



Número: **0806282-29.2020.8.15.0001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Cível de Campina Grande**

Última distribuição : **03/04/2020**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
OSORIO ALVES POLICARPO (AUTOR)		KATIA FERNANDA TAVARES (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
33480 181	21/08/2020 14:46	2741839_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos



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 Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190585331

Vítima: OSORIO ALVES POLICARPO

Data do Acidente: 27/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), OSORIO ALVES POLICARPO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

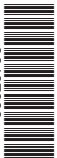
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14986437

Pag. 01399/01400 - carta_01 - INVALIDEZ

00020700





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

Rio de Janeiro, 23 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190585331

Vítima: OSORIO ALVES POLICARPO

Data do Acidente: 27/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: VÍTIMA EM TRATAMENTO

Senhor(a), OSORIO ALVES POLICARPO

Devido a lesão não estar consolidada, não é possível, no momento, caracterizar a invalidez permanente pleiteada.

Assim, após finalizado o tratamento médico/hospitalar e se verificada a existência de invalidez permanente, a vítima deverá apresentar os respectivos documentos médicos, tais como os listados a seguir:

- Boletim médico/hospitalar, com a ficha da evolução médica e a alta médica hospitalar;
- Relatório do tratamento médico realizado na internação e/ou no atendimento ambulatorial;
- Laudos de exames, caso realizados no tratamento, tais como: Raio X, tomografia, ressonância magnética e de controle pós procedimento cirúrgico ou tratamento conservador ambulatorial, com a identificação do paciente e data de realização.

Em caso de cirurgia anexar: os relatórios médicos hospitalares com os procedimentos adotados e materiais usados, folha de anestesia, folhas de evolução médica e sumário de alta.

Informamos que é direito do paciente solicitar e receber, sem custos, os documentos do tratamento médico realizado nos hospitais públicos ou particulares, em internação ou tratamento ambulatorial.

Esclarecemos, por fim, que os documentos emitidos por enfermagem ou outros profissionais da área de saúde devem estar, necessariamente, acompanhados pela respectiva evolução/solicitação médica.

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, retorne 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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01921/01922 - carta_07 - INVALIDEZ

00290961



Carta nº 15003254





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF do vítima: 191.426.698-32 4 - Nome completo da vítima: OSORIO ALVES POLICARPO

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

5 - Nome completo: OSORIO ALVES POLICARPO 6 - CPF: 191.426.698-32
7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: RUA MANOEL 9 - Número: 10 - Complemento:
11 - Bairro: ZONA RURAL 12 - Cidade: POCAHON 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58.150-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

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 ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☒ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ 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: 2463 (K) CONTA: 9654 (7) AGÊNCIA: CONTA:

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

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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atenda 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 Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, 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 (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ 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 (ou nascido)? ☐ 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 Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

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 - 1ª Nome: Autorização de pagamento CPF: 39 - 2ª Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: POCAHON - PB, 07/09/2013

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

43 - Assinatura do Procurador (se houver):





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
22ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL
5ª DELEGACIA DISTRITAL DE POLÍCIA CIVIL
Rua Benício Fernandes, 98, Distrito de São José da Mata - Campina Grande - PB

Boletim de ocorrência

BOLETIM DE OCORRÊNCIA



Versando sobre **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Hora e data do fato: Às 09:00, do dia 27 de junho de 2019.

Hora e data em que a Delegacia tomou conhecimento: Às 10:22, do dia 5 de setembro de 2019.

Local do Ocorrido: SÍTIO FARINHA, PRÓXIMO POSTO RODOVIÁRIO FEDERAL - DISTRITO DE SÃO JOSÉ DA MATA

COMUNICANTE e VÍTIMA: OSÓRIO ALVES POLICARPO, do sexo masculino, nascido no dia 08/09/1963, com 55 anos de idade, ID: 924.848 SSP/PB, CPF: 121.426.698-32, AGRICULTOR, filho de OSÓRIO GUEDES POLICARPO e de MARIA CECÍLIA ALVES POLICARPO, escolaridade: MÉDIO COMPLETO, CASADO, natural de CAMPINA GRANDE/PB, BRASILEIRO, residente na SÍTIO FARINHA, S/N, bairro DISTR. S. J. DA MATA, na cidade de CAMPINA GRANDE, PB, celular Nº 83 99125-0130

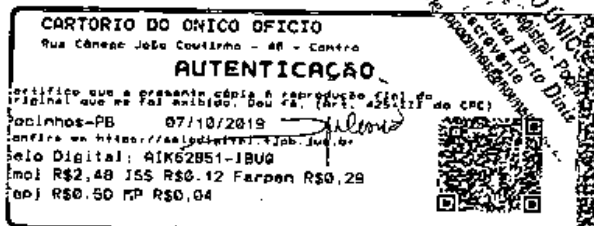
TESTEMUNHAS: GUTEMBERG CORDEIRO MARTINS, residente na SÍTIO FARINHA, S/N, bairro DISTR. S. J. DA MATA, na cidade de CAMPINA GRANDE, PB. ANTONIO MÁRCIO SANTANA FIGUEIREDO, residente na SÍTIO FARINHA, S/N, bairro DISTR. S. J. DA MATA, na cidade de CAMPINA GRANDE, PB.

HISTÓRICO: Afirma o notificante, que no dia 27 de junho de 2019, conduzia seu veículo moto HONDA CG 125 TITAN, ano 1997, modelo 1998, cor vermelha, placa MNT 0460/PB, CHASSI 9C2JC250WVR011042, licenciado em nome de OSÓRIO ALVES POLICARPO, pelo Sítio Farinha, no Distrito de São José da Mata e devido às chuvas, acabou caindo em um buraco, perdendo o controle e vindo ao solo, momento em que a motocicleta caiu por cima da perna, quebrando a tibia da perna esquerda. Informa que foi auxiliado pelos vizinhos, ora arrolados como testemunhas, que o levaram ao Hospital de Trauma, onde recebeu atendimento médico. Acrescenta que apresenta na oportunidade, cópia de prontuário médico oriundo daquele nosocomio.

AUTORIDADE JOSÉ DAMIÃO MARÇAL DA SILVA

COMUNICANTE OSÓRIO ALVES POLICARPO

ESCRIVÃO AUREMIR RIBEIRO



Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT S.A
Tel 21 3861-4600 www.seguradoralider.com.br
Rua da Assembleia, 100 - 16º Andar - Edifício City Tower
Centro - Rio de Janeiro - RJ - CEP: 20011-000



Declaracao de inexistência de IML



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





THE UNIVERSITY OF CHICAGO LIBRARY

CHP JOB 270-526-011-37, Issue: Ed. 10 Oct 83 839-1

Revised: Jul 2018
 ERM5-001-17/02/2019

alt: Estadi Cantó de Girona - 2014-10-08

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

Apresentação

पुस्तक छांटविसिद्धम

CPE/CNPE/RANI

Jul / 2019

17/07/2019

16/08/2019

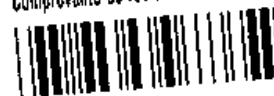
121,426,638.32

UC (Unidade Consumidora) 4/105754-6

Canal de contact

PAGE:

Comprobante de residencia



Anterior		Atual		Constante		Consumo		Dias	
Data	Leitura	Data	Leitura						
14/05/18	4149	17/07/18	8478			930			33
Demonstrativo									
CD	Descrição	Quantidade	Valor	Valor	Base Calc	Alu	Valor(R\$)	Base Calc	Por(R\$)
			(R\$)	Taxa(R\$)	KCM	(R\$)	KCM	PA	Consumo(R\$)
									1,045874
									10,0000%
0001	Consumo energia	330,00	0,410510	135,48	0,00	0	0,00	135,48	1,42
0001	Adic B Ammrein			2,71	0,00	0	0,00	2,71	0,03
0010	Subsídio			42,78	0,00	0	0,00	42,78	0,46
									2,14
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0004	JUROS DE MORA 05/2018			1,71	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0005	MULTA 05/2018			2,21	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0005	ATUALIZAÇÃO MONETARIA 05/2018			0,24	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0020	Devolução Subsídio			-40,18	0,00	0	0,00	0,00	0,00

