.....	68,0	5.984 40 a 70 % - 1.800 a 8.500 / mm ³
Eosinófilos.....	1,0	88 0 a 5,0 % - até 500 / mm ³
Basófilos.....	0	0 0 a 2,0 % - até 100 / mm ³
Linfócitos		
Típicos.....	25,0	2.200 20 a 45 % - 1.000 a 3.500 / mm ³
Atípicos ou Reativos.....	0	0
Monocitos.....	3,0	264 2,0 a 10 % - até 1.000 / mm ³
CONTAGEM DE PLAQUETAS.....	245.000 mm ³	140.000 a 400.000 mm ³

OBSERVAÇÕES..... Contagens revisadas e confirmadas.

Material: SANGUE TOTAL

Método: RESISTIVIDADE - IMPEDÂNCIA - MICROSCOPIA


 Carlos Felipe Souza de Miranda Beltrão
 Biomédico
 CRM 5409

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: 20F8-F4EE-66CA-8193-29B7-0A0A-F80D-2B93



 **PNCQ**
 Programa Nacional
 de Controle de Qualidade



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 08/07/2020 14:47:23
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070814472099800000030820210>
 Número do documento: 20070814472099800000030820210

Num. 32161063 - Pág. 28

Emissão: 11/07/2019 17:20 - Página: 2

ANALYSTS OF THE TERRITORIES
OF THE REPUBLIC OF MONGOLIA
AND THE TERRITORIES OF THE
MONGOLIAN PEOPLE'S DEMOCRATIC
REPUBLIC AND THE MONGOLIAN
PEOPLES' DEMOCRATIC
REPUBLIC OF TIBET

After about 10 min, the reaction mixture was cooled to room temperature and 10 mL of $\text{CH}_3\text{CO}_2\text{Et}$ was added. The reaction mixture was stirred for 1 h at room temperature and then 10 mL of $\text{CH}_3\text{CO}_2\text{Et}$ was added again. After stirring for another 1 h, the reaction mixture was cooled to 0°C and 10 mL of $\text{CH}_3\text{CO}_2\text{Et}$ was added again. After stirring for another 1 h, the reaction mixture was cooled to 0°C and 10 mL of $\text{CH}_3\text{CO}_2\text{Et}$ was added again.

• 1990-1991
• 1991-1992
• 1992-1993
• 1993-1994
• 1994-1995
• 1995-1996
• 1996-1997
• 1997-1998
• 1998-1999
• 1999-2000
• 2000-2001
• 2001-2002
• 2002-2003
• 2003-2004
• 2004-2005
• 2005-2006
• 2006-2007
• 2007-2008
• 2008-2009
• 2009-2010
• 2010-2011
• 2011-2012
• 2012-2013
• 2013-2014
• 2014-2015
• 2015-2016
• 2016-2017
• 2017-2018
• 2018-2019
• 2019-2020
• 2020-2021
• 2021-2022
• 2022-2023
• 2023-2024

1. $\frac{d}{dx} \ln x = \frac{1}{x}$
2. $\frac{d}{dx} e^x = e^x$
3. $\frac{d}{dx} \sin x = \cos x$
4. $\frac{d}{dx} \cos x = -\sin x$
5. $\frac{d}{dx} \tan x = \sec^2 x$
6. $\frac{d}{dx} \cot x = -\operatorname{cosec}^2 x$
7. $\frac{d}{dx} \sec x = \sec x \tan x$
8. $\frac{d}{dx} \operatorname{cosec} x = -\operatorname{cosec} x \cot x$

1000, 2
1000, 2

1.	0		
2.	0		
3.	0		
4.	0		
5.	0		
6.	0		
7.	0		
8.	0		
9.	0		
10.	0		
11.	0		
12.	0		
13.	0		
14.	0		
15.	0		
16.	0		
17.	0		
18.	0		
19.	0		
20.	0		
21.	0		
22.	0		
23.	0		
24.	0		
25.	0		
26.	0		
27.	0		
28.	0		
29.	0		
30.	0		
31.	0		
32.	0		
33.	0		
34.	0		
35.	0		
36.	0		
37.	0		
38.	0		
39.	0		
40.	0		
41.	0		
42.	0		
43.	0		
44.	0		
45.	0		
46.	0		
47.	0		
48.	0		
49.	0		
50.	0		
51.	0		
52.	0		
53.	0		
54.	0		
55.	0		
56.	0		
57.	0		
58.	0		
59.	0		
60.	0		
61.	0		
62.	0		
63.	0		
64.	0		
65.	0		
66.	0		
67.	0		
68.	0		
69.	0		
70.	0		
71.	0		
72.	0		
73.	0		
74.	0		
75.	0		
76.	0		
77.	0		
78.	0		
79.	0		
80.	0		
81.	0		
82.	0		
83.	0		
84.	0		
85.	0		
86.	0		
87.	0		
88.	0		
89.	0		
90.	0		
91.	0		
92.	0		
93.	0		
94.	0		
95.	0		
96.	0		
97.	0		
98.	0		
99.	0		
100.	0		

For more information about the U.S. Environmental Protection Agency's Superfund program, visit www.epa.gov/superfund.

www.sciencedirect.com





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



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

Sr(a):	IVANCIR DE LIMA MAHON	Protocolo:	0000476018	RG:	NÃO INFORMADO
Dr(a):	JOAO PAULO OLIVEIRA NUNES	Data:	11-07-2019 18:01	Origem:	AREA AMARELA
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade:	47 anos	Destino:	AREA AMARELA

TEMPO DE SANGRAMENTO..... 2'04''

[DATA DA COLETA: 11/07/2019 18:01] Valores de Referência:
 Material: sangue DE 1 A 3 MINUTOS.
 Método: Duke

TEMPO DE COAGULACAO..... 7'30''

[DATA DA COLETA: 11/07/2019 18:01] Valores de Referência:
 Material: Sangue DE 5 A 10 MINUTOS.
 Método: Lee-White

Carlos Felipe Souza de Miranda Beltrão
 Biomedico
 CRBM 5409

Emissão : 11/07/2019 17:20 - Página 2 de 2

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: 903C-06CC-1933-47D2-E987-9E94-07E1-F53A



PNCQ
 Programa Nacional
 de Controle de Qualidade



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 08/07/2020 14:47:23
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070814472099800000030820210>
 Número do documento: 20070814472099800000030820210

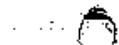
Num. 32161063 - Pág. 30

20070814472099800000030820210
Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 08/07/2020 14:47:23
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070814472099800000030820210>
Número do documento: 20070814472099800000030820210

20070814472099800000030820210
Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 08/07/2020 14:47:23
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070814472099800000030820210>
Número do documento: 20070814472099800000030820210

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 08/07/2020 14:47:23

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 08/07/2020 14:47:23



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 08/07/2020 14:47:23

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 08/07/2020 14:47:23



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 08/07/2020 14:47:23
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070814472099800000030820210>
Número do documento: 20070814472099800000030820210

Num. 32161063 - Pág. 31



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Evolução de Enfermagem

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Ivanar de Lima | Registró: | Leito: 14 | Setor Atual: 017

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:

3. Avaliação das Needs Biológicas Fisiopatológicas

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

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

Pupilas: () Isocôricas () Anisocôricas () 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 cmH₂O

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

Auscultação 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 PCO₂ PO₂ HCO₃ EB SpO₂ 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

P脉: () Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme () Cheio.



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: (X) Periférico () Central () Dissecção. Localização:		Data da punção <u>13/07/17</u>	
Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:			
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)			
Tipo somático: (X) Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.			
Dentição: () Completa () Incompleta () Prótese.			
Alimentação: () VO () SNG () SNE () Gastrografia () Jejunostomia () NPT; Hora:		Data: / /	
Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:			
Abdômen: () Normotensão () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:			
RHA: () Normoativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados			
Eliminação intestinal: (X) Normal () Líquida () Constipado há dias () Outros:			
Eliminação urinária: (X) Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematuria () SVD: Débito ml/h;			
Aspecto: () Outros:		Observações:	
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA			
Condição da pele: (X) Integra () 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 (X) Parcialmente dependente. Observações:			
Higiene corporal: (X) Satisfatória () Insatisfatória		Higiene Corporal: () Satisfatória () Insatisfatória.	
Limitação física: () Acamado () Cadeira de rodas (X) Outro:			
SONO E REPOUSO			
(X) Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono interrompido. Observações:			
AVIAÇÃO-CIVIL - NECESSIDADES PSICOSOCIAIS			
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL			
Comunicação: (X) Preservada () Prejudicada		Sentimentos e comportamentos: (X) Cooperativo () Medo: () Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:	
NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS			
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE			
Tipo: () Praticante () Não praticante. Observações:			
INTERCORRÊNCIAS			
Carimbo Assinatura do Enfermeiro: Janiere Vidal Ferreira COREN-PB 34575-ENF		DATA: <u>16/07/19</u> HORA: <u>10:50</u> h	

