

Rio de Janeiro, 09 de Março de 2017

Carta nº: 10628048

A/C: ADRIANO RAMOS MOREIRA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170129285 ASL-0085681/17

Vítima: ADRIANO RAMOS MOREIRA

Data Acidente: 16/09/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 13 de Março de 2017

Carta nº: 10646165

A/C: ADRIANO RAMOS MOREIRA

Sinistro: 3170129285 ASL-0085681/17
Vítima: ADRIANO RAMOS MOREIRA
Data Acidente: 16/09/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

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

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 21 de Março de 2017

Carta nº: 10692601

A/C: ADRIANO RAMOS MOREIRA

Sinistro: 3170129285 ASL-0085681/17
Vítima: ADRIANO RAMOS MOREIRA
Data Acidente: 16/09/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

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

Creditado: **ADRIANO RAMOS MOREIRA**

Valor: **R\$ 4.725,00**

Banco: **237**

Agência: **000005784-3**

Conta: **000000006035-6**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	4.725,00

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

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 =	R\$	4.725,00
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Seguradora Líder • DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

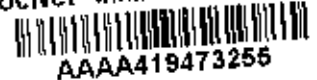


0014

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO

DocNet www.ironmountain.com.br



AAAA419473255

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Auriano Romão MarianoPORTADOR(A) DO RG Nº 2969523 EXPEDIDO POR SSP EM 21/12/2001 ECPF 058727114-09 /CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO MONTADORE RENDA MENSAL DE R\$ 1.000,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA 0 MESMO AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO

DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 233 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 5784 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 0006035-6

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Queimadas 13. 07 de junho de 2017
LOCAL E DATA

Auriano Romão Mariano
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



AAAA419473263



Bradesco

Dia & Noite

BDN - BRADESCO DIA E NOITE
EXTRATO CONTA FACIL

TERM.051558

ADRIANO RAMOS MOREIRA
AGENCIA 5784 CONTA 0006035-609:48 HRS
21/JAN/2017

DISPONIVEL

= TOTAL DISPONIVEL 9,60-
+ CONTA FACIL (C/C + Poup) 9,60-

TOTAL DE RECURSOS 9,60-

MOVIMENTACAO - CONTA FACIL - (C/C + Poup)

-----DEZEMBRO/2016-----
DIA HISTORICO N.DOCTO VALOR
SAI DO ANTERIOR 0,00

ST66RDGRA LIDER PRINT @ 7 15/02/2017 12:25 - 00000165029

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): Adriano Ramos Moreira
Endereço do(a) Examinado(a): Sítio Gravatar, S/N
Zona Rural Queimadas PB CEP: 58475-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PB] 2969523
Data local do exame: [15/03/2017] Campina Grande [PB]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

FRATURA DE PLATO TIBIAL D

PRESENÇA DE CICATRIZ CIRÚRGICA NA PERNA D, 1/3 SUPERIOR, DEFORMIDADE ARTICULAR, EDEMA RESIDUAL, ADM DO JOELHO COM LEVE LIMITAÇÃO PARA FLEXÃO, TNZ PRESERVADO, ATROFIA MUSCULAR LEVE, CLAUDICAÇÃO.

- a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

(X) Sim () Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

- b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

(X) Sim () Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

- II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.

FOI ATENDIDO NO MESMO DIA DO ACIDENTE, PERMANECERU INTERNADO POR 8 DIAS, FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE PLATO TIBIAL, FEZ FISIOTERAPIA, FEZ ACOMPANHAMENTO POR 3 MESES.

Data da alta: MEADOS DE DEZEMBRO DE 2016

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE PLATO TIBIA D, COM USO DE PLACA E PARAFUSOS

Complicações: EVOLUIU SEM COMPLICAÇÕES

- III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

(X) Sim () Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

DANO ANATÔMICO PELA FRATURA, DEFORMIDADE DO JOELHO D, DIFICULDADE PARA CORRER, LEVE LIMITAÇÃO DA FLEXÃO DO JOELHO D.

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

- IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

() "Sem sequela permanente"

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

MEMBRO INFERIOR - Direito

% do dano: () 10% residual () 25% leve

(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve

() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

- c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

- V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Dr. Schubert Costa
PERITO ASSISTENTE
SAUDE SEG
CRM - 5523



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 00097.01.2016.2.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00097.01.2016.2.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: Ao(s) 03 dias do mês de Novembro de 2016, nesta cidade de Campina Grande, Delegacia Especializada De Acidentes De Veículos De Campina Grande, presente o(a) Delegado(a) de Polícia Civil Policial, **Severino de Carvalho Lopes**, comigo, **Ademir da Costa Vilar**, Escrivão De Polícia, às 11:30 horas, compareceu **Adriano Ramos Moreira**, nacionalidade BRASILEIRA, profissão Motorista, naturalidade Queimadas/Paraíba, data de nascimento 08 de Maio de 1982, idade 34, filiação Maria Ramos da Silva e Raimundo Moreira da Silva, Documento - CNH: 03805481040, residente Sítio Gravata [NÃO INFORMADO] [NÃO INFORMANDO], [NÃO INFORMADO], na cidade de Queimadas/PB, telefone (83) 99125-7092.

Dados dos Fatos:

(1) - Local: Rua Vidal de Negreiros, numero: [NÃO INFORMADO], complemento: [NÃO INFORMADO], Centro, Campina Grande - PB; Tipo do Local: VIA/LOCAL DE ACESSO PÚBLICO (RUA, PRAÇA, ETC); Data/Hora: 16/09/16 16:01

Objeto(s) Envolvido(s):

(1) - Tipo: MOTO, Modelo: CG 160 FAN ESDI, Marca: Honda, Tipo de Veículo: Moto, Cor: Prata, Ano: 2016, Placa: PCV-0884, Chassi: 9C2KC2200GR114073, RENAVAL: 1083231895, Características Gerais: [NÃO INFORMADO]

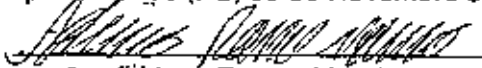
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Informa o comunicante/vítima, que no dia, hora e local já descritos, conduzia a motocicleta Honda/CG 160 FAN ESDI, Ano/Modelo 2015/2016, cor prata, Placa PCV-0884-PB, Chassi de Nº 9C2KC2200GR114073, licenciada em nome de Deyse Milene da Silva, quando trafegava na rua Vidal de Negreiros, bairro centro, momento em que o condutor do veículo Voyage, de sinais e condutor não identificado, que trafegava em sua frente, e bruscamente parou para a passagem de pedestre na faixa, logo o comunicante vinha atrás acionou os freios de sua moto, mas não deu para livrar, colidiu na lateral do citado veículo, vindo a cair ao solo e sofrendo fratura do Platô tibial na perna direita, sendo socorrida pelo SAMU e encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma, nesta cidade. Na ocasião do acidente o tempo apresentava-se bom, com via seca e boa visibilidade, não se encontrando o envolvido sob a influência de bebidas alcoólicas. Não compareceram os Policiais Militares do CPTRAN, razão pela qual não foi elaborado o Boletim de Acidente de Trânsito. Afirma a vítima não ter o desejo de Representar Criminalmente contra o condutor do veículo causador do acidente.

Nada mais havendo a declarar, foi cientificado o declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.