CCI Código de Classificação do Item	TOTAL	144,65	0,00	0,00	144,65	1,00	0,04
Taxa de Transp.	0,00510						

241

Medida elétrica (kWh)	VENCIMENTO DESPESAS TOTAL A PAGAR
241	24/07/2019 R\$ 144,65

Historico de Cobranza (KWH)											
185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196
JULIO	AGOSTO	SEPTI	OCTUB	NOVIE	DICIE	JANIO	FEBRI	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO

RESERVADO AO FISCO
a0de.83b9.a090.f1e9.1.1c5.b47d.e65e.bc99

Indicadores de Qualidade		Distribuição		Valor	
	Limites de MEL	Ajurado 0,00	Limite de Tensão (V)	(dB)	%
DOE MENSAL	21,74		NO ANO	40,56	50,04
DOE TRIMESTRAL	21,74			71,25	49,47
DOE ANUAL	21,74			120,00	63,23
DOE MENSAL	7,99	0,00	DOE TRIMESTRAL	9,11	43,42
DOE TRIMESTRAL	15,10		DOE ANUAL	14,00	10,27
DOE ANUAL	20,79			0,00	0,00
DOE MENSAL	7,99	0,00			
DOE TRIMESTRAL	15,10				
DOE ANUAL	20,79				
Total				144,00	100,00

[illegible]

RECIBO DO ARRECADADOR

83650000001-0 44650147000-4 01067542019-4 07800405019-5

PAGADOR OSOFO ALVISES PDA CARRO - PFECHUJ 121 426 098.32

SIT FALSA. S/O. - GREA FALSA - S JOSE LIMA TAI. AMEIA GRANDE. PECEP. SMO. SMO.

LCB	Período	Referência	Data de Vencimento	Valor do Documento
-----	---------	------------	--------------------	--------------------

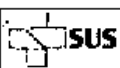
4/105754-6	10-405-035-3200	1st 2019	21/07/2019	144,65
------------	-----------------	----------	------------	--------

BENEFICÁRIO: EMPRESA BOMPOREMA - CATEGORIA DE ENFERGIA DA CTUJ OR 878 5080001-95
OR 230 - Lm 15B - Aq Sudesia - Ties Inds - Camomila Grande / RJ - CEP 30423-700



Data da Internação: 27/06/2019 Hora: 10:13:30

8-2

 Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
Identificação do Estabelecimento de Saúde				2 - CNES	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES				2362856	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES				4 - CNES 2362856	
Identificação do Paciente				5 - N° DO PRONTUÁRIO	
6 - NOME DO PACIENTE OSORIO ALVES POLICARPO				1930556	
7 - CARTÃO DO SUS 709803003741897		8 - DATA DE NASCIMENTO 08/09/1963		9 - SEXO Masc ☒ Fem ☐	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL MARIA CECILIA ALVES POLICARPO				11 - TELEFONE DE CONTATO DDD 83 991020376	
12 - ENDEREÇO (RUA, N° BAIRRO) SÍTIO FARINHA, 0, SÃO JOSE DA MATA					
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Campina Grande				14 - CÓDIGO MUNICIPAL 250400	
		15 - UF PB		16 - CEP 58400002	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS Insuficiência cardíaca em estágio avançado.					
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO Hto cir.					
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) Rx					
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL Insuficiência cardíaca					
21 - CID 10 PRINCIPAL		22 - CID 10 SECUNDÁRIO		23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
PROCEDIMENTO SOLICITADO					
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO Desbridamento cirúrgico					
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO					
26 - CLÍNICA P. TOP		27 - CARATER DA INTERNAÇÃO 02		28 - DOCUMENTO (X) CMS () CPF	
29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 980016278156267		30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE RODRIGO PORTO AMORIM GUEDES			
31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 27/06/2019		32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO) CRM - COLÚMBIA - 1505 DR. PEDRO A. N. 429			
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)					
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO		34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO		35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	
36 - CNPJ DA SEGURADORA		37 - N° DO BILHETE		38 - SÉRIE	
39 - CNPJ EMPRESA		40 - CNAE DA EMPRESA		41 - CBOR	
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO					
AUTORIZAÇÃO					
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - COD. ORGÃO EMISSOR		45 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
45 - DOCUMENTO () CMS () CPF		46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO / /	
48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)		49 - N° DO REGISTRO DO CONSELHO			



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: 05/07/2019
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 03 NOME: Julio Cesar Ribeiro De Castro



GOVERNO
DA PARAIBA



GOVERNO
DA PARAIBA

LIBERAÇÃO DE LEITO

Nome do Paciente: OSORIO ALVES POLICARPO

Data da Internação: 27/06/2019

Data da Alta: 05/07/2019

Registro: 1930556

Tempo de Permanência: -18075

Diagnóstico Inicial: 0408050543

Diagnóstico Final:

Cirurgia: RAFI

Data: 03/07/2019

Equipe:

Cirurgião: ANDRE RIBEIRO ARAÚJO MENEZES

Aux 1: EVERLÂN DA SILVA MEIRA

Aux 2: ANA MARIA DA SILVA ANSELMO

Aux 3:

Aux 4:

Anestesista:

Medicamentos:

Infecção F.O: NAO

Coleta de Material: NAO

Bacteriologia: 0

Anatomopatológico: 0

Resumo Clínico(História, Evolução, Terapêutica e Complicações): PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO. DOR E DEFORMIDADE EM TIBIA DISTAL D. SUBMETIDO A CIRURGIA ORTOPÉDICA DEVIDO FRATURA DE TIBIA

Orientações: ORIENTO NAO PISAR, CURATIVOS E MEDICAÇÕES

Dieta: LIVRE

Medicações para Casa: CIPROFLOXACINO 500MG VO 12/12H. ALGINAC 1000 1 CP VO 12/12H. XARELTO 10MG 1 CP 1 X DIA

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: 05/07/2019

Assinatura/Carimbo
Julio Cesar Ribeiro De Castro

Dr. Julio Cesar Castro
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RN 3320



**OBS:LIBERAÇÃO CONFERIDA NO RESUMO DE ALTA! RESPONSÁVEL : Julio Cesar
Ribeiro De Castro**





GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 04/07/2019

Horas: 06:41:22

Médico (a) Diarista: Crismarcos Rodrigues da Silva

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 1930556 Paciente: OSORIO ALVES POLICARPO Idade: 055 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA CECILIA ALVES POLICARPO Data de Nascimento: 08/09/1963 Admissão: 27/06/2019

Clinica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 8 Leito: 1 Diagnóstico: FX TIBIA DISTAL E

DIA 04/07/2019

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

Item	Prescrição	Apazamento
1	DIETA LIVRE CONSTIPANTE	OK
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. 1FRASCO, 6h/6h	OK
3	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. 1FRA AMP, 12h/12h 1D/2D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	OK
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	OK
5	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	OK
6	TROMETAMOL CETOCOROLACO 30 MG/ML 1 ML E.V. 1AMPOLA, 8h/8h SE DOR INTENSA	OK
7	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 12h/12h Diluir em 100 ML SF	OK
8	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	OK

EVOLUÇÃO

DATA: 04/07/2019 HORA: 06:40:27

1º DPO SEM INTERCORRÊNCIAS.
SEGUE EM BEG.

CONDUTA:
FAZER CURATIVO
LEVAR MI
VPM.