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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM	
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES	
GOVERNO DA PARÁBA	
Nome: Juana da Boas Moreira	
Registre: 03/04	
Letro: 03/04	
Setor Atual: 03/04	
Data: 03/04	
EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:	
Sinais vitais: Tax: Cc: P: bpm: FR: bpm: PA: mmHg: FC: bpm: SpO2: %	
Hgt: mg/dl: Peso: Kg: Altura: cm: Dor: () Local: Obs:	
Nível de consciência: (x) Consciente (x) Orientado () Confuso () Letargico () Torporoso () Comatoso () Outros:	
REGULAGÃO NEUROLÓGICA	
Pupilas: (x) Isocircicas () Anisocircicas () D>E () E>D () Motorreagentes () Midílicas () Midílicas	
Lingüagem: () Quart () Disfonia () Afasia () Disfasia () Disartria.	
Mobilidade Fisiológica: () Preservada () Parésia () Plegia () Paraplesia Local:	
(x) Eupnêia () Taquipnêia () Bradipnêia () Dispnéia () Outros:	
() VMINI () VMI TOT n° Comissura labial n° FIO2 % PEEP CMH2O	
Respiração: (x) Espontânea () Cetoter Nasal () Venturi % l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T	
OXIGENAGÃO	
(x) Auscultar pulmões: Ausculta vesicular presente: () Diminuidos () D () E	
Ruidos adventícios: () Roncos () Sibilos () Estidor () Outros:	
Tosse: () Improdutiva () Produtiva Expectoração: () Quantidade e aspecto:	
Aspiração: Quantidade e aspecto: Dreno de tórax: () D () E () Seio d'água:	
Despergão: Despergão do dreno / / Aspecto da drenagem torácica:	
Gasometria arterial: PH PCO ₂ PO ₂ HCO ₃ EB SpO ₂ Data: / / Hora:	
PERCEPCÃO DOS ORGÃOS SENTIDOS	
Alérgeos: () Viseo () Auditivo () Tato () Olfato () Paladar Observação:	
SEGURANÇA FÍSICA	
(x) Transtúlio () Agitado () Agressivo. () Risco de queda. Observação:	
REGULAGÃO CARDIOVASCULAR	
Pulso: (x) Regular () Irregular () Impalpável () Flácido () Chálo.	

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

Tempo de enchimento capilar: () Quais?	() 5 segundos; () >3 segundos. () Turgência jugular: ()
Ausculta cardíaca: () Ritmica () Arritmica () Sopro () Outro. Marcapasso: () Transistor () Definido	Cateter vascular: () Periférico () Central () Dissecador. Localização: M. S.E. Data da punção: 13/07/13
Edema: () MMS () MMII () Face () Anasarcia. Observações:	AlIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)
Dentro: () Nutrido () Enegrecido () Caputico () Obseso.	Dentro: () Completa () incompleta () Protese.
Allergias: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vomito () Prose () Outros:	RHA: () Normotensos () Ausentes () Diminuidos () Aumentados
Abdome: () Normotensos () Distendido () Tensos () Ascítico () Outros:	Eliminação intestinal: () Normal () Líquida () Constipado há dias () Outros:
Alimentação: () VO () SNG () SNE () Gastrostomia () Jejunostomia () NPT; Hora: Dáta: / /	Eliminação urinária: () Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematuria () SVD: Débito ml/h;
Dentes somáticos: () Nutrido () Enegrecido () Caputico () Obseso.	Asperções: () Outros:
Alergias: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vomito () Prose () Outros:	INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA
Gonalgia da pele: () Inegera () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriagens () Outro:	Coloração da pele: () Normocorrada () Hipocorrada () Cianótica () Sardoflora () Preservado
Gonalgia das mucosas: () Umidas () Secas Manifesatações de sede: ().	Gutações das mucosas: () Umidas () Secas Manifesatações de sede: ().
União de cirurgicas: () Local/Aspécio () Estagio: / /	União de pressão: () Local/Aspécio () Estagio: / /
Cuidado corporal: () Independeente () Dependente () Parcialmente dependente. Observações:	Higiene corporal: () Satisfatória () Insatisfatória Higiene Corporal: () Satisfatória () Insatisfatória.
Sono e Repouso:	Limpeza corporal: () Satisfatória () Insatisfatória () Cedaria de rodas () Outro:
() Preservado () Insonla () Dorme durante o dia () Sono intrompido. Observações:	CONUNICACAO, GREGARIA E SEGURANÇA EMOCIONAL
Type:	RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE/E OU ESPIRITUALIDADE
() Praticante () Não praticante. Observações:	COMUNICACAO, PRATICAS SOCIOSOCIAIS
INTERCORRENCIAS	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:	
DATA: 15/07/2019 HORA: h	Qr. / Alusivo à Unidade CARVALHO CUREN - PB 358.098 ENFERMEIRA



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Evolução de Enfermagem

1 IDENTIFICAÇÃO

Nome: *Trauma de trauma* | Registrô: | Leito: *J-4* | Setor Atual: *07H01*

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:

3 AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: Consciente Orientado Confuso Letárgico Torporoso Comatoso Outro: *GLASGOW(3-15):* *Drogas (Sedação/Analgesia):*

Pupilas: Isocônicas Anisocônicas 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 cmH2O

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 PCO₂ PO₂ HCO₃ EB SpO₂ 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

P脉: Regular Irregular Impalpável Filiforme Cheio.



		() Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: () ≤ 3 segundos; () > 3 segundos. () Turgência jugular: ()		Precordialgia ()	
Drogas vasoativas: () Quais?			
Ausculta cardíaca: () Rítmica () Arrítmica () Sopro () Outro. Marcapasso: () Transitório () Definitivo			
Cateter vascular: () Periférico () Central () Dissecção. Localização: MSE		Data da punção: 13/07/19	
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 () Gastrostomia () Jejunostomia () NPT; Hora: _____		Data: / /	
Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:			
Abdômen: () Númotoenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:			
RHA: () Normoativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados			
Eliminação intestinal: () Normal () Líquida () Constipado há dias () Outros:			
Eliminação urinária: () Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematuria () SVD: Débito ml/h;			
Aspecto: () Outros: Observações:			
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA			
Condição da pele: () Integra () 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:	
AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSOCIAIS			
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL			
Comunicação: () Preservada () Prejudicada		Sentimentos e comportamentos: () Cooperativo () Medo:	
() Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:			
NECESSIDADES PSICOSPIRITUAIS			
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE			
Tipo: () Praticante () Não praticante.		Observações:	
INTERCORRÊNCIAS			
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:		DATA: 13/07/19 HORA: 7:15 h	

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



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Evolução de Enfermagem

IDENTIFICAÇÃO

Nome: *Luiz Gonzaga Fernandes* | Registrado: | Leito: 1-4 | Setor Atual: 0701

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:

AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES FARMACOLOGÍGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: Consciente Orientado Confuso Letárgico Torporoso Comatoso Outras:

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

Pupilas: Isocônicas Anisocônicas 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 cmH2O

Eupnéia; Taquipnéia Bradipnéia Dispneia 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 PCO₂ PO₂ HCO₃ EB SpO₂ Data: / / Hora: / /

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração: Visão Audição Tato Olfato Paladar Observação:

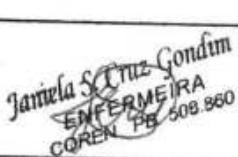
SEGURANÇA FÍSICA

Tranquilo Agitado Agressivo. Risco de queda. Observação:

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

P脉: Regular Irregular Impalpável Filiforme Cheio.