Ademir da Costa Vilar
Escrivão De Polícia

Campina Grande (PB) 03 de Novembro de 2016


Adriano Ramos Moreira
Noticiante

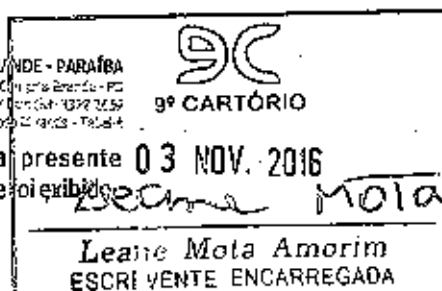


9º OFÍCIO DE NOTAS DE CAMPINA GRANDE - PARAÍBA
Rua Coronel João Pessoa, 2 - Centro - Campina Grande - PB
CEP: 56410-292 Fone: (83) 3212-2211 / Fax: (83) 3212-2259
Portaria Regional nº 1903 - Tel: 3212-2259



Certifico e dou fé, nos termos da lei, que a presente 03 NOV. 2016
cópia fotostática é a reprodução fiel do original que me foi exibido.

SELO DIGITAL - AD21.8584_A359
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tpb.jus.br>



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Aldirio R. Moreira, portador da carteira de identidade nº 2968523 e inscrito no CPF/MF sob o nº 058.727.114-09, residente e domiciliado na Sítio (Murobor, SN, Zona rural, Cidade Queimadas Estado Paraná, 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 estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

(X) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Queimadas / PB, 07 de Janeiro de 2017.

Local e data

SEI/PR/2017-11177 DPVAT 8 7 15/08/2017 12:25 - 00000165030

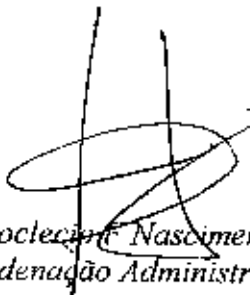


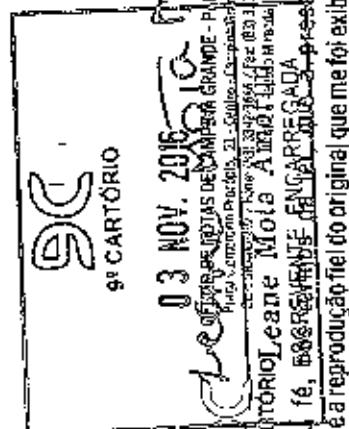
SEI/PROFESSOR LIDER DEPLA 87 15/02/2017 12:25 - 000000165031

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins de direito que o SAMU REGIONAL CG - 192, prestou atendimento pré-hospitalar ao paciente **Adriano Ramos Moreira**, vítima de acidente de trânsito no dia 16 de Setembro de 2016 aproximadamente às 16hs01min, End. Vidal de Negreiros / UNESC - Centro, sendo o paciente atendido e encaminhado para o Hospital de Urgência e Trauma.

Campina Grande, 03 de Novembro de 2016.


Deoclecio Nascimento
Coordenação Administrativa



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA:

17/03/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ADRIANO RAMOS MOREIRA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 05784-3

CONTA: 000000006035-6

Nr. Autenticação

BRDESCO1703201705000000000023705784000000006035472500 PAGO

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA



DocNet www.ironmountain.com.br



AAAA419473271

Eu, Aldirino Romes Mueiro

RG nº 2969523, data de expedição 23/12/2001 Órgão SSP

CPF nº 058.727.114-09, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Sítio Granatator</u>
Número	<u>51N</u>
Apto / Complemento	<u>- -</u>
Bairro	<u>Zona Rural</u>
Cidade	<u>Queimadas</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>58475.000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 98665-1158 / 99623-0857</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data Queimadas/PB, 07/01/2017

Assinatura do Declarante: Aldirino Romes Mueiro

SEI/PROBPA LIDER DEPT 8 7 15/02/2017 12:25 - 000000165027

AAAA419473289



Declaração do Proprietário do Veículo



Eu, DEYSE MILENE DA SILVA
 RG nº 6448420, data de expedição 1/1/
 Órgão SOS, portador do CPF nº 039.759.354-64, com
 domicílio na cidade de Caruaru, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua São Paulo, Município de Caruaru, nº 323,
 complemento 1º andar, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
 mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
 vítima ADRIANO RAMOS MOREIRA, cujo o condutor era
0 MES MO.

Veículo: Motocicleta
 Modelo: HONDA CB 160 TITAN
 Ano: 2015/2016
 Placa: PCV 0884
 Chassi: 902 KC 22 00 GR 114072
 Data do Acidente: 16/09/2016
 Local e Data: Caruaru - PE / 30/01/2017



Deysse Milene da Silva
 Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



SEGUNDO SERVIÇO NOTARIAL E PROTESTO DE CARUARU - PE

AV. LEOCADIO RIBEIRO, 65 - CENTRO - CEP 55060-000 - TEL: (81) 3321-4455 / 3321-3331 - E-MAIL: cartorio@segundoseruicio.com.br

RECONHECO, por autenticidade a(s) firma(s) de: DEYSE MILENE DA SILVA
 VA selo: 0077073.PUN01201702.02460
 dou fe. CARUARU, 30/01/2017 09:23:26

Em testemunho de verdade

Rosiane Zacarias Mota Vieira

Emolumentos R\$3.88 TS/R R\$0.78 Total a Pagar R\$4.66 Oper.: THAMIERES

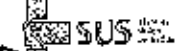
P2

Consulta autenticidade em: www.tpe.jus.br/verificador



SEGUNDO LIDER DP/PT & 7 15/02/2017 12:24 - 000000165023

DocNet www.ironmountain.com.br



FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

UNIDADE PRESTADORA DO ATENDIMENTO

Endereço da Unidade: 00023671 CNPJ: 08-778.268/0001-60

Nome: HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Endereço: AV. FLORIANO PEIXOTO, 4700 - MALVINAS

Cidade: CAMPINA GRANDE

Estado: PARAIBA

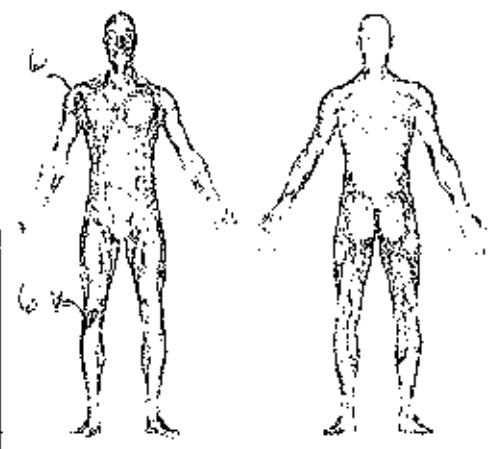
UF: 25

DADOS DO PACIENTE PRONTUÁRIO Nº: 1333185

Nome: ADRIANO RAMOS MOREIRA Sexo: MASCULINO
Profissão: MOTORISTA(AP)981575049 Documento: 2969523
End.: R JOSE ROBERTO GOMES, 333 Bairro: LIGEIRO
Município: CAMPINA GRANDE Estado: PB CEP: 56200-000
Data Atendimento: 16/09/2016 16:39h Código do Município: 250100
Cartão do SUS: DTA. NASCIMENTO: 08/05/1982 QUEIXAS: ACIDENTE DE MOTO