ASSINATURA + CARIMBO
Crismarcos Rodrigues da Silva

Dr. Crismarcos Rodrigues da Silva
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
MÉDICO - CRM 3335

2º DPO 5/7/19

BEG, estável

Sem queixas

Edema +/+

Dor +

Aparelho neurovascular preservado

co. Alta hospitalar

Dr. Julio Cesar Castro
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PB-9935 / CRM/RN-3320

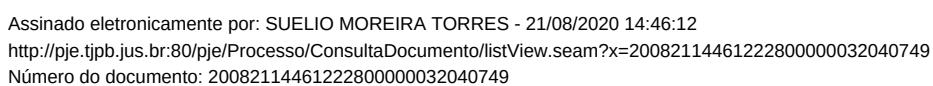


Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 21/08/2020 14:46:12

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082114461222800000032040749

Número do documento: 20082114461222800000032040749

CHANDLER OBSERVATION
 PROPOSED 11/24/1986
 TX 4112 Near Center



03/07/2019

HPM-Painel Administrativo

GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 03/07/2019

Horas: 15:41:15

Médico (a) Diarista: Ana Maria Da Silva Anselmo

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 1930556 Paciente: OSORIO ALVES POLICARPO Idade: 055 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA CECÍLIA ALVES POLICARPO Data de Nascimento: 08/09/1963 Admissão: 27/06/2019

Clínica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 8 Leito: 1 Diagnóstico: FX TIBIA DISTAL E

DIA 03/07/2019

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

Item	Prescrição	Apropramento
1	DIETA LIVRE CONSTIPANTE	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. IFRASCO, 6h/6h	18 29/10
3	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. IFRA AMP, 12h/12h 012/2D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	18 6
4	FLORATIL 200 MG V.O. 1, 12h/12h	
5	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1 AMPOLA, 6h/6h	18 54 6
6	TENOXCAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. IFRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	18 6
7	TROMETAMOL CETOCOROLACO 30 MG/ML 1 ML E.V. 1 AMPOLA, 8h/8h SÉ DOR INTENSA	
8	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V. 1 AMPOLA, 12h/12h Diluir em 100 ML SF	18 6
9	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	18

EVOLUÇÃO

DATA: 03/07/2019 HORA: 15:40:34

PACIENTE EM POI SEM INTERCORRÊNCIAS.
SEGUE EM REG.

CONDUTA:

SOLICITO RAIOS X-DE CONTROLE.
VPM.

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





GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 02/07/2019

Horas: 07:39:28

Médico (a) Diarista : Crismarcos Rodrigues da Silva

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1930556 **Paciente: OSORIO ALVES POLICARPO** Idade: 055 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA CECILIA ALVES POLICARPO Data de Nascimento: 08/09/1963 Admissão: 27/06/2019

Clinica: ORTOPEDIA 2 **Enfermaria: 8 — Leito: 1** Diagnóstico: FX TIBIA DISTAL E

DIA 02/07/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Crismarcos Rodrigues da Silva /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE CONSTIPANTE (Dieta zero a partir de 00:00h)	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. 1FRASCO, 6h/6h	12 18 24 06
3	FLORATIL 200 MG V.O. 1, 12h/12h	12 18 24 06
4	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1 AMPOLA, 6h/6h	12 18 24 06
5	TENOXCAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	12 18 24 06
6	OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PRÓPRIO	06
7	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	Paciente

EVOLUÇÃO

DATA: 02/07/2019 HORA: 07:39:08

ORTOPEDIA

DHI 6

COM TALA GESSADA

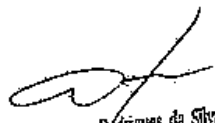
BEG

ESTAVEL CLINICAMENTE

EXAMES OK

DE AGUARDAR CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO
Crismarcos Rodrigues da Silva


Dr. Crismarcos Rodrigues da Silva
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
MED. 00000000000000000000



01/07/2019

HPM-Painel Administrativo



GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 01/07/2019

Horas: 08:33:06

Médico (a) Diarista : Crismarcos Rodrigues da Silva

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1930556 Paciente: OSORIO ALVES POLICARPO Idade: 055 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA CECILIA ALVES POLICARPO Data de Nascimento: 08/09/1963 Admissão: 27/06/2019

Clinica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 8 Leito: 1 Diagnóstico: FX TIBIA DISTAL E

DIA 01/07/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Crismarcos Rodrigues da Silva /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE CONSTIPANTE	
2	SORO FISIOLÓGICO 0.9% 500ML E.V. 1FRASCO. 6h/6h	12 24 36
3	FLORATIL 200 MG V.O. 1, 12h/12h	12 24 36
4	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA. 6h/6h	12 18 24 36
5	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP. 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	12 24
6	OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP. 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PRÓPRIO	106
7	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

EVOLUÇÃO

DATA: 01/07/2019 HORA: 08:31:35

ORTOPEDIA

DJH 4

COM TALA GESSADA

BEG

ESTÁVEL CLINICAMENTE

EXAMES OK

CD AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO
Crismarcos Rodrigues da Silva

Dr. Crismarcos Rodrigues da Silva
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
MÉDICO - CRM 3336

Handwritten signature: Crismarcos Rodrigues da Silva



1/19 Pa = 140 x 90 mmHg

T = 36.1 °C

FC = 78.

Pract. segun el ssn colares, apend. Exm. tico.
medicados con, Rubeol. gando. Sem quento. Segue
sem cuidados de enfermagem.

Maria Gertudes Silva
COREN-PA 004.692-TE



30/06/2019

HPM-Painel Administrativo

GOVERNO
DO ESTADO DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 30/06/2019

Horas: 11:30:51

Médico (a) Diarista: Julio Cesar Ribeiro De Castro

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 1930556 Paciente: OSORIO ALVES POLICARPO Idade: 055 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA CECILIA ALVES POLICARPO Data de Nascimento: 08/09/1963 Admissão: 27/06/2019

Clínica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 8 Leito: 1 Diagnóstico: FX TIBIA DISTAL E

DIA 30/06/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE: Julio Cesar Ribeiro De Castro /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE CONSTIPANTE	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. 1FRASCO. 6h/6h	12 18 24 06
3	CLINDAMICINA DE 600 MG 4 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h Diluir em 50 ML SF	12 18 24 06
4	GENTAMICINA SULFATO 80 MG/2 ML 2 ML E.V. 3AMPOLA, 24h/24h (ADM AS 14h) Diluir em 50 ML SF	18
5	FLORATIL 200 MG V.O. 1, 12h/12h	18 06
6	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA. 6h/6h	12 18 24 06
7	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP. 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	12 24
8	OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP. 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO	06
9	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 14h)	12 22 06
10	FISIOTERAPIA MOTORA	
11	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
12	VIGILANCIA	

EVOLUÇÃO

DATA: 30/06/2019 HORA: 11:30:31

ORTOPEDIA
PACIENTE EVOLUI EM BEG
ESTAVEL CLINICAMENTE
FEIXE DE DIARREIA
TALA OK

CD AGUARDA CIRURGIA
SOLICITO NOVAMENTE PRE OP

ASSINATURA + CARIMBO
Julio Cesar Ribeiro De Castro

Dr. Julio Cesar Ribeiro De Castro
CRM: 55555
Ocupação: Médico



130x90 - FC-70 - T-362.

Sônia

PA

30
06
79



29/06/2019

HPM-Painel Administrativo

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 29/06/2019

Horas: 08:17:22

Médico (a) Diarista : Julio Cesar Ribeiro De Castro

GOVERNO
DA PARAÍBA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1930556 Paciente: OSORIO ALVES POLICARPO Idade: 055 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA CECILIA ALVES POLICARPO Data de Nascimento: 08/09/1963 Admissão: 27/06/2019 *OK*

Clínica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 8 Leito: 1 Diagnóstico: FX TIBIA DISTAL E

DJA 29/06/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Julia Cesar Ribeiro De Castro /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	SND
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. 1FRASCO, 6h/6h	<i>12 18 06 96</i>
3	CLINDAMICINA DE 600 MG 4 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h Diluir em 50 ML SF	<i>12 18 06 96</i>
4	GENTAMICINA SULFATO 80 MG/2 ML 2 ML E.V. 3AMPOLA, 24h/24h (ADM AS 14h) Diluir em 50 ML SF	<i>18</i>
5	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	<i>12 18 06 96</i>
6	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	<i>18 96</i>
7	OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PRÓPRIO	<i>96</i>
8	ENOXAPARINA SÓDICA 40 MG/04 ML S.C. 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 14h)	<i>96</i>
9	FISIOTERAPIA MOTORA	
10	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	<i>OK</i>
11	VIGILANCIA	<i>OK</i>

EVOLUÇÃO

DATA: 29/06/2019 HORA: 08:16:31

ORTOPEDIA

PACIENTE EVOLUI EM BEG

ESTÁVEL CLINICAMENTE

SEM QUEIXAS

F. A OK

CD AGUARDA CIRURGIA

SOLICITO NOVAMENTE PRE OP

ASSINATURA + CARIMBO
Julio Cesar Ribeiro De Castro



Assinado eletronicamente por:
Aureley Vicente Lima
CURREN98218.00118

PA: 140/90 multig P: 84 bpm T: 36,2

0/06 8:00h





GOVERNO
DO ESTADO DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 28/06/2019