<input checked="" type="checkbox"/> Normocorada (<input type="checkbox"/> Cianose (<input type="checkbox"/> Sudorese (<input type="checkbox"/> Fria (<input type="checkbox"/> Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: (<input checked="" type="checkbox"/> ≤ 3 segundos; (<input type="checkbox"/> >3 segundos. (<input type="checkbox"/> Turgência jugular: (<input type="checkbox"/>	
Drogas vasoativas: (<input type="checkbox"/> Quais? _____ Precordialgia (<input type="checkbox"/>	
Ausculta cardíaca: (<input type="checkbox"/> Rítmica (<input type="checkbox"/> Arrítmica (<input type="checkbox"/> Sopro (<input type="checkbox"/> Outro. Marcapasso: (<input type="checkbox"/> Transitório (<input type="checkbox"/> Definitivo	
Cateter vascular: (<input checked="" type="checkbox"/> Periférico (<input type="checkbox"/> Central (<input type="checkbox"/> Dissecção. Localização: <u>MSC</u> Data da punção <u>10/07/19</u>	
Edema: (<input type="checkbox"/> MMSS (<input type="checkbox"/> MMII (<input type="checkbox"/> Face (<input type="checkbox"/> Anasarca. Observações:	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
Tipo somático: (<input checked="" type="checkbox"/> Nutrido (<input type="checkbox"/> Emagrecido (<input type="checkbox"/> Caquético (<input type="checkbox"/> Obeso.	
Dentição: (<input type="checkbox"/> Completa (<input type="checkbox"/> Incompleta (<input type="checkbox"/> Prótese.	
Alimentação: (<input checked="" type="checkbox"/> VO (<input type="checkbox"/> SNG (<input type="checkbox"/> SNE (<input type="checkbox"/> Gastronomia (<input type="checkbox"/> Jejunostomia (<input type="checkbox"/> NPT; Hora: _____ Data: <u>/ /</u>	
Alterações: (<input type="checkbox"/> Inapetência (<input type="checkbox"/> Disfagia (<input type="checkbox"/> Intolerância alimentar (<input type="checkbox"/> Vômito (<input type="checkbox"/> Pirose (<input type="checkbox"/> Outros:	
Abdômen: (<input checked="" type="checkbox"/> Normotensão (<input type="checkbox"/> Distendido (<input type="checkbox"/> Tenso (<input type="checkbox"/> Ascítico (<input type="checkbox"/> Outros:	
RHA: (<input checked="" type="checkbox"/> Normoativos (<input type="checkbox"/> Ausentes (<input type="checkbox"/> Diminuídos (<input type="checkbox"/> Aumentados	
Eliminação intestinal: (<input checked="" type="checkbox"/> Normal (<input type="checkbox"/> Líquida (<input type="checkbox"/> Constipado há _____ dias (<input type="checkbox"/> Outros:	
Eliminação urinária: (<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea (<input type="checkbox"/> Retenção (<input type="checkbox"/> Incontinência (<input type="checkbox"/> Hematuria (<input type="checkbox"/> SVD: Débito ml/h;	
Aspecto: (<input type="checkbox"/> Outros: _____ Observações:	
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: (<input checked="" type="checkbox"/> Integra (<input type="checkbox"/> Ressecada (<input type="checkbox"/> Equimoses (<input type="checkbox"/> Hematomas (<input type="checkbox"/> Escoriações (<input type="checkbox"/> Outro:	
Coloração da pele: (<input checked="" type="checkbox"/> Normocorada (<input type="checkbox"/> Hipocorada (<input type="checkbox"/> Ictérica (<input type="checkbox"/> Gianótica Turgor da pele: (<input type="checkbox"/> Preservado	
Condições das mucosas: (<input checked="" type="checkbox"/> Úmidas (<input type="checkbox"/> Secas Manifestações de sede: (<input type="checkbox"/>	
Incisão cirúrgica: (<input type="checkbox"/> Local/Aspecto: _____ Curativo em: <u>/ /</u>	
Dreno: (<input type="checkbox"/> Tipo/Aspecto: _____ Débito: _____ Retirado em: <u>/ /</u>	
Úlcera de pressão: (<input type="checkbox"/> Estágio: _____ Local: _____ Descrição: _____ Curativo: <u>/ /</u>	
CUIDADO CORPORAL	
Cuidado corporal: (<input checked="" type="checkbox"/> Independente (<input type="checkbox"/> Dependente (<input type="checkbox"/> Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: (<input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória (<input type="checkbox"/> Insatisfatória Higiene Corporal: (<input type="checkbox"/> Satisfatória (<input type="checkbox"/> Insatisfatória.	
Limitação física: (<input type="checkbox"/> Acamado (<input type="checkbox"/> Cadeira de rodas (<input type="checkbox"/> Outro:	
SONO E REPOUSO	
Preservado (<input type="checkbox"/> Insônia (<input type="checkbox"/> Dorme durante o dia (<input type="checkbox"/> Sono interrompido. Observações:	
AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	
Comunicação: (<input checked="" type="checkbox"/> Preservada (<input type="checkbox"/> Prejudicada Sentimentos e comportamentos: (<input type="checkbox"/> Cooperativo (<input type="checkbox"/> Medo:	
Ansiedade (<input type="checkbox"/> Ausência de familiares/visita (<input type="checkbox"/> Outros:	
NECESSIDADES PSICODESPRITUAIS	
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE	
Tipo: (<input type="checkbox"/> Praticante (<input type="checkbox"/> Não praticante. Observações:	
INTERCORRÊNCIAS	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: 	
DATA: <u>10/07/19</u> HORA: <u>10:15 h</u>	

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



1. IDENTIFICAÇÃO		HISTÓRICO DE ENFERMAGEM		J11/03/19	
Nome: Sueli Moreira da Silva - Register: Letra: J-4 Setor Atual: gfs					
idade: Sexo: M Cor: Estado Civil: Naturalidade: Profissão:					
Procedência: () Vemelha () Amarela () Verde () UTI () CC () ALIA: () Residência () Outro Data da internação hospitalar: 20/02/19 Data da internação no setor: 11/03/19					
Internações previas: () Motivos: [] Alergias: () Qual: Tem um cuidador responsável: () Quem?					
Doenças: () HAS () DM () DPOC () Cardiopatia () Obesidade () Tabagista () Ex-tabagista () Neoplasia () Alcoholismo () Drogadição () Outros: Medicamentos em uso:					
3. HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL					
Quais principais (motive) da internação hospitalar: Fx de unha quebrada					
4. DISPONIBILIDADES PSICOLOGICAS					
Nível de consciência: () Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outro					
GLASGOW(3-15): Drogas (Sedativo/Analgésica):					
Pupilas: () Isocônicas () Anisocônicas () D>E () E>D () Fotorréagentes () Milílicas () Midriáticas Mobilidade Fisiológica: () Preservada () Parafisi () Plegia () Paraplesia. Local:					
Lingüagem: Alteração: () Qual? () Disfonia () Afasia () Disfasia () Disartria.					
() VMI () VMI TOT ^{nº} Comissura labial n° FIO2 % PEEP cmH2O Respiração: () Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % /min () Tragocostomia () Ayre/Tubo O2s:					
Ausculta pulmonar: Murmurito vesicular presente: () Diminuidos () D () E () Eupneia () Taquipneia () Bradipneia () Dispnéia () Outros:					
Tosse: () Impulsiva () Produtiva Expectorragia: () Quantidade e aspecto:					
Aspiração: Quantidade e aspecto: Drreno de torax: () D () E: () Seio dágua					
Data da mersago do dreno / / Aspecto da drenagem tracida:					
Gasometria arterial: PH PCO ₂ PO ₂ HCO ₃ EB SpO ₂ Data: / / Horas:					
PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS					
Aleragia: () Visão () Auditivo () Tato () Olfato () Paladar Observação:					