MECANISMOS DO TRAUMA

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



- | | |
|-------------------------|----------------------------------|
| 1. Abrasão | 19. Fratura óssea fechada |
| 2. Amputação | 20. Fratura óssea aberta |
| 3. Avulsão | 21. Hematoma |
| 4. Contusão | 22. Ingurgitamento venoso |
| 5. Croptação | 23. Laceração |
| 6. Dor | 24. Lesão tendinea |
| 7. Edema | 25. Luxação |
| 8. Empalhamento | 26. Mordedura |
| 9. Erisipela subcutânea | 27. Movimento torácico paradoxal |
| 10. Esmagamento | 28. Objeto encastrado |
| 11. Equimose | 29. Otorragia |
| 12. F. Arma branca | 30. Parafusa |
| 13. F. Arma de fogo | 31. Parestia |
| 14. F. Contusa | 32. Parestesia |
| 15. F. Cortante | 33. Queimadura |
| 16. F. Corto-contuso | 34. Rinorragia |
| 17. F. Perfuro-contuso | 35. Sinais de isquemia |
| 18. F. Perfuro-cortante | 36. |

OBS:

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

DIAGNÓSTICO / CID: *Pl. trauma*



Exame físico: *FC: 103 bpm, SatO2 97%, Ausculta cardíaca normal, Ausculta pulmonar normal. Sem ruídos. Um fôlego de um ambiente.*

H ORTOPEDIA - Fratura de

ALERGIA: *Alérgico a penicilina*
MEDICAMENTOS: *344*
PATOLOGIAS: *1. Diabetes*
EXAME FÍSICO:
PUPILAS: *(X) Fotoreagentes () Isocóricas () Anisocóricas ()*
Glasgow: *15* PA: *15* HGT: *15* SatO2: *97%*

FR: 20 bpm
FC: 103 bpm
AG e AR: um arcos

RAIO X REALIZADO EM
16/09/2016

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

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:
Especialista: _____ às _____ hs Dia _____
Especialista: _____ às _____ hs Dia _____

MÉDICO SOLICITANTE: _____

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

PRESCRIÇÕES E CONDUTAS:		HORÁRIO REALIZADO
1	<i>Tilid 20mg - 2FA + AD, EV, Agudo</i>	
2		
3		
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO
Carlos Magno A. Nunes
CRM-PB: 23512
RQE: 1701

DIAGNÓSTICO

Fe 10/01/2017

Artigo 10, IV

Procedimento	Alimentação	Leito	Compartimento
1. Data	11/01/2017	11	11
2. Hora	10h30	11	11
3. Diagnóstico	11/01/2017	11	11
4. Hora	11h30	11	11
5. Diagnóstico	11/01/2017	11	11
6. Hora	11h30	11	11
7. Diagnóstico	11/01/2017	11	11
8. Hora	11h30	11	11
9. Diagnóstico	11/01/2017	11	11
10. Hora	11h30	11	11
11. Diagnóstico	11/01/2017	11	11
12. Hora	11h30	11	11
13. Diagnóstico	11/01/2017	11	11
14. Hora	11h30	11	11
15. Diagnóstico	11/01/2017	11	11
16. Hora	11h30	11	11
17. Diagnóstico	11/01/2017	11	11
18. Hora	11h30	11	11
19. Diagnóstico	11/01/2017	11	11
20. Hora	11h30	11	11
21. Diagnóstico	11/01/2017	11	11
22. Hora	11h30	11	11
23. Diagnóstico	11/01/2017	11	11
24. Hora	11h30	11	11
25. Diagnóstico	11/01/2017	11	11
26. Hora	11h30	11	11
27. Diagnóstico	11/01/2017	11	11
28. Hora	11h30	11	11
29. Diagnóstico	11/01/2017	11	11
30. Hora	11h30	11	11
31. Diagnóstico	11/01/2017	11	11
32. Hora	11h30	11	11
33. Diagnóstico	11/01/2017	11	11
34. Hora	11h30	11	11
35. Diagnóstico	11/01/2017	11	11
36. Hora	11h30	11	11
37. Diagnóstico	11/01/2017	11	11
38. Hora	11h30	11	11
39. Diagnóstico	11/01/2017	11	11
40. Hora	11h30	11	11
41. Diagnóstico	11/01/2017	11	11
42. Hora	11h30	11	11
43. Diagnóstico	11/01/2017	11	11
44. Hora	11h30	11	11
45. Diagnóstico	11/01/2017	11	11
46. Hora	11h30	11	11
47. Diagnóstico	11/01/2017	11	11
48. Hora	11h30	11	11
49. Diagnóstico	11/01/2017	11	11
50. Hora	11h30	11	11
51. Diagnóstico	11/01/2017	11	11
52. Hora	11h30	11	11
53. Diagnóstico	11/01/2017	11	11
54. Hora	11h30	11	11
55. Diagnóstico	11/01/2017	11	11
56. Hora	11h30	11	11
57. Diagnóstico	11/01/2017	11	11
58. Hora	11h30	11	11
59. Diagnóstico	11/01/2017	11	11
60. Hora	11h30	11	11
61. Diagnóstico	11/01/2017	11	11
62. Hora	11h30	11	11
63. Diagnóstico	11/01/2017	11	11
64. Hora	11h30	11	11
65. Diagnóstico	11/01/2017	11	11
66. Hora	11h30	11	11
67. Diagnóstico	11/01/2017	11	11
68. Hora	11h30	11	11
69. Diagnóstico	11/01/2017	11	11
70. Hora	11h30	11	11
71. Diagnóstico	11/01/2017	11	11
72. Hora	11h30	11	11
73. Diagnóstico	11/01/2017	11	11
74. Hora	11h30	11	11
75. Diagnóstico	11/01/2017	11	11
76. Hora	11h30	11	11
77. Diagnóstico	11/01/2017	11	11
78. Hora	11h30	11	11
79. Diagnóstico	11/01/2017	11	11
80. Hora	11h30	11	11
81. Diagnóstico	11/01/2017	11	11
82. Hora	11h30	11	11
83. Diagnóstico	11/01/2017	11	11
84. Hora	11h30	11	11
85. Diagnóstico	11/01/2017	11	11
86. Hora	11h30	11	11
87. Diagnóstico	11/01/2017	11	11
88. Hora	11h30	11	11
89. Diagnóstico	11/01/2017	11	11
90. Hora	11h30	11	11
91. Diagnóstico	11/01/2017	11	11
92. Hora	11h30	11	11
93. Diagnóstico	11/01/2017	11	11
94. Hora	11h30	11	11
95. Diagnóstico	11/01/2017	11	11
96. Hora	11h30	11	11
97. Diagnóstico	11/01/2017	11	11
98. Hora	11h30	11	11
99. Diagnóstico	11/01/2017	11	11
100. Hora	11h30	11	11



20/03/16 10h 79 21 P.A. 10x80

Paciente estável sem
queixas, seguir as curas,
da equipe.

DocNet www.ironmountain.com.br
AAAA419472943

Atividade

11/10/16

Clínica 100%
Curativo

22
20
6

20:15

136e P49 R 20 PA 13x80

Paciente estável sem
queixas, seguir as
curas da equipe.