Horas: 09:14:43

Médico (a) Diarista: Schubert Luigi Costa Rodrigues

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 1930556 Paciente: OSORIO ALVES POLICARPO Idade: 055 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA CECILIA ALVES POLICARPO Data de Nascimento: 08/09/1963 Admissão: 27/06/2019

Clinica: ORTOPEdia 2 Enfermaria: 8 Leito: 1 Diagnóstico:

DIA 28/06/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE: Schubert Luigi Costa Rodrigues /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLÓGICO 0.9% 500ML E.V. IFRASCO, 6h/6h	12 18 24 6
3	CLINDAMICINA DE 600 MG 4 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h Diluir em 50 ML SF	12 18 24 6
4	GENTAMICINA SULFATO 80 MG/2 ML 2 ML E.V. 3AMPOLA, 24h/24h (ADM AS 14h) Diluir em 50 ML SF	16
5	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	12 18 24 6
6	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP. 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	18 6
7	OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP. 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO	6
8	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 14h)	14
9	FISIOTERAPIA MOTORA	14
10	VIGILANCIA	14
11	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	14

EVOLUÇÃO

DATA: 28/06/2019 HORA: 09:14:00

PACIENTE EVOLUINDO BEM ESTAVEL
CD AGUARDA CIRURGIA

Dr. Schubert Costa
ORTOPEDIA - CIRURGIA DA COLUNA
CRM/PB 5523

ASSINATURA + CARIMBO
Schubert Luigi Costa Rodrigues



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 21/08/2020 14:46:12

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082114461222800000032040749

Número do documento: 20082114461222800000032040749

8/06/19
:38
ano 27/06/19
Temp 36.0
PA 145 x 102
Pulso 72
foi medicado
eu



27/06/2019

HTCG-Painel Administrativo

Data: 27/06/2019

Horas: 10:19:28

Médico (a) Diarista : Rodrigo Porto Amorim Guedes

GOVERNO
DA PARAÍBA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1930556 Paciente: OSORIO ALVES POLICARPO Idade: 055

Nome da Mãe: MARIA CECILIA ALVES POLICARPO Data de Nascimento: 08/09/1963 Sexo: M

Clínica: ~~ATACADA~~ ^{EN II} Enfermaria: 8 Leito: 1 Diagnóstico:

DIA 27/06/2019

MÉDICO(A): Rodrigo Porto Amorim Guedes /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. 1FRASCO, 6h/6h	21/24/186
3	CLINDAMICINA DE 600 MG 4 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h Diluir em 50 ML SF	SUSP.
4	GENTAMICINA SULFATO 80 MG/2 ML 2 ML E.V. 3AMPOLA, 24h/24h (ADM AS 14h) Diluir em 50 ML SF	SUSP.
5	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	21/24/186
6	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP. 12h/12h Reconstituir 2ML, ABD.	21/08
7	OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP. 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO	26
8	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 14h)	22
9	FISIOTERAPIA MOTORA	SUSP.
10	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	C
11	VIGILANCIA	C

12 - Pré-op solicitado!

Dr. Rodrigo Amorim
CRM-PB: 6321 - TEOT: 22455
CTR. DA COLUMA VERTEBRAL - SBC
AV. DOM PEDRO II, Nº 429
CAMPINA GRANDE - PB



97.6.19

RM: 130/80

P: 5%

A: 36.1%

→ Sucesso





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



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

Sr(s): OSORIO ALVES POLICARPO Protocolo: 0000474088 RG: NÃO INFORMADO
Dir(a): SEM IDENTIFICACAO MEDICA Data: 29-06-2019 11:42 Origem: CLINICA ORTOPEDICA II
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES Idade: 55 anos Destino: ENFERM - L.OI

HEMOGRAMA

(DATA DA COLETA: 29/06/2019 11:41)

Resultados

Valores de Referência

SÉRIE VERMELHA

Eritrócitos.....	4.07 milhões/mm ³	4,2 à 6,0 milhões/mm ³
Hemoglobina.....	12,1 g/dL	13,5 à 16,0 g/dL
Hematócrito.....	36,8 %	40,0 à 52,5 %
V.C.M.....	90 fL	87,0 à 92,0 fL
H.C.M.....	30 pg	27,0 à 31,0 pg
C.H.C.M.....	33 g/dL	32,0 à 36,0 g/dL

SÉRIE BRANCA

Leucócitos.....	4.400 /mm ³ (%)	(/mm ³)	5.000 à 10.000 /mm ³
Neutrófilos.....	0	0	
Promielócitos.....	0	0	
Mielócitos.....	0	0	
Metamielócitos.....	0	0	
Bastonetes.....	2,0	88	
Segmentados.....	70,0	3.080	40 à 70 % - 1.200 à 6.500 / mm ³
Eosinófilos.....	0	0	0 à 6,0 % - até 500 / mm ³
Basófilos.....	0	0	0 à 2,0 % - até 100 / mm ³
Linfócitos.....	25,0	1.100	20 à 45 % - 1.000 à 3.500 / mm ³
Típicos.....	0	0	
Atípicos ou Reativos.....	0	0	
Monócitos.....	3,0	132	2,0 à 10 % - até 1.000 / mm ³
CONTAGEM DE PLAQUETAS.....	193.000 mm ³		140.000 à 400.000 mm ³

OBSERVAÇÕES..... Contagens revisadas e confirmadas.

Material: SANGUE TOTAL

Método: RESISTIVIDADE - IMPEDÂNCIA - MICROSCÓPIA

Ana Claudia Barroso
Biomédica
CRM - 5793

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: BD30-F8A1-3E83-0DC5-787A-35A4-B695-930B





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



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

Sr(a): OSORIO ALVES POLICARPO Protocolo: 0900474088 RG: NÃO INFORMADO
Dr(a): SEM IDENTIFICACAO MEDICA Data: 29-06-2019 11:42 Origem: CLINICA ORTOPEDICA II
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES Idade: 55 anos Destino: ENF 08 - I. 01

TEMPO DE SANGRAMENTO 1'18''

(DATA DA COLETA: 29/06/2019 11:42)

Material: sangue

Método: Duke

Valores de Referência:
DE 1 A 3 MINUTOS.

TEMPO DE COAGULACAO 8'00''

(DATA DA COLETA: 29/06/2019 11:42)

Material: sangue

Método: Lee-White

Valores de Referência:
DE 5 A 10 MINUTOS

Ana Cláudia Barroso
Biomédica
CRBM - 5793

Emissão : 29/06/2019 12:56 - Página 2 de 2

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: 8441-4E2A-F5F3-C949-AEDF-6AB8-8F7A-E981



PNCQ
Programa Nacional
de Controle de Qualidade





GOVERNO
DA PARAÍBA

SEGUIE

o trabalho

LIST PRÉ-OPERATÓRIO- ALAS



SETOR DE ORIGEM:	Ortopedia II		
NOME:	Osorio Alves Policarpo		
PROCEDIMENTO:			
☒ AVP:LOCAL:	MSD	GELCO Nº:	80
☐ AVC	☐ JEJU		
BANHO PRÉ-OPERATÓRIO:	☒ COM CLOREXIDINA	☐ NÃO SE APLICA	
RETIRADO:	☒ PRÓTESE DENTÁRIA	☐ ADORNOS	☒ PERTENCES
ENCAMINHADO:	☒ HEMOG	☐ USG	☐ TOMOGRAFIA
☐ TERMO DE CONSENTIMENTO	☐ RESERVA DE HEMODERIVADO	☒ NÃO SE APLICA	
ENFERMEIRO RESPONSÁVEL:	COREN:		

Enfermeira
COP-PP



AVALIAÇÃO CARDIOLÓGICA COM RISCO CIRÚRGICO

NOME: Osonio Alves Policarpo IDADE: 55 SEXO: M
IMC: _____ PROCEDÊNCIA: _____ PROFISSÃO: _____ DATA: 29/06/19