SEGURANÇA FÍSICA	
(<input checked="" type="checkbox"/>) Tranquilo (<input type="checkbox"/>) Agitado (<input type="checkbox"/>) Agressivo. (<input type="checkbox"/>) Risco de queda. Observação:	
REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR	
Pulso: (<input checked="" type="checkbox"/>) Regular (<input type="checkbox"/>) Irregular (<input type="checkbox"/>) Impalpável (<input type="checkbox"/>) Filiforme (<input type="checkbox"/>) Cheio.	
Pele: (<input checked="" type="checkbox"/>) Corada (<input type="checkbox"/>) Hipocorada (<input type="checkbox"/>) Cianose (<input type="checkbox"/>) Sudorese (<input type="checkbox"/>) Fria (<input type="checkbox"/>) Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: (<input checked="" type="checkbox"/>) ≤3 segundos (<input type="checkbox"/>) >3 segundos. (<input type="checkbox"/>) Turgência jugular: (<input type="checkbox"/>)	
Drogas vasoativas: (<input type="checkbox"/>) Quais? Precordialgia: (<input type="checkbox"/>)	
Ausculta cardíaca: (<input checked="" type="checkbox"/>) Ritmica (<input type="checkbox"/>) Arritmica (<input type="checkbox"/>) Sopro (<input type="checkbox"/>) Outro. Marcapasso: (<input type="checkbox"/>) Transitório (<input type="checkbox"/>) Definitivo	
Cateter vascular: (<input checked="" type="checkbox"/>) Periférico (<input type="checkbox"/>) Central (<input type="checkbox"/>) Dissecção. Localização: M SE Data da punção 10/07/19	
Edema: (<input type="checkbox"/>) MMSS (<input type="checkbox"/>) MMII (<input type="checkbox"/>) Face (<input type="checkbox"/>) Anasarca. Observações:	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
Tipo somático: (<input checked="" type="checkbox"/>) Nutrido (<input type="checkbox"/>) Emagrecido (<input type="checkbox"/>) Caquético (<input type="checkbox"/>) Obeso.	
Dentição: (<input checked="" type="checkbox"/>) Completa (<input type="checkbox"/>) Incompleta (<input type="checkbox"/>) Prótese.	
Alimentação: (<input checked="" type="checkbox"/>) AVO (<input type="checkbox"/>) SNG (<input type="checkbox"/>) SNE (<input type="checkbox"/>) Gastronomia (<input type="checkbox"/>) Jejunostomia (<input type="checkbox"/>) NPT Hora: Data: / /	
Alterações: (<input type="checkbox"/>) Inapetência (<input type="checkbox"/>) Disfagia (<input type="checkbox"/>) Intolerância alimentar (<input type="checkbox"/>) Vômito (<input type="checkbox"/>) Pirose (<input type="checkbox"/>) Outros:	
Abdômen: (<input checked="" type="checkbox"/>) Normotensão (<input type="checkbox"/>) Distendido (<input type="checkbox"/>) Tenso (<input type="checkbox"/>) Ascítico (<input type="checkbox"/>) Outros:	
RHA: (<input checked="" type="checkbox"/>) Normoativos (<input type="checkbox"/>) Ausentes (<input type="checkbox"/>) Diminuídos (<input type="checkbox"/>) Aumentados	
Eliminação intestinal: (<input checked="" type="checkbox"/>) Normal (<input type="checkbox"/>) Líquida (<input type="checkbox"/>) Constipado há dias (<input type="checkbox"/>) Outros:	
Eliminação urinária: (<input checked="" type="checkbox"/>) Espontânea (<input type="checkbox"/>) Retenção (<input type="checkbox"/>) Incontinência (<input type="checkbox"/>) Hematuria (<input type="checkbox"/>) SVD: Débito ml/h;	
Aspecto: (<input type="checkbox"/>) Outros: Observações:	
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: (<input checked="" type="checkbox"/>) Integra (<input type="checkbox"/>) Ressecada (<input type="checkbox"/>) Equimoses (<input type="checkbox"/>) Hematomas (<input type="checkbox"/>) Escoriações (<input type="checkbox"/>) Outro:	
Coloração da pele: (<input checked="" type="checkbox"/>) Normocorada (<input type="checkbox"/>) Hipocorada (<input type="checkbox"/>) Ictérica (<input type="checkbox"/>) Cianótica Turgor da pele: (<input type="checkbox"/>) Preservado	
Condições das mucosas: (<input checked="" type="checkbox"/>) Úmidas (<input type="checkbox"/>) Secas Manifestações de sede: (<input type="checkbox"/>)	
Incisão cirúrgica: (<input type="checkbox"/>) Local/Aspecto: Curativo em: / /	
Dreno: (<input type="checkbox"/>) Tipo/Aspecto: Débito: . Retirado em: / /	
Úlcera de pressão: (<input type="checkbox"/>) Estágio: Local: Descrição: Curativo: / /	
CUIDADO CORPORAL	
Cuidado corporal: (<input type="checkbox"/>) Independente (<input type="checkbox"/>) Dependente (<input checked="" type="checkbox"/>) Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: (<input checked="" type="checkbox"/>) Satisfatória (<input type="checkbox"/>) Insatisfatória Higiene Corporal: (<input checked="" type="checkbox"/>) Satisfatória (<input type="checkbox"/>) Insatisfatória.	
Limitação física: (<input type="checkbox"/>) Acamado (<input type="checkbox"/>) Cadeira de rodas (<input checked="" type="checkbox"/>) Outro: <i>deambula</i>	
SONO E REPOUSO	
(<input type="checkbox"/>) Preservado (<input type="checkbox"/>) Insônia (<input type="checkbox"/>) Dorme durante o dia (<input type="checkbox"/>) Sono Interrompido. Observações:	
6 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	
Comunicação: (<input checked="" type="checkbox"/>) Preservada (<input type="checkbox"/>) Prejudicada. Sentimentos e comportamentos: (<input type="checkbox"/>) Cooperativo (<input type="checkbox"/>) Medo: (<input type="checkbox"/>) Ansiedade (<input type="checkbox"/>) Ausência de familiares/visita (<input type="checkbox"/>) Outros:	
7 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUais	
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE	
Tipo: (<input type="checkbox"/>) Praticante (<input type="checkbox"/>) Não praticante. Observações:	
INTERCORRÊNCIAS	
<i>paciente aguarda</i>	<i>veio da amarela convivente, orientado, exurgia, segue estável</i>
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: DATA: 11/07/19 HORA: 19:20	
	

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





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



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

BOLETIM DE ENFERMAGEM							
NOME:							
IDADE:	SEXO:	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	DATA DE NASCIMENTO:	/ /	às : h		
SETOR:	LEITO:						
DIAGNÓSTICO MÉDICO:							
ALERGIAS:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	QUAIS:				
MEDICAÇÃO CONTÍNUA:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	QUAIS:				
DOENÇA CRÔNICA:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	QUAIS:				
PRESENÇA DE ESCARA:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	LOCAL:				
PRESSÃO ARTERIAL:	HIPOTENSO <input type="checkbox"/>	NORMOPOTENSO <input type="checkbox"/>	HIPERTENSO <input type="checkbox"/>				
SISTEMA NEUROLÓGICO:	CONSCIENTE <input type="checkbox"/>	INCONSCIENTE <input type="checkbox"/>	ORIENTADO <input type="checkbox"/>				
SISTEMA RESPIRATÓRIO:	DISPÊNICO <input type="checkbox"/>	TAQUIPÊNICO <input type="checkbox"/>	EUPNÉICO <input type="checkbox"/>	BRADIPNÉICO <input type="checkbox"/>			
SIST. GENITOURINÁRIO (DIURESE)	NORMAL <input type="checkbox"/>	POLÚRIA <input type="checkbox"/>	OLIGURIA <input type="checkbox"/>	SVD <input type="checkbox"/>			
	DUSÚRIA <input type="checkbox"/>	CISTOSTOMIA <input type="checkbox"/>	ANÚRIA <input type="checkbox"/>				
MOBILIDADE:	DEAMBULA <input type="checkbox"/>	DEAMBULA C/APOIO <input type="checkbox"/>	ACAMADO <input type="checkbox"/>	S/ DEFICITE MOTOR <input type="checkbox"/>			
	TETRAPLEGIA <input type="checkbox"/>	HEMIAPLEGIA <input type="checkbox"/>	PARESIA <input type="checkbox"/>	RESTRITO NO PEITO <input type="checkbox"/>			
ST. GAS. RONENTEINAL: (DIETA)	VO <input type="checkbox"/>	SNG <input type="checkbox"/>	SNE <input type="checkbox"/>				
ESTADO NUTRICIONAL:	NUTRIDO <input type="checkbox"/>	DESNUTRIDO <input type="checkbox"/>	OBESO <input type="checkbox"/>	CAQUÉTICO <input type="checkbox"/>			
DADOS VITAIS:	PA:	T:	FR:	FC:	PESO:		
DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM							
<input type="checkbox"/> RISCO DE QUEDA	CD/FR:						
<input type="checkbox"/> RISCO DE ASPIRAÇÃO	CD/FR:						
<input type="checkbox"/> RISCO DE INFECÇÃO	CD/FR:						
<input type="checkbox"/> RISCO DE DESEQUILÍBrio DA TEMPERATURA CORPORAL	CD/FR:						
<input type="checkbox"/> RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL	CD/FR:						
<input type="checkbox"/> RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA	<input type="checkbox"/> RETENÇÃO URINÁRIA	CD/FR:					
<input type="checkbox"/> RISCO DE SANGRAMENTO	CD/FR:						
<input type="checkbox"/> NÁUSEA	CD/FR:						
<input type="checkbox"/> DOR AGUDA	<input type="checkbox"/> DOR CRÔNICA	CD/FR:					
<input type="checkbox"/> PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	CD/FR:						
<input type="checkbox"/> MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA	CD/FR:						
<input type="checkbox"/> DÉFICIT NO AUTO CUIDADO	<input type="checkbox"/> ALIMENTAR-SE	<input type="checkbox"/> PARA BANHO	CD/FR:				
<input type="checkbox"/> INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	CD/FR:						
<input type="checkbox"/> RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA	CD/FR:						
<input type="checkbox"/> RISCO DE SÍNDROME DO DESUSO	CD/FR:						
<input type="checkbox"/>	CD/FR:						
<input type="checkbox"/>	CD/FR:						
	CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA						
	FR: FATOR RELACIONADO						
ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL							
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM			APRAZAMENTO	ASSINATURA			
<input type="checkbox"/> MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS.							
<input type="checkbox"/> REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR.							
<input type="checkbox"/> ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA.							
<input type="checkbox"/> INSTALAR CATETER DE 02 A 04 ML/MIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA.							
<input type="checkbox"/> AVALIAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA (RUIDOS, ESTERTORES E BATIMENTOS DA ASA DO NARIZ).							
<input type="checkbox"/> ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS.							
<input type="checkbox"/> POSICIONAR O PACIENTE EM DECUBITO DE 45°.							
<input type="checkbox"/> MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA, QUANDO RECOMENDADO.							
<input type="checkbox"/> MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO (EDEMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR HIPEREMIA).							
<input type="checkbox"/> ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO.							
REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE							
<input type="checkbox"/> RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, ÀS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E ÀS REPORtAS DO PACIENTE.							