13

SEERHODRA LIDER DPAT 6 7 15/02/2017 12:25 - 00000165054

GOVERNO
DA PARAIBASECRETARIA DE SAÚDE SEGURADORA LIDER DPURT & 7 15/02/2017 12:25 - 000000155035
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

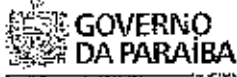
Rx plátano

Paciente: Adriano Romão Alojamento: Leito: 3 Convênio:

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
21/8	1) Difinex 1 comprimido		Reg. estável
	2) SFOA 1. 4000mg EV 12		Ap. Neurocirc. ok
	3) F. Lett 20mg, EV, 12/12h 18%		
	4) Difinex 1 FA, EV, 6/6h 10%		
	5) Clonazepam 3g, EV, 6/6h 10%		
	6) Olexane 40mg, SC, 1x/dia		
	7) Curapain + SSVV, 1g/dia		
			CD =
			① VPR
			② Rx PSA-CP

 Dr. Jefferson Libson L. A. Rocha
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM-RN 6657 / CRM-PB 10168

 Dr. Jefferson Libson L. A. Rocha
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM-RN 6657 / CRM-PB 10168



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1 IDENTIFICAÇÃO

Nome: Adriano Ramos Registro: _____ Leito: 3-4 Setor Atual: UTO

2 AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: _____ °C; P: _____ bpm; FR: _____ lpm; PA: _____ mmHg; FC: _____ bpm; SPO2: _____ %
HGT: _____ mg/dl; Peso: _____ Kg; Altura: _____ cm Dor: () Local: _____ Obs.: _____

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3 AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

GLASGOW(3-15): _____

Drogas (Sedação/Analgesia): _____

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

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

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

Obs: _____

OXIGENAÇÃO

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

() VMNI () VMI TOT nº _____ Comissura labial nº _____ FIO2 _____ % PEEP _____ cmH2O

(☒ Eupnéia () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispneia () Outros: _____

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

Ruidos 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: _____

PERCEÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

(☒ Tranquilo () Agitado () Agressivo () Risco de queda. Observação: _____

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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

STURMION LIDER OPMT 8 7 15/02/2017 12:26 - 00000163077

Pele: ☒ Corada ☐ Hipocorada ☐ Cianose ☐ Sudorese ☐ Fria ☐ Aquecida.

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

Drogas vasoativas: ☐ Quais? Precordialgia ☐

Ausculat cardíaca: ☒ Rítmica ☐ Arritmica ☐ Sopros ☐ Outros. Marcapasso: ☐ Transitório ☐ Definitivo

Cateter vascular: ☒ Periférico ☐ Central ☐ Dissecção. Localização: Data da punção / /

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 ☐ Gastronomia ☐ Jejunostomia ☐ NPT; Hora: Data: / /

Alterações: ☐ Inapetência ☐ Disfagia ☐ Intolerância alimentar ☐ Vômito ☐ Pirose ☐ Outros:

Abdômen: ☒ Normotenso ☐ Distendido ☐ Tenso ☐ Ascítico ☐ Outros:

RHA: ☒ Normoativos ☐ Ausentes ☐ Diminuídos ☐ Aumentados

Eliminação intestinal: ☒ Normal ☐ Líquida ☐ Constipado há dias ☐ Outros:

Eliminação urinária: ☒ Espontânea ☐ Retenção ☐ Incontinência ☐ Hematúria ☐ SVD; Débito ml/h;

Aspecto: ☐ Outros: Observações:

INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA

Condição da pele: ☐ Inteira ☐ Ressecada ☐ Equimoses ☐ Hematomas ☐ Escoriações ☐ Outro:

Coloração da pele: ☒ Normocorada ☐ Hipocorada ☐ Ictérica ☐ Cianótica Turgor da pele: ☐ Preservado

Condições das mucosas: ☐ Úmidas ☐ Secas Manifestações de sede: ☐

Incisão cirúrgica: ☐ Local/Aspecto: Curativo em: / /

Dreno: ☐ Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em: / /

Úlcera de pressão: ☐ Estágio: Local: Descrição: Curativo: / /

CUIDADO CORPORAL

Cuidado corporal: ☐ Independente ☒ Dependente ☐ Parcialmente dependente. Observações:

Higiene corporal: ☒ Satisfatória ☐ Insatisfatória Higiene Corporal: ☐ Satisfatória ☐ Insatisfatória.

Limitação física: ☐ Acamado ☐ Cadeira de rodas ☐ Outro:

SONO E REPOUSO

☒ Preservado ☐ Insônia ☐ Dorme durante o dia ☐ Sono interrompido. Observações:

4- AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL

Comunicação: ☒ Preservada ☐ Prejudicada Sentimentos e comportamentos: ☐ Cooperativo ☐ Medo:

☐ Ansiedade ☐ Ausência de familiares/visita ☐ Outros:

5- NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS

RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE

Tipo: ☐ Praticante ☐ Não praticante. Observações:

INTERCORRÊNCIAS

Ex. platô febril

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: DATA: 21/09/16 HORA: 18 h

Assinatura do Enfermeiro
COPEN-PE 228.500



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR



AAAA419472992

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

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

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

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

Identificação do Paciente

2 - NOME DO PACIENTE

Adriano Marcos Moreira

4 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

[Empty field for CNS]

6 - NOME DO RESPONSÁVEL

Adriano Marcos Moreira

8 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

R. João Carlos Gomes, 333

10 - NÚMERO DE RESIDÊNCIA

Comuna Branca

12 - COD. URG. MUNICÍPIO

[Empty field for COD. URG. MUNICÍPIO]

14 - COD. URG. MUNICÍPIO

[Empty field for COD. URG. MUNICÍPIO]

16 - CEF

[Empty field for CEF]

18 - CEF

[Empty field for CEF]

20 - CEF

[Empty field for CEF]

22 - CEF

[Empty field for CEF]

24 - CEF

[Empty field for CEF]

26 - CEF

[Empty field for CEF]

28 - CEF

[Empty field for CEF]

30 - CEF

[Empty field for CEF]

32 - CEF

[Empty field for CEF]

34 - CEF

[Empty field for CEF]

36 - CEF

[Empty field for CEF]

38 - CEF

[Empty field for CEF]

40 - CEF

[Empty field for CEF]

42 - CEF

[Empty field for CEF]

44 - CEF

[Empty field for CEF]

46 - CEF

[Empty field for CEF]

48 - CEF

[Empty field for CEF]

50 - CEF

[Empty field for CEF]

52 - CEF

[Empty field for CEF]

54 - CEF

[Empty field for CEF]

56 - CEF

[Empty field for CEF]

58 - CEF

[Empty field for CEF]

60 - CEF

[Empty field for CEF]

62 - CEF

[Empty field for CEF]

64 - CEF

[Empty field for CEF]

66 - CEF

[Empty field for CEF]

68 - CEF

[Empty field for CEF]

70 - CEF

[Empty field for CEF]

72 - CEF

[Empty field for CEF]

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Non e Relato de dor
e Jore no M. mto

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

At 40 CIR

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

Rx + Exames

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura de fêmur

21 - CID 10 PRINCIPAL

[Empty field for CID 10 PRINCIPAL]

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

[Empty field for CID 10 SECUNDÁRIO]

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

[Empty field for CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS]

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

[Empty field for DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO]

25 - CLÍNICA

[Empty field for CLÍNICA]

26 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

[Empty field for CARÁTER DA INTERNAÇÃO]

27 - DOCUMENTO

[Empty field for DOCUMENTO]

28 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

[Empty field for Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE]

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

[Empty field for NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE]

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

[Empty field for DATA DA SOLICITAÇÃO]

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

[Empty field for ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)]

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRÂNSITO

[Empty field for ACIDENTE DE TRÂNSITO]

34 - ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

[Empty field for ACIDENTE TRABALHO TÍPICO]