1 - SINTOMATOLOGIA CARDIOVASCULAR:

(☒) Assintomática () Sintomática () Oligossintomática

SINTOMAS:

() Cefaléia	() Tontura	() Síncope
() Dispneia de esforço	() Grande	() Pequena
() Palpitações	() Média	() Ortopédica
() Dor Precordial	() Tosse Seca	() Expectoração
Relacionada: () Esforço	() Típica	() Atípica
	() Emoções () Frio	() Pós-prandial

Comentários: _____

2 - PATOLOGIAS EM CURSO:

() Hipertensão Arterial Sistêmica	() Hipertensão Pulmonar	() DPOC () Outros
() Diabetes Mellitus	() Insuf. Cardíaca Congestiva	() Insuficiência Coronariana
() Arritmias	() Insuf. Renal	() Aguda () Crônica

3 - ANTECEDENTES PESSOAIS:

() Alergia a Medicamentos: <u>Não</u>	() Tabagismo
(☒) Etilismo	() Sedentarismo
() Dislipidemia	() Outros

Medicamentos em uso () Não (☒) Sim Clopidogrel + Glicazina

4 - EXAMES FÍSICO

(☒) Estado Geral (☒) Bom () Regular () Comprometido () Precário () Altura () Peso

Ap. Cardiovascular - Comentários: RCP 2T BCF 515.

FC: 66 b.p.m P.A.: 140 x 90 mmHg

Ap. Respiratório - Comentários: MUC 4 em AHT SDA.

Addômen - Comentários: indolor

Membros Inferiores - Comentários: Sem edemas

5 - E.C.G.: Ritmo sinusal, eixo normal, sem sobrecargas, sem alterações ST-T.

Ex. Laboratoriais: _____

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 Cardíaca)
() Grau IV - AVC e ECG - com graves alterações (Alto Risco Cirúrgico - se possível evitar)

Obs.: _____

Iramilton Leandro Bezerra
CARDIOLOGIA
CRM-PB 8540
Ass. do Médico

MOD. 043



Comissão
de Processo
Judicial e Política Processual





Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: <u>Osorio Aluis Polcarpo</u>	Idade: <u>53a</u>
Convênio: <u>SUS</u>	Data: <u>03/03/19</u>
Procedimento: <u>Ho. Cirurgico. Int. Ovario da Esq. (F)</u>	
Cirurgião: <u>Dr. Am</u>	Auxiliar: _____
Anestesista: <u>Dr. Ramona</u>	
Início: <u>13:50</u>	Término: <u>15:45</u>
Anestesia: <u>Raquel</u>	

Hora	PA	Pulso	SAT O2	Responsável	A. Motora	Consciência
16:00	123x88	66	95%	Andria	+	percebido
17:00	133x84	73	95%	Andria	+	percebido
18:30	136x94	64	97%	Sueli		

Medicamentos / Materiais	Quantidade

Observações:

Assinatura Anestesista

Circulante

Relatório de Operações

MOD. 163





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, 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 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		

B11263

Assinatura Anestesiista



03/07/2019

HTCG-Painel Administrativo

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB.
CNPJ: 08.778.268/0038-52
Data: 03/07/2019



GOVERNO
DA PARAÍBA



GOVERNO
DA PARAÍBA

Número do Prontuário: 147127

DATA DA CIRURGIA: 03/07/2019

Número do Atendimento: 1930556 Clín: ORTOPEDIA 2 / Enf: 8 / Lei: 1

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: OSORIO ALVES POLICARPO

Data da Internação: 27/06/2019

Atendimento: 1930556

Diagnostico Pré-Operatório: Fratura ossos perna (E)

Diagnostico Pós-Operatório:

Cirurgia: TRATAMENTO CIRURGICO FRATURA OSSOS PERNA ESQ

Data da

Cirurgia: 03/07/2019

Equipe:

Cirurgião: ANDRE RIBEIRO ARAUJO MENEZES

Aux 1: EVERLAN DA SILVA MEIRA

Aux 2: ANA MARIA DA SILVA ANSELMO

Aux 3:

Instrumentador:

Anestesista: TAMARA

Tipo de anestesia: RAQUIANESTESIA

Relatório Imediato do Patologista: NÃO

Exame Radiológico no Ato: SIM

Acidente Durante Operação: NÃO OCORREU

Descrição da Operação: 1 - PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA

2 - ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS

3 - INCISÃO EM FACE LATERAL DA PERNA DIREITA + DIVULSÃO POR PLANOS + HEMOSTASIA

4 - REDUÇÃO CRUENTA DA FRATURA DE FÍBULA + FIXAÇÃO COM PLACA 1/3 TUBULAR 3,5 MM 9 F + PARAFUSOS CORTICAIS E 01 ESPONJOSO

5 - INCISÃO EM FACE MEDIAL DA PERNA (EM PONTE) + DIVULSÃO POR PLANOS + HEMOSTASIA

6 - REDUÇÃO INCRUENTA DA FRATURA DE TÍBIA + FIXAÇÃO COM PLACA DCP ESTREITA 4,5 MM 12 F + PARAFUSOS CORTICAIS, SOB ESCOPIA

7 - SUTURA

8 - CURATIVO

9 - À URPA.

Dra. Ana Maria Da S. Anselmo
MR, Ortopedia e Traumatologia
CRM 647825

Data 03/07/2019

Assinatura/Carimbo
Ana Maria Da Silva Anselmo



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO	
FOLHA DE ANESTESIA		NOME: <u>Osáris Alves Policarpo</u>				IDADE: <u>55a</u>	SEXO: <u>M</u>
DATA: <u>03/07/19</u>	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	
TIPO SANGÜÍNEO	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	URÉIA	OUTROS	
URINA							
AP. RESPIRATÓRIO					ASMA	BRONQUITE	
AP. CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA		
AP. DIGESTIVO					AP. URINÁRIO		
ESTADO MENTAL					ALERGIA	HIPOTENSORES	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					ESTADO FÍSICO	RISCO	
ANESTESIAS ANTERIORES							
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA					APLICADA	AS	EFEITO
<u>Acima citado</u> <u>total</u> <u>Hum 28h</u> <u>COTE</u> <u>Sem intercorrências</u> <u>não houve</u>							
AGENTES ANESTÉSICOS					INDUÇÃO Satisf.: _____ Excit.: _____ Tosse: _____ Laringo espasmo: _____ Lenta: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____		
LIQUIDOS					MANUTENÇÃO 1) Etiozema 2g 2) midazolam 2,0mg 3) Morfina 80mcg 4) Bupivacaína hiperbárica, 0,1% 15mg 5) Ondansetrona 4mg 6) Dexametasona 8mg +)		
RESPIRAÇÃO					ANESTESIA SATISF.: Sim ☒ Não _____ Não, por quê? _____		
VP. ARTERIAL: 0 - 50. O. RESPIRAÇÃO					DESPERTAR Reflexos na SO: _____ Obst.: _____ Co2: _____ Excit.: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____		
AX. ANESTESIA: 0 - 100. O. OPERAÇÃO					Com cânula: _____ Paro o Leito Sim _____ Não _____ CONDIÇÕES: _____		
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES	<u>monitoração; venocese média; amniótica; paciente satisfeito, an-</u> <u>dulência descendente; punção suboculomediana em L3-L4 com</u> <u>aguilha tipo quincle n° 26G, única, mediana; refluxo de</u> <u>L3-L4; infusão IT de Al + opioide.</u>						
POSICÃO	<u>pr-2-2</u>						
AGENTES	<u>Acima citado</u>						
TÉCNICA	<u>Boqueiraletoma + sedação</u>						
OPERAÇÃO							
CIRURGIÕES	<u>Dr. André Ribeiro + Dr. Eusebio</u>						
ANESTESISTAS	<u>Tomara Vale</u>						
OBSERVAÇÕES							
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.					PERDA SANGÜÍNEA		

FOLHA DE ANESTESIA - SRPB





CONTROLE CIRÚRGICO

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

0691

Paciente: OSIRIO ALVES RIBEIRO
Hospital: de Traumatologia de L. Gama de
Médico: Dr. Anacleto + Dr. Valeriano
Data da Cirurgia: 03/07/19 Procedimento: Fract. Tibial + TAVS
Prontuário: 1930556 Convênio: _____
Instrumentadora(O): Elisângela Circulante: _____