MOD 125



RESULTADOS ESPERADOS:									
REGISTROS									
DATA	HORA	PA	T	FC	FR	HGT	DIURESE	AVALIAÇÃO	ASSINATURA / CARIMBO
10/07/2020	14:00 - 13:00	70	-	-	-	-	-	Paciente consciente orientado mentalmente expondo mto a prescrições medicais. Sanguíneo dos exames está na gema que	Ronaldo Moreira da C. COBEN-PB 1.254.587-1
INTERCORRÊNCIA DE ENFERMAGEM / DIURNA									
INTERCORRÊNCIA DE ENFERMAGEM / NOTURNA									





Data: 16/07/2019
Horas: 10:18:00
Médico (a) Diarista : Ana Maria Da Silva Anselmo

V+ PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1940564 Paciente: IVANCIR DE LIMA MAHON Idade: 047

Nome da Mãe: JOSEFA LINDALVA DE LIMA Data de Nascimento: 26/02/1972 Sexo: M

Clinica:ORTOPEDIA I Enfermaria: I Leito: 4 Diagnóstico: FRATURA DE UMERO PROXIMAL DIREITO

DIA 16/07/2019

MÉDICO(A): Ana Maria Da Silva Anselmo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE (DIETA ZERO ATÉ SEGUNDA ORDEM) (Borre após RPA)	14 18 24 06
2	SORO FISIOLOGICO 0,9% 500ML E.V. IFRASCO, 8h/8h	14 18 24 06
3	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. IFRA AMP, 12h/12h 0D/2D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	14 18 24 06
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 6h/6h	14 18 24 06
5	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. IFRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	14 18 24 06
6	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 12h/12h Diluir em 100 ML SF	14 18 24 06
7	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	SIN
8	FISIOTERAPIA MOTORA	14 18 24 06
9	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	14 18 24 06

Dra. Ana Maria da S. Anselmo
MR. Ortopedia - Traumatologia
CRM-PB 7825

JS: 55h - Paciente um PDI sem intercorrências.
Segue em BEG.

- # Cd: - Dieta livre após RPA .
- Solicito Rx de controle .
- VPM .

Dra. Ana Maria da S. Anselmo
MR. Ortopedia - Traumatologia
CRM-PB 7825



16-07-19 Paciente pós cirurgia, espável.
Nem queixa de momento, fato
medicacion e cuidados CPM.
Segue os cuidados da
informação.

PA - 130 x 80

FC - 72

16-07-19 Paciente espável, nem queixa,
no momento, medicando
conforme prescrição médica.

PA - 140 x 90

FC - 71



16/07/2019

HTCG-Painel Administrativo

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB.
NOME : Tasso Assuero Menezes Honorato

CNPJ: 08.778.268/0038-52
Data: 16/07/2019



Número do Prontuário: 149193 DATA DA CIRURGIA: 16/07/2019

Número do Atendimento: 1940564 Clín: ORTOPEDIA 1 / Enf: 1 / Lei: 4

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: IVANCIR DE LIMA MAHON

Data da Internação: 10/07/2019

Atendimento: 1940564

Diagnóstico Pré-Operatório: FRATURA DE UMERO PROXIMAL DIREITO

Diagnóstico Pós-Operatório:

Cirurgia: TRATAMENTO CIRÚRGICO FRATURA DE UMERO PROXIMAL DIR

Data da Cirurgia: 16/07/2019

Equipe:

Cirurgião: JOSE FELIPE GUEDES

Aux 1: EVERLAN DA SILVA MEIRA

Aux 2: ANA MARIA DA SILVA ANSELMO

Aux 3:

Instrumentador: FLAVIO + GERSIANE

Anestesista: RICARDO JOSE RAMOS LOUREIRO

Tipo de anestesia: GERAL

Relatório Imediato do Patologista: NÃO

Exame Radiológico no Ato: SIM

Acidente Durante Operação: NÃO OCORREU

Descrição da Operação: 1 - PACIENTE EM POSIÇÃO DE CADEIRA DE PRAIA SOB ANESTESIA

2 - ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS

3 - INCISÃO EM VIA DELTOPEITORAL EM OMBRO DIREITO + DIVULSAÇÃO POR PLANOS + HEMOSTASIA

4 - REDUÇÃO CRUENTA DA FRATURA SOB ESCOPIA + FIXAÇÃO COM PLACA BLOQUEADA DE ÚMERO PROXIMAL 05 F + PARAFUSOS BLOQUEADOS

5 - SUTURA POR PLANOS

6 - CURATIVO

7 - À URPA

Dra. Ana Maria da S. Anselmo
MR. Ortopediar Traumatologista

CRM-PB-7825

Assinatura/Carimbo
Ana Maria Da Silva Anselmo

Data 16/07/2019





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 08/07/2020 14:47:23
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070814472099800000030820210>
Número do documento: 20070814472099800000030820210

Num. 32161063 - Pág. 47



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1940564 Paciente: IVANCIR DE LIMA MAHON Idade: 047 Sexo: M

Nome da Mãe: JOSEFA LINDALVA DE LIMA Data de Nascimento: 26/02/1972 Admissão: 10/07/2019

Clinica: ORTOPEDIA I Enfermaria: I Leito: 4 Diagnóstico: FRATURA DE UMERO PROXIMAL DIREITO

DIA 15/07/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Ana Maria Da Silva Anselmo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE (Dieta zero a partir de 00:00 h)	
2	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 6h/6h	22/07/24/06
3	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. IFRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	22/24
4	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 12h/12h Diluir em 100 ML SF	(18) 06
	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	5N
6	FISIOTERAPIA MOTORA	
7	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
8	MANTER COM JELCO HEPARINIZADO	

EVOLUÇÃO

DATA:15/07/2019 HORA:10:07:53

PACIENTE SEGUE EM LEITO DE ENFERMARIA, CONSCIENTE E ORIENTADO, COM QUEIXA DE DOR DISCRETA EM OMBRO DIREITO.

SONO PRESERVADO, DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES, BOA ACEITAÇÃO DA DIETA.

NV PRESERVADO.

CONDUTA:

- VPM.
- AGUARDA CIRURGIA.
- SOLICITO ECG + RISCO CIRÚRGICO.

ASSINATURA + CARIMBO
 Ana Maria Da Silva Anselmo
 Dra. Ana Maria Da Silva Anselmo, Traumatologista
 CRM-PB 7825



08:00

PA= 140x90

Paciente segue aquando
atividade tem queixa só o
momento e aos cuidados
da enfermagem.

PFH
737442

21:00

PA= 150x80

PFH
737442





PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1940564 Paciente: IVANCIR DE LIMA MAHON Idade: 047 Sexo: M

Nome da Mãe: JOSEFA LINDALVA DE LIMA Data de Nascimento: 26/02/1972 Admissão: 10/07/2019

Clinica: ORTOPEDIA 1 Enfermaria: I Leito: 4 Diagnóstico: FRATURA DE UMERO PROXIMAL DIREITO

DIA 14/07/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Ana Maria Da Silva Anselmo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 6h/6h	12-18-24/06
3	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, IFRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	12-24
4	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 12h/12h Diluir em 100 ML SF	(18/06)
5	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	
6	FISIOTERAPIA MOTORA	
7	CUIDADOS GERAIS + SINAIOS VITAIS	
8	MANTER COM JELCO HEPARINIZADO	

EVOLUÇÃO

DATA: 14/07/2019 HORA: 10:01:26

PACIENTE SEGUE EM LEITO DE ENFERMARIA, CONSCIENTE E ORIENTADO, COM MELHORA DO QUADRO ÁLGICO EM OMBRO DIREITO.

SONO PRESERVADO, DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES, BOA ACEITAÇÃO DA DIETA.

NV PRESERVADO.

CONDUTA:

- VPM.
- AGUARDA CIRURGIA.

ASSINATURA + CARIMBO
Ana Maria Da Silva Anselmo
Dra. Ana Maria da S. Anselmo
MR. Ortopedia - Traumatologia
CRM-PB 7825



14.07.19 20h PA: 140x80 mmHg.

Pct. abaul, sem queixas até o momento.

MCP.M

S Valinoti

14/07.20.004. P.A. 130x80.

Paciente evolui com crise tônica do D.O.
O mesmo não relata queixas. Facote.





PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1940564 Paciente: IVANCIR DE LIMA MAHON Idade: 047 Sexo: M

Nome da Mãe: JOSEFA LINDALVA DE LIMA Data de Nascimento: 26/02/1972 Admissão: 10/07/2019

Clinica:ORTOPEDIA I Enfermaria: I Leito: 4 Diagnóstico: FRATURA DE UMERO PROXIMAL DIREITO

DIA 13/07/2019**MÉDICO(A) ASSISTENTE : Ana Maria Da Silva Anselmo /**

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	13/08 24/06
2	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 6h/6h	12 24
3	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	(18) 06
4	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 12h/12h Diluir em 100 ML SF	SN
5	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	
6	FISIOTERAPIA MOTORA	
7	CUIDADOS GERAIS + SINAIOS VITAIS	
8	MANTER COM JELCO HEPARINIZADO	

EVOLUÇÃO

DATA:13/07/2019 HORA:10:36:50

PACIENTE SEGUE EM LEITO DE ENFERMARIA, CONSCIENTE E ORIENTADO, COM QUEIXA DE DOR EM OMBRO DIREITO (+/4+), QUE SE ACENTUOU APÓS FISIOTERAPIA COM A RETIRADA DO MJ.
SONO PRESERVADO, DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES, BOA ACEITAÇÃO DA DIETA.
NV PRESERVADO.