35 - ACIDENTE TRABALHO TRAJECTO

[Empty field for ACIDENTE TRABALHO TRAJECTO]

36 - CNPJ DA SEGURADORA

[Empty field for CNPJ DA SEGURADORA]

37 - Nº DO BILHETE

[Empty field for Nº DO BILHETE]

38 - SÉRIE

[Empty field for SÉRIE]

39 - CNPJ EMPRESA

[Empty field for CNPJ EMPRESA]

40 - CNPJ DA EMPRESA

[Empty field for CNPJ DA EMPRESA]

41 - CÉSP

[Empty field for CÉSP]

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

[Empty field for VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA]

EMPREGADOR

[Empty field for EMPREGADOR]

AUTÔNOMO

[Empty field for AUTÔNOMO]

DESEMPREGADO

[Empty field for DESEMPREGADO]

APOSENTADO

[Empty field for APOSENTADO]

NÃO SEGURADO

[Empty field for NÃO SEGURADO]

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

[Empty field for NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR]

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

[Empty field for COD. ÓRGÃO EMISSOR]

45 - Nº AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

[Empty field for Nº AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR]

46 - DOCUMENTO

[Empty field for DOCUMENTO]

47 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

[Empty field for Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR]

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

[Empty field for DATA DA AUTORIZAÇÃO]

49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

[Empty field for ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)]

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

OK

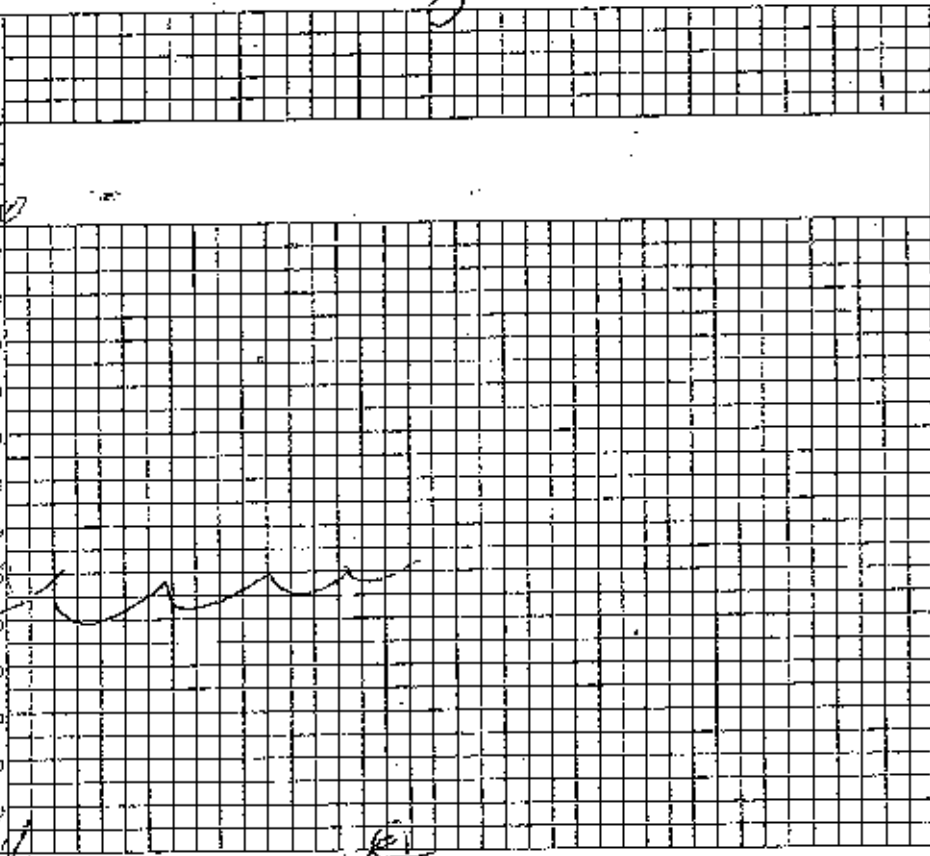
Plataféto

Paciente Adriano Moraes Alojamento 9 Leito 3 Convênio

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
24/09	① Jato 1 unit, 2 em 4 horas ② Jato 1 unit, 2 em 4 horas ③ Jato 1 unit, 2 em 4 horas ④ Jato 1 unit, 2 em 4 horas ⑤ Jato 1 unit, 2 em 4 horas ⑥ Jato 1 unit, 2 em 4 horas		5.000 Ret com pri op OK! Apresenta curva sem pri op Dr. Ricardo Amorim G. Filho Ortopedia e Traumatologia CRM-PB 5523 CBO 223146 Dr. Wagner Falcão Ortopedia e Traumatologia CRM-PB 3048
	paciente sem mobilizar - caso por falta de atuação Dr. Ricardo Amorim G. Filho Ortopedia e Traumatologia CRM-PB 5523 CBO 223146		Dr. Wagner Falcão Ortopedia e Traumatologia CRM-PB 3048

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações
20/11/16	08h	38	75	20	140/90		Paciente regular relato expulso mal-estar geral apresenta temperatura 37.5 administração medicação sem seco segue as orientações do enfer magem
							Carb
20/11/16	22h	38	75	20	120/80		Paciente regular apresenta temperatura 38.8 realizado compressas frias + administração de medicação prescrita segue as orientações do enfermagem
							Carb

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUGO		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES		ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO	
FOLHA DE ANESTESIA		NOME <i>ADRIANO RAFAEL MORAES</i>		IDADE	SEXO	COR	
DATA <i>01/04/2016</i>	PROSSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	
TIPO SANGÜÍNEO	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	DocNet www.ironmountain.com.br  AAAA419473024		
A1. RESPIRATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA		
A2. CIRCULATÓRIO					A2. URINÁRIO		
A3. DIGESTIVO			DENTES	PESCOÇO	A2. URINÁRIO		
ESTADO MENTAL			ATÁRAXICOS	CORTICÓIDES	ALERGIA	HIPOTENSORES	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO <i>FRAT. PLATO TITUL D.</i>					ESTADO FÍSICO	RISCO	
ANESTESIAS ANTERIORES							
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA				APLICADA	AS	EFEITO	
AGENTES ACESITÓPICOS						Inspiração Satisf.: _____ Excit.: _____ Tossas: _____ Laringo espasmo: _____ Lentas: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____ MANUTENÇÃO	
LIQUÍDOS							
CÓDIGOS							
VP. ARTERIAL: O - PULSO: O - RESPIRAÇÃO AX - ANESTESIA: O - OPERAÇÃO							
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES						ANESTESIA SATISF.: Sim _____ Não _____ Não, por quê? _____ DESPERTAR Reflexus na SC: _____ Obsr.: _____ Co.: _____ Excit.: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____ Com cânula: Para o leito Sim _____ Não _____ CONDIÇÕES:	
POSICÃO							
AGENTES	<i>PROPRIOLOL, CLONIDIN, GASEOS, 100%</i>						
TÉCNICA	<i>DE PROFUNDA ANESTESIA</i>						
OPERAÇÃO	<i>PROL. CERVICAL E FEMORAL</i>						
QUIRURGIOS	<i>BRUNO + JERONIMO</i>						
ANESTESISTAS	<i>ADRIANO</i>						
OBSERVAÇÕES							
ANOTAR NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E POS-OPERATÓRIAS					PERDA SANGÜÍNEA		