Quant.	Materiais Utilizados	Lote
01	Placa OCP 4,5 C/12 furos estreitos	
01	Parafuso cortical 4,5	
01	Placa 1/3 tubular 3,5 C/9 furos	
01	Parafuso cortical 3,5	
01	Parafuso expandido 16 mm principal	

Recife 03 de 07 de 20 19

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

Circulante

Médico Responsável



Quantidade

Valor Bruto

R\$ 50

R\$ 50

Valor

Valor Bruto

Valor

Valor Bruto

Valor Bruto

Valor Bruto

Valor Bruto

Valor Bruto

Valor Bruto

Valor Bruto

Valor Bruto

Valor Bruto

Valor Bruto

Valor Bruto

Valor Bruto

COLEÇÃO DE FOTOGRAFIA

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: <u>Usoirico Alves Policarpo JN 08-09-1963</u>						GOVERNO DA PARAIBA	
QI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE		
CIRURGIA: <u>TTT de crânio e face</u>		CIRURGIÃO: <u>Andrie + D. Costa</u>		Hospital de Emergência e Trauma Dom Luis Gonzaga Fernandes			
ANESTESIA: <u>Rogini</u>		ANESTESIA: <u>De Tamara</u>					
INSTRUMENTADORA: <u>Thiago</u>		DATA: <u>03-07-19</u>		INÍCIO: <u>13:50</u>		FIM: <u>15:45</u>	
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma		Qtd.	FIOS	
	Adrenalina amp.		Calei. p/ Oxi.			Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.		Calei. De Urinar Sist. Fech.			Catgut cromado Sertix	
	Diazepam amp.		Compressa Grande			Catgut cromado Sertix	
01	<u>Quinacrina 0,2 % ml</u>		Compressa Pequena			Catgut Simples	
	Dolantina amp.		Colonóide			Catgut Simples Sertix	
	Efrane ml		Dreno			Catgut Simples Sertix	
	Fenegan amp.		Dreno Kerr nº			Catgut Simples Sertix	
	Fentanil ml		Dreno Penrose nº			Cera p/ osso	
	Inova ml		Dreno Pezzer nº			Ethibond	
	Ketalar ml		Equipo de Macrogotas			Ethibond	
01	<u>Quinacrina 0,2 % ml</u>		Equipo de Macrogotas			Ethibond	
01	<u>Quinacrina 0,2 % ml</u>		Equipo de Sangue			Fio de Algodão Sertix	
	Pavulon amp.		Equipo de PVC			Fio de Algodão Sertix	
	Protigmine amp.		Esparadrapo Larco cm			Fio de Algodão Sutupak	
	Protoxido I/m		Furacim ml			Fio de Algodão Sutupak	
	Queficin ml		Gase Pacote c/ 10 unidades			Fila cardíaca	
	Rapifen amp.		H ₂ O ₂ ml		04	Mononylon 2.0	
	Thionembatal ml		Intracath Adulto			Mononylon	
	Tracrium amp.		Intracath Infantil			Prolene Sertix	
Qtd.	MEDICAÇÕES		Lâmina de Bisturi nº 23			Prolene Sertix	
01	Água Destilada amp.		Lâmina de Bisturi nº 11			Prolene Sertix	
01	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi nº 15			Prolene Sertix	
01	Dipirona amp.		Luvas 7.0			Vicryl Sertix 1	
01	<u>Flavonol amp.</u>		Luvas 7.5		01	Vicryl Sertix	
01	<u>Flavonol amp.</u>		Luvas 8.0			Vicryl Sertix	
01	<u>Flavonol amp.</u>		Luvas 8.5				
	Glicose amp.		Oxigênio l/m				
	Glucon de Cálcio amp.		Potiflix				
	Haemacel ml		PVPI Degemante ml				
	Heparina ml		PVPI Tópico ml		Qtd.	SOROS	
	Kenaklon amp.		Sabão Antisséptico			SG Normolêrmico fr 500 ml	
	Lasix amp.		Saco coletor			SG Gelado fr 500 ml	
	Medrolinazol.		Seringa desc. 10 ml			SG Hipertérmico fr 500 ml	
	Plasil amp.		Seringa desc. 20 ml			SG Ringr fr 500 ml	
	Protamina		Seringa desc. 05 ml			SG fr 500 ml	
	Revivan amp.		Sonda				
	Suptanon amp.		Sonda Foley		Qtd.	ORTESE E PRÓTESE	
	Cefalotina 1g		Sonda Nasogástrica		01	<u>placa OCP 9,5 x 12</u>	
			Sonda Uretral nº		01	<u>placa 1/2 tubular c/ 9 furos</u>	
			Sterydrem ml		1/2	<u>parafuso cortical</u>	
			Torneirinha		01	<u>esponja</u>	
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml		EQUIPAMENTOS		
	Aguilha desc. 25 x 7		Gelcon 18				
	Aguilha desc. 28 x 28		Lalege				
	Aguilha desc. 3 x 4,5		<u>eletrada</u>				
01	Aguilha p/ raque nº 25						
	Alcool de Enfermagem						
	Alcool Iodado ml						
04	Ataduras de Crepon 13						
	Ataduras de Gessada						
	Azul metileno amp.						
	<u>Ataduras out.</u>						

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

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

Vanda Lúcia B. Medeiros
 TEC DE ENFERMAGEM
 COREN - RJ 03.722

MOD 066





NOME: <u>Ondório Alves Polcônio</u>		GOVERNO DA PARAIBA SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE	
IDADE: <u>58</u>	ENFERMARIA: <u>8</u>	Hospital de Emergência e Trauma Dom Luis Gonzaga Fernandes	
H. D. <u>Fx Tíbia E</u>	ADMISSÃO:	LEITO: <u>1</u>	HORA:

PROCEDÊNCIA:		DRENO: ☐ Pleural D ☐ Pleural E ☐ Mediastinal ☐ Oscilante ☐ Borbulhante. Débito	
MOTIVO INTERNAÇÃO: ☐ DVM ☐ IRPa ☐ Choque ☐ I. Renal ☐ Coma Neuro ☐ ICO ☐ Trauma ☐ PNM		Perfusão: ☒ Normal ☐ Deficiente	
☐ Hemorragia ☐ Outros:		☐ Edema. Regiões:	
ANTECEDENTES: ☐ DPOC ☐ AVC ☐ HAS ☐ DM ☐ RM ☐ ICO ☐ Cirurgia		CONDUTA PROPOSTA INICIALMENTE	
HDA: <u>Pr. em EOL, cooperativo eugenico, normo</u>		CD: ☐ THB ☐ TEP ☐ TEP ☐ VNI ☐ O2	
<u>nada, aaq, vem aaq SOL, sem ligacao qe</u>		☐ Aspiração ☐ TMV ☐ Decanulação ☒ Cinesioterapia ☐ MRP	
<u>nada em MIB.</u>		☐ Treino de Marcha ☒ Orientações ☐ Treino equilíbrio ☐ Transferências ☐ Sedestação	
		☐ Ortoplastismo ☐ Marcha ☐ Estimulação sensorial	
		☐ Posicionamento: ☐ Treino Musc. Pré decanulação	
		Outros:	
		Observações:	
SV: FC <u>legm</u> FR <u>legm</u> PA: <u>legm</u> SpO2 <u>legm</u> % T <u>legm</u>			
ESTADO GERAL: ☐ Bom ☐ Regular ☐ Grave ☐ Gravíssimo			
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: ☒ Acordado ☐ Sonolento ☐ Torporoso ☐ Comatoso Glasgow			
Tônus: ☐ Hipo ☐ Hiper ☒ Normal			
Reflexos: ☐ Aumentos ☐ Diminuídos ☒ Normal			
Bloqueios Articulares (Regiões) <u>MIB</u>			
SISTEMA RESPIRATÓRIO / CARDIOVASCULAR			
☒ Eupneico ☐ Sem alterações			
SUPORTE VENTILATÓRIO: ☒ Espontâneo ☐ Com TQT ☐ Sem TQT ☐ VNI ☐ VMI			
O2 SUPLEMENTAR: ☒ Não ☐ CEN ☐ Aerosol ☐ Másc. Simples ☐ Másc./Sistema de Venturi <u>legm</u> %			
☐ Másc. Reinalação paro. ☐ Másc. não Reinalação ☐ Másc. de Reservatório. Fluxo <u>legm</u> l/min			
DESCONFORTO VENTILATÓRIO: ☐ BAN ☐ Tiragens supraclaviculares ☐ Tiragens intercostais ☐ Tiragens subcostais			
☐ Uso de musc. acessório Insp/Exp. ☐ Cianose ☐ Taquipnéia ☐ Bradipnéia ☐ Resp. paradoxal ☐ Estridor <u>legm</u> /4*			
OBSTRUÇÃO DE VAS. ☒ Não ☐ Sim			
PADRÃO VENTILATÓRIO: ☒ Costal ☐ Diafragmático ☐ Misto ☐ Paradoxal ☐ Superficial			
EXPANSIBILIDADE TORÁCICA: ☒ Normal ☐ Diminuída ☐ Simétrica ☐ Assimétrica			
Ausculta Pulmonar: <u>mediommt, sara</u> Rale X Tórax:			
TOSSE: ☐ Sim ☒ Não ☐ Produtiva ☐ Não produtiva ☐ Eficaz ☐ Deglute ☐ Expectora ☐ Ineficaz			
SECREÇÃO: ☐ Não ☐ Sim. QUANTIDADE: ☐ Pequena ☐ Média ☐ Grande.			
COMPOSIÇÃO: ☐ Hialina ☐ Mucoide ☐ Mucopurulenta ☐ Purulenta ☐ Sanguinolenta			
COR SECREÇÃO: ☐ Incolor ☐ Branca ☐ Amarela ☐ Verde ☐ Marrom ☐ Rosada ☐ Vermelha			