CONDUTA:

- VPM.
- AGUARDA CIRURGIA.
- TROCAR IMOBILIZAÇÃO.

ASSINATURA + CARIMBO
Ana Maria Da Silva Anselmo
 Dra. Ana Maria da S. Anselmo
 MR. Ortopedia - Traumatologia
 CRM-PB 7825



13/07 10:00h Paciente aguarda procedimento cirúrgico, segue
P.A 180x80 as cuidados da enfermagem.
SAT 94
R. 96
T=36,8°C

Déborah

13/07/19

22:00
P.A = 120/80 R.





PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1940564 Paciente: IVANCIR DE LIMA MAHON Idade: 047 Sexo: M

Nome da Mãe: JOSEFA LINDALVA DE LIMA Data de Nascimento: 26/02/1972 Admissão: 10/07/2019

Clinica: ORTOPEDIA I Enfermaria: I Leito: 4 Diagnóstico: FRATURA DE UMERO PROXIMAL DIREITO

DIA 12/07/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Ana Maria Da Silva Anselmo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	<i>L</i>
2	SORO FISIOLOGICO 0,9% 500ML E.V, 1FRASCO, 6h/6h	<i>12 18 24 06</i>
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 6h/6h	<i>12 18 24 06</i>
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 1FRA AMP, 12h/12h Reconstitui 2ML ABD,	<i>12 24</i>
	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 12h/12h Diluir em 100 ML SF	<i>18 06</i>
6	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	<i>5 15</i>
7	FISIOTERAPIA MOTORA	<i>L</i>
8	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	<i>L</i>

EVOLUÇÃO

DATA:12/07/2019 HORA:11:20:44

PACIENTE SEGUE EM LEITO DE ENFERMARIA, CONSCIENTE E ORIENTADO, COM QUEIXA DE DOR DISCRETA EM OMBRO DIREITO.

SONO PRESERVADO, DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES, BOA ACEITAÇÃO DA DIETA.

NV PRESERVADO.

CONDUTA:

- VPM.
- AGUARDA CIRURGIA.
- FORNEÇO ATESTADO MÉDICO.

ASSINATURA + CARIMBO:
 Ana Maria Da Silva Anselmo
[Signature]
 Dra. Ana Maria da S. Anselmo
 M.R. Ortopedista - Traumatologista
 CRM-PB 7825



12.07.2019

10hs - 36,5° 130x80

Paciente em Venoclín, evoluiu com
queixas no momento, aguardando
procedimento cirúrgico, medicos
e conforme prescrição médica

Kátia Silvana Nóbrega de Figueiredo
COREN-PB 486.017-TE

12107 20:00hs

P. A 130x80

Débora



11/07/2019

HPM-Painel Administrativo

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 11/07/2019

Horas: 09:39:53

Médico (a) Diarista : Schubert Luigi Costa Rodrigues



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1940564 Paciente: IVANCIR DE LIMA MAHON Idade: 047 Sexo: M

Nome da Mãe: JOSEFA LINDALVA DE LIMA Data de Nascimento: 26/02/1972 Admissão: 10/07/2019

Clinica:AMARELA Enfermaria: 1 Leito: 4 Diagnóstico: FRATURA DE UMERO PROXIMAL DIREITO

DIA 11/07/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Schubert Luigi Costa Rodrigues /

09/11

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	05
2	SORO FISIOLOGICO 0,9% 500ML E.V, 1FRASCO, 6h/6h	05 05 05 05
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 6h/6h	05 05 05
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	05 05
5	OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO	06
6	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	06
7	FISIOTERAPIA MOTORA	05
8	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	05

Evolução

DATA:11/07/2019 HORA:09:39:16

PACIENTE EVOLUINDO BEM SEM QUEIXAS
CD AGUARDA CIRURGIA

Dr. Schubert Costa
ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGIA
CIRURGIA DA COLUMNA
CRM/PB 5523

ASSINATURA + CARIMBO
Schubert Luigi Costa Rodrigues



31.07.19 22h

PA: 120 e 80 mmHg.

Pct estabil, sem quebras ate o momento
n.c.p.v

Valena





PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 1940564 Paciente: IVANCIR DE LIMA MAHON Idade: 047

Nome da Mãe: JOSEFA LINDALVA DE LIMA Data de Nascimento: 26/02/1972 Sexo: M

Clinica: AMARELA Enfermaria: 11 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA DE UMERO PROXIMAL DIREITO

DIA 10/07/2019

MÉDICO(A): João Paulo Oliveira Nunes /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLOGICO 0,9% 500ML E.V. 1FRASCO, 6h/6h	12 20 30 40
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 6h/6h	12 18 20 26
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	12 20 26
5	OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO	20 26
6	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA. FAZER SE NECESSARIO	CT
7	FISIOTERAPIA MOTORA	
8	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITais	CT

DR. JOSÉ PINTO
MEDICO DO TRABALHO
MOTOBOM E TAMBORADA
CRM/PB 69551





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 08/07/2020 14:47:23
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070814472099800000030820210>
Número do documento: 20070814472099800000030820210

Num. 32161063 - Pág. 59

17/07/2019

HTCG-Painel Administrativo

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
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 03

Data: 17/07/2019

NOME : Ana Maria Da Silva Anselmo



GOVERNO DA PARAÍBA



LIBERAÇÃO DE LEITO

Nome do Paciente: IVANCIR DE LIMA MAHON

Data da Internação: 10/07/2019

Data da Alta: 17/07/2019

Registro: 1940564

Tempo de Permanência: -18088

Diagnóstico Inicial: 0408020334

Diagnóstico Final:

Principais Exames: EXAME CLINICO + RADIOLOGICO

Cirurgia: TRATAMENTO CIRURGICO FRATURA UMERO PROXIMAL

Data: 16/07/2019

Equipe:

Cirurgião: JOSE FELIPE GUEDES

Aux 1: EVERLAN DA SILVA MEIRA

Aux 2: ANA MARIA DA SILVA ANSELMO

Aux 3:

Aux 4:

Anestesista: RICARDO JOSE RAMOS LOUREIRO

Medicamentos:

Infecção F.O: NAO

Coleta de Material: NAO

Citeriologia: NÃO

Anatomopatológico: NÃO

Orientações: - PRESCREVO CIPROFLOXACINO + ARFLEX RETARD + DEOCIL SL . -
ENCAMINHO À FISIOTERAPIA. - ENCAMINHO AO AMBULATÓRIO DE EGRESOS
PARA RETORNO. - FORNEÇO ATESTADO MÉDICO. - ORIENTAÇÕES GERAIS +
ORIENTO RETORNO IMEDIATO SE INTERCORRÊNCIAS. - ALTA HOSPITALAR.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavar com ÁGUA E SABÃO DUAS VEZES
AO DIA. SE APRESENTAR FEBRE, DOR, VERMELHIDÃO OU INCHAÇO RETORNAR
IMEDIATAMENTE AO HOSPITAL!

Condições de Alta: Melhorado

Dra. Ana Maria da S. Anselmo
MR. Ortopedia - Traumatologia
CRM-PB 7825

Data 17/07/2019

Assinatura/Carimbo
Ana Maria Da Silva Anselmo

OBS: LIBERAÇÃO CONFERIDA NO RESUMO DE ALTA! RESPONSÁVEL : Ana Maria Da Silva Anselmo



17/07/2019

HTCG-Painel Administrativo



[8/projetohtcg/impreresumodalta.php?contar=1940564](http://projetohtcg/impreresumodalta.php?contar=1940564)

2/2



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 08/07/2020 14:47:23
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070814472099800000030820210>
Número do documento: 20070814472099800000030820210

Num. 32161063 - Pág. 61



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1940564 Paciente: IVANCIR DE LIMA MAHON Idade: 047 Sexo: M

Nome da Mãe: JOSEFA LINDALVA DE LIMA Data de Nascimento: 26/02/1972 Admissão: 10/07/2019

Clinica: ORTOPEDIA 1 Enfermaria: 1 Leito: 4 Diagnóstico: FRATURA DE UMERO PROXIMAL DIREITO

DIA 17/07/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Ana Maria Da Silva Anselmo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE (DIETA ZERO ATÉ SEGUNDA ORDEM)	
2	SORO FISIOLOGICO 0,9% 500ML E.V, 1FRASCO, 8h/8h	
3	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V, 1FRA AMP, 12h/12h ID/2D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 6h/6h	
5	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	
6	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 12h/12h Diluir em 100 ML SF	
7	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	
8	FISIOTERAPIA MOTORA	
9	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

EVOLUÇÃO

DATA: 17/07/2019 HORA: 09:12:12

PACIENTE SEGUE EM LEITO DE ENFERMARIA, CONSCIENTE E ORIENTADO, EM 1º DPO, EM BEG, COM QUEIXA DE DOR DISCRETA.

FO COM BOM ASPECTO.