SEGURADOR: IDER DPART 8 7 15/02/2017 12:26 - 00000165042

Ficha de Acolhimento

Nome: <u>Adriano Ramos Moreira</u>		
End: <u>Rua José Roberto Soares 333</u>	Bairro: <u>Figueira</u>	
Data de Nascimento: <u>08-05-88</u>	Documento de Identificação: _____	
Queixa: <u>Acidente</u>	Data do Atend.: <u>16-09-16</u>	Hora: <u>16:35</u> Documento: _____
Acidente de trabalho? ☐ Sim ☐ Não	DocNet www.ironmountain.com.br AAAA419473040	

Classificação de Risco

Nível de consciência: ☐ Bom ☐ Regular ☐ Baixo	Aspecto: ☐ Calmo ☐ Fáceis de dor ☐ Gemente
Frequência respiratória: _____	Frequência cardíaca: _____
Pressão arterial: _____	Temperatura axilar: _____
Dosagem de HGT: _____	Mucosas: ☐ Normocorada ☐ Pálida
Deambulação: ☐ Livre ☐ Cadeira de rodas ☐ Maca	

Estratificação

- urgência
- ☒ Vermelho - atendimento imediato
☐ Verde - atendimento até 4 horas

- ☐ Amarelo - atendimento até 1 hora
☐ Azul - atendimento ambulatorial

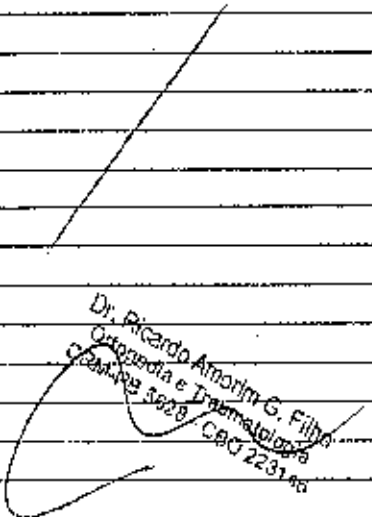
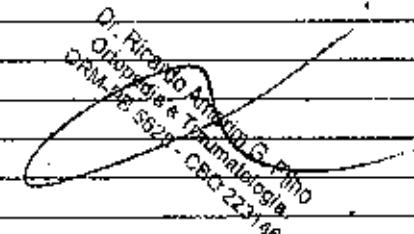
MOD. 110
Marta Aparecida de Sousa
Especialista - Saúde Família
COREN-PB 16885

Assinatura e carimbo do profissional

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

plato futur

Paciente	<i>Clara</i>	Alojamento	<i>56</i>	Leito	<i>5</i>	Convênio
----------	--------------	------------	-----------	-------	----------	----------

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
19/09	① Dieta Low ② Felco 1mg/kg ③ Fentanyl 20mg, w, 12/12 19 94 ④ Dipirona - 500mg + M ¹¹ w, 6/6 10 18 94 94 ⑤ 53w 7cc6c		4 ^o Dil. Pet com pat. tipo I do pleu-th Bom com tosse e de pele crânio glóbulos brancos
	 Dr. Ricardo Amorim G. Filho Otorrinolaringologista e Dermatologista CRM-SP 5628 - CBO 2231-05		 Dr. Ricardo Amorim G. Filho Otorrinolaringologista e Traumatologista CRM-SP 5628 - CBO 2231-05

AAAAA419473057

Dr. Ricardo Amorim G. Filho
Ortopedia e Traumatologia
CRM 3928 CBO 2231-08

Dr. Ricardo Antonio G. Pineda
Otorrinolaringólogo y Traumatología
DRM-16-5629 - C.E.C. 223/48

SEBIRKANA 110ER UPAT 8 7 15/02/2017 12:26 - 000000165046

Folha de Tratamento e Evolução

ASPIRO LAURE

4

Convênio

Prescrição Médica

Horário

Evolução Médica

18/04

2 - DIETA LIVRE
2 - SRI 500 mL EV CADA 12 H
3 - OMEPRAZOL 40 mg EV CADA 24 H
4 - DIPIRONA 2,0 ml EV 8 / 8 H
5 - TILATIL 20 mg EV 12 / 12 H
6 - C. C. G.

(GFLC)

~~5/18 22/9/18~~

all over, for

averde
verde

A handwritten signature, possibly 'G', is written on a set of three horizontal lines (top dashed, middle solid, bottom solid). The signature is written in black ink and is positioned in the upper right area of the page.

De (Prestador) Industria de Alimentos
C/C Industria de Alimentos

9

As organizações indígenas de São Paulo e Pernambuco em 1998

18/09/86 130/80 R20 P80 T34

Paciente estável sem
queixas no momento
laudação de enferma-
gem mantida.

Carls

DocNet www.ironmountain.com.br
AAAA419473081

19/09/86 130/80 R20 P80 T34

Paciente segue estável
sem queixas no momento
segue medicação e
laudação de enfermagem
mantida.

Carls

SEQUIROPH LIDER DR/MT 8 7 15/02/2017 12:26 - 00000165048

8710916 Paciente consciente, orientado
08:00h MTD imobilizado aguardando
Pr: 130/80 oportunidade de cirurgia... segue
T: 36,2 aos cuidados da equipe. Fabiana 560345

DocNet www.ironmountain.com.br



AAAA419473107

SEQUIOR LIDER DEPT 8 7 15/02/2017 12:27 - 00000165050



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

DocNet www.ironmountain.com.br



AAAA419473123



Unico
de
Saúde

Sr(a): ADRIANO RAMOS MOREIRA Protocolo: 0000299858 RG: ALA NEURO
Dr(a): WAGNER FALEÇÃO Data: 20-09-2016 12:36 Origem: CLÍNICA NEURO-BUCO
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES Idade: 34 anos Destino: ENF (P. L. G.)

HEMOGRAMA

[DATA DA COLETA: 20/09/2016 12:32]

Resultados

Valores de Referência

SÉRIE VERMELHA

Eritrócitos	5,35 milhões/mm ³	4,2 a 6,0 milhões/mm ³
Hemoglobina	13,9 g/dL	14,5 a 16,0 g/dL
Hematócrito	43 %	40,0 a 52,5 %
V.C.M.	81 fL	82,0 a 92,0 fL
H.C.M.	26 pg	27,0 a 31,0 pg
C.H.C.M.	32 g/dL	32,0 a 36,0 g/dL

SÉRIE BRANCA

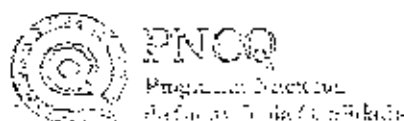
Leucócitos	10.000 /mm ³ (%)	(/mm ³)	5.000 a 10.000 /mm ³
Neutrófilos			
Promielócitos	0	0	
Mielócitos	0	0	
Metamielócitos	0	0	
Bastonetes	2,0	200	
Segmentados	81,0	8.100	40 a 70 % - 1.300 a 8.500 / mm ³
Eosinófilos	1,0	100	0,5 a 5,0 % - até 500 / mm ³
Basófilos	0	0	0 a 2,0 % - até 100 / mm ³
Linfócitos			
Típicos	12,0	1.200	20 a 40 % - 1.000 a 2.500 / mm ³
Atípicos	0	0	
Monócitos	4,0	400	2,0 a 10,0 % - até 1.000 / mm ³
CONTAGEM DE PLAQUETAS	156.000 mm ³		140.000 a 400.000 mm ³

OBSERVAÇÕES

Contagens repetidas e confirmadas.