Campina Grande, <u>28/06/19</u>	Andrezza FISIOTERAPISTA CRF 110772504 F
------------------------------------	---



NOME		GOVERNO DA PARAIBA		SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE	
IDADE		ENFERMARIA		Hospital de Emergência e Trauma Dom Luis Gonzaga Fernandes	
H. D.		ADMISSÃO		LEITO:	
		HORA		FICHA DE AVALIAÇÃO - FISIOTERAPIA - ALAS	

PROCEDÊNCIA:		DRENO: ☐ Pleural ☐ Pleural E ☐ Mediastinal ☐ Oscilante ☐ Borbulhante. Débito	
MOTIVO INTERNAÇÃO: ☐ DVM ☐ IRpA ☐ Choque ☐ L. Renal ☐ Coma Neuro ☐ ICG ☐ Trauma ☐ PNM		Perfusão: ☐ Normal ☐ Deficiente	
☐ Hemorragia ☐ Outros:		☐ Edema, Regiões: ☐ Cadios	
ANTECEDENTES: ☐ DPOC ☐ AVC ☐ HAS ☐ DM ☐ RM ☐ ICD ☐ Cirurgia		CONDUTA PROPOSTA INICIALMENTE	
HDA:		CD: ☐ THB ☐ TEP ☐ TEP ☐ VNI ☐ O2	
		☐ Aspiração ☐ TMV ☐ Decanulação ☐ Cinesioterapia ☐ MRP	
		☐ Treino de Marcha ☐ Orientações ☐ Treino equilíbrio ☐ Transferências ☐ Sodestação	
		☐ Ortostatismos ☐ Marcha ☐ Estimulação sensorial	
		☐ Posicionamento: ☐ Treino Musc. Pré decanulação	
		Outros:	
SV: FC bpm FR lpm PA: SpO2 % T %		Observações:	
ESTADO GERAL: ☐ Bom ☐ Regular ☐ Grave ☐ Gravíssimo			
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: ☐ Acordado ☐ Sonolento ☐ Torporoso ☐ Comatoso Glasgow			
Tônus: ☐ Hipo ☐ Hiper ☐ Normal Treflexo: ☐ Hipo ☐ Hiper ☐ Normal			
Reflexos: ☐ Aumentados ☐ Diminuídos ☐ Normal Força Muscular: (Grau): ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5			
Bloqueios Articulares (Regiões)			
SISTEMA RESPIRATÓRIO / CARDIOVASCULAR			
☐ Eupneico ☐ Sem alterações			
SUPORTE VENTILATÓRIO: ☐ Espontâneo ☐ Com TQT ☐ Sem TQT ☐ VNI ☐ DVM			
O2 SUPLEMENTAR: ☐ Não ☐ CEN ☐ Aerosol ☐ Másc. Simples ☐ Másc./Sistema de Venturi %			
☐ Másc. Reinalação parc. ☐ Másc. não Reinalação ☐ Másc. de Reservatório. Fluxo ____ l/min			
DESCONFORTO VENTILATÓRIO: ☐ BAN ☐ Tirações supraclaviculares ☐ Tirações intercostais ☐ Tirações subcostais			
☐ Uso de masc. acessória Insp./Exp. ☐ Cianose ☐ Taquipnéia ☐ Bradipnéia ☐ Resp. paradoxal ☐ Estridor ____ /4+			
OBSTRUÇÃO DE VAS: ☐ Não ☐ Sim		DIAGNÓSTICO FISIOTERAPÊUTICO:	
PADRÃO VENTILATÓRIO: ☐ Costal ☐ Diafragmático ☐ Misto ☐ Paradoxal ☐ Superficial			
EXPANSIBILIDADE TORÁCICA: ☐ Normal ☐ Diminuída ☐ Simétrica ☐ Assimétrica			
Ausculte Pulmonar: Ralo X Tóras:			
TOSSE: ☐ Sim ☐ Não ☐ Produtiva ☐ Não produtiva ☐ Eficaz ☐ Deglute ☐ Expectora ☐ Ineficaz			
SECREÇÃO: ☐ Não ☐ Sim, QUANTIDADE: ☐ Pequena ☐ Média ☐ Grande.			
COMPOSIÇÃO: ☐ Hialina ☐ Mucóide ☐ Mucopurulenta ☐ Purulenta ☐ Sanguinolenta			
COR SECREÇÃO: ☐ Incolor ☐ Branca ☐ Amarela ☐ Verde ☐ Marrom ☐ Rosada ☐ Vermelha			



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Osorio Olavo Registro: Leito: 8 - 1 Setor Atual: Orto II

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: irpm; PA: 150 mmHg; FC: 75 bpm; SPO2: %
HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm; Dor: () Local: Obs.:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

SS -
Fx tibia distal

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

GLASGOW(3-15):

Drogas (Sedação/Analgesia):

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

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

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

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

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

(X) 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

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Suelio Alencar Registro: Leito: 8-1 Setor Atual: Urg. II

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: 36 °C; P: bpm; FR: 73 irpm; PA: 102 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 () 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 () Dispnéia () Outros:

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

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

Tosse: () Improdutiva () Produtiva Expectorção: () 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.



Num. 33480181 - Pág. 43

HTCG-Panel Administrativo

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO[illegible]

DESTINO DO PACIENTE _____/_____/_____, às _____:_____, hs.

SERVIÇOS REALIZADOS:

() Centro cirúrgico _____ () Alta hospitalar / () A revella
() Internação (setor) _____ () Decisão Médica
() Transferência a outro SETOR do HOSPITAL _____ () Outros

Joseph Charles Polanco
Ass. do parl. ita ou responsável (qualquer endereço)

CÓDIGO/PROCEDIMIENTO

— CBC —

10ADE

Year	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035	2036	2037	2038	2039	2040	2041	2042	2043	2044	2045	2046	2047	2048	2049	2050	2051	2052	2053	2054	2055	2056	2057	2058	2059	2060	2061	2062	2063	2064	2065	2066	2067	2068	2069	2070	2071	2072	2073	2074	2075	2076	2077	2078	2079	2080	2081	2082	2083	2084	2085	2086	2087	2088	2089	2090	2091	2092	2093	2094	2095	2096	2097	2098	2099																																																																																																																																																																																																																																						
1990	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150	151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180	181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	199	200	201	202	203	204	205	206	207	208	209	210	211	212	213	214	215	216	217	218	219	220	221	222	223	224	225	226	227	228	229	230	231	232	233	234	235	236	237	238	239	240	241	242	243	244	245	246	247	248	249	250	251	252	253	254	255	256	257	258	259	260	261	262	263	264	265	266	267	268	269	270	271	272	273	274	275	276	277	278	279	280	281	282	283	284	285	286	287	288	289	290	291	292	293	294	295	296	297	298	299	300	301	302	303	304	305	306	307	308	309	310	311	312	313	314	315	316	317	318	319	320	321	322	323	324	325	326	327	328	329	330	331	332	333	334	335	336	337	338	339	340

jetohlog:ini:preclassi.php?contarr=1936532&dateatend=2019-06-27&no:realund=09:43:21

2/3



<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082114461222800000032040749>

Número do documento: 20082114461222800000032040749

Num. 33480181 - Pág. 44

27/06/2019

HTCG-Panel Administrativo



GOVERNO
DA PARAÍBA
HOSPITAL DE ENFERMAGEM - PARÁIBA, DOMINGOS C. OLIVEIRA DE ANDRADE - CNPJ: 08.277.649/2008-57
Av. Prof. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 27/06/2019
Paciente: OSORIO AIVES POLICARPO Idade: 055 N° ATEND: 1930532

ACIDENTE DE TRABALHO : NAO
DATA: 27/06/2019 HORA : 09:43:21

ESPECIALIDADE: ORTOPEDIA

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

SINAIS VITAIS
HGT: SAT O2: PA: TEMP: FC: FR: PESO:

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

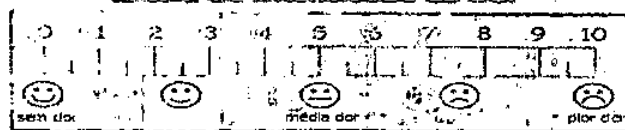
ALERGIAS: NEGA
MEDICAÇÃO EM USO:
ESTADO GERAL: BOM
AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

() CONVULSÃO () INCONSCIENTE (X) CONSCIENTE (X) ORIENTADO
() DESORIENTADO () AGITADO (X) 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
() HIPERTENSÃO () CONSTIPAÇÃO () MELENA () SÍBIOS () TOSSE

Escala de Intensidade da Dor



ESCALA DE DOR: DOR MODERADA

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:
AMARELO

CONTROLE DOS SINAIS VITAIS:

HORA	PA	TEMP	FC	FR	DIURSE	ASSINATURA ENFERMEIRO/COREN	DO

OBS:

ENFERMEIRO/COREN
colhimento

Allana Cássia Ueda
COREN-PB 575133-ENF







GOVERNO
DA PARAÍBA

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

ATESTADO

ATESTAMOS PARA OS DEVIDOS FINS QUE O(A) SR. (A): Osório Alves
Pelizzari PORTADOR(A) DA CARTEIRA PROFISSIONAL Nº. _____
SÉRIE _____ ESTEVE INTERNADO(A) NESTA UNIDADE HOSPITALAR SUBMETENDO-SE A
TRATAMENTO ESPECIALIZADO DE ENTIDADE NOSOLÓGICA DE Nº. 582 NO CID. DURANTE
O PERÍODO DE 27/06/19 A 05/07/19 NECESSITANDO DE
60 (sessenta) DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES.
Campina Grande 05/07/19

Dr. Julio Cesar Castro
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PB-9851 CRM/RN-8320

Ass. do Médico - Nº. do CRM _____

AUTORIZAÇÃO

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

Ass. do Paciente ou Responsável _____

MC-0.060





ATESTADO MÉDICO

ATESTO que

João Carlos Ribeiro
- *PO*
foi atendido (às) hoje, às *10:23* (*12.2019*)
horas, necessitando de *30* (*12.2019*)
dias de afastamento do trabalho, à partir desta data.

DIAGNÓSTICO CID

S82.3

Campina Grande,

22, 08, 19

Dr. Rodrigo Amorim

CRM - PB 6321 - TEÓT: 12453
CIR. DA COLUNA VERTEBRAL - SBC
AV. DOM PEDRO II N° 429
- CAMPINA GRANDE - PB

Assinatura do Médico - CRM N°

End.: AV. Floriano Peixoto, 4700 - CEP 58432-809 - Malvinas - Campina Grande - PB

MOD. 004



ATESTO que Oseio Alves Almeida

DIAGNÓSTICO CID S82.3

Campina Grande, 19 / 09 / 19

CRM - 12512 - FOT - 12458
 CR. DE C. 12512 - FOT - 12458
 FOT - 12458 - 12512 - 12512

Assinatura do Médico - CRM N°

End.: AV. Floriano Peixoto, 4700 - CEP 58432-809 - Malvinas - Campina Grande - PB

MOB. 004



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITAÇÃO
 PATENTE NACIONAL DE HABITAÇÃO

NOME: OSORIO ALVES POLICARPO

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF: 924648 SSP PB

CPF: 121.426.698-32 DATA NASCIMENTO: 08/09/1963

FAM. OSORIO GUEDES POLICARPO MARIA CECILIA ALVES POLICARPO

PERMISSÃO: ACC: CATHAB: AB

Nº REGISTRO: 01477017420 VALOR: 09/06/2020 1ª MARCAÇÃO: 05/10/2000

OBSERVAÇÕES:

Assinatura do Portador: Osorio Alves Policarpo

LOCAL: CAMPINA GRANDE, PB DATA EMISSÃO: 10/06/2015

Assinatura do Lacre: 46111632700 PB030804108

PROIBIDO PLASTIFICAR 1083307859

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1083307859

Documentos de identificação



CARTÓRIO DO ÚNICO OFÍCIO
 Rua Cônego João Coutinho - 48 - Centro
AUTENTICAÇÃO

Verifico que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi exibido. Dou fé. (Art. 456-III do CPC)

Cacilhas-PB 07/10/2019

Confira em: <http://reeladigital.tjpb.jus.br>

Código Digital: RIK62853-4FX9

eml R\$2,48 ISS R\$0,12 Forpex R\$0,29

edl R\$0,50 MP R\$0,04

Cartório do Único Ofício



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0358880/19

Vítima: OSORIO ALVES POLICARPO

CPF: 121.426.698-32

CPF de: Próprio

Data do acidente: 27/06/2019

Titular do CPF: OSORIO ALVES
POLICARPO

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

Outros



OSORIO ALVES POLICARPO : 121.426.698-32

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: 15/10/2019
Nome: OSORIO ALVES POLICARPO
CPF: 121.426.698-32

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/10/2019
Nome: AGNES CRISTINA GUEDES LOPES
CPF: 156.118.057-28

OSORIO ALVES POLICARPO

AGNES CRISTINA GUEDES LOPES



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190585331 **Cidade:** São José da Mata **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: OSORIO ALVES POLICARPO **Data do acidente:** 27/06/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE TÍBIA ESQUERDA.

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

Sequelas permanentes:

Sequelas: Em tratamento

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: P.1.23.25.26.27_CIRURGIA

CONFORME RELATÓRIO MÉDICO EMITIDO PELO DR RODRIGO AMORIM, CRM/PB Nº 6321, DO HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONÇAGA FERNANDES, EM 19/09/2019, NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. CONCLUINDO-SE POR VÍTIMA EM TRATAMENTO, CONFORME DOCUMENTAÇÃO ACOSTADA.

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190585331 **Cidade:** São José da Mata **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: OSORIO ALVES POLICARPO **Data do acidente:** 27/06/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE TÍBIA ESQUERDA.

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

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE TORNOZELO ESQUERDO.

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 TORNOZELO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: P.1.23.25.26.27_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 tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0358880/19

Vítima: OSORIO ALVES POLICARPO

CPF: 121.426.698-32

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 27/06/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: OSORIO ALVES
POLICARPO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

OSORIO ALVES POLICARPO : 121.426.698-32

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: 15/10/2019
Nome: OSORIO ALVES POLICARPO
CPF: 121.426.698-32

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/10/2019
Nome: AGNES CRISTINA GUEDES LOPES
CPF: 156.118.057-28

OSORIO ALVES POLICARPO

AGNES CRISTINA GUEDES LOPES