CONDUTA:

- PRESCREVO CIPROFLOXACINO + ARFLEX RETARD + DEOCIL SL .
- NCAMINHO À FISIOTERAPIA.
- ENCAMINHO AO AMBULATÓRIO DE EGESSOS PARA RETORNO.
- FORNEÇO ATESTADO MÉDICO.
- ORIENTAÇÕES GERAIS + ORIENTO RETORNO IMEDIATO SE INTERCORRÊNCIAS.
- ALTA HOSPITALAR.

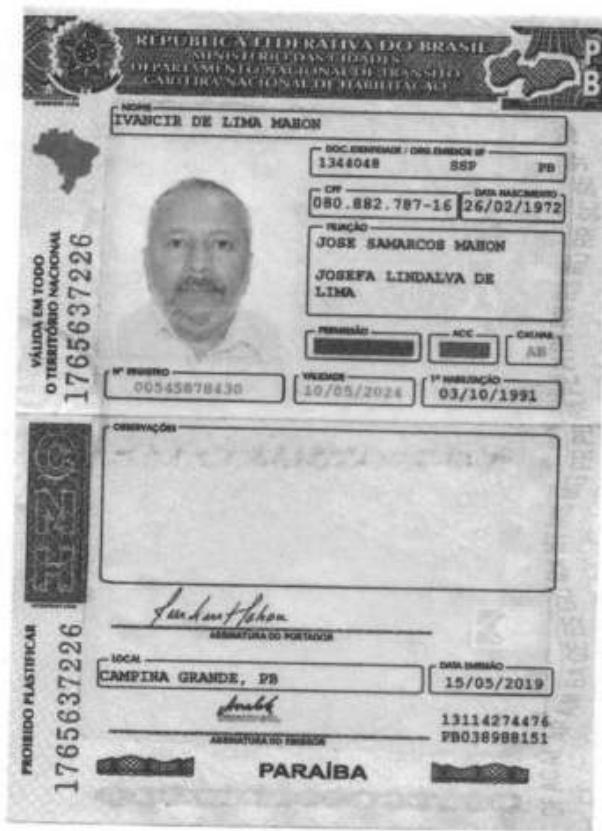
ASSINATURA #CARIMBO
 Ana Maria Da Silva Anselmo
 Dra. Ana Maria Da Silva Anselmo
 M.R. Ortopedia - Traumatologia
 CRM-PB 7825





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 08/07/2020 14:47:23
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070814472099800000030820210>
Número do documento: 20070814472099800000030820210

Num. 32161063 - Pág. 63



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 08/07/2020 14:47:23
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070814472099800000030820210>
Número do documento: 20070814472099800000030820210

Num. 32161063 - Pág. 64



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 08/07/2020 14:47:23

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070814472099800000030820210>

Número do documento: 20070814472099800000030820210

Num. 32161063 - Pág. 65

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

DETTRAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
VIA: **DPVAT** - 2019000246518-6
1 0019930151-4 00/00000000 2019

GEAN DA SILVA VASCONCELOS

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

PB № 014799785342 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

Nº

1

00199301514

2010

9

9C2JC4110AR589482

MOQ5163/PB

2019

10/06/2019

PLACA

1

03407464401

GPF (CPF)

03407464401

2010

9

9C2JC4110AR589482

MOQ5163/PB

2010

9C2JC4110AR589482

MOQ5163/PB

2010

9

9C2JC4110AR589482

MOQ5163/PB

2010</p

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190705283 Cidade: Campina Grande Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: IVANCIR LIMA MAITON Data do acidente: 10/07/2019 Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DE ÚMERO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE OMBRO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: PÁG 9/43_CIRURGIA

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: **3190705283**

3 - CPF da vítima: **08088278716**

4 - Nome completo da vítima:

Juvancir de Lima Nahon

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

5 - Nome completo:

Juvancir de Lima Nahon

6 - CPF: **08088278716**

7 - Profissão:

Ricuso

8 - Endereço:

R. Antônio Carvalho de Souza

9 - Número:

150

10 - Complemento: **APTº.**

11 - Bairro:

Rocha Central

12 - Cidade:

Campina Grande

13 - Estado:

PB

14 - CEP:

58477-000

15 - E-mail:

jorjanahsbs@outlook.com

16 - Tel.(DDD):

(83)96676696

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1.000 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **0493**

CONTA: **1022867**

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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.

22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

23 - DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? Sim Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro/vil nascor?

Sim Não

31 - Vítima teve irmãos?

Sim Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: **Campina Grande, 03/07/2020**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Luis Fernando Nahon





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:
3190705283

3 - CPF da vítima:
08088278716

4 - Nome completo da vítima:
Juancir de Lima Mahom

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

5 - Nome completo:
Juancir de Lima Mahom

6 - CPF:
08088278716

7 - Profissão:

RECLUSO

8 - Endereço:

R. Antônio Carvalho de Souza

9 - Número:
150

10 - Complemento:
APT.

11 - Bairro:

Rocha Central

12 - Cidade:

Campina Grande

13 - Estado:

PB

14 - CEP:
58477-000

15 - E-mail:

joseliorampeba@outlook.com

16 - Tel.(DDD):
(83)96676696

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0493

CONTA: 1022867

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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.

22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

Sim

Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? Sim Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deu nascimento (vai nascer)? Sim Não

31 - Vítima teve irmãos? Sim Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Campina Grande 03/07/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Automação Bancária - Agência: 0493	Deposito em Conta-Poupança em Dinheiro
Automação Bancária - Agência: 0493	Deposito em Conta-Poupança em Dinheiro
bradesco	
Autoatendimento	
Depósito em Conta-Poupança em Dinheiro	
Banco: 237	Agencia: 0493 Maquina: 016750
Data: 03/01/2020	Hora: 15:10 N.Trans: 007080
Favorecido	
Banco: 237	
Agencia: 0493 / CAMPINA GRANDE-CTO	
Conta: 1022867-0	
Valor do depósito:	10,00
Titular: IVANCIR LIMA MAHON	
Alo Bradesco	
SAC - Serviço de Apoio ao Cliente	
Cancelamentos, Reclamações e Informações	
0800 704 8383	
Deficiente Auditivo ou de Fala - 0800 722 0099	
Atendimento 24 horas, 7 dias por semana	
Ouvintoria - 0800 727 9933	
Atendimento de segunda a sexta-feira das	
8h às 18h, exceto feriados.	
Horário de Brasília.	
Obrigado	
Tenha uma boa tarde	



PROCURACAO PARTICULAR

BENEFICIÁRIO/VÍTIMA

Nome: Juancir de Lima Mahon
Nacionalidade brasileira Est. Civil
Identidade 1.344.048 CPF 080882.487-76
Endereço: Antônio Cavallus de Souza Nº 150
Bairro Rocha Central Cidade Campina Grande Est. Paraíba
Natureza do sinistro: invalidade permanente Data do acidente: 10/07/2019

PROCURADOR:

Nome: José Ramos de Araújo Profissão: Téc. Em Radiologia
Nacionalidade: brasileira Estado Civil: Divorciado
Identidade: 718.406 SSP/PB CPF: 408.289.644-91
Endereço: Rua Vital Francisco da Silva, n.º 63, 1.º andar, Centro,
Queimadas-PB

Poderes:

Pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante qualquer Seguradora pertencente ao Consórcio DPVAT, também perante aos pontos de atendimento da Seguradora Lider (Correios, Sincor(s) e corretores), afim de receber a indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT e poderes para assinatura em ficha de autorização de pagamento, crédito de indenização de sinistros DPVAT, a que tenho direito, podendo ainda, requerer o prontuário médico, junto a qualquer hospital. Para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar enfim todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato da vítima: JUANCIR DE LIMA MAHON

Campina Grande, 06 Dezenbro 2019
Local e data

Suelio Moreira Torres
Assinatura do beneficiário/vítima
(reconhecer firma por autenticidade)

6º
Notariais & OFÍCIO
Rua Marquês do Herval, 16 - Loja 6 - Galeria
Edif. Lucas - Campina Grande - PB
CEP: 58400-087 - Fone: (83) 3341-2658

Maria Edna J. de
Tabel. 16
Vânia M. L. Lucas
Tabelia 51 - 2018-08



Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de
IVANCIR DE LIMA MAHON.