Edicléia Macedo de França
Biomédica
CRBM 4782

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA PARAÍBA - 000000165052



AAAA419473131

Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésico

Paciente: Aduenor Ramos Moreira	Idade: 34
Convênio: SUS - 1333185	Data: 21/09/16
Procedimento: Trat cirúrgico de fratura de platô tibial D	
Cirurgião: Dr. Bruno Bulhanti	Auxiliar: Dr. Jefferson
Anestesista: Dr. Almir	
Início: 07:20 h	Término: 09:35 h
Anestesia: Raqui	

[illegible][illegible]

Observações:

Assinatura Anestesista

Circulante

Relatório de Operações

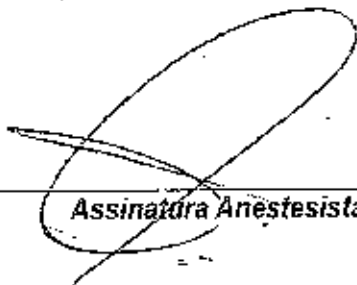


TABELA DE ALDRETE E KROULIK MODIFICADA

Critério para alta de recuperação pós anestésico	Hora entrada	Hora saída
Nenhum Movimento = 0 Movimenta 2 membros = 1 Movimenta 4 membros = 2		
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispneia = 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 O ₂ < 90 com oxigênio = 0 Sat O ₂ > 90 com oxigênio = 1 Sat O ₂ < 92% sem oxigênio = 2		
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		
TOTAL DE PONTOS		

DocNet www.ironmountain.com.br
AAAA419473149

SINGULAR 1.000 DPM 8. 15/03/2017 12:27 - 00000163054


Assinatura Anestesista



AAAA419473156

NOTA DE SALA - CIRURGIA GE

PACIENTE:

Adriano Ramos Moreira On 10/05/1982

QI

LEITE

CONVÊNIO

IDADE

34

REGISTRO

13333185



Hospital de
Emergência e Trauma Dom
Luiz Gonzaga Fernandes

CIRURGIA Tratamento cirúrgico de
Cemidaco de plân tibial (D)

CIRURGIÃO

Dr Bruno Bulhante + Dr Jofferson

ANESTESIA

Roque

ANESTESIA

Dr Almir

INSTRUMENTADORA

DATA

24/09/16

INÍCIO

07:30

FIM

09:35

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.	01	Catel. pl Óxg.		Calgut cromado Sertix	
	Atropina amp.		Catet. De Urinar Sist. Fech.		Calgut cromado Sertix	
	Diazepam amp.	03	Compressa Grande e.p.p.		Calgut cromado Sertix	
	Dimore amp.		Compressa Pequena		Calgut Simples	
	Dolantina amp.		Cotonoide		Calgut Simples Sertix	
01	Efranc ml		Dreno		Calgut Simples Sertix	
01	Fenogem amp.		Dreno Kerr nº		Calgut Simples Sertix	
02	Fentanyl ml		Dreno Penrose nº		Cera pl osso	
02	Isosol ml		Dreno Pezzer nº		Ethibond	
01	Ketalar ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Me-resina % ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Nubehin amp.		Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix	
	Pavulon amp.		Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix	
	Protigmine amp.	05	Esparrapado Largo cm		Fio de Algodão Sutupak	
	Protóxido l/m	05	Furacim ml		Fio de Algodão Sutupak	
	Queicim ml		Gase Pacote c/ 10 unidades		Fia cardiaca	
	Rapifen amp.		H ₂ O, ml		Mononylon	
	Thiopenbutal ml		Intracath Adulto		Mononylon	
	Tracrium amp.		Intracath Infantil	01	Prolene Sertix	09.0
Qtd.	MEDICAÇÕES		Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Sertix	
	Água Destilada amp.	01	Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Sertix	
	Decacron amp.	02	Lâmina de Bisturi nº 19		Prolene Sertix	
	Dipirona amp.	02	Luvas 7.0	03	Vicryl Sertix	0.
	Flaxidol amp.		Luvas 7.5		Vicryl Sertix	
	Flebocortid amp.		Luvas 8.0		Vicryl Sertix	
	Geramichina amp.	05	Luvas 9.5	05	Luvas de procedimento	
	Glicose amp.		Oxigênio l/m	01	Serunga de 60 ml	
	Glucon de Cálcio amp.		Poliflix		Su de Kohnen	0.0
	Haemacel ml		PVPI Degemante ml			
	Heparema ml		PVPI Tópico ml	Qtd.	SOROS	
	Kanekion amp.	03	Sabão Antisséptico		SG Normotérmico fr 500 ml	
	Lasix amp.	04	Saco cofetor		SG Gelado fr 500 ml	
	Medrolinazol.		Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml	
	Plasil amp.	02	Seringa desc. 20 ml		SG Ring fr 500 ml	
	Prolamina	01	Seringa desc. 05 ml		SG fr 500 ml	
	Revivan amp.		Sonda			
	Suption amp.		Sonda Foley	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE	
	Cefalotina 1g		Sonda Nasogátrica			
			Sonda Uretral nº			
			Steridren ml			
			Tornelirinha			
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml			
02	Agulha desc. 25 x 7	01	Gelcon 18			
	Agulha desc. 28 x 28		Látex			
	Agulha desc. 3 x 4.5	05	elétricos			
01	Agulha pl raque nº 16					
05	Álcool de Enfermagem					
	Álcool iodado ml					
	Ataduras de Crepon					
	Ataduras de Gessada					
	Azul melífero amp.					
	Benzina ml					

EQUIPAMENTOS

- ☒ Oxímetro de Pulso () Foco Auxiliar
☐ Serra () Eletrocautério
☐ Desfibrilador () Oxícapnógrafo
☐ Foco Frontal () Cardiomonitor
☒ Fonte de Luz () Perfurador Elétrico