Campina Grande/PB 06/12/2019
Em testemunho da verdade. Dou fé
Substituta: **NELIA MELLO LUCAS**
Selos Digitais: AJM06302-U10S
Confira em <https://selodigital.tjpb.jus.br>
Email: R\$9,91 Farpen R\$0,29
Fepj: R\$ 1,82 MP: R\$0,16



Nelia Mello Lucas
Tabeliã Substituta
Cartório do 6º Ofício
Campina Grande

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0456227/19

Vítima: IVANCIR LIMA MAITON

CPF: 080.882.787-16

CPF de: Próprio

Data do acidente: 10/07/2019

Titular do CPF: IVANCIR LIMA MAITON

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JOSE RAMOS DE ARAUJO : 408.289.644-91

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

IVANCIR LIMA MAITON : 080.882.787-16

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 17/12/2019
Nome: JOSE RAMOS DE ARAUJO
CPF: 408.289.644-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/12/2019
Nome: RENATO LUNA DIAS
CPF: 705.216.494-98

JOSE RAMOS DE ARAUJO

RENATO LUNA DIAS



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 31/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: IVANCIR LIMA MAITON

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00493-6

CONTA: 000001022867-0

Nr. Autenticação

BRADESCO31012020050000000002370049300001022867168750 PAGO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 08/07/2020 14:47:23
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070814472099800000030820210>
Número do documento: 20070814472099800000030820210

Num. 32161063 - Pág. 74



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, 18 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190705283 Vítima: IVANCIR LIMA MAITON

Data do Acidente: 10/07/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE RAMOS DE ARAUJO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), IVANCIR LIMA MAITON

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-DRVAT

Estamos aqui para Você

Carta n° 15260326



00253/000251 - Carta 01 - INVAI IDEZ



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 08/07/2020 14:47:23
<http://pjeb.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007081447209980000030820210>
Número do documento: 2007081447209980000030820210

Núm. 32161063 - Pág. 75



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, 02 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190705283 Vítima: IVANCIR LIMA MAITON

Data do Acidente: 10/07/2019 **Cobertura:** INVALIDEZ

Procurador: JOSE RAMOS DE ARAUJO

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), IVANCIR LIMA MAITON

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na COMPREV SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





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, 16 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190705283 **Vítima: IVANCIR LIMA MAITON**

Data do Acidente: 10/07/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: JOSE RAMOS DE ARAUJO

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), IVANCIR LIMA MAITON

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na COMPREV SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Pag. 00777/00778 - carta_25 - INVALIDEZ



Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 08/07/2020 14:47:23
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070814472099800000030820210>
Número do documento: 20070814472099800000030820210

Num. 32161063 - Pág. 77



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, 04 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190705283 Vítima: IVANCIR LIMA MAITON

Data do Acidente: 10/07/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE RAMOS DE ARAUJO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), IVANCIR LIMA MAITON

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: IVANCIR LIMA MAITON

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 237

Agência: 000000493-6

Conta: 000001022867-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

Pag. 00441/00442 - carta_15R - INVALIDEZ



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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 080882787-16 4 - Nome completo da vítima: Juancir de Lima Mahon

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

5 - Nome completo: Juancir de Lima Mahon 6 - CPF: 080882787-16

7 - Profissão: Ricusa 8 - Endereço: Rua Antônio Carvalho de Souza 9 - Número: 150 10 - Complemento: NTR

11 - Bairro: Rocha central 12 - Cidade: C. Grande 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58417-000

15 - Email: juancirspb@outlook.com 16 - Tel.(DDD): 183196676646

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

- | | | |
|---|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> R\$1,00 A R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00 |

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0737 CONTA: 00081940 8
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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.

22 - 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.

Pela motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de Indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação 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

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar quantos filhos? Sim Não 30 - Vítima deixou nascituro (varízecos)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar quantos irmãos? Sim Não 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Este ciente de que a Seguradora Lider 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.

34 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, _____

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido
 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)
 43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
2ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Central de Polícia Civil de Campina Grande -
Setor de Boletim de Ocorrência



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

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 09511.01.2019.2.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 09511.01.2019.2.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na integra: À(s) 13:56 horas do dia 29 de agosto de 2019, na cidade de Campina Grande, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de Campina Grande - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Josefa Alves de Assis, matrícula 1332414, e lavrado por Josenildo Sousa de Almeida, Agente de Investigação, matrícula 1819593, ao final assinado, compareceu **IVANCIR DE LIMA MAHON**, CPF nº 080.882.787-16, nacionalidade brasileira, estado civil divorciado(a), identidade de gênero masculino, profissão Representante Comercial, filho(a) de Josefa Lindalva de Lima e Jose Samarcos Maron, natural de Barra de São Miguel/PB, nascido(a) em 26/02/1972 (47 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Vice-prefeito Antônio de Carvalho Sousa, Nº 150, bairro Santa Cruz, tendo como ponto de referência Casa, na cidade de Campina Grande/PB, telefone(s) para contato (83) 99613-6481.

Dados do(s) Fato(s):

Local: Av Almirante Barroso, De Frente a Pereira Veiculo, Campina Grande/PB, bairro Jardim Quarenta; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 10/07/19 10:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

Objeto(s) Envolvido(s):

(1) **Moto**, modelo HONDA/CG 125 FAN KS, marca HONDA/CG 125 FAN KS, tipo de veículo passeio, cor preta, ano 2010, placa MOQ-5163, chassi 9C2JC4110AR589482, renavam 00199301514, características gerais: Nome Proprietário gean da Silva Vasconcelos

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que a vítima na data do dia 10/07/2019 as 10h 30min estava a transitar na Av. Almirante Barroso, Bairro Jardim Quarenta, Campina Grande PB; Que nas proximidades de perreira automóveis, foi surpreendido por um animal tipo cachorro que atravessou a via inesperadamente; Que a vítima como na ocasião se encontrava com muita chuva não percebeu o animal e veio a colidir com o mesmo e com este impacto a vítima foi lancada ao solo sendo socorrida posteriormente por populares para o hospital de trauma de campina grande PB; Que neste citado hospital a vítima foi diagnosticada com fratura no úmero direito, onde este passou por procedimento cirúrgico, conforme atestado médico em anexo.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

Campina Grande/PB, 29 de agosto de 2019.

JOSENILDO SOUSA DE ALMEIDA
Agente de Investigação

IVANCIR DE LIMA MAHON
Noticiante

Procedimento Policial: 09511.01.2019.2.00.401

1/1



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 08/07/2020 14:47:23
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070814472099800000030820210>
Número do documento: 20070814472099800000030820210

Num. 32161063 - Pág. 80



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 080882787-16 4 - Nome completo da vítima: Juancir de Lima Mahon

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

5 - Nome completo: Juancir de Lima Mahon
 6 - CPF: 080882787-16
 7 - Profissão: Ricusa
 8 - Endereço: Rua Antônio Carvalho de Souza
 9 - Número: 150
 10 - Complemento: MTB
 11 - Bairro: Rocha central
 12 - Cidade: C. Grande
 13 - Estado: PB
 14 - CEP: 58417-000
 15 - Email: festarauspb@outlook.com
 16 - Tel.(DDD): 183196676646

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

- | | | |
|---|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> R\$1,00 A R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00 |

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0737 CONTA: 00081940 8
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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.

22 - 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.

Pela motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de Indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação 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

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar quantos filhos? Sim Não 30 - Vítima deixou nascituro (varízecos)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar quantos irmãos? Sim Não 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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.

34 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º | Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, _____ Assinatura da testemunha

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) _____ 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) _____ 43 - Assinatura do Procurador (se houver) _____

NAO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019



17/07/2019

HTCG-Painel Administrativo

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mat. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58431-809
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 03

Data: 17/07/2019

NOME : Ana Maria Da Silva Anselmo



GOVERNO DA PARAÍBA

GOVERNO DA PARAÍBA

LIBERAÇÃO DE LEITO

Nome do Paciente: IVANCIR DE LIMA MAHON

Data da Internação: 10/07/2019

Data da Alta: 17/07/2019

Registro: 1940564

Tempo de Permanência: -18088

Diagnóstico Inicial: 0408020334

Diagnóstico Final:

Principais Exames: EXAME CLINICO + RADIOLOGICO

Cirurgia: TRATAMENTO CIRURGICO FRATURA UMERO PROXIMAL

Data: 16/07/2019

Equipe:

Cirurgião: JOSE FELIPE GUEDES

Aux 1: EVERLAN DA SILVA MEIRA

Aux 2: ANA MARIA DA SILVA ANSELMO

Aux 3:

Aux 4:

Anestesista: RICARDO JOSE RAMOS LOUREIRO

Medicamentos:

Infecção F.O: NAO

Coleta de Material: NAO

Bacteriologia: NÃO

Anatomopatológico: NÃO

Orientações: - PRESCREVO CIPROFLOXACINO + ARFLEX RETARD + DEOCIL SL . -
ENCAMINHO À FISIOTERAPIA. - ENCAMINHO AO AMBULATÓRIO DE EGESSOS
PARA RETORNO. - FORNEÇO ATESTADO MÉDICO. - ORIENTAÇÕES GERAIS +
ORIENTO RETORNO IMEDIATO SE INTERCORRÊNCIAS. - ALTA HOSPITALAR.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: LAVAR COM ÁGUA E SABÃO DUAS VEZES
AO DIA. SE APRESENTAR FEBRE, DOR, VERMELHIDÃO OU INCHAÇO RETORNAR
IMEDIATAMENTE AO HOSPITAL!

Condições de Alta: Melhorado

Data 17/07/2019

Dra. Ana Maria Da S. Anselmo
MR. Ortopedia / Rheumatologia
CRM-PB 7825
Assinatura/Carimbo
Ana Maria Da Silva Anselmo

OBS: LIBERAÇÃO CONFERIDA NO RESUMO DE ALTA! RESPONSÁVEL : Ana Maria Da
Silva Anselmo