Edmaria Adriano
CIRCULANTE RESPONSÁVEL

FARMACIA LIDER DEPART 7 15/02/2017 14:00:00 651652

Nome do Paciente <u>Adriano Bruno</u>		Nº Prontuário	
Data da Operação <u>21/9/16</u>	Enf.	Leito	
Operador <u>Dr. Bruno</u>		1º Auxiliar <u>Dr. Jefferson</u>	
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador	
Anestesia	Tipo de Anestesia		
Diagnóstico Pré-Operatório <u>fratura do péto 1.5. al (D)</u> <u>(Schutz 2. K. 11)</u>			
Tipo de Operação			
Diagnóstico Pós-Operatório <u>o mesmo</u>			
Relatório Imediato da Patologia			
Exame Radiológico no Ato <u>3</u>			
Acidente Durante a Operação <u>N</u>			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras
1 - Paciente em D.O.H. após anestesia
2 - Anestesia a anti M. p. 1.5
3 - Alceamento com o esterno
4 - incisão para lateral joelho (D) +
5 - Redução incremental de fratura (4)
6 - colocação placa em "U" e fixação com parafusos
7 - Sutura por planos
8 - Curativo
9 - Lavado FO
10 - Sutura por planos
11 - Curativo
12 - Sutura por planos
13 - Curativo
14 - Sutura por planos
15 - Curativo
16 - Sutura por planos
17 - Curativo
18 - Sutura por planos
19 - Curativo
20 - Sutura por planos
21 - Curativo
22 - Sutura por planos
23 - Curativo
24 - Sutura por planos
25 - Curativo
26 - Sutura por planos
27 - Curativo
28 - Sutura por planos
29 - Curativo
30 - Sutura por planos
31 - Curativo
32 - Sutura por planos
33 - Curativo
34 - Sutura por planos
35 - Curativo
36 - Sutura por planos
37 - Curativo
38 - Sutura por planos
39 - Curativo
40 - Sutura por planos
41 - Curativo
42 - Sutura por planos
43 - Curativo
44 - Sutura por planos
45 - Curativo
46 - Sutura por planos
47 - Curativo
48 - Sutura por planos
49 - Curativo
50 - Sutura por planos
51 - Curativo
52 - Sutura por planos
53 - Curativo
54 - Sutura por planos
55 - Curativo
56 - Sutura por planos
57 - Curativo
58 - Sutura por planos
59 - Curativo
60 - Sutura por planos
61 - Curativo
62 - Sutura por planos
63 - Curativo
64 - Sutura por planos
65 - Curativo
66 - Sutura por planos
67 - Curativo
68 - Sutura por planos
69 - Curativo
70 - Sutura por planos
71 - Curativo
72 - Sutura por planos
73 - Curativo
74 - Sutura por planos
75 - Curativo
76 - Sutura por planos
77 - Curativo
78 - Sutura por planos
79 - Curativo
80 - Sutura por planos
81 - Curativo
82 - Sutura por planos
83 - Curativo
84 - Sutura por planos
85 - Curativo
86 - Sutura por planos
87 - Curativo
88 - Sutura por planos
89 - Curativo
90 - Sutura por planos
91 - Curativo
92 - Sutura por planos
93 - Curativo
94 - Sutura por planos
95 - Curativo
96 - Sutura por planos
97 - Curativo
98 - Sutura por planos
99 - Curativo
100 - Sutura por planos

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Dr. Jefferson Libson L. A. Rocha
Ortopedia e Traumatologia
CRM: RN 6557 - CRM: PB 10165

SECRETARIA DE SAÚDE DEPARTAMENTO DE ATENDIMENTO À SAÚDE - 01000015136



AAAA419473180



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

03-04

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Adriano Romeu Henrique Registro: _____ Leito: _____ Setor Atual: _____

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: _____ °C; P: 80 bpm; FR: 20 irpm; PA: _____ mmHg; FC: _____ bpm; SPO2: _____ %
 HGT: _____ mg/dl; Peso: _____ Kg; Altura: _____ cm; Dor: () Local: _____ Obs.: _____

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

SERIADOR 1108 DEPT 6 7 15/02/20

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

GLASGOW(3-15): _____

Drogas (Sedação/Analgesia): _____

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

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 ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

☒ Tranquilo () Agitado () Agressivo. () Risco de queda. Observação: _____

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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

00001165058

DOCUMENTOS DO CONTRIBUÍDO
DOCUMENTOS DO CONTRIBUÍDO
0012

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 296 9523 24 DEZ 2004

NOME **ADRIANO RAMOS MOREIRA**

FILIAÇÃO **Raimundo Moreira da Silva**

Maria Ramos da Silva

NATURALIDADE **Queimadas-PB** DATA DE NASCIMENTO **08.05.1982**

Doc. Nasc. Nº. 10.874.112.194 v. Liv. A-10.

CPF **058.727.114-09**

Assinatura do Titular

LE: N° 7.116 DE 29/06/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

DI/P. 158

SENSEIADORA LINDA DE FREITAS 7/15/02

Assinatura do Titular

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Cartão de identificação pessoal e interna do CPF

CPF 058.727.114-09

Nome **ADRIANO RAMOS MOREIRA**

Nascimento **08/05/82**

BANCO DO BRASIL

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria do Roraima, Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de inscrição **058.727.114-09**

Nome **ADRIANO RAMOS MOREIRA**

Nascimento **08/05/82**

DocNet www.docnet.com.br
AAAA419473206



0007

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

012362871824

1 19837910 7525

DEYSE WILSON DA SILVA

SECURITY

SECURITY

SECURITY

SECURITY ALCO/GR30L

SECURITY

SECURITY

SECURITY

SECURITY

SECURITY

SECURITY

SECURITY

SECURITY 11/02/10

SECURITY

CONTIN

CONTIN

012362871824

DEYSE WILSON DA SILVA

SECURITY

SECURITY

SECURITY

SECURITY 11/02/10

SECURITY

SECURITY

SECURITY

SECURITY

SECURITY

SECURITY

SECURITY

SECURITY

SECURITY

SECURITY

CONTIN

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0085681/17
Vítima: ADRIANO RAMOS MOREIRA
CPF: 058.727.114-09

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 16/09/2016
Titular do CPF: ADRIANO RAMOS MOREIRA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

ADRIANO RAMOS MOREIRA : 058.727.114-09

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO:

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

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

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data: 02/03/2017
Nome: ADRIANO RAMOS MOREIRA
CPF/CNPJ: 058.727.114-09

ADRIANO RAMOS MOREIRA

Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 02/03/2017
Nome: Juliana Antunes Estigarribia
CPF: 079.808.657-23

Juliana Antunes Estigarribia



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE - DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

A ADRIANO RAMOS MONTEIROO ACIDENTE 16/09/2016 CPF DA VÍTIMA 058 727 114-09

TIPO DE DOCUMENTAÇÃO

CATEGORIA DO PORTADOR ☒ VÍTIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM

NOME É _____

ENDEREÇO DO PORTADOR _____

Nº _____ COMPLEMENTO _____ BAIRRO _____

CIDADE _____ UF _____ CEP _____

E-MAIL _____ TELEFONE (83) 9 8665-1158

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

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

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
 - COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
 - PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 02/02/17

IDENTIDADE 296 9523

ASSINATURA Adriano R. Monteiro

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____

NOME _____

ASSINATURA _____

REMETENTE: ADRIANO RAMOS MOREIRA
RES. SÍTIO GRADUATOR, ZONA RURAL,
QUEIMADAS / PB.
CEP 58.475-000



Correios
R\$ 30,00
07.02.17 - 13:45 DN
CARTA



DESTINATÁRIO:

SEGURANCA Lr. 12

Rua SENADOR DANTAS, 74, 15º ANDAR, CENTRO,
Rio DE JANEIRO - RJ.

CEP... 200 31 205

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170129285 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ADRIANO RAMOS MOREIRA **Data do acidente:** 16/09/2016 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/03/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: Fratura de tíbia direita

Resultados terapêuticos: Não há como definir ou prever a existência de limitação funcional permanente e insusceptível a terapêutica a partir da documentação fornecida.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: Solicito perícia médica para qualificação e quantificação das possíveis perdas funcionais pelo trauma descrito.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: LUIS FELIPE FRANKLIN FORNELOS

CRM do médico: 52877859

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170129285

Cidade: Campina Grande

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ADRIANO RAMOS MOREIRA

Data do acidente: 16/09/2016

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura de plato tibial Direito.

Descrição do exame médico pericial: Presença de cicatriz cirurgica na perna D, 1/3 superior, deformidade articular, edema residual, ADM do joelho com leve limitação para flexão, TNZ preservado, atrofia muscular leve, claudicação.

Resultados terapêuticos: Tratamento cirúrgico de fratura de plato tibia D, com uso de placa e parafusos. sem complicações.

Sequelas permanentes: Limitação Funcional moderada do membro inferior direito.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 15/03/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Schubert Luigi Costa Rodrigues

CRM do médico: 14484

UF do CRM do médico: PE

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: LEONARDO NEVE

CRM do médico: 17742

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:

